



Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

Eetstoornissen

Richtlijn voor de
diagnostiek en behandeling
van eetstoornissen

2006

Onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep
Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

In samenwerking met de deelnemende cliënten-/
familieorganisaties en beroepsverenigingen

Ondersteuning en begeleiding: Kwaliteitsinstituut
voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut



Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen 2005

Samenwerkende cliënten-/familieorganisaties:

- Zelfhulp Informatie Eetstoornissen Zelfhulp organisatie (ZieZo)



Samenwerkende beroepsverenigingen:

- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)
- Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (NVCT)
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT)



Multidisciplinaire richtlijn

Eetstoornissen

Diagnostiek en behandeling van eetstoornissen

2006

Onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

In samenwerking met de deelnemende cliënten-/familieorganisaties en beroepsverenigingen

Ondersteuning en begeleiding: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut

COLOFON

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

ZonMw

Eindredactie

Medisch Redactie bureau Dominicus - Mw.drs. J.C. Brandt-Dominicus

Productiebegeleiding

P. Anzion

Omslag

Conefrey/Koedam BNO, Zeist

Lay-out binnenwerk

Taal & Tekens, Bilthoven

Druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Uitgever

Trimbos-instituut in opdracht van Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn-ontwikkeling in de GGZ

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via www.trimbos.nl/producten of via de Afdeling Bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, tel. 030-297 11 80, fax 030-297 11 11, E-mail: bestel@trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer AF0636.

U krijgt een factuur voor de betaling.

Deze richtlijn (en andere multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ) is ook beschikbaar op de website www.ggzrichtlijnen.nl

ISBN 9052535302

ORGANISATIESTRUCTUUR	5
1 ALGEMENE INLEIDING	9
1.1 Aanleiding voor de richtlijn	9
1.2 Doelstelling	9
1.3 Richtlijngebruikers	10
1.4 Definities	10
1.5 Probleemomschrijving en uitgangsvragen	10
1.6 Samenstelling werkgroep	12
1.7 Werkwijze werkgroep	12
1.8 Wetenschappelijke onderbouwing	13
1.9 Toepassing van richtlijnen	15
1.10 Verspreiding en implementatie	15
1.11 Juridische betekenis van richtlijnen	15
1.12 Autorisatie	15
1.13 Herziening	16
2 SPECIFIEKE INLEIDING EETSTOORNISSEN	17
2.1 Definitie	17
2.2 Epidemiologie	21
2.3 Etiologie	21
2.4 Diagnostiek	22
2.5 Comorbiditeit	22
2.6 Prognose	22
2.7 Gevolgen	23
2.8 Behandeling	24
2.9 Bejegening	25
2.10 Organisatie van de zorg	26
2.11 Opzet van deze richtlijn	26
3 RISICO EN PREVENTIE	27
3.1 Gender, leeftijd, etniciteit en sociaal-economische status	27
3.2 Specifieke risicogroepen	33
3.3 Risicofactoren bij eetstoornissen	37
3.4 Preventieve interventies	58
3.5 Vroegtijdige onderkenning	66
4 DIAGNOSTIEK	71
4.1 Diagnostiek in de eerste lijn	71
4.2 Specialistische diagnostiek	78
4.3 Diagnostiek bij specifieke klachten	93
4.4 Indicatiestelling	98
5 UITGANGSPRINCIPES BIJ DE BEHANDELING VAN EETSTOORNISSEN	111
5.1 Algemene uitgangsprincipes	111
5.2 Herstelcriteria	112
6 BEHANDELING ANOREXIA NERVOSA	121
6.1 Eetpatroon en gewicht	121
6.2 Psychotherapie	135
6.3 Farmacotherapie	140
7 BEHANDELING BOULIMIA NERVOSA	147
7.1 Psychotherapie	147
7.2 Farmacotherapie	153

8	BEHANDELING VAN DE EETBUISTOORNIS	161
8.1	Psychotherapie	161
8.2	Farmacotherapie	166
9	SPECIFIEKE INTERVENTIES	169
9.1	Psycho-educatie	169
9.2	Verhogen motivatie	174
9.3	Lichaamsbeleving	178
9.4	Zelfhulp	189
10	ORGANISATIE VAN DE ZORG	199
10.1	Adviezen van de Stuurgroep Eetstoornissen Nederland	199
10.2	Adviezen van de werkgroep	200
	BIJLAGE 1 SOMATISCHE GEVOLGEN VAN ANOREXIA NERVOSA	203
	BIJLAGE 2 LACUNES IN KENNIS	207
	BIJLAGE 3 VERSLAG WERKZAAMHEDEN WERKGROEP JEUGD VAN DE SEN 2001	211

Organisatiestructuur

De multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen is op initiatief en onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en de daaronder ressorterende Commissie Cliëntenparticipatie tot stand gebracht door de werkgroep Eetstoornissen waarin de deelnemende verenigingen en organisaties hebben samengewerkt.

Methodologische en organisatorische ondersteuning en begeleiding werden verzorgd door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut.

SAMENWERKENDE CLIËNTEN-/FAMILIEORGANISATIES

Zelfhulp Informatie Eetstoornissen Zelfhulp organisatie (ZieZo)
Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (SABN)

SAMENWERKENDE BEROEPSVERENIGINGEN

Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)
Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (NVCT)
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT)
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT)

LANDELIJKE STUURGROEP MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNONTWIKKELING IN DE GGZ

Voorzitter

R.M.W. Smeets, Raad van Bestuur GGZ Friesland

Vice-voorzitter

Prof.dr. G. Hutschemaekers - De Gelderse Roos, Arnhem

Secretaris

Dr. A.L.C.M. Henkelman - Trimbos-instituut

Leden

Ir. T.A. van Barneveld - Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Dr. P.M.A.J. Dingemans - Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Dr. P.A. de Groot - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Dr. A.N. Goudswaard - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Dr. H.H.G.M. Lendemeijer - Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)

Prof.dr. R.W. Trijsburg - Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Agendaleden

Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn - Voorzitter Cie. Cliëntenparticipatie

Drs. J. Penninga (tot medio 2005) - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Drs. A.E. Timmermans - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Mw. G.M. drs. van der Weele - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Adviseur

Prof.dr. J.A. Swinkels - AMC De Meren, Amsterdam/Trimbos-instituut

COMMISSIE CLIËNTENPARTICIPATIE*Voorzitter*

Mw.dr. G.H.M.M. ten Horn

Secretaris

Mw.drs. K. Hofstra

Leden

Mw H. Boumans

Mw. T. de Vent

Mw. drs. A.M. Dijkman

Drs. T. Festen

mw. M. Knuttel

Ir. B.H. Kraaijenbrink

Mw. M. Mannak-Bouman

Mw. drs. M.K. Taams

Mw. M. Van der Linden

Mw. P. Peltenburg

Dhr. F. Stekelenburg

Mw. L. van 't Veen

Dhr. M. Vermeulen

Dhr. T.Vriens

Mw. H. van der Werve

Mw. drs. J. Zwanikken-Leenders

- Trimbos-instituut
- Ypsilon
- Stichting Labyrint~In Perspectief
- Vereniging voor Manisch Depressieve en Betrokkenen (VMDB)
- Stichting Pandora
- Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (SABN)
- Stichting Labyrint/In Perspectief
- Stichting FobieVrienden
- Angst, Dwang en Fobie stichting (ADF)
- Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (SABN)
- Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA)
- Cliëntenbond in de GGZ
- Anoïksis
- Stichting Pandora
- Stichting Borderline

WERKGROEP EETSTOORNISSEN*Voorzitter*

dr. E.F. van Furth

Mw. drs. M.M.Th. Smulders

Leden

Mw. O. van der Baan-Slootweg

Drs. J.A. Bloks

Drs. M.J. Bruna

Mw. drs. O. W. Easton

Drs. R.M.G. Evers psycholoog

Mw. S. Fleminger

Dr. A.J. Fogteloo

Dr. E.F. van Furth

Mw. drs. N. Heerdink-Obenhuijsen

Mw. drs. R.J. Hinloopen

Prof.dr. H.W. Hoek

Mw. dr. H.E. van der Horst

Mw. Prof.dr. A. Jansen

Mw. H.W. Karrenbeld

Mw. ing. M.J.W. van Kerkhof

- manager behandelzaken, Centrum Eetstoornissen Ursula
- huisarts, Utrecht (tot november 2003)
- kinderarts, Sociale Pediatrie Heideheuvel, Hilversum (vanaf 26-06-2003)
- programmacoördinator, Centrum Eetstoornissen Ursula, Leidschendam
- psychiater, GGZ Zoetermeer, Zoetermeer
- huisarts, Altrecht, Zeist (vanaf 13-03-2003)
- GGNet, Warnsveld (tot juli 2003)
- clustermanager behandelzaken, Stichting Accare, Smilde
- internist, Leids Universitair Medisch Centrum
- manager behandelzaken, Centrum Eetstoornissen Ursula, Leidschendam
- jeugdarts, Sector Gezondheidszorg 0-19-jarigen, TNO-KvL, Leiden
- huisarts, Utrecht
- psychiater, Parnassia, 's-Gravenhage (tot december 2003)
- senior onderzoeker/huisarts, VU Medisch Centrum, Amsterdam (vanaf januari 2004)
- hoogleraar psychologie, Universiteit Maastricht
- verpleegkundige/sociotherapeute, Centrum Eetstoornissen Ursula, Leidschendam (tot juni 2003)
- Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, Amersfoort (tot juli 2003)

- Mw. M.N.C. Kerstholt - diëtist, Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, Amersfoort (vanaf juli 2003 tot april 2004)
- Mw. L.E.M. Koster-Kaptein
Dhr. J. van Liempt - diëtist, Mentrum GGZ Amsterdam
- verpleegkundige, Centrum Eetstoornissen Ursula, Oegstgeest (vanaf maart 2004)
- Mw. drs. M.H.C.C. Nieuwhof - programmaleider/psychotherapeut, GGZ Oost-Brabant, Veghel
- Mw. dr. G. Noordenbos - universitair docent, Universiteit Leiden
- Mw. G.G.W.M. Peeters - diëtist, Altrecht, Zeist
- Mw. drs. M.E. Rekkers - gezondheidszorgpsycholoog en psychomotorisch therapeut, Multidisciplinaire maatschap voor psychotherapie, Amsterdam
- Ir. R. Sieders - Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, Amersfoort
- Mw. P.E.J.M. Spanjers - coördinator ZieZo, Zutphen
- Mw. drs. E.J. Stevelmans - psychiater, medisch manager, Altrecht, Zeist
- Mw. drs. A.H. Teeuw - kinderarts, Emma Kinder Ziekenhuis AMC, Amsterdam
- Mw. drs. N.E. van Wageningen - pedagogisch medewerker, Erasmus MC, Rotterdam
- Mw. N.F. Weidema - coördinator zelfhulpgroepen HE/Helpdesk Eetstoornissen, Zeist
- Adviseurs*
- Ir. T.A. van Barneveld - programmaleider Richtlijnen en Visitatie, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Utrecht
- Mw. drs. E. Fischer - wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut, Utrecht
- Mw. drs. A. Hagemeijer - adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht, (secretaris)
- Mw. drs. V. van der Velde - wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut, Utrecht
- Dr. P.F.W.M. Rosier - senior adviseur richtlijnontwikkeling, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Utrecht
- Mw. drs. J. Wittenberg - adviseur Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht

EEN WOORD VAN DANK AAN DE VOLGENDE INSTANTIE

Het Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland (KEN)

REDACTIECOMMISSIE

Drs. M.J. Bruna
Mw. drs. E. Fischer
Dr. E.F. van Furth
Mw. drs. A. Hagemeijer
Mw. dr. H.E. van der Horst
Mw. drs. M.H.C.C. Nieuwhof
Mw. drs. V. van der Velde

METHODOLOGISCHE ONDERSTEUNING EN BEGELEIDING*Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO*

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel de individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Sinds zijn oprichting in 1979 heeft het CBO zich ontwikkeld tot een toonaangevend en ook internationaal erkend instituut dat via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding geeft bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren, herontwerpen en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg. De missie van het Trimbos-instituut is kennis over geestelijke gezondheidszorg creëren en doen toepassen in beleid en praktijk van de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg.

1 Algemene inleiding

1.1 Aanleiding voor de richtlijn

'Eetstoornissen' komen in Nederland relatief weinig voor. Anorexia nervosa en boulimia nervosa behoren echter tot de psychiatrische ziekten met de hoogste mortaliteit (circa 15%; waarvan ongeveer 2/3 als gevolg van ondervoeding en 1/3 door suïcide) en chroniciteit. Na meer dan 10 jaar is 20% van de oorspronkelijke patiënten nog steeds als eetstoornispatiënt te diagnosticeren; 30% vertoont dan nog partiële symptomen of restsymptomen. Daar komt nog bij dat de prevalentie moeilijk te meten is en waarschijnlijk onderschat wordt. Waarschijnlijk zijn er veel mensen met eetstoornissen die noch daarover in bevolkingsonderzoek rapporteren, noch daarvoor in zorg zijn. Redenen hiervoor zijn de schaamte of het taboe dat op de ziekte rust, of de neiging tot ontkenning. Als patiënten wel met klachten komen, wordt het ziektebeeld vaak niet herkend. En als het wel herkend wordt, dan zijn de patiënten over het algemeen moeilijk tot hulpverlening te motiveren. Ten slotte is er een versnipperd zorgaanbod met verschillende methodieken die weinig op elkaar aansluiten. Een extra handicap daarbij is dat de hulpverlening zich afspeelt op het grensvlak van jeugd- en volwassenenzorg.

De verwachting is dat de prognose te verbeteren is door eerdere herkenning, door het vergroten van de kunst van het motiveren en door een betere afstemming van de hulpverlening, zowel qua methodiek, als qua overdracht en samenwerking. Inmiddels wordt door iedereen erkend dat een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is. Ook de patiëntenorganisaties hebben daarin een belangrijke plaats.

Het begrip 'eetstoornis' is de laatste decennia verruimd. Rond 1970 behoorde alleen anorexia nervosa daartoe, nu is het begrip veel omvattender en vallen zowel anorexia en boulimia nervosa (in verschillende gedaanten: beperkend, respectievelijk eetbuien-purgerend) als ook de eetbuistoornis erbinnen. Er ontstaat zo langzamerhand een continuüm van eetstoornissen, lopend van extreem ondergewicht tot extreem zwaarlijvig. In 1989 is een Gezondheidsraadadvies verschenen, waarin knelpunten in de zorg voor patiënten met eetstoornissen worden benoemd. Sindsdien is er veel verbeterd. In 1998 heeft de Stuurgroep Eetstoornissen Nederland (SEN) een rapport gepubliceerd waarin de adviezen van de Gezondheidsraad verder zijn uitgewerkt en geconcretiseerd. Naast adviezen over clustering van zorg middels regionaal verspreide gespecialiseerde centra met multidisciplinaire aanpak, met bijhorende randvoorwaarden, pleitte de Stuurgroep onder meer voor protocolontwikkeling en nader wetenschappelijk onderzoek. Mede op basis van deze adviezen is de Werkgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling ingesteld.

1.2 Doelstelling

Deze richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. De aanbevelingen in de richtlijn berusten waar mogelijk op de resultaten van gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. De beschikbare resultaten van dat wetenschappelijk onderzoek zijn door de werkgroep vastgelegd en geïnterpreteerd. Aansluitend zijn de aanbevelingen geformuleerd, gericht op het expliciteren van goed handelen. De richtlijn beoogt een leidraad te geven voor de dagelijkse praktijk van diagnostiek en behandeling van alle mensen met een eetstoornis in Nederland. De richtlijn biedt aanknopingspunten voor zorgorganisatie, bijvoorbeeld transmurale afspraken of lokale protocollen, en bevat aanbevelingen voor implementatie. De richtlijn bevat daarnaast een weergave van de visie van patiënten op de zorg. De richtlijn is onder meer een voortzetting van de aanbevelingen die de Stuurgroep Eetstoornissen Nederland in haar rapport (november 1998) aan de Minister van

Volksgezondheid, Welzijn en Sport deed. De richtlijn sluit ook zo veel mogelijk aan bij de beschikbare internationale richtlijnen op het gebied van eetstoornissen.

1.3 Richtlijngebruikers

De richtlijn is primair bedoeld voor hulpverleners van de eerste, tweede en derde lijn, die in aanraking kunnen komen met patiënten met eetstoornissen. Te denken valt aan jeugdartsen, huisartsen, internisten, kinderartsen en tandartsen, psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, maatschappelijk werkenden, vaktherapeuten (bijvoorbeeld creatief therapeuten), diëtisten en verpleegkundigen. Ook patiënten kunnen de richtlijn gebruiken bij het overleg met hulpverleners.

1.4 Definities

In de ziektespecifieke inleiding is weergegeven welke definities door de werkgroep zijn gebruikt en in het hoofdstuk over diagnostiek is de door de werkgroep gehanteerde afbakening van het ziektebeeld weergegeven. In de richtlijn wordt niet uitgebreid ingegaan op co-morbiditeit en/of uitzonderlijke presentatie van de aandoening. Daar waar de werkgroep in deze richtlijn 'hij' schrijft, wordt in het algemeen ook 'zij' bedoeld. Daar waar de richtlijn 'patiënt' schrijft, erkent de werkgroep dat de term 'cliënt' in de geestelijke gezondheidszorg veel wordt gebruikt. Omwille van de eenheid binnen deze richtlijn en binnen alle GGZ-richtlijnen is echter de term patiënt aangehouden.

1.5 Probleemomschrijving en uitgangsvragen

Een multidisciplinaire richtlijn geeft in het algemeen 'aanbevelingen voor de praktijk'. Dat betekent dat praktijkproblemen zoveel mogelijk het uitgangspunt zijn van de teksten in de richtlijn. Dat betekent ook dat méér aandacht gegeven wordt aan hóe die praktijkproblemen worden opgelost dan aan de vraag door wíe die problemen worden aangepakt of opgelost. De richtlijn is een document waarin staat hoe optimale zorg er 'inhoudelijk' uitziet. In het Visiedocument van de Stuurgroep, dat ten grondslag ligt aan het richtlijnontwikkelingsprogramma, wordt dan ook aangegeven dat op basis van deze (moeder)richtlijn door een expertteam een vertaling naar de klinische praktijk gemaakt zal worden via een consensusdocument naar een beslisdocument. In de richtlijn komen dus de bijdragen van de verschillende beroepsgroepen aan de zorg aan de orde.

De uitgangsvragen zijn dus gebaseerd op knelpunten die in de zorg worden ervaren. In de zorg rond eetstoornissen zijn dat er vele.

De onderwerpen co-morbiditeit, chroniciteit, resocialisatie en obesitas vallen buiten het bestek van deze richtlijn. In eerste instantie was het de bedoeling resocialisatie en chroniciteit op te nemen in de richtlijn maar door onvoorziene omstandigheden zijn ze buiten deze versie van de richtlijn gevallen. In een volgende versie van de richtlijn is het wenselijk deze onderwerpen op te nemen.

In de richtlijn zijn de volgende uitgangsvragen behandeld.

1.5.1 *Risico en preventie*

- Welke rol spelen gender, leeftijd, etniciteit en sociaal-economische status in de ontwikkeling van eetstoornissen?
- Wat zijn de belangrijkste risicogroepen voor het ontwikkelen van een eetstoornis?
- Welke risicofactoren spelen een rol in de ontwikkeling van eetstoornissen?
- Welke preventieprogramma's zijn effectief bij de specifieke risicogroepen?
- Leidt vroegtijdige onderkenning tot een betere prognose bij patiënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa en binge eating disorder (eetbuistoornis)?

1.5.2 Diagnostiek

- Welke gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek dienen in de eerste lijn verzameld te worden, om de diagnose eetstoornissen te stellen?
- Welk aanvullend onderzoek moet vanuit de eerste lijn aangevraagd worden om de diagnose eetstoornissen te stellen?
- Welke methoden zijn effectief voor het diagnosticeren van een verstoorde lichaamsbeleving?
- Welke aandachtspunten zijn vooral in de tweede lijn van belang bij de differentiële diagnostiek van ondervoeding en bij de diagnostiek van complicaties van eetstoornissen?
- Welk aanvullend laboratoriumonderzoek is nodig in de tweede lijn?
- Welke diagnostiek dient toegepast te worden bij specifieke klachten?

1.5.3 Indicatiestelling

- In welke situaties dient een huisarts een patiënt met een eetstoornis te verwijzen naar de tweede lijn?
- Welke diagnostische factoren bepalen bij een eetstoornis de indicatiestelling voor ambulante behandeling, deeltijdbehandeling, klinische of gedwongen behandeling?
- Welke behandelsetting is geïndiceerd bij anorexia nervosa?
- Welke behandelsetting is geïndiceerd bij boulimia nervosa?
- Welke behandelsetting is geïndiceerd bij eetstoornis niet anderszins omschreven en binge eating disorder?
- Wat zijn overwegingen bij het toepassen van gedwongen behandeling of opname bij anorexia nervosa?
- Wat zijn de criteria voor opname op een interne (somatische) afdeling?

1.5.4 Herstel

- Wat zijn belangrijke criteria voor herstel van eetstoornissen en welke rol speelt gewichtsherstel hierbij?

1.5.5 Behandeling anorexia nervosa

- Hoe maakt men een goede inschatting van de energiebehoefte om te komen tot een normaal en volwaardig eetpatroon?
- Wat is een optimaal streefgewicht?
- Hoe stelt men de benodigde hoeveelheid kcal (energie) vast en welk opklimmend energieschema moet gehanteerd worden?
- Geeft 500 gram gewichtstoename per week een betere prognose voor behoud van een gezond gewicht dan een toename van 1,5 kg per week?
- Wanneer is het gevaar van het ontstaan van het refeeding syndroom het grootst en welke controle moeten plaatsvinden in de fase van hervoeden?
- Wat zijn de somatische indicaties om over te gaan tot het toedienen van sondevoeding?
- Wat zijn de psychologische indicaties en contra-indicaties voor het starten dan wel stoppen met sondevoeding of het wel of niet combineren van gewone voeding met sondevoeding?
- Welke begeleiding is nodig bij behandeling met sondevoeding?
- Hoe effectief zijn de verschillende vormen van psychotherapie in de diverse stadia?
- Wat is de rol van medicatie?

1.5.6 Behandeling Boulimia Nervosa

- Welke vormen van psychotherapie zijn effectief?
- Wat is de rol van medicatie?

1.5.7 *Behandeling binge eating disorder (eetbuistoornis)*

- Welke vormen van psychotherapie zijn effectief?

1.5.8 *Specifieke interventies*

- Wat is de effectiviteit van psycho-educatie in de verschillende stadia van behandeling?
- Heeft psycho-educatie effect op de ontwikkeling van motivatie voor behandeling?
- Is psycho-educatie effectiever als deze aangeboden wordt in een groep of in een individueel contact?
- Kan de psycho-educatieve benadering beter door een professional of door een ervaringsdeskundige worden aangepakt?
- Heeft psycho-educatie risico's voor patiënten?
- Welk instrumentarium is beschikbaar om op een betrouwbare manier inzicht te krijgen in ziektebesef, -inzicht en motivatie?
- Welke interventies zijn effectief bij het verhogen van de motivatie voor behandeling tijdens de verschillende stadia van de ziekte?
- Bij welke patiënten is het inschakelen van ouders of partner bevorderlijk voor het motiveren?
- Wat is de effectiviteit van zelfhulpgroepen en zelfhulpboeken?
- Heeft zelfhulp effect op de ontwikkeling van motivatie voor behandeling?
- Kan zelfhulp aangeboden worden naast professionele hulpverlening bij patiënten met een eetstoornis? Wat zijn hiervan de grenzen en de mogelijkheden?
- Wat zijn de risico's van zelfhulp via internet?
- Welke therapeutische interventies die gericht zijn op het beïnvloeden van de verstoorte lichaamsbeleving zijn effectief?

1.6 Samenstelling werkgroep

Bij het samenstellen van de werkgroep is zoveel mogelijk rekening gehouden met de geografische spreiding van de werkgroepleden en een evenredige vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen, 'scholen' en academische achtergrond. Vertegenwoordigers van de patiëntenorganisatie(s) namen ook deel aan de werkgroep. De werkgroepleden hebben onafhankelijk van financiële of zakelijke belangen gehandeld en waren gemandateerd door hun vereniging.

1.7 Werkwijze werkgroep

De werkgroep werkte gedurende 3 jaar (13 vergaderingen en een schrijversdag) aan de totstandkoming van de conceptrichtlijn. De werkgroepleden verrichtten op systematische wijze literatuuronderzoek en beoordeelden de kwaliteit en inhoud van de aldus verkregen literatuur. Vervolgens schreven de werkgroepleden een paragraaf of hoofdstuk voor de conceptrichtlijn, waarin de beoordeelde literatuur werd verwerkt. Tijdens vergaderingen lichtten zij hun teksten toe, dachten mee en discussieerden over andere hoofdstukken.

Een redactiecommissie heeft de teksten uiteindelijk tot een samenhangend geheel geredigeerd.

De uiteindelijke teksten vormen samen de conceptrichtlijn. Deze heeft van februari 2005 tot april 2005 op de website van het Trimbos en CBO heeft gestaan om beroepsverenigingen en professionals in de gelegenheid te stellen commentaar te leveren. De commentaren zijn door de werkgroep beoordeeld en waar van toepassing in de richtlijn verwerkt.

1.8 Wetenschappelijke onderbouwing

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Er werd gezocht naar publicaties die tussen 1980 en 2003 zijn verschenen. Er werd gezocht de databases van Medline (PubMed), Embase, PsycINFO en Cochrane. De resultaten zijn ingeperkt door te limiteren op taal. De onderzoeken die gepubliceerd zijn in de talen Nederlands, Engels en Duits zijn meegenomen in de beoordeling. Voor de gehanteerde zoektermen wordt verwezen naar de desbetreffende paragrafen. Tevens werden artikelen verkregen uit referentielijsten van opgevraagde literatuur. Ook werden andere richtlijnen aangaande eetstoornissen geraadpleegd. Naast de systematische search hebben de werkgroepleden ook nog handmatig gezocht naar relevante literatuur uit 2004 en 2005.

De geselecteerde artikelen zijn vervolgens door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijs. De hierbij gebruikte indeling staat in tabel 1.1. Na selectie door de werkgroepleden bleven de artikelen over die als onderbouwing bij de verschillende conclusies staan vermeld.

In de richtlijn wordt regelmatig gebruik gemaakt van de Engelse NICE-richtlijn, de Amerikaanse APA-richtlijn en de Australische richtlijn van de RANZCP.

De volledige referenties staan hieronder vermeld. In het vervolg zullen zij worden genoemd:

- NICE-richtlijn (2004)
- APA-richtlijn (2000)
- RANZCP-richtlijn (2003)

Volledige referenties:

- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline 9. London, UK: National Health Service, National Collaborating Centre for Mental Health; January 2004. Available at: <http://www.nice.org.uk/Docref.asp?d=101245>. Accessed February 4, 2004.
- American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). American Journal of Psychiatry, 157(suppl),1-39. De richtlijn is te downloaden op het volgende adres: <http://www.psych.org/>.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa. (2003). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. Melbourne: RANZCP. Van deze richtlijn is ook een clientenversie beschikbaar op onderstaande adres: <http://www.ranzcp.org/pdffiles/cpgs/Anorexia%20Nervosa.pdf>.

Van APA-richtlijn (2000) verscheen een update waarin de ontwikkelingen van de laatste jaren zijn opgenomen, namelijk de APA-richtlijn aanvulling (2005). Vanuit het oogpunt van de patiënten wordt het van groot belang geacht deze te noemen omdat daarin melding wordt gemaakt van hoopvolle ontwikkelingen die vooral voor chronische patiënten van belang zijn.

Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, Powers PS, Zerbe KJ (2005), Guideline watch: Practise guideline for the treatment of patients with eating disorders, 2nd edition, Arlington, VA; American Psychiatric Association. Beschikbaar op de website: <http://www.psych.org/>.

Tabel 1 Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

Voor artikelen betreffende therapie of preventie	
A1	systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn;
A2	gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;
B	gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle-onderzoek);
C	niet-vergelijkend onderzoek;
D	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.
Voor artikelen betreffende diagnostiek	
A1	onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgd goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests;
A2	onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multipiele, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie;
B	vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd;
C	niet-vergelijkend onderzoek;
D	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.
Niveau van de conclusies	
1	1 systematische review (A1) of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2
2	tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C
4	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

De beoordeling en beschrijving van de verschillende artikelen staan in de verschillende teksten onder het kopje 'wetenschappelijke onderbouwing'. Het wetenschappelijk bewijs is vervolgens kort samengevat in een 'conclusie'. De meest belangrijke literatuur waarop deze conclusie is gebaseerd staat bij de conclusie vermeld, inclusief de mate van bewijskracht. Voor het komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs nog andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) of organisatorische aspecten. Deze aspecten worden vermeld onder het kopje 'overige overwegingen'. Op basis van

informele consensus wordt de uiteindelijke aanbeveling geformuleerd als het resultaat van de beschikbare evidence en de overige overwegingen. De hier beschreven procedure leidt tot een transparante argumentatie voor de aanbevelingen in de richtlijn, omdat duidelijk is waar 'opinie en ervaring' een rol spelen.

De subgroep Cliëntenperspectief heeft alle uitgangsvragen van een reactie voorzien. Deze reacties zijn zoveel mogelijk in de overige overwegingen of andere tekstgedeelten verwerkt.

De visie van de verpleegkundigen is geëxpliciteerd in een panelbijeenkomst. Dit heeft geleid tot een aantal opmerkingen bij relevante uitgangsvragen.

1.9 Toepassing van richtlijnen

Richtlijnen en indicatiestelling

Een hulpverlener die te maken krijgt met de hulpvraag van een patiënt, moet samen met de patiënt vaststellen wat passende hulp is. Dit gebeurt in de eerste lijn en in de tweede lijn (voorkeur). De aanbevelingen uit de richtlijn kunnen bij dit proces van indicatiestelling richtinggevend zijn.

Richtlijnen en zorgprogramma's

Zorgprogramma's zijn gedefinieerd als een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep. Bij het opstellen van een zorgprogramma kunnen de richtlijnen worden gebruikt om de verschillende behandelmodules en de stappen in het zorgprogramma zoveel mogelijk evidence based te doen zijn.

1.10 Verspreiding en implementatie

Met het totstandkomen van de richtlijn is het werk niet gedaan. De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling heeft op basis van een advies van de commissie implementatie een project gestart dat als doel heeft de richtlijnen breed te verspreiden en te implementeren. De ervaringen die worden opgedaan met de eerste multidisciplinaire GGZ-richtlijnen zullen worden gebruikt bij de implementatie van de Richtlijn Eetstoornissen. Bij de verspreiding wordt vastgesteld in welke vorm (producten), door wie, aan wie en hoe de richtlijn wordt verspreid. Er wordt een implementatieplan gemaakt en om de mate van implementatie te kunnen vaststellen, worden indicatoren ontwikkeld.

1.11 Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar zoveel mogelijk op bewijs gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners kunnen voldoen om kwalitatief zo goed mogelijk zorg te verlenen. Zorgverleners kunnen, als zij dat nodig achten, op basis van hun professionele autonomie afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Als van de richtlijn wordt afgeweken, is het voor zorgverleners noodzakelijk om dit te beargumenteren, ook naar de cliënt toe, en te documenteren.

1.12 Autorisatie

De samenwerkende beroepsverenigingen en patiënten/familieorganisaties hebben de richtlijn geautoriseerd respectievelijk geacordeerd. De Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (SABN) stemt niet in met de richtlijn. Zij geeft te kennen dat het cliëntencommentaar ten aanzien van bepaalde inzichten en behandelingen ontbreekt.

De Commissie Cliëntenparticipatie geeft aan niet te kunnen beoordelen of voldoende recht is gedaan aan het commentaar dat zij heeft ingebracht. Naar haar mening zijn er door de richtlijnwerkgroep onvoldoende argumenten geleverd voor het al dan niet verwerken van haar commentaar.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) stemt in grote lijnen in met de huisartsgeneeskundige aspecten van deze multidisciplinaire richtlijn.

1.13 Herziening

Uiterlijk in 2008 bepaalt de opdrachtgever/verantwoordelijke instantie of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen als nieuwe ontwikkelingen aanleiding geven een herzieningstraject te starten.

Noot

Deze inleiding is opgesteld aan de hand van het 'Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation' (AGREE) instrument. Dit instrument is in een Europees verband opgesteld om de kwaliteit van richtlijnen te kunnen beoordelen. Door de aspecten van AGREE te verwerken in de inleiding van de richtlijn, wordt duidelijk aan welke kwaliteitseisen is voldaan.

2 Specifieke inleiding eetstoornissen

Dit hoofdstuk bevat de – naar de mening van de werkgroep – algemeen geaccepteerde uitgangspunten betreffende diagnostiek, behandeling, begeleiding, bejegening van patiënten met eetstoornissen en de organisatie van de zorg. Deze uitgangspunten zijn doorgaans ook in de handboeken beschreven. Ook zijn in dit hoofdstuk de meest recente epidemiologische gegevens opgenomen. Dit hoofdstuk is gebaseerd op de het *Handboek Eetstoornissen* (Vandereycken & Noordenbos, 2002), het rapport van de Stuurgroep Eetstoornissen Nederland (1998) en de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (Trimbos-instituut, 2003).

In de hierna volgende hoofdstukken worden de door de werkgroep besproken knelpunten in de zorg beschreven en daarvoor worden aanbevelingen geformuleerd.

2.1 Definitie

Eetstoornissen betreffen in het algemeen stoornissen in het doen én denken rond eten. Kenmerkend voor eetstoornissen zijn een sterke preoccupatie met eten en gewicht en een verstoord lichaamsbeeld. In de huidige versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), een van de twee internationaal gehanteerde psychiatrische classificatiesystemen, worden drie eetstoornissen onderscheiden: anorexia nervosa, boulimia nervosa en de 'eetstoornis niet anderszins omschreven' (NAO). Onder deze laatste categorie valt ook de Binge Eating Disorder (Eetbuistoornis). Ten tijde van het verschijnen van de DSM-IV werd deze stoornis opgenomen onder het kopje stoornissen die nader onderzoek dienen te worden verricht.

Het andere grote classificatiesysteem is het door de WHO gepubliceerde ICD-10. In de Nederlandse klinische praktijk wordt dit echter weinig gebruikt.

In de richtlijn worden anorexia nervosa, boulimia nervosa en de binge-eating disorder (eetbuistoornis) beschreven.

2.1.1 Anorexia nervosa

Bij anorexia nervosa is er sprake van een weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht. Patiënten met anorexia nervosa zijn meestal extreem vermagerd. Bij anorexia nervosa worden twee subtypen onderscheiden: het beperkende type dat niet purgeert (zelfopgewekt braken of misbruik van laxantia, diuretica of klysma's) en geen eetbuien heeft en het type dat eetbuien heeft en/of purgeert.

DSM-IV

307.1 Anorexia nervosa

- A Weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht (bijvoorbeeld gewichtsverlies dat leidt tot het handhaven van het lichaamsgewicht op minder dan 85 procent van het te verwachten gewicht; of het in de periode van groei niet bereiken van het te verwachten gewicht, hetgeen leidt tot een lichaamsgewicht van minder dan 85 procent van het te verwachten gewicht).
- B Intense angst in gewicht toe te nemen of dik te worden, terwijl er juist sprake is van ondergewicht.
- C Stoornis in de manier waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm beleeft, onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht of lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf, of ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht.
- D Bij meisjes, na de menarche, amenorroe, dat wil zeggen de afwezigheid van ten minste drie achtereenvolgende menstruele cycli. (Een vrouw wordt geacht een amenorroe te hebben als de menstruatie alleen volgt na toediening van hormonen (bijvoorbeeld oestrogenen).)

Specificeer het type:

- Beperkende type: tijdens de huidige episode van anorexia nervosa is betrokkene niet geregeld bezig met eetbuien of laxeren (dat wil zeggen zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's).
- Eetbuien/purgerende type: tijdens de huidige episode van anorexia nervosa is betrokkene geregeld bezig met eetbuien of purgerende maatregelen (dat wil zeggen zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's).

2.1.2 *Boulimia nervosa*

Boulimia nervosa wordt gekenmerkt door eetbuien waarbij in korte tijd een zeer grote hoeveelheid voedsel wordt geconsumeerd, afgewisseld met pogingen om de gevolgen van de eetaanvallen voor het gewicht tegen te gaan. Ook hierin worden twee typen onderscheiden: het purgerende type en het niet-purgerende type. Het niet-purgerende type vertoont in de regel geen purgeergedrag, maar gebruikt ander inadequaats compensatoir gedrag voor de eetbuien, zoals vasten of extreme lichaamsbeweging.

DSM-IV

307.51 Boulimia nervosa

- A Recidiverende episodes van eetbuien. Een episode wordt gekarakteriseerd door beide volgende:
 Het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten.
 Een gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet).
- B Recidiverend inadequaats compensatoir gedrag om gewichtstoename te voorkomen, zoals zelfopgewekt braken; misbruik van laxantia, diuretica of klysma's of andere geneesmiddelen; vasten; of overmatige lichaamsbeweging.
- C De eetbuien en de inadequate compensatoire gedragingen komen beide gemiddeld ten minste tweemaal per week gedurende drie maanden voor.
- D Het oordeel over zichzelf wordt in onevenredige mate beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht.
- E De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens episodes van anorexia nervosa.

Specificeer het type:

- Purgerende type: tijdens de huidige episode van boulimia nervosa is betrokkene geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's.
- Niet-purgerende type: tijdens de huidige episode van boulimia nervosa heeft betrokkene andere inadequate compensatoire gedragingen getoond zoals vasten of overmatige lichaamsbeweging, maar is niet geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's.

2.1.3 *Binge-eating disorder (eetbuistoornis)*

De eetbuistoornis kan worden gedefinieerd als boulimia nervosa zonder compensatoir gedrag. Binge-eating disorder is een nieuwe categorie in de DSM-IV. Deze categorie is slechts als een 'voorlopige diagnose' geïntroduceerd, wat betekent dat er criteria voor verder onderzoek zijn voorgesteld met de bedoeling later te beslissen of de categorie een erkende plaats bij de 'officiële' eetstoornissen krijgt. Alhoewel in de wetenschappelijke literatuur nog veel discussie is, blijkt dat in de praktijk de eetbuistoornis als aandoening geaccepteerd is. Formeel valt zij onder de eetstoornis-NAO. In de richtlijn zal verder gesproken worden over 'eetbuistoornis'.

DSM-IV (Researchcriteria voor 'binge-eating disorder') Eetbuistoornis

- A Recidiverende episodes van eetbuien. Een episode wordt gekarakteriseerd door beide volgende:
- Het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel, die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten.
 - Een gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet).
- B De episodes van eetbuien gaan gepaard met drie (of meer) van de volgende criteria:
- Veel sneller eten dan gewoonlijk.
 - Dooreten tot een ongemakkelijk vol gevoel is bereikt.
 - Grote hoeveelheden voedsel verorberen zonder fysieke honger te voelen.
 - In eenzaamheid eten uit schaamte over de grote hoeveelheid voedsel, die gegeten wordt.
 - Na het overeten walgen van zichzelf, zich depressief of erg schuldig voelen.
- C Merkbaar ongenoegen over de eetbuien is aanwezig.
- D De eetbuien komen gemiddeld ten minste twee dagen per week gedurende zes maanden voor.
- E De eetbuien gaan niet gepaard met regelmatig inadequaat compensatoir gedrag (bijvoorbeeld zelfopgewekt braken; het misbruik van laxantia, vasten of overmatige lichaamsbeweging) en de stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens het beloop van anorexia nervosa of boulimia nervosa.

De eetstoornis-NAO is een categorie voor patiënten die meestal een aantal overeenkomstige, maar niet alle, kenmerken van de eerder genoemde meer specifieke eetstoornissen hebben. Deze laatste categorie komt in deze richtlijn niet apart aan bod. In het kader van de richtlijn kunnen patiënten met een eetstoornis-NAO naar gelang de aard van de symptomatologie worden gerangschikt onder de anorexia nervosa of boulimia nervosa.

2.2 Epidemiologie¹

2.2.1 Anorexia nervosa

Incidentie: minimaal 8 per 100.000 personen van de bevolking per jaar in geïndustrialiseerde landen. Dit betekent dat er per jaar circa 1.300 personen met anorexia nervosa in Nederland bijkomen. De huisarts ziet gemiddeld eens in de 5 jaar een nieuwe patiënt met anorexia nervosa in zijn praktijk.

Prevalentie: naar schatting jaarlijks 370 per 100.000 jonge vrouwen (15-29 jr.) in geïndustrialiseerde landen. Dit betekent circa 5.500 jonge vrouwen met anorexia nervosa per jaar in Nederland. Dat houdt in dat de huisarts gemiddeld één patiënt met anorexia nervosa in de praktijk heeft. Anorexia nervosa komt vooral voor bij meisjes en jonge vrouwen.

2.2.2 Boulimia nervosa

Incidentie: minimaal 13 per 100.000 personen van de bevolking per jaar in geïndustrialiseerde landen. Dit betekent dat er per jaar circa 2.100 personen met boulimia nervosa in Nederland bijkomen. Gemiddeld ziet een huisarts eens in de 3 jaar een nieuwe patiënt met boulimia nervosa in zijn praktijk.

Prevalentie: naar schatting jaarlijks 1.500 per 100.000 jonge vrouwen in geïndustrialiseerde landen. Dit betekent circa 22.300 jonge vrouwen met boulimia nervosa per jaar in Nederland. Een huisarts met een praktijkgrootte van 2000 patiënten heeft gemiddeld 18 patiënten met boulimia nervosa in de praktijk (Schoemaker & de Ruiter 2003; NICE-richtlijn, 2004).

2.2.3 Eetbuistoornis

Er zijn nog nauwelijks epidemiologische gegevens bekend. Het grote probleem bij deze studies is dat de criteria waaraan patiënten moeten voldoen, nog niet vaststaan. Daarnaast zijn er vaak methodologische beperkingen: kleine steekproeven en het gebruik van uitsluitend vragenlijsten om de diagnose te stellen. Er zijn enkele studies gedaan naar specifieke populaties, zoals mannen, vrouwen, leden van een afslankgroep. Tot op heden is er één kwalitatief goede studie bekend naar de prevalentie onder de algemene bevolking. Deze Australische studie vond een prevalentie voor de eetbuistoornis volgens de DSM-IV-criteria van 1% onder de bevolking. Toegepast op de Nederlandse situatie zou dit betekenen dat er op 1 januari 2001 bijna 160.000 patiënten met de eetbuistoornis in Nederland waren. Overigens is het opvallend dat in tegenstelling tot anorexia nervosa en boulimia nervosa de eetbuistoornis relatief even vaak voorkomt bij mannen als bij vrouwen.

2.3 Etiologie

De etiologie van eetstoornissen is vooralsnog onbekend. Wel is duidelijk dat eetstoornissen het gevolg zijn van een combinatie van meerdere factoren. Zo zijn er factoren die in aanleg al aanwezig zijn (genetische achtergrond en persoonlijkheid). Verder kunnen er verschillende risicofactoren aanwezig zijn, zoals sociale, culturele en familiale factoren, maar deze zijn ieder op zich niet voldoende om de stoornis te veroorzaken.

¹ Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 34, 383-396. 2003. Hay, P.J. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: an Australian community-based survey, *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 23, p371-382. Voor meer informatie zie Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland: www.eetstoornis.info.

2.4 Diagnostiek

De problematiek wordt in kaart gebracht door middel van een persoonlijk gesprek met een hulpverlener. Als op basis van dit gesprek geen duidelijke diagnose gesteld kan worden, dan is het mogelijk een onderzoeksmethodiek toe te passen. Met een vragenlijst of een ander meetinstrument de problematiek verder verhelderd of geobjectiveerd worden. Een lastig punt bij de diagnostiek is de ontkenning van de patient bij de aard en de ernst van de stoornis, dit is mede afhankelijk van de leeftijd en de ontwikkelingsniveau. Dit vormt het vertrekpunt voor het bestrijden van de symptomen. Diagnostische gesprekken hebben vaak een therapeutisch effect.

De diagnose wordt in Nederland meestal gesteld aan de hand van het DSM-IV-classificatiesysteem. Vooral ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek naar het effect van de behandeling is een aantal semi-gestructureerde interviews ontwikkeld. Deze instrumenten kunnen ook de kwaliteit van de diagnostiek in de klinische praktijk bevorderen.

2.5 Comorbiditeit

Nogal eens is tevens sprake van andere psychische stoornissen, in het bijzonder affectieve stoornissen, angststoornissen, obsessieve compulsieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Deze richtlijn besteedt geen expliciete aandacht aan de diagnostiek en behandeling van deze co-morbiditeit. Co-morbiditeit komt echter vaak voor bij patiënten met een eetstoornis en de werkgroep is van mening dat bij de behandeling van een eetstoornis, waarbij sprake is van een co-morbiditeit, een geïntegreerde behandeling noodzakelijk is. Het is belangrijk om de aard en ernst van eventuele co-morbide psychische stoornissen vast te stellen en te relateren aan het ontstaan en/of voortbestaan van de eetstoornis. Als er zicht is op de onderlinge relatie van de psychische stoornissen kan bepaald worden of de eetstoornis op de voorgrond staat en of behandeling van de eetstoornis, in het licht van de verdere diagnostiek, de prioriteit heeft. Wanneer de eetstoornis niet op de voorgrond staat kan een gerichte verwijzing of samenwerking met een andere (gespecialiseerde) hulpverleningsinstelling gewenst zijn.

Bij patiënten met veel co-morbide psychische stoornissen, waaronder een eetstoornis, bestaat het gevaar dat zij steeds worden verwezen naar een andere (gespecialiseerde) hulpverleningsinstelling. Dit verwijst naar een probleem in de organisatie van de zorg dat niet specifiek is voor de behandeling van patiënten met een eetstoornis. Een goede samenwerking met regionale hulpverleningsinstellingen en zorgvuldigheid in het verwijs- of samenwerkingstraject kunnen dit probleem helpen voorkomen.

2.6 Prognose

2.6.1 *Anorexia nervosa*

Van alle psychiatrische stoornissen behoort anorexia nervosa tot de ziekten met de hoogste mortaliteit: wereldwijd blijkt uit een aantal langdurige follow-up onderzoeken van patiënten na behandeling dat ongeveer 15% van de patiënten met anorexia nervosa overlijdt aan de gevolgen van de aandoening –twee derde aan ondervoeding en één derde ten gevolge van suïcide. De sterfte ten gevolge van anorexia nervosa is gemiddeld zesmaal hoger dan de sterfte in een vergelijkbare leeftijdsgroep.

Uit een recente samenvatting van belooponderzoeken, bij patiënten na behandeling, (Steinhausen, 2002; 119 onderzoeken verricht tussen 1953 en 1999; 5.590 patiënten; duur follow-up minder dan 1, tot 29 jaar) is naar voren gekomen dat 5% (range 0 - 22%) van al deze patiënten was overleden. Van de overlevenden was 46,9% (range 0 - 92%) volledig hersteld; 33,5% (range 0 - 75%) verbeterd; en 20,8% (range 0 - 79%) chronisch ziek. Een toename van de duur van de follow-up liet een toename zien van zowel de mortaliteit als van het herstelpercentage. Patiënten bij wie de

ziekte tijdens de puberteit begon (in tegenstelling tot de jong-volwassenheid), hadden een lagere mortaliteit en een betere prognose. Een grote groep patiënten vertoonde bij follow-up andere psychiatrische stoornissen: bij 24,1% was sprake van stemmingsstoornissen (range 2 - 67%); bij 25,5% van angststoornissen (range 4 - 61%); bij 12,0% van dwangstoornissen (range 0 - 23%); en bij 17,4 - 31,4% was sprake van persoonlijkheidsstoornissen (range 0 - 76%). Factoren die een ongunstige prognose voorspelden, waren: braken, eetbuien, purgeren, premorbide klinische problemen of problemen met de ontwikkeling, langdurig bestaan van de stoornis, obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

2.6.2 *Boulimia nervosa*

Uit een recente samenvatting van belooponderzoeken (Steinhausen, 1999; 24 onderzoeken verricht tussen 1983 en 1994; 1383 patiënten; duur follow-up 2 - 161 maanden) is naar voren gekomen dat 47,5% (range 22 - 66%) van de patiënten volledig was hersteld; 26% (range 0 - 67%) verbeterd en 26% (range 0 - 43%) chronisch ziek. Factoren die een ongunstige prognose voorspelden, waren: persoonlijkheidsstoornissen, waaronder borderline symptomen, suïcidepogingen, lage zelfwaardering, alcoholmisbruik.

2.6.3 *Eetbuistoornis*

Over de prognose van de eetbuistoornis is nog weinig gepubliceerd. Uit een samenvatting van de bestaande literatuur is gebleken dat na 5 jaar 77% van een 'community sample' vrij was van boulimische episodes, terwijl 10% nog voldeed aan de criteria voor de stoornis (Dingemans e.a., 2002). Van een intensief klinisch behandelde groep voldeed na 6 jaar nog 21% aan de diagnostische criteria voor een eetstoornis en nog slechts 6% aan de criteria voor de eetbuistoornis. De meerderheid bleek verbeterd (Fichter, 1998).

2.7 Gevolgen

Eetstoornissen kunnen een chronisch beloop hebben. Op den duur kunnen vele, vaak ernstige, lichamelijke, psychische en sociale gevolgen ontstaan.

Bij anorexia nervosa van het beperkende type staan de lichamelijke gevolgen van ondergewicht, ondervoeding, vasten en overactiviteit op de voorgrond. Deze gevolgen zijn onder meer: uitputting; ondertemperatuur; obstipatie en vertraagde maagontlediging; trage hartslag en lage bloeddruk; huidproblemen zoals schilferige huid, lanugobeharing, bros haar en haaruitval; botontkalking en onvoldoende botopbouw; uitblijven van de menstruatie; en uitblijven van de normale groei en seksuele rijping bij kinderen. Sommige gevolgen kunnen levensbedreigend zijn, zoals hartritmestoornissen, decompensatio cordis of hypoglykemie. Bij het purgerende type kunnen daarnaast de lichamelijke gevolgen van *braken, misbruik van laxantia en/of diuretica* voorkomen, zoals lokale beschadigingen van de slokdarm, het tandglazuur of de dikke darm, vergrote speekselklieren, beschadigde handrug en stoornissen in de zout- en waterhuishouding. Deze kunnen weer leiden tot levensbedreigende hartritmestoornissen en nierfunctiestoornissen. Bij boulimia nervosa van het purgerende type treden dezelfde risico's van purgeergedrag op.

Lichamelijke gevolgen van een *onregelmatig eetpatroon en/of eetbuien* zijn: menstratiestoornissen, misselijkheid en maagpijn, diarree en obesitas.

Psychische klachten bij een chronische eetstoornis kunnen zijn: depressiviteit, (sociale) angstklachten, concentratie- en geheugenstoornissen en obsessief denken – vooral over eten, gewicht en uiterlijk. Ook bij boulimia nervosa kunnen angst en depressiviteit optreden, al dan niet secundair aan de eetstoornis. Bij anorexia nervosa kan ook een bepaalde mate van neuropsychologisch dysfunctioneren optreden, zoals aantasting van het verbale en visuele geheugen, visuo-ruimtelijke vaardigheden, concentratievermogen en de uitvoerende functies.

Eetstoornissen hebben vaak een grote invloed op het sociale leven van de patiënten. Zij kunnen het fysiek en mentaal vaak niet meer opbrengen om te werken, te studeren of naar school te gaan en raken in een sociaal isolement. De levensgebieden vrijetijdsbesteding, gezondheid, seksualiteit, de financiële situatie en de maatschappelijke positie worden vaak als onbevredigend ervaren.

Al met al leiden deze patiënten vaak een ingeperkt en in feite gehandicapt leven.

2.8 Behandeling

Bij de behandeling van eetstoornissen speelt een aantal specifieke aandachtsgebieden een rol.

2.8.1 *Knelpunten bij het starten van de behandeling van eetstoornissen*

Patiënten met anorexia nervosa zijn vaak ambivalent over de noodzaak tot behandeling en hebben de neiging de ziekte te ontkennen. In de beginfase moet dan ook veel aandacht besteed worden aan het motiveren van de patiënt. Patiënten met boulimia nervosa willen graag hulp, maar schaamte over hun eetgedrag weerhoudt hen ervan hulp te zoeken of hun klachten rechtstreeks te uiten.

2.8.2 *Informatieverschaffing – psycho-educatie*

Het is van belang dat de eetstoornis geduid wordt, een betekenis krijgt. Dit kan door – voor zover mogelijk – de patiënt te informeren over het ziektebeeld, de behandelmogelijkheden, de mogelijke investering in tijd en geld, het belang van de eigen motivatie, en de kansen op verbetering. Het uitspreken van de diagnose geeft duidelijkheid over wat er aan de hand is en geeft aan dat er sprake is van een ziekte waarvoor behandeling bestaat. Dit kan voor patiënten een verschillende betekenis hebben: voor de een kan deze duidelijkheid een opluchting betekenen, voor de een ander kan het uitsluitend een negatieve betekenis hebben. Deze gesprekken kunnen op zich al een (onderdeel van de) behandeling vormen en hebben doorgaans als doel het vergroten van de motivatie voor verandering.

2.8.3 *Bestrijden of reduceren van de symptomen en belastende factoren*

Met de interventies in de behandeling en begeleiding worden overeengekomen behandeldoelen nagestreefd. Meestal zijn de doelen het verminderen van het ondergewicht, het normaliseren van het eetpatroon en het stoppen met de eetbuien en/of het braken en laxeren. Daarnaast richt de behandeling zich op het vergroten van de zelfwaardering, de verbetering van de lichaamsbeleving en het veranderen van verstoorde cognities ten opzichte van eten en gewicht.

2.8.4 *Het beperken van de gevolgen*

Bij het streven naar verbetering van de toestand van de patiënt wordt ook aandacht besteed aan de gevolgen van de eetstoornis. Het gaat hier om lichamelijke, psychologische en sociale gevolgen. Daarbij worden ook de gevolgen voor het systeem (partner, kinderen en andere verwanten) meegenomen.

2.8.5 *Terugvalpreventie*

Een belangrijk doel bij de behandeling van een eetstoornis is het voorkomen van terugval. Van terugval is sprake als de symptomen van de eetstoornis zodanig toenemen of terugkeren dat hulp of ingrijpen weer noodzakelijk is. Terugval komt veel voor en kan ernstige gevolgen hebben. Het is van belang de patiënt de vroege tekenen van terugval te leren herkennen en hanteren., bijvoorbeeld door ondersteuning bij het herkennen van risicomomenten en bij het aanleren en toepassen van daarop gerichte copingstrategieën.

2.8.6 Resocialisering

Een kenmerk van een eetstoornis is dat patiënten zich in meer of mindere mate sociaal isoleren. Reeds in het proces van herstel is het van belang om aandacht te besteden aan het weer opbouwen van sociale contacten en een aanvang te maken met het voortzetten van dan wel zoeken naar werk of een opleiding. De ervaring leert dat ook na herstel van de eetstoornis het moeilijk blijft het sociale isolement waarin de patiënt leefde te doorbreken. Na herstel zijn doorgaans de verwachtingen van de omgeving ook wat hoger, hetgeen de nog niet zo gefundeerde draagkracht van de (inmiddels ex-)patiënt te boven kan gaan. Om terugval te voorkomen is het van belang ook herstelde patiënten begeleiding aan te bieden bij het weer opbouwen van een privé-, sociaal en maatschappelijk leven.

2.8.7 Chroniciteit

Chroniciteit bij eetstoornissen verdient uitdrukkelijk aandacht. Bij gemiddeld 20 – 25% van de patiënten met anorexia en boulimia nervosa (zie boven) blijft de stoornis bestaan en ervaart men blijvend beperkingen. De zorg voor deze patiënten vergt een specifiek op een langdurige eetstoornis gerichte persoonlijke benadering. Zo kan zich de situatie voordoen dat de begeleiding van de patiënt niet primair gericht dient te zijn op herstel doch op verbetering van de kwaliteit van leven mét een eetstoornis; actieve acceptatie van de beperkingen en problemen als gevolg van de eetstoornis speelt daarbij een rol evenals het werken aan een goed sociaal netwerk, zinvolle dagbesteding en een zo optimaal mogelijke lichamelijke gezondheid. Ook deze begeleiding dient bij voorkeur door een in eetstoornissen gespecialiseerde hulpverlener te geschieden. Daarnaast dienen voldoende mogelijkheden geboden te worden aan de patiënt om, indien gewenst, de prioriteit binnen de begeleiding weer op herstel dan wel verbetering van de eetstoornis te richten. Gelet op de ernstige lichamelijke gevolgen van eetstoornissen verdient het aanbeveling bij mensen met een langdurige eetstoornis regelmatig een op die gevolgen gericht lichamelijk onderzoek te doen.

2.9 Bejegening

Een goede bejegening wordt essentieel gevonden. Dit blijkt ook uit de voorlopige resultaten van het kwaliteitsonderzoek onder patiënten dat is uitgevoerd in een samenwerkingsproject van Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, de Robert-Fleury Stichting en de Rijksuniversiteit Leiden (de la Rie, 2005). Het gaat om algemene aspecten, zoals acceptatie, een luisterend oor, respectvolle benadering, vertrouwen, begrip, vriendelijkheid, betrokkenheid, empathie, interesse, eerlijkheid, en het serieus nemen van de patiënten en hun klachten.

Bij de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen is een aantal specifieke bejegeningaspecten te noemen. Zo hebben patiënten nogal eens de ervaring dat huisartsen de eetstoornis niet onderkennen of deze bagatelliseren. Zij voelen zich dan niet begrepen en hebben de neiging hun hulpvraag te onderdrukken, zeker omdat het vaak al moeite heeft gekost de stap naar de huisarts te zetten. Een adequate bejegening daarentegen is een basis voor het aangaan van een behandeling. Bij een juiste bejegening zullen eetstoornissen dus eerder worden opgemerkt, zodat iemand eerder hulp krijgt, en een eetstoornis niet nog jarenlang verborgen blijft.

De waardering voor de geboden hulp is ook sterk afhankelijk van de wijze waarop de cliënt zich bejegend voelt. Elementen uit de vroegere gedragstherapeutische behandeling van eetstoornissen worden nu nog wel eens toegepast. Patiënten ervaren dit als dreigen, beschuldigen, of straffen. Deze houding werkt averechts en maakt dat men eerder tot geheimhouding neigt. De door de patiënten gewenste houding van de hulpverlener is: vertrouwen en respect tonen, duidelijke regels hanteren, en een gezonde voorbeeldfunctie (normaal eetgedrag) vervullen. Wanneer sondevoeding moet worden toegediend, dan moet de hulpverlener begrip tonen voor wat dit voor de patiënt betekent en goede uitleg geven over de noodzaak.

2.10 Organisatie van de zorg

De zorg voor mensen met een eetstoornis is verdeeld over verschillende soorten instellingen en hulpverleners:

- Nulde lijn: familie, partners, lotgenotencontact en zelfhulpgroepen
- Eerste lijn: huisarts, diëtist, thuiszorg, eerstelijnspsycholoog, bureau Jeugdzorg
- Tweede lijn: vrijgevestigde psychologen/psychiaters, RIAGG, APZ, PAAZ, somatische afdeling van een ziekenhuis, gespecialiseerd centrum voor volwassenen, gespecialiseerd centrum voor jeugdigen.

2.11 Opzet van deze richtlijn

In de nu volgende hoofdstukken worden, aan de hand van uitgangsvragen en de daarbij gezochte evidence, de professionele kennis, en de ervaringsdeskundigheid van de patiënten (het cliëntenperspectief), aanbevelingen geformuleerd.

In het hoofdstuk *Risico en preventie* worden risicofactoren en risicogroepen beschreven en worden aanbevelingen gedaan op het gebied van preventieactiviteiten en vroegsignalering.

In het daaropvolgende hoofdstuk *Diagnostiek*, komen zowel de somatische diagnostiek als de psychodiagnostiek aan bod – de eerstelijnsdiagnostiek en de gespecialiseerde diagnostiek.

In drie hoofdstukken worden achtereenvolgens de behandelingen beschreven van de drie stoornissen: anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis.

De interventies die niet stoornisspecifiek kunnen worden aangegeven, zijn opgenomen in het hoofdstuk *Specifieke interventies*. In het laatste hoofdstuk zijn aanbevelingen opgenomen die betrekking hebben op de *Organisatie van de zorg*.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Dingemans A.E., Bruna M.J., Van Furth E.F. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity* 26: 299-307
- Fichter MM, Quadflieg N, Gnutzmann A (1998). Binge eating disorder: treatment outcome over a 6-year course. *Journal of Psychosomatic Research*, 44: 385-405.
- Harris, E.C. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorders, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 173, p11-53.
- Hay, P.J. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: an Australian community-based survey, *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 23, p371-382.
- Hoek, H.W. & Brook, F.G. (1985). Patterns of care of anorexia nervosa, *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 19, (2/3), p155-160.
- Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396. 2003.
- Rie, S. de la, Furth, E. van en Noordenbos, G., 2005, *Kwaliteit van de behandeling vanuit het patiëntenperspectief*.
- Schoemaker C., & Ruiters C. de (Red.). (2003) *Nationale Monitor Geestelijke gezondheid, Jaarboek 2003*. Trimbos-instituut Utrecht.
- Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, R.L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study, *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 13, (2), p137-15
- Steinhausen, H-C. (1999). Eating disorders. In H.-C. Steinhausen & F.C. Verhulst (Eds.), *Risk and outcomes in developmental psychopathology* (pp. 210-230). Oxford: Oxford University Press.
- Steinhausen, H-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am. J. Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Stuurgroep Eetstoornissen Nederland. (1998). *Eindrapport Stuurgroep Eetstoornissen Nederland*. Leidschendam: Stuurgroep Eetstoornissen Nederland.
- Vandereycken, W., & G. Noordenbos, G. (Red.). (2002). *Handboek Eetstoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Sullivan, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 152, (7), p1073-1074.

3 Risico en preventie

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de diverse risicogroepen en risicofactoren voor eetstoornissen die in de onderzoeksliteratuur genoemd worden.

Men kan *risicogroepen* onderscheiden op grond van gender, leeftijd, etniciteit en sociaal-economische status. Zo wordt er aandacht geschonken aan de volgende risicogroepen: jonge vrouwen van 12 - 25 jaar; kinderen (in het bijzonder meisjes, maar soms ook jongens) onder de 12 jaar; jongens en mannen; en vrouwen ouder dan 25 jaar. Tevens wordt ingegaan op eetstoornissen bij meisjes en vrouwen die afkomstig zijn uit een niet-westerse cultuur.

Daarnaast is er sprake van meer specifieke risicofactoren: familiale factoren, biologische factoren, culturele factoren, omgevingsfactoren, en algemene en specifieke psychische risicofactoren.

Tevens worden de resultaten besproken van onderzoek naar primaire preventie van eetstoornissen.

3.1 Gender, leeftijd, etniciteit en sociaal-economische status

Om de vraag welke rol gender, leeftijd, etniciteit en sociaal-economische status in de ontwikkeling van eetstoornissen spelen te beantwoorden is een literatuuronderzoek uitgevoerd. Er is daarvoor gebruikgemaakt van de databases Medline en PsycINFO.

Als zoektermen zijn gebruikt: diverse combinaties van 'eating disorders', 'anorexia nervosa', 'boulimia nervosa', 'gender', 'age', 'social-economic', 'ethnicity' (AND/OR). De aanbeveling over gender, leeftijd, etniciteit en sociaal-economische status is gezamenlijk aan het eind van deze paragraaf geformuleerd.

3.1.1 Algemeen

Wetenschappelijk bewijs

De grootste risicogroep wordt gevormd door jonge vrouwen van 15 - 25 jaar, in geïndustrialiseerde landen. Meisjes en vrouwen vormen 95% van alle eetstoornispatiënten. Dit gegeven wordt zowel in klinische als in niet-klinische onderzoeken geconstateerd (Jacobi e.a., 2004). De vrouw-manratio wordt geschat op 10:1 voor zowel anorexia nervosa als boulimia nervosa. De vrouw-manratio bij binge-eating disorder (BED) wordt ongeveer gelijk geschat (Spitzer e.a., 1992).

Conclusie

Niveau 1	Jonge vrouwen van 15 - 25 jaar in geïndustrialiseerde landen vormen 95% van alle eetstoornispatiënten. A2 Spitzer e.a., 1992; Hoek & Van Hoeken, 2003; Jacobi e.a., 2004
Niveau 1	De vrouw-manratio bij eetstoornissen is 10:1 bij anorexia nervosa en boulimia nervosa; bij binge-eating disorder is deze ratio ongeveer gelijk. A2 Spitzer e.a., 1992; Hoek & Van Hoeken, 2003; Jacobi e.a., 2004

3.1.2 Kinderen onder de 12 jaar

Wetenschappelijk bewijs

In Nederland zijn geen prevalentiecijfers bekend betreffende kinderen onder de 12 jaar, mede omdat de uitingsvorm van gestoord eetgedrag vaak anders is dan bij oudere kinderen en adolescenten. Bij het jonge kind kan sprake zijn van selectief eetgedrag, waarbij de inname van diverse soorten voedsel sterk beperkt wordt. Andere eetstoornissen die bij jonge kinderen voorkomen, zijn voedselvermijding ten gevolge van onderliggende emotionele factoren, dysfagie zonder organische oorzaak, en voedselweigering als uiting van een uitgebreidere psycho-emotionele stoornis (Messer e.a., 1994).

Jonge kinderen (6-11 jaar) kunnen echter wel reeds aandacht hebben voor hun lichaamsvorm en -gewicht (Ricciardelli & McCabe, 2001; Moreno & Thelen, 1995). Uit een literatuuroverzicht bleek dat kinderen met de voor kinderen aangepaste *Body Dissatisfaction Scale of the Eating Disorder Inventory* (BD-EDI) goed getest kunnen worden (Gardner e.a., 1997; Wood e.a., 1996). Onvrede met lichaamsafmetingen is bij kinderen gerelateerd aan gender, leeftijd en body mass index (BMI) (Flannery-Schroeder & Chrisler, 1996; Gardner e.a., 1997; Thelen e.a., 1992). Verder zijn in verband met bezorgdheid over de lichaamsvorm dezelfde factoren onderzocht als bij adolescenten en volwassenen: etniciteit, de invloed van de media; lijngedrag van leeftijdgenoten (peers), gebrek aan zelfvertrouwen, cognities rond voedsel en eetgedrag. Op basis van de diverse onderzoeken bestaat de indruk dat bij jonge kinderen sprake is van dezelfde determinanten voor bezorgdheid over lichaam en uiterlijk en gestoord eetgedrag als bij oudere kinderen en adolescenten. Vertekening van oorzaak en gevolg is echter niet uit te sluiten, omdat de meeste van deze onderzoeken dwarsdoorsnedeonderzoeken (cross-sectional studies) waren. Preoccupatie met het lichaam en vroege kenmerken van gestoord eetgedrag bij het jonge kind voorspellen echter nog geen ontwikkeling van een eetstoornis op latere leeftijd (Jacobi e.a., 2004).

Conclusie

Niveau 4	Er zijn sterke aanwijzingen dat eetstoornissen als anorexia nervosa en boulimia nervosa reeds voorkomen in de leeftijdsperiode tussen 8 en 12 jaar. In Nederland zijn hierover echter nog te weinig gegevens beschikbaar. D Gardner e.a., 1997; Wood e.a., 1996
Niveau 3	Bij kinderen jonger dan 10 jaar komen diverse vormen van gestoord eetgedrag voor, die nog geen eetstoornis op latere leeftijd voorspellen, maar de kans daarop wel groter maken dan bij een controlegroep van kinderen jonger dan 10 jaar zonder eetproblemen of afwijkend eetgedrag. C Messer e.a., 1994; Marchi & Cohen, 1990 ; Kotler e.a., 2001; Jacobi e.a., 2004

3.1.3 Jongens/mannen

Anorexia nervosa en boulimia nervosa komen aanzienlijk vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, respectievelijk 90 versus 10% (Spitzer e.a., 1992).

Bij de lichaamsbeleving spelen seksespecifieke ervaringen en ideaalbeelden een rol. Bij meisjes gaat het om de beleving van vet(verdeling), de beleving van borstontwikkeling en menstruatie, de seksualiteit en bij dat laatste voornamelijk de negatieve seksuele ervaringen. Bij jongens spelen de beleving van vet(verdeling), gespierdheid, het uiterlijk beeld van mannelijkheid, negatieve seksuele ervaringen en homoseksuele identiteit (bij 20%) een rol.

Wetenschappelijk bewijs

Ook bij jongens kunnen gewichtsobsessies voorkomen. Van een verhoogd risico is sprake bij sporten waarbij het gewicht een belangrijke rol speelt (bv. joggen, atletiek, turnen, ballet, kunstschaatsen, skispringen). Bij sporten waarbij de gewichtsklasse belangrijk is, zoals bij worstelen en bodybuilding, is extreem lijngedrag en gestoord eetgedrag vaak gerelateerd aan en beperkt tot de wedstrijdperiode (Dale & Landers, 1998).

Wanneer niet alleen gelet wordt op de dimensie eetgedrag, maar ook op de dimensies van lichaamsbeleving en het geobsedeerd zijn door het uiterlijk, dan zijn een paar mannelijke uitingsvormen te noemen die equivalent zijn aan die bij vrouwen. Ten eerste is er het adoniscomplex (Pope e.a., 2000), waarbij mannen geobsedeerd zijn door hun uiterlijk. Ten tweede is er het machismo nervosa of de muscle dysmorphia. Hierbij is er een subjectief gevoel van mager zijn, zelfs bij redelijke gespierdheid (waarbij sprake kan zijn van misbruik van anabole steroïden). Tot slot zijn er nog de jogging- en fitnessverslaafden, die steeds verder of sneller willen joggen, via fitness zeer extreme uiterlijke doelen nastreven en daarmee nooit tevreden zijn (Davis e.a., 1994). Jongens en mannen met een eetstoornis hebben dezelfde kenmerken als meisjes en vrouwen met een eetstoornis. In een onderzoek van Grilo (2002) vertoonden mannen en vrouwen met een eetstoornis geen significant verschil in psychiatrische afwijkingen. Ook bleek er geen verschil tussen mannen en vrouwen met eetstoornissen in de mate van comorbiditeit, behalve meer antisociaal gedrag bij mannen.

Conclusie

Niveau 3	<p>Het lijkt waarschijnlijk dat het aantal jongens en mannen dat extreem lijnt en anorexia nervosa of boulimia nervosa ontwikkelt, veel kleiner is dan het aantal vrouwen met deze verschijnselen. Wel komen bij mannen enkele uitingsvormen voor die overlapping vertonen met een eetstoornis, zoals extreem joggen en sporten en het ontwikkelen van spieren al of niet door het gebruik van anabole steroïden.</p> <p>Jongens en mannen met een eetstoornis hebben dezelfde kenmerken als meisjes en vrouwen met een eetstoornis.</p> <p>C Dale & Landers, 1998; Davis & Kennedy, 1994; Pope, 2000</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Patiëntenperspectief: hulpverleners dienen alert te zijn op het feit dat ook jongens en mannen aan een eetstoornis kunnen lijden.

3.1.4 Oudere vrouwen

Wetenschappelijk bewijs

De meeste eetstoornissen beginnen onder de leeftijd van 20 jaar, maar in sommige gevallen na het 20ste levensjaar of zelf nog later, na een stressvolle gebeurtenis, na extreem lijnen of na een bevalling (Cosford & Arnold, 1992; Lucas e.a., 1999). Verder moet er rekening mee gehouden worden dat vrouwen vaak (20 - 25%) zeer langdurig een eetstoornis houden, of in slechts geringe mate (ongeveer 25% van de patiënten) verbetering vertonen. Dit betekent dat ook onder volwassen en oudere vrouwen anorexia nervosa en boulimia nervosa voorkomen.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat bij vrouwen die ouder zijn dan 25 jaar ook nog eetstoornissen voorkomen. Er kan dan sprake zijn van een eetstoornis die dan pas ontwikkeld wordt, maar een deel van de eetstoornissen is een gevolg van een zeer langdurige eetstoornis die reeds op jongere leeftijd is begonnen.
	B Cosford & Arnold, 1992; Lucas e.a. 1999

3.1.5 Vrouwen van niet-Kaukasische etniciteit: Aziatisch, Arabisch, Afrikaans, Caraïbisch

Wetenschappelijk bewijs

In Nederland is nog niet systematisch onderzocht in welke mate eetstoornissen voorkomen bij allochtone vrouwen in Nederland. Uit Brits onderzoek is gebleken dat onder Aziatische meisjes en moslimmeisjes relatief vaak extreem lijngedrag voorkwam, onder meer door de confrontatie met de westerse slankheidnormen en door de eventuele conflicten tussen de diverse culturen waarin ze opgroeien (Nasser, 1997; Thomas e.a., 2002). In Zuid-Afrika zouden zwarte vrouwen vaker een eetstoornis hebben dan blanke vrouwen (Le Grange e.a. 1998; Szabo & Hollands, 1997). Recent onderzoek heeft aangetoond dat in landen waarin sprake is van een snelle industriële ontwikkeling, het aantal vrouwen met een eetstoornis is toegenomen (Gordon, 2001; Nasser e.a., 2001; Rathner, 2001; Jacobi e.a., 2004). Uit onderzoek van Hoek en van Hoeken (2003) bleek dat ook vrouwen uit Curaçao en de Antillen, die hoogopgeleid waren en niet tot de zwarte bevolkingsgroepen horen, eetstoornissen ontwikkelden.

Thomas e.a. (2002) hebben in Engeland onderzoek gedaan bij 325 jongens en 387 meisjes van 11 tot 16 naar het effect van gender, etniciteit, socio-economische status, zelfbeeld en gevoelens over eten en eetgedrag. In totaal had 4,6% van de leerlingen een (hoge) score van meer dan 20 op de Eating Attitudes Test (EAT), wat duidt op een eetstoornis. Opvallend was dat Aziatische en islamitische leerlingen, maar vooral leerlingen van gemengde etnische herkomst een significant hogere EAT-score hadden dan 'blanke' of Afrikaans-Caraïbische leerlingen. Meer meisjes dan jongens hadden een hoge EAT-score. De Aziatische en islamitische leerlingen hadden echter een lagere BMI dan de 'blanke' (Kaukasische) leerlingen. Voor het stellen van de diagnose zal men bij deze leerlingen moeten corrigeren voor een lagere BMI.

Conclusie

Niveau 2	Ook bij allochtone meisjes en vrouwen komen eetstoornissen voor na migratie naar westerse geïndustrialiseerde landen
	B Nasser, 1997; Nasser e.a., 2001, Jacobi e.a., 2004

Overige overwegingen

Patiëntenperspectief: In de eerste plaats moet men bij mensen uit Aziatische landen oppassen te veel waarde aan de BMI toe te kennen. De hulplijn van SABN (Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa) wordt vaak gebeld door de omgeving (familie, partners en docenten) van allochtone patiënten. Daarbij blijkt dat het tevens moeilijk is om de ouders in te schakelen (zo melden bijvoorbeeld docenten). De angst van meisjes om hun ouders teleur te stellen, is groot. De vraag die hierbij rijst, is of in sommige culturen volslanke vrouwen een teken van schoonheid zijn. Het komt echter ook voor dat in sommige culturen moeders hun dochters juist stimuleren om maaltijden over te slaan om extra slank te blijven. Binnen deze doelgroep is het voor meisjes en hun omgeving lastig om te erkennen en te herkennen dat er sprake is van een eetprobleem. Juist door de dubbele signalen die meisjes vaak op jonge leeftijd al krijgen, verliezen ze hun realistische kijk op een normaal eetpatroon en een gezond lichaamsbeeld.

3.1.6 Gender, sociaal-economische status en etniciteit

Wetenschappelijk bewijs

Uit onderzoek van Thomas e.a. (2002) bleek dat er bij de ontwikkeling van eetstoornissen een samenhang bestond tussen gender, sociaal-economische status, zelfvertrouwen en etniciteit. Kinderen met slechts 1 ouder scoorden hoger op de EAT. Als alleen de moeder werkte (in een tweeoudergezin), dan ging dat samen met een laag zelfvertrouwen van het kind. Een combinatie van een EAT-score >10 en een laag zelfvertrouwen kwam 2 keer zo vaak voor bij Aziatische en islamitische leerlingen als bij 'blanken' en bijna 4 keer zo vaak bij vrouwen als bij mannen.

Zowel culturele als sociaal-economische factoren spelen onafhankelijk van elkaar een rol bij de ontwikkeling van eetstoornissen. Werkeloosheid van de vader of van beide ouders vormt een risicofactor voor laag zelfvertrouwen en depressie, die op zich weer risicofactoren vormen voor het ontstaan van eetstoornissen. Kinderen van laagopgeleide ouders hebben vaak ernstiger eetstoornissen (Striegel-Moore e.a., 2000). Laag zelfvertrouwen en een depressieve stemming bleken onafhankelijk van elkaar gerelateerd aan een hoge EAT-score. Effecten van sociaal-economische stress of eetstoornissen bleken gemedieerd te kunnen worden door een depressieve stemming en een laag zelfvertrouwen. Jongens hadden meer zelfvertrouwen dan meisjes, daarbij was geen verschil tussen de etnische groepen.

Verder worden alloctonen die van een niet-westerse cultuur gemigreerd zijn naar de westerse samenleving vaker geconfronteerd met conflicten tussen verschillende waardesystemen: tussen moderne waarden in de samenleving en traditionele waarden thuis – ook betreffende gewicht en lichaamsbeleving (Hill & Bhatti, 1995; Mumford e.a. 1991).

Conclusie

Niveau 2	<p>Migratie vanuit een niet-westerse samenleving, etniciteit, lage sociaal-economische positie en conflicterende normen en waarden gaan vaak samen met gevoelens van onzekerheid en weinig zelfvertrouwen, die weer belangrijke (algemene maar niet specifieke) risicofactoren vormen voor de ontwikkeling van eetstoornissen.</p> <p>B Hill & Bhatti, 1995; Mumford e.a., 1991; Striegel-Moore, e.a., 2000; Thomas e.a., 2002</p>
-----------------	--

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat leerkrachten, huisartsen, school- en jeugdartsen en andere hulpverleners er rekening mee dienen te houden dat eetstoornissen *ook* voor kunnen komen bij:

- kinderen (vooral meisjes maar soms ook jongens) in de leeftijd tussen 8 en 12 jaar
- jongens en mannen
- vrouwen ouder dan 25 jaar
- allochtone meisjes en vrouwen of meisjes en vrouwen die afkomstig zijn uit een niet-westerse cultuur.

Het is wenselijk om een Nederlandse vertaling te maken van de voor kinderen aangepaste Body Dissatisfaction Scale of the Eating Disorder Inventory (BD-EDI) om de aanwezigheid van een eetstoornis bij jonge kinderen na te gaan.

Literatuur

- Cosford, P., & Arnold, E. (1992). Eating disorders in later life: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 491-498.
- Dale, K., & Landers, D.M. (1998). Weight control in wrestling: eating disorders or disordered eating? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, 1382-1389.
- Davis, C., Kennedy, S.H., Ravelski, E., e.a. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 957-967.
- Flannery-Schroeder, E.C., & Chrisler, J.C. (1996). Body esteem, eating attitudes and gender-role orientation in three age groups of children. *Current Psychology*, 15, 235-248.
- Gardner, R.M., Sorter, R.G., & Friedman, B.N. (1997). Developmental changes in children's body images. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 1019-1036.
- Gordon, R.A. (2001). Eating disorders East and West: A culture-bound syndrome unbound. In M. Nasser, M.A. Katzman & R.A. Gordon (Red.), *Eating disorders and cultures in transition* (pp. 1-16). East Sussex: Brunner-Routledge.
- Grilo, (2002). Are there Gender Differences in DSM-IV Personality Disorders? *Comprehensive Psychiatry*, 43, 427-430.
- Hill, A.J., & Bhatti, R. (1995). Body shape perception and dieting in preadolescent British Asian girls – Links with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 175-183.
- Hoek, H.W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., e.a. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.
- Kotler, L.A., Cohen, P., Davies, M., e.a. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1434-1440.
- Le Grange, D., Telch, C.F., & Tibbs, J. (1998). Eating attitudes and behaviors in 1.435 South African Caucasian and non-Caucasian college students. *American Journal of Psychiatry*, 155, 250-254.
- Lucas, A.R., Crowson, C.S., O'Fallon, W.M., e.a. (1999). The ups and downs of AN. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 397-405.
- Marchi, M., & Cohen, P., (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 112-117.
- Messer, A.P., de Vos, I., & Wolters, W.H.G. (1994). *Eetproblemen bij kinderen en adolescenten*. Baarn: Ambo.
- Moreno, A.B., & Thelen, M.H. (1995). Eating Behavior in Junior High School Females. *Adolescence*, 30, 171-174.
- Mumford, D.B., Whitehouse, A.M., & Platts, M. (1991). Socio cultural correlates of eating disorders in Bradford. *British Journal of Psychiatry*, 158, 222-228.
- Nasser, M. (1997). *Culture and weight consciousness*. London: Routledge.
- Nasser, M, Katzman, M.A., & Gordon, R.A. (Red.). (2001). *Eating Disorders and Culture in Transition*. New York: Brunner-Routledge.
- Pope, H.G., Phillips, K.A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press.
- Rathner, G. (2001). Post-communism and the marketing of the thin ideal. In M. Nasser, M.A. Katzman & R.A. Gordon (Red.), *Eating disorders and cultures in transition* (pp. 93-104). East Sussex: Brunner-Routledge.
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M.P. (2001). Children's Body Image Concerns and Eating Disturbance. A Review of the Literature. *Clinical Psychological Review*, 21, 325-344.
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., e.a. (1992). Binge-eating disorders: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Striegel-Moore, R.H., Schreiber, G.B., Lo, A., e.a. (2000). Eating disorder symptoms in a cohort of 11- to 16-years old Black and White girls. The NHLBI Growth and Health Study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 49-66.
- Szabo, C.P., & Hollands, C. (1997). Abnormal eating attitudes in secondary-school girls in South Africa. A preliminary study. *South African Medical Journal*, 87, 524-530.
- Thelen, M.H., Powell, A.L., Lawrence, G., e.a. (1992). Eating and body image concerns among children. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 21, 41-46.
- Thomas, C.L., James, A., & Bachmann, M.O. (2002). Eating Attitudes in English Secondary School Students. Influences of Ethnicity, Gender, Mood and Social Class. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 92-96.
- Wood, K.C., Becker, J.A., & Thompson, J.K. (1996). Body image dissatisfaction in preadolescent children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 85-100.

3.2 Specifieke risicogroepen

Om de vraag te beantwoorden welke de belangrijkste risicogroepen zijn voor het ontwikkelen van een eetstoornis is literatuuronderzoek verricht. Daarbij is gebruikgemaakt van de databases van Medline en PsycINFO met als trefwoorden – in diverse combinaties: 'risk groups', 'eating disorders', 'anorexia nervosa', 'bulimia nervosa', 'binge-eating disorder', 'gender', 'etnical factors', 'cultural factors' (AND/OR).

Naast de belangrijkste risicogroep voor eetstoornissen, bestaande uit de jonge vrouwen tussen 12 en 25 jaar in geïndustrialiseerde samenlevingen, blijken er ook enkele specifieke risicogroepen te zijn: leerling-fotomodellen, balletdansers en topsporters.

3.2.1 Fotomodellen in de modewereld

Wetenschappelijk bewijs

Onderzoek van Garner & Garfinkel uit 1980 wees uit dat leerling-modellen vaker eetstoornissen hadden dan een vrouwelijke controlegroep. Een mogelijke verklaring hiervoor zou zijn dat zij nog door de selectie moesten om als model gekozen te worden en dat er op hen een grote druk lag om aan de gewenste maten te voldoen. Uit onderzoek van Brenner & Cunningham (1992) bleek inderdaad dat vrouwelijke modellen die reeds door de selectieprocedure van modellenbureaus zijn gekomen, niet vaker een eetstoornis hadden dan een vrouwelijke controlegroep. Verondersteld wordt dat zij geselecteerd waren uit die weinige vrouwen die van nature erg slank zijn en die geen extreem lijngedrag nodig hebben om aan de gewenste maten te voldoen. Van Hanswijck de Jonge & Van Furth (1999) hebben onderzoek gedaan naar het vóórkomen van eetstoornissen bij modellen. Het meest opvallende resultaat was de weerstand om aan het onderzoek deel te nemen en de lage respons. De weinige respondenten hadden significant vaker ondergewicht, maar meldden geen eetstoornissen. Dit lijkt ook weer het vermoeden te bevestigen dat modellenbureaus hun modellen selecteren uit een uitzonderlijke groep vrouwen die van nature erg jong ogen en erg slank zijn. Men kan zich echter afvragen of bij deze modellen ook sprake is van ontkenning of minimalisering van eventuele eetstoornissen.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat leerling-modellen die graag fotomodel willen worden een specifieke risicogroep vormen voor de ontwikkeling van eetstoornissen. C Garner & Garfinkel, 1980
Niveau 3	Reeds geselecteerde fotomodellen rapporteren wel vaker ondergewicht, maar geen anorectische of boulimische kenmerken. Onduidelijk is in welke mate hierbij sprake is van mogelijke ontkenning van een eetstoornis. C Brenner & Cunningham, 1992; Van Hanswijck de Jonge & Van Furth, 1999

Overige overwegingen

Vrouwelijke fotomodellen vormen geen representatief beeld van de gemiddelde vrouw, maar vormen een selectie van vrouwen die nog erg jong zijn en van nature vrij slank zijn. Daarbij dient men zich eveneens te realiseren dat de fotografische afbeeldingen van deze modellen ook nog sterk bewerkt worden, via speciale belichtingstechnieken. Zelden presenteren de foto's een realistisch beeld van de vrouwen die als model functioneren. Toch werkt het geconstrueerde beeld als een ideaalbeeld waar veel vrouwen graag aan zouden willen voldoen.

3.2.2 Balletdansers

Wetenschappelijk bewijs

Door Garner en medewerkers (1987) is onderzoek gedaan naar balletdanseressen. Zij hebben aangetoond dat ballerina's meer het risico lopen van het ontwikkelen van een eetstoornis, vanwege de beroepsmatige druk die op hen wordt uitgeoefend om slank te blijven. Balletdanseressen worden voortdurend beoordeeld op hun uiterlijk. Tevens leren zij lichamelijke signalen als honger, moeheid en pijn bij het dansen te negeren. Dit onderzoek liet zien dat 30% van de ballerina's positief scoorde op een eetstoornisvragenlijst. Opvallend was verder dat bij hen allen de anorectische neigingen begonnen na de start van hun opleiding. Bijna 7% van de ballerina's voldeed aan de diagnostische criteria voor anorexia nervosa. Voor balletdanseressen is het niet gebruikelijk om extreem aan de lijn te doen, excessief te bewegen en braken op te wekken om hun gewicht onder controle te houden. Ook vertonen zij vaak amenorroe, zoals aangetoond werd in onderzoek van Fogelholm e.a. (1996). Balletdanseressen in topgroepen wegen slechts 75 - 80% van het 'normale' gewicht (Piran, 1999). De onderlinge competitie om deel te nemen aan nationale balletgroepen is enorm hoog. Hoe groter de competitieve sfeer op balletscholen, hoe groter het aantal ballerina's met een eetstoornis (Fogelholm e.a., 1996). Ballettrainers hebben vaak weinig oog voor het afwijkende eetgedrag en het extreem lage gewicht, omdat ze zelf gewend zijn geraakt aan deze afwijkende normen.

Conclusie

Niveau 3	Balletdanseressen vormen een risicogroep voor het ontwikkelen van eetstoornissen, omdat gewichtscontrole een onderdeel vormt van hun opleiding en hun beroepsmatige functioneren.
	C Garner, 1987; Fogelholm e.a., 1996; Piran, 1999

3.2.3 Topsporters

Wetenschappelijk bewijs

Bij vrouwelijke topsporters komen relatief veel eetstoornissen voor (Garner e.a., 1998; Sundgott-Borgen & Bahr, 1998). Afhankelijk van de sport en de sekse van de sporter komen eetstoornissen voor bij 0 tot 62% van de topsporters (Mook, 1998). De hoogste percentages komen voor bij sporten waarbij esthetische normen (turnen, kunstschaatsen, skispringen) of gewichtsklassen centraal staan (worstelen, judo en boksen). De belangstelling voor de relatie tussen eetstoornissen en topsport heeft zelfs geleid tot de term 'anorexia athletica' (Thompson & Sherman, 1993). Topsporters en eetstoornispatiënten lijken niet alleen op elkaar wat betreft hun afwijkende restrictieve eetgedrag, maar ook wat betreft psychische kenmerken, zoals doorzettingsvermogen en de obsessieve neiging om steeds verder te gaan, waarbij ze allerlei lichamelijke ongemakken trotseren (Epling & Pierce, 1996). Uit onderzoek blijkt dat veel vrouwelijke atleten als gevolg van sterk verminderde voedselinname en hoge prestaties amenorroe, osteoporose en eetstoornissen ontwikkelen. Deze drie kenmerken worden wel de 'female athlete triad' genoemd (Brownell, 1995; West, 1998; Jacobi e.a. 2004).

In een onderzoek van Sundgot-Borgen (1994) bij 522 vrouwelijke atleten voldeed 1,3% aan de DSM-III-R-criteria voor anorexia nervosa en 8,0% aan de criteria voor boulimia nervosa. Vergelijkbare gegevens werden gevonden bij jonge vrouwelijke topsporters (Johnson e.a., 1999).

In Nederland hebben Munnikhof & Coumans (2000) onderzoek gedaan naar turnen en gymnastiek, atletiek, judo, roeien, taekwondo en balletdansen. Doordat hierbij frequente gewichtscontrole plaatsheeft, is het niet verbazingwekkend dat turnsters zeer gepreoccupeerd met hun gewicht zijn. De geïnterviewde sportartsen schatten dat 10 - 40% van de topsporters eetproblemen heeft en in extreme mate bezig is met voeding en gewicht. Eetproblemen werden vooral gezien bij topsporters die naast de grote

prestatiegerichtheid ook last hadden van een lage eigenwaarde, perfectionisme, psychische problemen en ervaringen met seksueel misbruik (zie § 3.3 over risicofactoren).

Ook mannen in de (top)sport, zoals jockeys die proberen zo licht mogelijk te zijn, of judoka's en worstelaars die voor de wedstrijd proberen in een zo licht mogelijke gewichtsklasse te komen, lopen het risico van eetstoornissen. Aangezien men vaak in korte tijd veel af wil vallen om in de juiste gewichtsklasse te komen, lijken de methoden die deze sporters hanteren om hun gewicht te verminderen sterk op het gedrag van patiënten met anorexia nervosa of boulimia nervosa, zoals extreem weinig eten, zelfopgewekt braken, het gebruik van laxeremiddelen en diuretica (Dale & Landers, 1998).

Woods e.a. (1988) constateerden bij 8% van 49 worstelaars zelfopgewekt braken als manier om gewicht te verliezen, terwijl 27% aangaf eetbuien te hebben. Thiel e.a. (1993) vonden bij 16% van de 25 worstelaars die ze onderzochten pathologische scores op de Eating Disorder Inventory (EDI). In een onderzoek bij 713 worstelaars (Opligger e.a., 1993) voldeed 1,7% aan de DSM-III-R-criteria voor boulimia nervosa. Een vergelijkbaar percentage, 1,4%, werd gevonden door Lakin e.a. (1990) bij 716 worstelaars. In een onderzoek bij 85 worstelaars (Dale & Landers 1998), werden deze met behulp van de EDI vergeleken met een controlegroep van 75 niet-worstelaars. Het bleek echter dat het extreem lijngerichte gedrag van worstelaars uitsluitend voorkwam tijdens de wedstrijdperiode en daarna weer afnam, dus geen blijvend gedrag was.

Bodybuilders vormen eveneens een risicogroep. Goldfield e.a. (1998) gaven aan dat vrouwelijke bodybuilders die meedoen aan wedstrijden het risico lopen een eetstoornis te ontwikkelen. Ze zijn bang om dik te worden, willen graag slank zijn, vertonen afwijkend eetgedrag, zijn geobsedeerd door eten en gebruiken laxeremiddelen om gewicht te verliezen. Ook bij deze groep sporters blijkt echter dat gestoord eetgedrag sterk gerelateerd is aan de wedstrijdperiode en slechts in een zeer gering percentage (1,4 - 2%) van meer blijvende aard is en als eetstoornis gediagnosticeerd (DSM-IV) kan worden (Dale & Landers, 1998).

De vraag is of topsporters ook last hebben van de negatieve lichaamsbeleving die zo kenmerkend is voor het ontwikkelen van eetstoornissen. Tot nu toe is daar weinig goed gekwalificeerd onderzoek naar gedaan.

Conclusie

Niveau 2	<p>Topsporters bij wie in hun sport preoccupatie met het gewicht een belangrijke rol speelt, vormen een risicogroep voor het ontwikkelen van eetstoornissen.</p> <p>B Garner e.a., 1998; Sundgot-Borgen & Bahr, 1998; Mook, 1998; C Munnikhof & Coumans, 2000</p>
Niveau 3	<p>Bij verschillende sporten als worstelen en boksen treedt gestoord eetgedrag en extreem afvallen vooral op in de periode voorafgaande en tijdens de wedstrijden. Na de wedstrijdperiode blijkt het eetgedrag en het gewicht bij de meeste worstelaars en boksers weer te normaliseren.</p> <p>B Dale & Landers, 1998</p>

Aanbeveling

Bij sportscholen en bij topsporten die sterk gerelateerd zijn aan een laag gewicht, zoals turnen, atletiek, (kunst)schaatsen, schoonzwemmen, is het belangrijk dat coaches en sportartsen alert zijn op de ontwikkeling van eetstoornissen.

Bij topsporten waarbij sporters in een gewichtsklasse worden ingedeeld, is het belangrijk dat coaches en sportartsen aandacht hebben voor onverantwoorde methoden om af te vallen en voor aanhoudend extreem lijngedrag en mogelijke eetstoornissen, voorafgaand aan, tijdens en na afloop van de wedstrijdperiode.

Literatuur

- Brenner, J.B., & Cunningham, J.G. (1992). Gender differences in eating attitudes, body concept and self-esteem among models. *Sex-Roles*, 27, 413-437.
- Brownell, K.D. (1995). Eating disorders in athletes. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Red.), *Eating Disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 191-196). New York: Guilford Press.
- Dale, K. & Landers, D.M. (1998). Weight control in wrestling: eating disorders or disordered eating? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, 1382-1389.
- Epling, W.F., & Pierce W.D. (1996). *Activity anorexia: Theory, research, and treatment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fogelholm, M., van Marken Lichtenbelt, W., Ottenheijm, R., e.a. (1996). Amenorrhea in ballet dancers in the Netherlands. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28, 545-550
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.M., Rockert, W. & Olmstead, M.P. (1987) A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy Psychosomatics*, 48, 170-176.
- Garner, D.M., Rosen, L.W., & Barry, D. (1998). Eating disorders among athletes. Research and recommendations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 839-857.
- Goldfield, C.S., Harper, D.W., & Blouin, A.G. (1998). Are bodybuilders at risk for an eating disorder? *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 6, 133-157.
- Hanswijck de Jonge, P. van, & van Furth, E. (1999). Eating disorders in models: Fiction or fact? *European Eating Disorders Review*, 7, 235-238.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., e.a. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.
- Johnson, C., Powers, P.S., & Dick, R. (1999). Athletes and eating disorders. The national collegiate athletic association study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 179-188.
- Katzman, M.A., & Lee, S. (1997). Beyond body image: The integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 385-394.
- Lakin, J.A., Steen, S.N., & Oppliger, R.A. (1990). Eating behavior, weight loss methods, and nutrition practices among high school wrestlers. *Journal of Community Health Nurses*, 7, 223-234.
- Mook, D. (1998). *Eetstoornissen en sport*. Arnhem: Nederlands Olympisch Comité-Nederlandse Sport Federatie.
- Munnikhof, S., & Coumans, B. (2000). *Eetstoornissen ... een probleem in de Nederlandse (top)sport? Een inventariserend onderzoek naar eetproblemen/eetstoornissen in de Nederlandse (top)sport en de mogelijkheden voor preventie en zorg*. Arnhem: Nederlands Olympisch Comité - Nederlandse Sport Federatie.
- Oppliger, R.A., Landry, G.L., Foster, S.W., e.a. (1993). Bulimic behavior among interscholastic wrestlers: a state wide survey. *Pediatrics*, 91, 826-831.
- Piran, N. (1999). On the move from tertiary to secondary and primary prevention: Working with an elite dance school. In N. Piran, M.P. Levine & C. Steiner-Adair (Red.), *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges* (pp. 256-296). London: Brunner/Mazel.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 414-419.
- Sundgot-Borgen, J., & Bahr, R. (1998). Eating disorders in athletes. In M. Harries, (Red.), *Oxford textbook of sports medicine* (pp. 138-152). Oxford: Oxford University Press.
- Thiel, A., Gottfried, H., & Hesse, F.W. (1993). Subclinical eating disorders in male athletes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 259-265.
- Thompson, R.A., & Sherman, R.T. (1993). *Helping athletes with eating disorders*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- West, R.V. (1998). The female athlete. *Sports Medicine*, 26, 63-71.
- Woods, E.R., Wilson, C.D., & Masland, R.P. (1988). Weight control methods in high school wrestlers. *Journal of Adolescent Health Care*, 9, 394-397.

3.3 Risicofactoren bij eetstoornissen

Kennis van de risicofactoren is van belang zowel voor vroegtijdige onderkenning en diagnostiek als voor preventie. Als ouders, docenten, huisartsen en kinder- en jeugdartsen kennis hebben van de meest voorkomende risicofactoren, zijn zij meer alert op de (mogelijke) ontwikkeling van een eetstoornis.

Om de vraag te beantwoorden welke risicofactoren een rol spelen bij de ontwikkeling van eetstoornissen is literatuuronderzoek uitgevoerd in de databases van Medline en PsycINFO. Daarbij is gezocht naar diverse combinaties (AND/OR) van de volgende zoektermen: 'eating disorders', 'anorexia nervosa', 'bulimia nervosa', 'risk factors', 'gender', 'cultural risk factors', 'family factors', 'genetics', 'biological risk factors', 'life events', 'trauma', 'sexual abuse', 'somatic illness', 'psychological risk factors', 'risk factors reduction' (AND/OR).

Van een risicofactor wordt gesproken als de aanwezigheid daarvan de kans op het ontwikkelen van een eetstoornis vergroot en als de afwezigheid ervan de kans op de ontwikkeling van een eetstoornis verkleint. Van een algemene risicofactor wordt gesproken als deze factor significant vaker voorkomt bij mensen met een eetstoornis dan bij een gezonde controlegroep, maar ook significant vaker voorkomt bij andere psychiatrische aandoeningen en dus niet specifiek is voor eetstoornissen (Jacobi e.a., 2004). Van een specifieke risicofactor wordt gesproken als deze niet alleen significant vaker voorkomt bij patiënten met een eetstoornis ten opzichte van een gezonde controlegroep, maar ook ten opzichte van andere psychiatrische patiënten (Jacobi e.a., 2004).

Gezien de grote hoeveelheid risicofactoren bij eetstoornissen is onderscheid gemaakt tussen de volgende soorten risicofactoren: familiale factoren, biologische factoren, culturele factoren en omgevingsfactoren, algemene psychologische factoren, en specifieke psychologische factoren.

De aanbevelingen betreffende al deze risicofactoren zijn gezamenlijk aan het einde van deze paragraaf geformuleerd.

3.3.1 Familiale factoren

3.3.1.1 Eerstegraads familieleden

Wetenschappelijk bewijs

Uit verschillende studies is gebleken dat familieleden van personen met anorexia of boulimia nervosa een hoger risico lopen om een eetstoornis te ontwikkelen. In de meest uitgebreide studie, van Strober e.a. (2000), werd het voorkomen van eetstoornissen onderzocht in familieleden van een grote groep restrictieve anorexia nervosa patiënten, boulimia nervosa patiënten en gezonde controles. Zowel anorexia als boulimia nervosa kwamen significant vaker voor bij familieleden van de twee eetstoornisgroepen vergeleken met de familieleden van gezonde controles. Dit betekent dat eetstoornissen niet alleen binnen families voorkomen, maar ook dat er mogelijk gedeelde etiologische factoren aan anorexia en boulimia nervosa ten grondslag liggen. Omdat eerstegraads familieleden zowel genen als omgevingsfactoren delen, is het niet duidelijk wat de relatieve bijdrage is van genetische factoren. Adoptieonderzoek en tweelingstudies zijn geschikte studiemethoden om hier onderzoek naar te doen.

Conclusie

Niveau	In families van patiënten met anorexia en boulimia nervosa komen meer familieleden met eetstoornissen voor dan in families van gezonde controles. Dit kan mogelijk verklaard worden door genetische factoren, maar adoptie- en tweelingstudies zijn nodig om dit te verduidelijken.
	B Strober e.a., 2000

3.3.1.2 Tweelingstudies

Wetenschappelijk bewijs

In tweelingstudies worden de overeenkomsten en verschillen tussen monozygote (eeneiige) en dizygote (twee-eiige) tweelingen gebruikt om te onderzoeken wat de genetische en omgevingsinvloeden voor een bepaalde eigenschap zijn. Voor eetstoornissen blijkt dat bij monozygote tweelingen vaker beide tweelingen (van één tweelingpaar) een eetstoornis hebben dan bij dizygote tweelingen. Genetische factoren verklaarden tussen 48 en 76% van de variantie in anorexia nervosa (Bulik e.a., 2000; Slof-Op 't Landt e.a., in press). Voor boulimia nervosa verklaarden genetische factoren tussen 30 en 83% van de variantie (Bulik e.a., 2000; Slof-Op 't Landt e.a., in press). Door de lage prevalentie van anorexia en boulimia nervosa zijn er in de uitgevoerde tweelingstudies ruimere diagnostische criteria gebruikt en hebben de studies een lage statistische power.

In tweelingstudies is ook onderzocht wat de rol is van genetische factoren (erfelijkheid) bij verschillende eetstoornissymptomen (bijv. zelfopgewekt braken en eetbuien) en kenmerken gerelateerd aan eetstoornissen (bijv. perfectionisme). Voor de meeste symptomen en kenmerken werd een bescheiden tot behoorlijke erfelijkheid gevonden.

Conclusie

Niveau 1	<p>Resultaten uit tweelingstudies in eetstoornissen, wijzen erop dat genetische factoren een bescheiden tot aanzienlijke rol spelen bij de etiologie van anorexia nervosa (ruim gedefinieerd), boulimia nervosa (ruim gedefinieerd) en van verschillende eetstoornissymptomen en kenmerken. Door de lage prevalentie, is niet bekend of genetische factoren een zelfde rol spelen bij anorexia en boulimia nervosa volgens de strikte DSM-IV criteria.</p> <p>A1 Bulik e.a., 2000; Slof-Op 't Landt e.a., in press</p>
-----------------	--

3.3.1.3 Genetische factoren

Wetenschappelijk bewijs

De laatste tien jaar is er een enorme toename in het aantal studies dat aandacht besteedt aan de rol van genetica in de etiologie van eetstoornissen. Een groot internationaal samenwerkingsverband (Price Foundation) heeft een genoom search gedaan, om te onderzoeken welke gebieden van het menselijk genoom mogelijk betrokken zijn bij het ontstaan van eetstoornissen. Uit deze studies blijkt dat op bepaalde regio's van chromosoom 1,2,4,10,13 en 14 mogelijk genen liggen die een rol spelen bij het ontstaan of instandhouden van anorexia en boulimia nervosa (Slof-Op 't Landt e.a., in press).

Naast de genoom search is ook de betrokkenheid van verschillende kandidaatgenen onderzocht bij het ontstaan van anorexia en boulimia nervosa. Tot nu toe hebben deze studies niet geleid tot het vinden van een gen dat definitief een rol speelt bij de etiologie van eetstoornissen (Hinney e.a., 2000; Tozzi e.a., 2003; Slof-Op 't Landt e.a., in press). De meeste van deze zogenaamde kandidaatgen-studies maken gebruik van kleine aantallen proefpersonen en er worden veel tegenstrijdige resultaten gerapporteerd. Om de rol van specifieke kandidaatgenen definitief vast te kunnen stellen zijn er genetische studies met grotere groepen nodig.

Conclusie

Niveau 1	<p>De uitgevoerde genoom searches laten zien dat op bepaalde regio's van chromosoom 1,2,4,10,13 en 14 mogelijk genen liggen die een rol spelen bij de etiologie van anorexia en boulimia nervosa. Tot nu toe zijn er nog geen specifieke kandidaatgenen gevonden die definitief betrokken zijn bij het ontstaan of instandhouden van eetstoornissen.</p> <p>A1 Hinney e.a., 1999; Tozzi e.a., 2003; Slof-Op 't Landt e.a., in press</p>
-----------------	---

Literatuur

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1-20.

Hinney, A., Remschmidt, H., & Hebebrand, J. (2000). Candidate gene polymorphisms in eating disorders. *European Journal of Pharmacology*, 410, 147-159.

Slof-Op 't Landt, M. C.T., van Furth, E. F., Meulenbelt, I., Slagboom, P. E., Bartels, M., Boomsma, D. I., Bulik, C. M. (in press). Eating disorders: from twin studies to candidate genes and beyond. *Twin Research and Human Genetics*.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401.

Tozzi, F. & Bulik, C. M. (2003). Candidate genes in eating disorders. *Current Drug Targets CNS and Neurological Disorders*, 2, 31-39.

3.3.1.4 Affectieve stoornissen in de familie

Wetenschappelijk bewijs

Volgens de richtlijn van het National Institute for Clinical Excellence (Nice Guidelines; 2004) is er toenemend bewijs uit familieonderzoek dat bij eerste- en tweedegraadsfamilieleden van patiënten met anorexia of boulimia nervosa vaker affectieve stoornissen voorkomen dan bij een controlegroep. Onderzoek van Gershon e.a. (1983) gaf aan dat bij eerstegraadsfamilieleden zes keer zo vaak een eetstoornis voorkwam.

Strober e.a. (1985) en Cooper (1995) vonden dat eetstoornissen drie keer zo vaak voorkwamen. Bovendien hadden patiënten vaker eerstegraadsfamilieleden met een andere psychiatrische stoornis, zoals depressie. In een multivariate analyse van Fairburn e.a. (1997) werden 102 vrouwen met boulimia nervosa vergeleken met 240 gematchte gezonde vrouwen en met 102 gematchte vrouwen met een andere psychiatrische aandoening. Bij de boulimiagroep was vaker sprake van affectieve stoornissen bij de ouders. Ten opzichte van de controlegroep van andere psychiatrische patiënten was er bij de boulimiagroep vaker sprake van alcoholisme en van depressie bij de ouders. Tevens was er vaker kritiek en ruzie met de ouders.

Jacobi e.a. (2004) hebben een analyse gemaakt van in totaal zeven onderzoeken naar het verband tussen eetstoornissen en het voorkomen van andere psychiatrische aandoeningen. Zij concluderen dat onder familieleden van patiënten met een eetstoornis vaker eetstoornissen, affectieve stoornissen en angststoornissen (paniek, gegeneraliseerde angst, obsessieve compulsieve stoornis) voorkomen.

Conclusie

Niveau 1	<p>Bij familieleden van patiënten met anorexia en boulimia nervosa komen vaker affectieve stoornissen voor dan bij een controlegroep. Er is echter geen prospectief onderzoek bekend dat de ontwikkeling van een eetstoornis voorspelt bij familieleden met affectieve stoornissen. Affectieve stoornissen komen ook in verhoogde mate voor bij familieleden met andere psychiatrische stoornissen en zijn dus niet specifiek voor eetstoornissen.</p> <p>A1 Jacobi e.a., 2004; A2 Fairburn e.a., 1997; B Cooper, 1995</p>
-----------------	--

3.3.1.5 Alcoholmisbruik in de familie

Wetenschappelijk bewijs

Uit verschillende familieonderzoeken bleek dat alcoholmisbruik vaker voorkwam bij eerstegraadsfamilieleden van patiënten met boulimia nervosa. Middenmisbruik bij familieleden zou ook een risicofactor voor boulimia nervosa zijn (Cooper, 1995; Fairburn e.a., 1997; Jacobi e.a., 2004).

Conclusie

Niveau 1	<p>Bij familieleden van patiënten met boulimia nervosa komen vaker alcoholproblemen voor dan bij een controlegroep. Er is echter geen prospectief onderzoek bekend waarin alcoholproblemen in de familie de ontwikkeling van een eetstoornis voorspellen.</p> <p>A1 Jacobi e.a., 2004 ; A2 Fairburn e.a., 1997</p>
-----------------	--

3.3.2 Biologische factoren

3.3.2.1 Verstoorde serotonine activiteit

Wetenschappelijk bewijs

Onderzoek heeft uitgewezen dat de serotonerge activiteit verstoord is in patiënten met anorexia en boulimia nervosa (Kaye e.a., 2005). Ook bij lang herstelde eetstoornispatiënten is het serotonine systeem nog verstoord, en wordt een verhoogde serotonine activiteit geobserveerd (Kaye e.a., 2005). Vermoedelijk vergroot de verstoorde serotonine activiteit de kwetsbaarheid voor een eetstoornis (Jacobi e.a., 2004). Een afwijkende serotonine activiteit is overigens niet specifiek voor eetstoornissen, maar ook aanwezig bij depressie, impulsieve en agressieve gedragsstoornissen, obsessieve persoonlijkheidstrekken, angststoornissen, perfectionisme en vermijdingsgedrag. Deze kenmerken ziet men ook vaak bij mensen met een eetstoornis (Kaye e.a., 2005). Recente PET studies (methode om een hersenscan uit te voeren) laten zien dat de activiteit van de serotonine 1A en 2A receptoren en serotonine transporter veranderd zijn in eetstoornispatiënten (Kaye e.a., 2005).

Conclusie

Niveau 1	<p>Bij mensen met eetstoornissen is sprake van een verstoorde serotonineactiviteit, bij herstelde eetstoornispatiënten wordt een verhoogde serotonineactiviteit gevonden. Vermoedelijk vergroot de verstoorde serotonerge activiteit de kwetsbaarheid voor een eetstoornis, alhoewel het niet specifiek is voor eetstoornissen.</p> <p>A1 Jacobi e.a., 2004 ; Kaye e.a., 2005</p>
-----------------	---

3.3.2.2 Vroeggeboorte

Wetenschappelijk bewijs

Vanuit verschillend perspectief is naar risicofactoren bij zwangerschap en bevalling gekeken:

- 1 Welke perinatale factoren vormen een risico voor het ontstaan van eetstoornissen?
- 2 Welke perinatale risico's lopen de zuigelingen van moeders met een eetstoornis?

Ad 1 In een patiënt-controle onderzoek bij alle levendgeboren meisjes in Zweden tussen 1973 en 1984 bleek retrospectief dat de meisjes bij wie anorexia nervosa was gediagnosticeerd op de leeftijd van 10-21 jaar vaker een cephaalhematoom na de ge-

boorte hadden gehad (Odds Ratio 2,4) of zeer prematuur < 32 weken geboren waren (OR 3,2), vooral als zij daarbij ook 'small for gestational age' waren (OR 5,7). De onderzoekers concluderen dat perinatale factoren misschien door hersenbeschadiging in een aantal gevallen tot anorexia nervosa kunnen leiden. (Cnattingius e.a. 1999). Odent (2003) noemt dit onderzoek van Cnattingius het meest overtuigende onderzoek naar de epidemiologie van anorexia nervosa.

Ad 2 In een onderzoek bij een groep vrouwen die anorexia nervosa hadden doorgeemaakt of nauwelijks hersteld waren bleek na zwangerschap twee keer vaker prematuriteit voor te komen en een hogere perinatale sterfte (Brinch e.a. 1988; Norré e.a. 2001). Bij 49 niet-rokende nullipara met een eetstoornis kwam significant vaker hyperemesis gravidarum voor. De pasgeborenen hadden significant lager geboortegewicht en kleinere hoofdomtrek. Bovendien kwam microcephalie vaker voor dan bij de controlegroep evenals SGA (d.w.z. small for gestational age) (Kouba e.a. 2005).

Conclusie

Niveau 1	<p>Anamnestic was vaker prematuriteit of een cephaalhemaatoom bij de bevalling voorgekomen bij patiënten met anorexia nervosa. Anderszijds deden zich bij patiënten met anorexia vaker complicaties voor in de zwangerschap (hyperemesis gravidarum) en bij de bevalling (prematuuriteit, microcephalie).</p> <p>A 1 Cnattingius e.a. 1999 A 2 Brinch e.a., 1988; Norré e.a., 2001; Kouba ea 2005</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Ook bij zwangere vrouwen met boulimia nervosa komen meer complicaties voor dan bij vrouwen zonder eetstoornis. Uit een review van diverse onderzoeken en patiëntverslagen blijkt dat ook bij deze patiënten extra zorg nodig is tijdens de zwangerschap (onvoldoende of teveel gewichtstoename, miskraam, gecompliceerde bevalling) en voor het kind (laag geboortegewicht, prematuriteit en lage Apgar scores) (Morrill & Nickols-Richardson 2001).

3.3.2.3 Premorbide obesitas

Wetenschappelijk bewijs

Premorbide obesitas komt vaker voor in de anamnese van patiënten met anorexia nervosa (7 - 20%) of boulimia nervosa (18 - 40%) (Cooper, 1995) dan in die van mensen die van nature slank of mager zijn. Uit de meta-analyse van Stice (2002) kwam lichaamsgewicht wel als risicofactor naar voren voor het ontstaan van ontevredenheid met het lichaam en voor lijngedrag, maar niet voor een negatieve stemming, of een eetstoornis. Volgens Stice (2002) impliceert dit dat lichaamsgewicht een belangrijke rol speelt in het bevorderen van *risicofactoren* voor eetstoornissen, maar lichaamsgewicht niet direct leidt tot het ontwikkelen of handhaven van een eetstoornis. Jacoby et. al. (2004) concluderen dat uit longitudinaal onderzoek blijkt dat negatieve lichaamsbeleving of lijngedrag zeer belangrijke variabele risicofactoren zijn voor eetstoornissen.

Conclusie

Niveau 1	<p>Premorbide obesitas kan een bijdrage leveren aan ontevredenheid over het eigen lichaam en lijngedrag, terwijl deze factoren op hun buurt weer relevante <i>risicofactoren</i> vormen voor het ontwikkelen van een eetstoornis. Er is echter geen direct verband tussen premorbide obesitas en het ontwikkelen van eetstoornissen.</p> <p>A1 Stice 2002, Jacobi, 2004 B Cooper, 1995</p>
-----------------	--

3.3.2.4 Vroege menarche

Wetenschappelijk bewijs

In sommige onderzoeken wordt vroegtijdige puberteit gezien als mogelijke risicofactor voor de ontwikkeling van een eetstoornis (Fairburn e.a., 1997). Een vroege menarche en borstontwikkeling kan het gevoel geven af te wijken van leeftijdsgenoten en sommige meisjes zijn psychisch nog niet aan deze lichamelijke ontwikkeling toe. Met name meisjes die wat dikker zijn, hebben kans op een vroege puberteit. Niet duidelijk is of in dat geval het lichaamsgewicht, de vroege menarche, of het gevoel afwijkend te zijn van hun peer-groep hen motiveert om aan de lijn te doen. Volgens Stice (2002) is er echter weinig ondersteuning voor de veronderstelling dat vroege menarche een prospectieve risicofactor is voor negatieve lichaamsbeleving, lijngedrag, negatieve gevoelens en eetstoornissen. Jacobi e.a. (2004) classificeren vroeg optredende puberteit als een niet specifieke risicofactor voor eetstoornissen.

Conclusie

Niveau 1	<p>Hoewel een vroege menarche relatief vaak voorafgaat aan de ontwikkeling van boulimia nervosa is een vroege menarche niet voorspellend voor de ontwikkeling van een eetstoornis in het algemeen en boulimia nervosa in het bijzonder. Er is geen bewijs dat vroeg optredende puberteit een prospectieve risicofactor vormt voor een eetstoornis.</p> <p>A1 Stice, 2002; Jacobi e.a., 2004 A2 Fairburn e.a., 1997</p>
-----------------	--

3.3.2.5 Diabetes mellitus

Wetenschappelijk bewijs

Diabetes mellitus type I is een relevante, maar geen voorspellende risicofactor voor de ontwikkeling van een eetstoornis (Jones e.a., 2000). Meisjes met diabetes mellitus kunnen onvoldoende inname van insuline hanteren als middel om af te vallen. Zij hoeven dus niet te lijnen om af te vallen. Niet het lijngedrag, maar wel de angst om dik te worden kan hierbij een risicofactor zijn voor het ontwikkelen van een eetstoornis (Jones e.a., 2000).

Conclusie

Niveau 3	<p>Diabetes mellitus kan een risicofactor zijn voor het ontwikkelen van eetstoornissen. Als er sprake is van angst om dik te worden, kan onvoldoende insulinetoediening gehanteerd worden als middel om af te vallen. Er is nog geen prospectief onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van eetstoornissen bij mensen met diabetes mellitus, waardoor onduidelijk is in welke mate diabetes mellitus de ontwikkeling van een eetstoornis voorspelt.</p> <p>A2 Jones e.a., 2000</p>
-----------------	---

3.3.3 Culturele factoren en omgevingsfactoren

3.3.3.1 Het slankheidsideaal en socioculturele factoren

Wetenschappelijk bewijs

Eetstoornissen komen vooral voor in samenlevingen of subculturen waarin slankheid gezien wordt als ideaal, en niet of nauwelijks in landen waarin voedselschaarste heerst en het lichaamsideaal niet geassocieerd wordt met slankheid (Nasser e.a.,

1999). Het slankheidsideaal alleen is echter geen voldoende risicofactor voor de ontwikkeling van een eetstoornis. Vrijwel alle vrouwen in de geïndustrialiseerde samenleving komen hiermee in aanraking, maar slechts een klein percentage jonge vrouwen ontwikkelt een eetstoornis. Het slankheidsideaal speelt alleen een rol bij diegenen die dit ideaal ook geïnternaliseerd hebben en daarnaast een negatieve lichaamsbeleving hebben. Diverse onderzoeken, waarbij vrouwen foto's van slanke of magere modellen te zien kregen, toonden aan dat de vrouwen hierdoor minder zelfvertrouwen kregen. Dit bleek vooral op te gaan voor meisjes in de adolescentiefase. Juist meisjes met een laag zelfvertrouwen en bij uitstek meisjes met eetstoornissen werden sterk beïnvloed door advertenties met slanke vrouwen (Martin e.a., 2000; Murray e.a., 1996). Door slanker te worden proberen zij meer zelfvertrouwen te krijgen. Uit het onderzoek van Pinhas e.a. (1999) bleek dat vrouwen met hoge scores op een eetstoornisvragenlijst bij het zien van foto's van modellen meer stemmingsveranderingen en een negatievere lichaamsbeleving hadden dan gezonde vrouwen. Dit onderzoek ondersteunt de hypothese dat de media een rol spelen in het ontwikkelen van een negatieve lichaamsbeleving, maar dat vooral psychologische factoren doorslaggevend zijn in de mate waarin vrouwen zich door het slankheidsideaal laten beïnvloeden. Uit de review van Stice (2002) blijkt dat het gevoel slank te moeten zijn een risicofactor is voor het ontstaan van onvrede met de lichaamsmaten en voor lijngedrag, negatieve stemming en boulimische pathologie. Deze aanwijzingen zijn gebaseerd op experimenten naar de directe effecten van blootstelling aan de media. Bovendien is hiermee nog niet aangetoond dat dit gevoel ook het ontwikkelen van een eetstoornis voorspelt. De meeste vrouwen in geïndustrialiseerde landen willen slank zijn, maar slechts een klein percentage van hen ontwikkelt een eetstoornis.

Conclusie

Niveau 1	<p>De ervaren druk om slank te zijn is vooral een risicofactor bij meisjes en vrouwen die weinig zelfvertrouwen hebben en een negatieve lichaamsbeleving. Bij hen draagt het slankheidsideaal in de media bij tot grotere onvrede over hun figuur en hun lichaam, een negatieve stemming en de keus om te gaan lijnen.</p> <p>A1 Stice, 2002 A2 Pinhas e.a., 1999</p>
-----------------	---

3.3.3.2 *Modeling: ouders die aan de lijn doen of een eetstoornis hebben/ gehad*

Wetenschappelijk bewijs

Verschillende onderzoeken wijzen erop dat moeders die zelf restrictief eten of lijngedrag vertonen een belangrijke risicofactor vormen voor het lijngedrag van hun dochters (Hill & Pallin, 1998; Smolak e.a., 1999). Ook lijngedrag van de vader zou lijngedrag bij de dochter voorspellen (Smolak e.a., 1999). Als de ouders aanmoedigden om te lijnen stimuleerde dat de dochters tot lijngedrag (Smolak, e.a., 1999; Thelen & Cornier, 1995). Ook nu geldt echter weer dat deze voorbeeldfunctie alleen een rol speelt als de dochter daar gevoelig voor is (Gowers & Shore, 2001). Bovendien is lijngedrag sterk variabel – van licht lijngedrag tot extreem lijngedrag, terwijl licht en verantwoord lijngedrag nog niet de ontwikkeling van een eetstoornis voorspelt. Wel is een verband aangetoond tussen gestoord eetgedrag van kinderen van moeders die een eetstoornis hebben (Stein, 1999), maar of deze kinderen als adolescent anorexia of boulimia nervosa zullen krijgen is nog onduidelijk.

Conclusie

Niveau 2	<p>Thuiswonende meisjes kunnen door het lijngedrag van hun ouders beïnvloed worden en daardoor zelf gaan lijnen. Of deze meisjes in de adolescentie een eetstoornis zullen ontwikkelen is niet aangetoond in prospectief onderzoek.</p> <p>B Hill & Pallin, 1998 C Thelen & Cornier, 1995; Stein, 1999, Smolak e.a., 1999 D NICE-richtlijn (2004)</p>
-----------------	---

3.3.3.3 Lijngedrag van zussen, vriendinnen en klasgenoten

Wetenschappelijk bewijs

Ook hierbij geldt weer dat lijngedrag in de omgeving bij zussen, vriendinnen en klasgenoten alleen onvoldoende is om het ontstaan van een eetstoornis te verklaren. In veel gevallen blijft het bij een onschuldige en verantwoorde lijnpoging (Stice, 2002). Wel kan lijngedrag dat een competitief element bevat een risico vormen voor het doorslaan naar extreem lijngedrag en boulimisch eetgedrag, zeker bij jonge vrouwen met een negatieve lichaams- en zelfbeleving (Stice, 2002).

Conclusie

Niveau 2	<p>Voorbeeldgedrag (modeling) van zussen, vriendinnen en klasgenoten vormt geen risicofactor voor ontevredenheid met het eigen lichaam of voor lijnen. Het draagt wel bij aan boulimische symptomatologie bij diegenen die hier gevoelig voor zijn.</p> <p>A1 Stice, 2002</p>
-----------------	---

3.3.3.4 Risicofactoren in het gezinsysteem

Wetenschappelijk bewijs

Uit onderzoek van Shoebridge & Gowers (2000) bleek dat ouders van adolescenten met anorexia nervosa vaker overbezorgd waren vergeleken met de ouders van een gezonde controlegroep. Deze overbezorgdheid werd verklaard door het gegeven dat een kwart van deze ouders een perinataal overleden kind hadden gehad dat geboren was voorafgaande aan de geboorte van het kind dat later een eetstoornis ontwikkelde. Vrouwen met boulimia nervosa hadden vergeleken met een gezonde controlegroep vaker een voorgeschiedenis met hoge verwachtingen van ouders, weinig contact, en kritische opmerkingen over hun gewicht en vorm (Fairburn e.a., 1997; Waller e.a., 1989, 1990; Waller, 1994). Er is echter geen prospectief onderzoek bekend waarbij deze factoren als voorspeller van de ontwikkeling van eetstoornissen in het algemeen en boulimia nervosa in het bijzonder zijn geïdentificeerd (Stice, 2002; Jacobi e.a., 2004).

Conclusie

Niveau 1	<p>Hoewel in retrospectieve onderzoeken interactieve gezinsfactoren als mogelijke risicofactor worden gezien voor de ontwikkeling van anorexia en boulimia nervosa, is geen prospectief onderzoek bekend waarbij interactieve gezinsfactoren de ontwikkeling van een eetstoornis voorspellen.</p> <p>A1 Stice 2002; Jacobi e.a., 2004 B Shoebridge & Gowers, 2000; Fairburn e.a., 1997; Waller e.a., 1989, 1990; Waller, 1994)</p>
-----------------	---

3.3.3.5 Negatieve stressvolle gebeurtenissen (life events)

Wetenschappelijk bewijs

Van een aantal stressvolle gebeurtenissen wordt verondersteld dat zij risicofactoren zijn voor zowel anorexia als boulimia nervosa, maar om welke stressoren het gaat, is niet duidelijk omschreven (Beumont e.a., 1978; Strober, 1984). In een patiëntcontroleonderzoek bij adolescenten met anorexia nervosa is het beeld naar voren gekomen dat bij een kwart van de groep met anorexia nervosa een ernstige negatieve gebeurtenis had plaatsgevonden in het jaar voordat de eetstoornis begon (North e.a., 1997). Jacobi e.a. (2004) vonden in 6 van de 8 artikelen hierover dat patiënten met een eetstoornis significant vaker een ingrijpende gebeurtenis hadden meegemaakt dan patiënten uit de controlegroep. Dit is echter niet specifiek voor eetstoornissen, maar komt ook bij andere psychiatrische stoornissen voor.

Conclusie

Niveau 1	Eetstoornissen worden vaak voorafgegaan door stressvolle live events, die echter niet specifiek zijn voor het ontwikkelen van eetstoornissen. A2 Jacobi e.a., 2004 B Beumont e.a., 1978; Strober, 1984; North e.a., 1997
-----------------	--

3.3.3.6 Seksueel misbruik

Wetenschappelijk bewijs

Vrouwen met een eetstoornis, en in het bijzonder vrouwen met boulimia nervosa, hebben significant vaker ervaringen met seksueel misbruik dan vrouwen uit een normale controlegroep (Vize & Cooper, 1995; Brown e.a., 1997; Casper & Lyubomirsky, 1997; Korte e.a., 1998). Seksueel misbruik is echter niet specifiek een risicofactor voor eetstoornissen, maar kan tot diverse psychische problemen leiden, zoals depressie (Webster & Palmer, 2000) en in het bijzonder de borderline persoonlijkheidsstoornis (Steiger e.a., 2000). Het enige prospectieve onderzoek naar het ontstaan van binge-eating disorder (BED) bij vrouwen die in de kinderleeftijd seksueel misbruikt waren, toonde geen significante relatie aan met BED (Vogeltanz-Holm e.a., 2000). Wel kan seksueel misbruik een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een negatieve zelf- en lichaamsbeleving (Jacobi e.a., 2004) (zie algemene psychologische factoren bij de ontwikkeling van eetstoornissen).

Conclusie

Niveau 1	Seksueel misbruik in de voorgeschiedenis komt significant vaker voor bij patiënten met een eetstoornis, vooral boulimia nervosa, in vergelijking met een gezonde controlegroep. Seksueel misbruik is echter geen specifieke risicofactor voor het ontstaan van eetstoornissen, maar een algemene risicofactor voor het ontstaan van psychiatrische stoornissen. A1 Stice, 2002; Jacobi e.a., 2004 A2 Fairburn e.a., 1997 B Vogeltanz-Holm e.a., 2000
-----------------	---

3.3.4 Algemene psychologische risicofactoren

3.3.4.1 Gebrek aan zelfvertrouwen, negatieve zelfbeleving en gevoelens van ineffectiviteit

Wetenschappelijk bewijs

Uit vrijwel alle onderzoeken naar risicofactoren bij de ontwikkeling van eetstoornissen komt naar voren dat gebrek aan zelfvertrouwen en een negatieve zelfbeleving significant vaker voorkomt bij vrouwen met een eetstoornis, vergeleken met een gezonde controlegroep. Gebrek aan zelfvertrouwen is echter niet specifiek voor de ontwikkeling van eetstoornissen, maar kan ook een factor zijn bij het ontstaan van andere psychische problemen en psychiatrische stoornissen (Stice, 2002; Jacobi e.a., 2004). Het verband tussen anorexia nervosa en een lager zelfvertrouwen, een negatiever zelfconcept en sterkere gevoelens van ineffectiviteit vergeleken met een controlegroep, werd in 21 van 24 artikelen beschreven, tussen laag zelfvertrouwen en boulimia nervosa in 22 onderzoeken (review Jacobi, 1999, 2000). Ook in enkele onderzoeken naar binge-eating disorder werd dit verband gevonden (De Zwaan e.a., 1994; Telch & Agrea, 1994). Jacobi e.a. (2004) constateren echter dat er niet of nauwelijks prospectief onderzoek is gedaan naar de ontwikkeling van eetstoornissen bij degenen met een laag zelfvertrouwen, en dat weinig zelfvertrouwen niet specifiek is voor het ontwikkelen van eetstoornissen, maar ook voorkomt bij bijvoorbeeld mensen met depressie.

Conclusie

Niveau 1	Weinig zelfvertrouwen, een negatief zelfbeeld en een gevoel van ineffectiviteit gaan vaak vooraf aan de ontwikkeling van eetstoornissen. Deze kenmerken zijn echter niet specifiek voor eetstoornissen. Er is geen prospectief onderzoek bekend waarbij laag zelfvertrouwen de ontwikkeling van eetstoornissen voorspelt.
	A1 Stice, 2002 ; Jacobi e.a., 1999, 2000, 2004

3.3.4.2 Emotionele geremdheid, verlegenheid en subassertiviteit

Wetenschappelijk bewijs

Emotionele geremdheid, moeite met het uiten van gevoelens en met conflicten, verlegenheid en subassertiviteit komen significant vaker voor bij vrouwen met een eetstoornis in vergelijking met een controlegroep van lijnende vrouwen die geen eetstoornis hadden ontwikkeld (Noordenbos, 1988). Emotionele geremdheid, verlegenheid en subassertiviteit hangen sterk samen met gebrek aan zelfvertrouwen, maar ook met de grote angst om negatief door anderen beoordeeld te worden (Noordenbos, 1988). Deze factoren zijn echter niet specifiek voor eetstoornissen en er is geen onderzoek bekend waarbij de aanwezigheid van deze factoren de ontwikkeling van een eetstoornis voorspellen.

Conclusie

Niveau 3	Emotionele geremdheid en subassertiviteit gaan vaak vooraf aan de ontwikkeling van een eetstoornis. Zij zijn echter geen voorspellers van de ontwikkeling van een eetstoornis in prospectief onderzoek.
	C Noordenbos, 1988

3.3.4.3 Sterke afhankelijkheid van het oordeel van anderen en sociale faalangst

Wetenschappelijk bewijs

Mensen met weinig zelfvertrouwen durven onvoldoende op hun eigen oordeel te vertrouwen en zijn vaak sterk afhankelijk van het oordeel van anderen. Ook het voldoen aan het aangeprezen slankheidsideaal valt hieronder (Fairburn e.a., 1997). Daarnaast zijn ze vaak bang om te falen in de ogen van anderen. Bij mensen met anorexia nervosa is vaak sprake van een grote angst voor afwijzing door anderen, hetgeen weer samenhangt met hun geringe zelfvertrouwen.

Conclusie

Niveau 3	De angst om te falen in de ogen van anderen en de behoefte om aan de wensen van anderen te voldoen gaan vaak vooraf aan de ontwikkeling van een eetstoornis. Deze factoren hebben echter geen voorspellende waarde voor de ontwikkeling van eetstoornissen. A2 Fairburn e.a., 1997
-----------------	---

3.3.4.4 Parentificatie en grote bezorgdheid over een van de ouders, of broer of zus

Wetenschappelijk bewijs

In enkele onderzoeken wordt gewezen op de grote bezorgdheid voor anderen bij patiënten met een eetstoornis (Beresin e.a., 1989; Noordenbos, e.a. 1988). Hoewel deze risicofactor in de literatuur niet vaak genoemd wordt, kwam deze risicofactor significant vaker voor bij patiënten met een eetstoornis vergeleken met een controlegroep van lijnende vrouwen zonder eetstoornissen (Noordenbos, 1988). Deze factor draagt ertoe bij dat ze zich in sterke mate leren richten op de behoeften van anderen en daardoor hun eigen emoties en behoeften inhouden. Deze risicofactoren worden echter uitsluitend genoemd in retrospectief onderzoek, er is geen prospectief onderzoek waarin deze factor het ontwikkelen van een eetstoornis voorspelt.

Conclusie

Niveau 3	Grote bezorgdheid over ouders of broer of zus komt significant vaker voor bij patiënten met een eetstoornis dan bij lijnende vrouwen zonder eetstoornissen. Er is echter geen prospectief onderzoek naar de voorspellende waarde van deze factor. C Noordenbos, 1988 D Beresin e.a., 1989
-----------------	---

3.3.4.5 Perfectionisme en prestatiegerichtheid

Wetenschappelijk bewijs

Perfectionisme en prestatiegerichtheid komen vaker voor in de voorgeschiedenis van mensen met eetstoornissen vergeleken met een normale controlegroep en met een psychiatrische controlegroep (Fairburn e.a., 1997). Bij anorexia nervosa wordt het streven naar een steeds magerder lichaam ervaren als een belangrijke prestatie en dragen perfectionistische trekken ertoe bij dat deze vrouwen steeds verder willen gaan en zelden tevreden zijn met het behaalde resultaat. Fairburn e.a. (1997) noemen perfectionisme ook als factor die boulimische pathologie instandhoudt door het strenge lijngedrag dat ten grondslag ligt aan de cyclus van de eetbuien en het purgeren. Meta-analyse van prospectieve onderzoeken ondersteunt de hypothese dat perfectionisme een risicofactor voor boulimische pathologie is en een versterkende (maar geen voorspellende) factor voor de ontwikkeling van eetstoornissen (Stice, 2002). In

verder onderzoek lijkt steeds vaker bewijs gevonden te worden dat perfectionisme met andere risicofactoren samen de kans op het ontwikkelen van een eetstoornis vergroot (Stice, 2002).

In het de review van Jacobi e.a., (2004) wordt perfectionisme daarentegen niet als risicofactor in de voorgeschiedenis genoemd, maar als factor die sterk gecorreleerd is met het hebben van een eetstoornis.

Conclusie

Niveau 1	Perfectionisme en prestatiegerichtheid gaan vaak vooraf aan de ontwikkeling van een eetstoornis, maar hebben geen voorspellende waarde voor het ontwikkelen van een eetstoornis.
	A1 Stice, 2002; Jacobi e.a., 2004 A2 Fairburn e.a., 1997

3.3.4.6 Impulsiviteit

Wetenschappelijk bewijs

Onvoldoende beheersing van de impulsiviteit is retrospectief aangeduid als risicofactor voor een eetstoornis: gebrek aan beheersing zou iemand gevoelig maken voor onbeheersbare eetbuien (Hawkins & Clement, 1984). Uit neuropsychologische tests van Ferraro e.a. (1997) blijkt dat patiënten met eetstoornissen van het boulimische type niet alleen op het gebied van eten impulsief zijn, maar ook in het algemeen impulsiever zijn dan controlegroepen zonder eetstoornissen. Diverse risicogroepen voor eetstoornissen vertoonden volgens dit onderzoek vergelijkbare impulsiviteit. Kane e.a. (2004) toonden aan dat patiënten met eetstoornissen gevoeliger waren voor beloning. Stice (2002) concludeerde in een meta-analyse dat impulsiviteit een risicofactor is voor eetstoornissen van het boulimische en purgerende type. Anorexia nervosa van het *beperkende* type wordt daarentegen sterk geassocieerd met (ook premorbide) compulsiviteit en niet met impulsiviteit (Wojciechowski en Geilen van Hulst, 2003).

Conclusie

Niveau 1	Impulsiviteit is een risicofactor voor de ontwikkeling van eetstoornissen van het boulimische en purgerende type.
	A1 Stice e.a., 2002 B Hawkins & Clement, 1984; Kane e.a., 2004

3.3.4.7 Obsessief compulsief gedrag

Wetenschappelijk bewijs

Obsessieve persoonlijkheidstrekken, een sterke behoefte aan controle en obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornissen gaan vaak vooraf aan de ontwikkeling van eetstoornissen, vooral aan anorexia nervosa (Jacobi e.a., 2004). Dit is wel aangetoond in retrospectief onderzoek, maar nog niet in prospectief voorspellend onderzoek (Stice, 2002). Deze relatie moet nog nader onderzocht worden.

Conclusie

Niveau 1	Obsessieve persoonlijkheidstrekken en sterke behoefte aan controle gaan vaak vooraf aan de ontwikkeling van eetstoornissen. Er is echter nog geen voorspellende waarde aangetoond in prospectief onderzoek.
	A2 Stice, 2002; Jacobi e.a., 2004

3.3.4.8 Angst

Wetenschappelijk bewijs

Angst is een risicofactor voor het ontstaan van eetstoornissen (Jacobi, 2004). Overangstig gedrag bij kinderen wordt gezien als een algemene, maar niet specifieke risicofactor voor latere psychopathologie, vooral voor anorexia nervosa. Wanneer overangstig gedrag samengaat met een obsessieve compulsieve stoornis (OCD), dan wordt dat zelfs gezien als een specifieke risicofactor voor eetstoornissen (Bulik e.a., 1997). Sterke angstgevoelens zijn ook een instandhoudende factor voor eetstoornissen, waarbij als kenmerk een grote angst om dik te worden bestaat, een angst die bij anorexia nervosa niet afneemt bij vermagering (DSM-IV).

Conclusie

Niveau 1	<p>Angstig zijn gaat vaak vooraf aan de ontwikkeling van eetstoornissen, maar is nog niet bewezen specifiek voor eetstoornissen. In combinatie met obsessief compulsief gedrag is er sprake van een hoge risicofactor voor anorexia nervosa.</p> <p>A1 Bulik e.a., 1997 A2 Jacobi e.a., 2004</p>
-----------------	--

3.3.4.9 Negatieve gevoelens

Wetenschappelijk bewijs

Stice (2002) heeft in een meta-analyse onderzocht in hoeverre het hebben van negatieve en depressieve gevoelens een voorspellende waarde heeft voor de ontwikkeling van eetstoornissen. Een negatief affect is een risicofactor voor het ontwikkelen van eetstoornissen en voor het onderhouden en versterken van eetbuien bij patiënten met een eetstoornis. Er is echter geen prospectief onderzoek waaruit blijkt negatieve en depressieve gevoelens als voorspellers van de ontwikkeling van een eetstoornis naar voren komen.

Conclusie

Niveau 2	<p>Negatieve gevoelens zijn retrospectief een risicofactor voor het ontstaan van eetstoornissen en voor het verheugen van eetbuien bij een aanwezige eetstoornis. Er is echter geen prospectief onderzoek waaruit blijkt dat negatieve gevoelens de ontwikkeling van een eetstoornis voorspellen.</p> <p>A2 Stice, 2002</p>
-----------------	---

3.3.5 Specifieke psychologische risicofactoren

3.3.5.1 Negatieve lichaamsbeleving

Wetenschappelijk bewijs

Een negatieve lichaamsbeleving, speciaal het gevoel te dik te zijn, is een belangrijke specifieke risicofactor voor de ontwikkeling van een eetstoornis (Jacobi e.a., 2004). Deze variabele in het meta-analytische onderzoek van Stice (2002) bleek de meest constante risicofactor te zijn voor het ontstaan en het onderhouden van een eetstoornis, vooral boulimia nervosa. Een negatieve lichaamsbeleving gaat bij vrouwen meestal samen met een negatief zelfbeeld.

Conclusie

Niveau 1	Een negatieve lichaamsbeleving is een specifieke risicofactor voor het ontstaan en het versterken van eetstoornissen als anorexia en boulimia nervosa. Het is de meest constante voorspeller voor een eetstoornis. A2 Stice, 2002 ; Jacobi e.a., 2004
-----------------	--

3.3.5.2 De wens om slank te zijn

Wetenschappelijk bewijs

Prospectief en experimenteel onderzoek heeft aangetoond dat de wens om slank te zijn, het geïnternaliseerde slankheidsideaal (internalisation of the thin-ideal), een risicofactor is voor negatieve lichaamsbeleving, lijngedrag, negatieve stemming, anorexia en boulimia nervosa. Tevens fungeert dit geïnternaliseerde slankheidsideaal als versterkende en instandhoudende factor bij anorexia en boulimia (Stice, 2002).

Conclusie

Niveau 1	Een geïnternaliseerd slankheidsideaal is een specifieke risicofactor voor het ontstaan van een negatieve lichaamsbeleving, lijngedrag, anorexia en boulimia, evenals voor het onderhouden van anorexia en boulimia nervosa. A1 Stice, 2002
-----------------	---

3.3.5.3 De angst om dik te worden

Wetenschappelijk bewijs

De angst om dik te worden is een belangrijke risicofactor voor de ontwikkeling van lijngedrag. Deze angst neemt bij anorexia nervosa niet af bij vermagering en draagt bij boulimia nervosa bij aan compenserend gedrag (braken, laxeermiddelen en extreem veel bewegen) na een eetbui (Stice, 2002). Angst om dik te worden vormt een belangrijk diagnostisch kenmerk van zowel anorexia als boulimia nervosa (DSM-IV).

Conclusie

Niveau 1	De angst om dik te worden is niet alleen een risicofactor voor de ontwikkeling van eetstoornissen, maar ook een belangrijke instandhoudende factor. A1 Stice, 2002
-----------------	---

3.3.5.4 Lijngedrag (van licht tot extreem)

Wetenschappelijk bewijs

Lijngedrag wordt vaak gezien als een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van eetstoornissen (Hsu, 1990; Jacobi e.a., 2004). Een probleem hierbij is dat in westerse geïndustrialiseerde landen meer dan 50% van de meisjes en vrouwen (tijdelijk) aan de lijn doet om af te vallen, maar dat slechts een heel klein percentage meisjes en vrouwen een eetstoornis ontwikkelt (1-3%). In de meeste onderzoeken naar risicofactoren wordt geen onderscheid gemaakt tussen verschillende gradaties van lijngedrag, variërend van licht en verantwoord lijngedrag (waarbij drie gezonde maaltijden worden genuttigd en enkele gezonde tussendoortjes) tot extreem en onverantwoord lijngedrag (waarbij gebruikgemaakt wordt van zelfopgewekt braken, laxeren en extreem

veel bewegen). Door de grote verschillen in lijngedrag is lijngedrag onvoldoende specifiek om de ontwikkeling van eetstoornissen te voorspellen (Stice, 2002). Op grond van een overzicht van onderzoek naar lijngedrag concludeert Stice dan ook dat (licht) lijnen geen risico vormt voor eetstoornissen.

Er zijn echter wel aanwijzingen dat vrouwen met beginnende eetstoornissen significant meer extreem lijngedrag vertonen dan een controlegroep van vrouwen die op een verantwoorde manier lijnen en geen eetstoornissen ontwikkelen. Het gaat hier om lijngedrag waarbij men relatief veel kilo's wil afvallen en steeds verder gaat met lijnen en zich te dik blijft voelen, en onverantwoorde methodes gebruikt om af te vallen (Noordenbos, 1988).

Uit het overzicht van Jacobi e.a., (2004) komt naar voren dat lijnen (dieting) altijd voorafgaat aan het ontwikkelen van een eetstoornis, maar dat slechts een klein deel van de lijners overgaat tot extreem lijngedrag en (beginnende) kenmerken van een eetstoornis ontwikkelt. Een negatieve lichaamsbeleving en het streven naar vermagering (drive for thinness) vormen daarbij een extra risicofactor (Killen e.a., 1994). In een onderzoek van Patton e.a. (1990) hadden lijners 8 keer zoveel risico om een eetstoornis te ontwikkelen als niet-lijners, terwijl extreme lijners 18 keer zoveel risico hadden.

Conclusie

Niveau 1	Licht en verantwoord lijngedrag is niet voorspellend voor de ontwikkeling van anorexia en boulimia nervosa. A1 Stice, 2002; Jacobi e.a., 2004
Niveau 3	Extreem lijngedrag, bestaande uit extreem weinig eten, maaltijden overslaan, zelfopgewekt braken, gebruik van laxemiddelen en diuretica, komt significant vaker voor bij vrouwen met een beginnende eetstoornis in vergelijking met vrouwen die verantwoord lijnen en geen eetstoornis ontwikkelen en is daarmee een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van een eetstoornis. B Patton e.a., 1999 C Noordenbos, 1988

3.3.5.5 Extreem veel bewegen en sporten

Wetenschappelijk bewijs

Extreem veel bewegen en sporten wordt beschouwd als een kenmerk van eetstoornissen, maar is ook een specifieke risicofactor voor het ontwikkelen van eetstoornissen (Sundgott-Borgen (1998). Zeker bij kinderen die een gewoon gewicht hebben kan extreem sporten leiden tot afvallen terwijl ze toch redelijk normale hoeveelheden eten. Sommigen raken geobsedeerd met het steeds langer willen doorgaan met sporten en steeds grotere prestaties leveren. Vooral bij jongens kan dit een strategie zijn om af te vallen en toch jongensachtig gedrag te vertonen. In dat geval wordt wel gesproken van anorexia athletica (Thompson & Sherman, 1993). Uit het overzichtsartikel van Jacobi e.a. (2004) wordt extreem veel bewegen gezien als een risicofactor met een hoog voorspellend vermogen.

Conclusie

Niveau 2	<p>Extreem veel bewegen dat gericht is op vermindering van het gewicht is een risicofactor voor de ontwikkeling van eetstoornissen en kan tevens gezien worden als een subklinisch kenmerk van eetstoornissen.</p> <p>A2 Jacobi e.a., 2004 B Thompson & Sherman, 1993; Sundgott-Borgen, 1998</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Vanuit het patiëntenperspectief is extreem sporten eveneens aangedragen als een risicofactor. Daarbij worden de volgende signalen genoemd: dwangmatig sporten, steeds dezelfde toestellen gebruiken, rond etenstijd sporten, geen opbouw, maar direct resultaat nastreven, over grenzen gaan, geen contact met anderen tijdens het sporten, blijf geven van een verstoord lichaamsbeeld (bijv. het hebben over vetrolletjes waar ze niet zijn), blessures negeren, prestatiedrang vertonen, suggesties van instructeurs in de wind slaan.

3.3.5.6 Vegetarisme

Wetenschappelijk bewijs

Bij vegetarisme wordt geen oorzakelijk verband met lijngedrag gevonden, maar vegetarisme kan wel in individuele gevallen een poging zijn om lijngedrag te maskeren (Martins e.a., 1999). Neumark-Sztainer e.a. (1997) vergeleken adolescenten met een vegetarisch dieet met een naar sekse, leeftijd en etniciteit gematchte niet-vegetarische groep. Hoewel de vegetarische adolescenten meer groenten en fruit aten en minder snoepten, vertoonden ze vaker dan de niet-vegetarische groep lijn- en purgeergedrag. Bij vegetarische vrouwelijke studenten waren in een onderzoek van Klopp e.a. (2003) de gemiddelde EAT-scores (eating attitudes test) hoger dan bij niet-vegetarische leeftijdgenoten. De twee ondervraagde groepen vertoonden verder geen verschil in gewicht, lengte en BMI (Klopp e.a., 2003). In een groot onderzoek in Minnesota (USA; Perry e.a. 2001) naar de prevalentie van vegetarisme bij adolescenten bleek deze 6% te zijn. De meeste vegetariërs waren 'blanke' meisjes, die zich bewust waren van hun lichaam en gewicht, ontevreden waren over hun lichaam en bezig met ongezond lijngedrag. Opvallend is dat vooral bij de vegetarische jongens een groot risico bestond op het ontwikkelen van een eetstoornis. Deze onderzoekers wijzen erop dat vegetarisme bij adolescenten een reden kan zijn om preventieve maatregelen te nemen, in het bijzonder om hen een gezonde wijze van het vegetarisme aan te leren, zodat ze voldoende voedingsstoffen innemen.

Uit retrospectief onderzoek van O'Connor e.a. (1987) bleek 54,3% van de patiënten met anorexia nervosa vlees te vermijden, maar slechts 6,3% van hen was al vegetariër voor het begin van eetstoornisgedrag. De overigen gingen pas tijdens hun anorexia nervosa vegetarisch eten. Dit wordt ook wel 'pseudovegetarisme' genoemd, omdat het meer te maken heeft met anorectisch eetgedrag, dan met principiële uitgangspunten. Het pseudovegetarisch gedrag werd met een langere duur van anorexia nervosa geassocieerd.

Gilbody e.a. (1999) wijzen op de complexe relatie van vegetarisme en gewichtscntrole. Zij menen dat vegetarisme eerder een gecompliceerde methode is om eetgedrag te normaliseren dan een risicofactor voor het ontwikkelen van een eetstoornis.

Conclusie

Niveau 4	<p>Bij vegetarisme wordt geen oorzakelijk verband met lijngedrag gevonden. Er is geen prospectief onderzoek bekend waaruit blijkt dat vegetarisme een eetstoornis voorspelt. Vegetarisch eetgedrag gaat niet zozeer aan anorexia nervosa vooraf, maar wordt juist aangeleerd nadat de patiënten reeds anorectisch zijn geworden. Bij jongens is vegetarisch eten daarentegen wel een mogelijke risicofactor voor het ontwikkelen van een eetstoornis. De relatie is echter complex en niet lineair.</p> <p>C Neumark-Sztainer e.a., 1997; Gilbody e.a., 1999; Martins e.a., 1999; Perry e.a., 2001; Klopp e.a., 2003</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Vanuit de patiëntenbeweging wordt aandacht gevraagd voor de gesignaleerde hogere frequentie van vegetarisme bij jonge mensen die reeds een eetstoornis hebben ontwikkeld.

3.3.5.7 Orthorexia: extreem en dwangmatig gezond eten

Wetenschappelijk bewijs

Extreem en dwangmatig gezond eten (orthorexia) kan eveneens een risico vormen voor de ontwikkeling van een eetstoornis. Hierbij worden steeds meer soorten voeding uit het menu geschrapt, vooral voedingsmiddelen die relatief veel calorieën, vet of suikers bevatten. Kinderen en volwassenen die steeds meer geobsedeerd raken door gezonde voedingsmiddelen lopen het risico om door te slaan naar een eetstoornis, vooral in combinatie met psychologische risicofactoren (Mader, 2004).

Conclusie

Niveau 3	<p>Extreem en dwangmatig gezond eten (orthorexia) is een risicofactor voor de ontwikkeling van een eetstoornis.</p> <p>C Mader, 2004</p>
-----------------	--

Samenvattende conclusie betreffende psychologische risicofactoren

Niveau 1	<p>Van alle genoemde psychische factoren en gedragsfactoren, zijn die risicofactoren die reeds gezien kunnen worden als beginnende kenmerken van een eetstoornis het meest specifiek voor de ontwikkeling van eetstoornissen. Negatieve lichaamsbeleving, zorgen over het gewicht, extreem lijngedrag en angst om dik te worden, zijn de belangrijkste risicofactoren.</p> <p>A1 Jacobi e.a., 2004; Stice, 2002</p>
-----------------	---

3.3.6 Multifactoriële risicomodellen

Wetenschappelijk bewijs

De etiologie van eetstoornissen wordt net als die van de meeste andere psychiatrische stoornissen over het algemeen als multifactorieel beschouwd (Stice, 2002; Jacobi e.a., 2004). Tot nu toe is geen enkele opzichzelfstaande etiologische factor geïdentificeerd als veroorzaker van een eetstoornis. Bovendien kan één enkele factor de variatie die tussen personen bestaat niet verklaren (Cooper, 1995). Of iemand al dan niet een eetstoornis ontwikkelt, is afhankelijk van: de individuele kwetsbaarheid, die berust op de aanwezigheid van genetische, biologische en algemene en specifieke psychische risicofactoren; de blootstelling aan bepaalde provocerende risicofactoren in de omgeving; en de aanwezigheid van beschermende factoren. Na het ontwikkelen van de eetstoornis kunnen een combinatie van risicofactoren en beschermende factoren bepalen of de stoornis blijft bestaan of dat herstel optreedt (NICE-richtlijn (2004)). In multivariate risicomodellen wordt nagegaan hoe verschillende risicofactoren samenwerken bij de ontwikkeling van eetstoornissen. Er zijn echter nog maar weinig prospectieve multifactoriële modellen getest. Volgens Stice (2002) is er ondersteuning voor het cumulatieve-stressor-model: perfectionisme + negatieve lichaamsbeleving + laag zelfvertrouwen. Ook is er volgens Stice (2002) ondersteuning voor het dual-pathway-model van de etiologie van boulimia en voor het cognitieve model voor het handhaven van boulimische symptomen. Uit onderzoek van Stice (2001) bleek de druk om slank te zijn en de internalisering van het slankheidsideaal een grotere ontevredenheid over het eigen lichaam te voorspellen, wat weer verhoogd lijngedrag voorspelde, evenals negatieve gevoelens, en een toename van boulimische symptomen. Dit cumulatieve model leverde 23% van de variantie ($r = 0,48$) in de ontwikkeling van boulimisch gedrag (Stice, 2002). Jacobi e.a. (2004) voerden een review uit van 320 artikelen over risicofactoren voor eetstoornissen. Ook zij concluderen dat eetstoornissen niet voorspeld kunnen worden vanuit enkele specifieke risicofactoren, maar dat er altijd sprake is van een samenspel van diverse risicofactoren die elkaar versterken.

Samenvattende conclusie

Niveau 2	Geen enkele risicofactor kan tot nu toe aangewezen worden als een causale factor bij het ontwikkelen van een eetstoornis. A1 Jacobi e.a., 2004
Niveau 1	De etiologie van eetstoornissen wordt net als die van de meeste andere psychiatrische stoornissen over het algemeen als multifactorieel beschouwd. A1 Stice, 2002; Jacobi, 2004
Niveau 2	Er zijn geen risicofactoren gevonden die specifiek zijn voor de ontwikkeling van anorexia nervosa, of voor boulimia nervosa, of voor binge-eating disorder, of voor de specifieke subgroepen binnen de eetstoornissen A2 Jacobi e.a., 2004

Aanbeveling

Bij een vermoeden van de aanwezigheid van (beginnende) kenmerken van eetstoornissen kunnen huisartsen, schoolartsen en hulpverleners nagaan of de volgende algemene en met name specifieke psychische risicofactoren hun vermoeden ondersteunen.

Algemene psychische risicofactoren

- gebrek aan zelfvertrouwen
- negatieve gevoelens en depressiviteit
- emotionele geremdheid
- (sociale) faalangst
- bezorgdheid over anderen
- prestatiegerichtheid en perfectionisme
- impulsiviteit
- obsessieve persoonlijkheidstrekken
- angstigheid

Specifieke psychische risicofactoren

- negatieve lichaamsbeleving
- de sterke wens om slank te zijn
- de aanhoudende angst om dik te worden
- extreem lijngedrag
- extreem veel bewegen of sporten om af te vallen
- extreem dwangmatig gezond eten (orthorexia)

De werkgroep is van mening dat hulpverleners patiënten met een kindereens dienen te counsellen op de gevolgen van de eetstoornis voor de zwangerschap en bevalling.

Huisartsen en jeugdgezondheidszorg moeten rekening houden met de mogelijkheid dat bij kinderen en adolescenten een vegetarisch dieet een methode kan zijn om hun anorectische eetgedrag te maskeren.

Literatuur

- Beresin, E.V., Gordon, C., & Herzog, D.B. (1989). The process of recovering from anorexia nervosa. *The Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 17, 103-130.
- Beumont, P.J., Abraham, S.F., Argall, W.J., e.a. (1978). The onset of anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 12, 145-149.
- Brinch, M., Isager, T., & Tolstrup, K., (1988) Anorexia nervosa and motherhood: Reproductive pattern and mothering behaviour of 50 women, *Acta Psychiatr Scan*, 77, 98-104.
- Brown, L., Russell, J., Thornton, C., e.a. (1997). Experiences of physical and sexual abuse in Australian general practice attenders and an eating disordered population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 398-404.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L., e.a. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 101-107.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Wade, T.D., e.a. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1-20.
- Casper, R.C., & Lyubomirsky, S. (1997). Individual psychopathology relative to reports of unwanted sexual experiences as predictor of a bulimic eating pattern. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 229-236.
- Cnattingius, S., Hultman, C., Dahl, M., & Sparen, P. (1999) Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. *Archives of General Psychiatry* 56, 634-638.
- Cooper, P.J. (1995). Eating Disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Red.), *Eating disorders and obesity: A Comprehensive handbook* (pp. 159-164). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., e.a. (1997). Risk factors for Bulimia Nervosa. A Community – Based Case Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Frank, G.K., Kaye, W.H., Weltzin, T.E., e.a. (2001). Altered response to meta –chlorophenyl-piperazine in anorexia nervosa: support for a persistent alteration of serotonin activity after short-term weight restoration. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 57-68.

- Ferraro, F.R., Wonderlich, S. & Jolic, Z. (1997) Performance Variability as a new theoretical mechanism regarding Eating Disorders and Cognitive Processes. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (2) 117-121.
- Gershon, E.S., Schreiber, J.L., Hamovit, J.R., e.a. (1983). Anorexia nervosa and major affective disorders associated in families: a preliminary report. In S.B. Guze, F.J Earls, & J.E. Barrett (Red.), *Childhood psychopathology and development* (pp. 279-284). New York: Raven Press.
- Gowers, S.G., & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179, 236-242.
- Gilbody, S.M., Kirk, S.F., & Hill, A.J. (1999). Vegetarianism in young women: another means of weight control? *International Journal of Eating Disorders*, 26, 87-90.
- Hawkins, R.C., II, & Clement, P.F. (1984). Binge-eating: Measurement problems and a conceptual model. In R.C. Hawkins, W.J. Fremouw & P.F. Clement (Red.), *The binge purge syndrome: Diagnosis, treatment and research*. New York: Springer.
- Hill, A.J., & Pallin, V. (1998). Dieting awareness and low self-worth: related issues in 8-year old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 405-413.
- Hsu, L.K.G. (1990). *Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Jacobi, C. (1999). Zur Spezificitat und Veranderbarkeit von Beeintrachtigungen des Selbstkonzepts bei Essstorungen. (The specificity and changeability of self-concept disturbances in patients with eating disorders) Regensburg, Germany: S. Roderer Verlag.
- Jacobi, C. (2000). Beeintrachtigungen des Selbstkonzepts bei Essstorungen (self-concept disturbances in patients with eating disorders) *Zeitschrift fur Klinische Psychologie*, 29, 75-96.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., e.a. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. (Review). *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.
- Jones, J.M., Lawson, M.L., Daneman, D., e.a. (2000). Eating disorders in adolescent females with and without type I diabetes: cross sectional study. *British Medical Journal*, 320, 1563-1566.
- Kane, Loxton, Staiger & Dawe 2004
- Kaye, W. H., Frank, G. K., Bailer, U. F., Henry, S. E., Meltzer, C. C., Price, J. C., Mathis, C. A., & Wagner, A. (2005). Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: New insights from imaging studies. *Physiol Behav*, 85, 73-81.
- Kendler, K.S., MacLean, C. Neale, M., e.a. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychology*, 148, 1627-1637.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., e.a. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: a three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238.
- Klopp, S.A., Heiss, C.J., & Smith, H.S. (2003). Self-reported vegetarianism may be a marker for college women at risk for disordered eating. *Journal of the American Dietetic Association*, 103, 745-747.
- Kouba S, Hallstrom T, Lindholm C, Hirschberg AL: Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol* 2005; 105(2): 255-60
- Korte, K.L., Horton, C.B., & Graybill, D. (1998).. Child sexual abuse and bulimic behaviors: an exploratory investigation of the frequency and nature of a relationship. *Journal of Sexual Abuse*, 7, 53-64.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., e.a. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55, 603-610.
- Mader, U. (2004). [The addiction to nourishing oneself "healthfully"] (Duits). *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 129, 728.
- Martins, Y., Pliner, P., & O'Conner, R. (1999). Restrained eating among vegetarians: does a vegetarian eating style mask concerns about weight? *Appetite*, 32, 145-154.
- Morrill ES & Nickols-Richardson HM Bulimia nervosa during pregnancy: a review. *J Am Diet Assoc* 2001; 101(4):448-54.
- Murray, S.H., Touyz, S.W., & Beumont, P.J.V. (1996). Awareness and perceived influence of body ideals in the media: a comparison of eating disorder patients and the general community. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 4, 33-46.
- Nasser, M., & Katzman, M. (1999). Eating disorders: Transcultural perspectives inform prevention. In N. Piran, M.P. Levine & C. Steiner-Adair (Red.), *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges* (pp. 26-43). London: Brunner/Mazel.
- NICE-richtlijn (2004)
- Nederkoorn, van Eijs & Jansen (in druk). *Restrained eaters act on impulse. Personality and Individual Differences*.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Resnick, M.D., e.a. (1997). Adolescent vegetarians. A behavioral profile of a school-based population in Minnesota. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 151, 833-838.
- Noordenbos, G. (1988). *Onbegrensde lijnen. Sekse en cultuurspecifieke factoren in de ontwikkeling van anorexia nervosa*. Proefschrift. Leiden: DSWO-Press.
- Norré, J., Vandereycken, W. & Stephan, G., (2001) Eetstoornissen en kinderwens, in *Bundel Seksuologie vandaag*, 137-146; ook verschenen onder de titel (2001) The Management of eating disorders in fertility clinic: clinical guidelines, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22, 77-81.
- North, C., Gowers, S., & Byram, V. (1997). Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 171, 545-549.

- O'Connor, M.A., Touyz, S.W., Dunn, S.M., e.a. (1987). Vegetarianism in anorexia nervosa? A review of 116 consecutive cases. *Medical Journal of Australia*, 147, 540-542.
- Odent, M. (2003) Risk factors for anorexia nervosa, *The Lancet*, 361, 1913-1914.
- Patton, G.C., Selzer, R., Coffey, C., e.a. (1990). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765-768.
- Perry, C.L., McGuire, M.T., Neumark-Sztainer, D., e.a. (2001). Characteristics of vegetarian adolescents in a multi-ethnic urban population. *The Journal of Adolescent Health*, 29, 406-416.
- Pinhas, L., Toner, B.A., Garfinkel, P.E., e.a. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 223-226.
- Shoebridge, P., & Gowers, S.G. (2000). Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality. *British Journal of Psychiatry*, 176, 132-137.
- Smolak, L., Levine, M.P., & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 263-271.
- Steiger, H., Leonard, S., Kin, N.Y., e.a. (2000). Childhood abuse and platelet tritiated-paroxetine binding in bulimia nervosa: implications of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 428-435.
- Stein, D., Lilienfeld, L.R., Plotnicoc, K., e.a. (1999). Familial aggregation of eating disorders: results from a controlled family study of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 211-215.
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Strober, M. (1984). Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatrician 1983-85*, 12, 134-138.
- Strober, M., Morell, W., Burroughs, J., e.a. (1985). A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 239-246.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., e.a. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., e.a. (2001). Males with anorexia nervosa: a controlled study of eating disorders in first degree relatives. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 263-269.
- Sundgott-Borgen, J., & Bahr, R. (1998). Eating disorders in athletes. In M. Harries e.a. (Red.), *Oxford textbook of sports medicine* (pp. 138-152). Oxford: Oxford University Press.
- Telch, C.F., & Agras, W.S. (1994). Obesity, binge-eating and psychopathology: are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15, 53-61.
- Thelen, M.H., & Cornier, J.F. (1995) Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behavior Therapy*, 26, 85-99.
- Thompson, R.A., & Sherman, R.T. (1993). *Helping athletes with eating disorders*. Champaign (IL): Human Kinetics.
- Vice, C.M., & Cooper, P.J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorders, patients with depression and normal controls: a comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 167, 80-85.
- Vogeltanz-Holm, N.D., Wonderlich, S.A., Lewis, B.A., e.a. (2000). Longitudinal predictors of binge-eating, intense dieting, and weight concerns in a national sample of women. *Behavior Therapy*, 31, 221-235.
- Wade, T.D., Bulik, C.M., Neale, M., e.a. (2000). Anorexia nervosa and major depression: Shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 469-471.
- Waller, G. Calam, R., & Slade, P. (1989). Eating disorders and family interaction. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 285-286.
- Waller, G., Slade, P., & Calam, R. (1990). Who knows best? Family interaction and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 156, 546-550.
- Waller, G. (1994). Bulimic women's perceptions of interaction within their families. *Psychological reports*, 74, 27-32.
- Webster, J.J., & Palmer, R.L. (2000). The childhood and family background of women with clinical eating disorders: a comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 30, 53-60.
- Zwaan, M. de, Mitchell, J.E., Seim, H.C., e.a. (1994). Eating-related and general psychopathology in obese females with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 43-52.

3.4 Preventieve interventies

In deze paragraaf wordt de primaire preventie besproken die zich richt op de reductie van risicofactoren die bijdragen aan de ontwikkeling van een eetstoornis. Primaire preventie richt zich bijvoorbeeld op het slankheidsideaal dat door de media wordt aangeprezen. In media-alfabetiseringsprogramma's wordt geleerd om kritisch te kijken naar boodschappen die door de media worden uitgezonden. Ook kan er algemene voorlichting worden gegeven over de risico's van extreem lijngedrag en over de kenmerken en gevolgen van eetstoornissen. Dit kan op school plaatsvinden. Dit noemt men universele preventieprogramma's. Daarnaast zijn er selectieve preventieprogramma's. Deze richten zich op een selecte hoog-risicogroep, bijvoorbeeld jonge vrouwen die een negatieve lichaamsbeleving hebben of reeds extreem lijnen, of op balletdansers of topsporters. Verder kunnen preventieprogramma's onderscheiden worden in de mate waarin ze alleen informatie overdragen en de mate waarin met de doelgroep (leerlingen) in discussie wordt gegaan. Ten slotte wordt onderscheid gemaakt tussen preventieprogramma's voor jongeren onder de 15 jaar; tussen 15 en 18 jaar; en vanaf 18 jaar. Vanaf 1980 zijn er diverse programma's ontwikkeld voor de preventie van eetstoornissen. In dit hoofdstuk zal beschreven worden wat de effectiviteit is van de preventieprogramma's die tot nu toe zijn uitgevoerd.

Om de vraag te beantwoorden welke preventieprogramma's effectief zijn bij de specifieke risicogroepen is gezocht in de databases van Medline en PsycINFO. Als zoektermen zijn gebruikt: 'prevention', 'prevention programs', 'anorexia nervosa', 'bulimia nervosa' en 'binge-eating disorders' AND/OR 'eating disorders'. Daarbij zijn meer dan 100 titels verkregen. Veel artikelen gaan over de wenselijkheid van preventie en over de inhoudelijke beschrijving van preventieprogramma's en een beperkter aantal artikelen gaat over onderzoek naar de effectiviteit van preventieprogramma's. Alleen deze laatste artikelen zijn bruikbaar om de uitgangsvraag te beantwoorden. In 2003 is door Pratt & Woolfenden een Cochrane-review geschreven over de effectiviteit van preventieprogramma's die zich expliciet richten op de reductie van belangrijke risicofactoren voor eetstoornissen, zoals het internaliseren van het slankheidsideaal, negatieve lichaamsbeleving en lijngedrag. Daarna is door Dalle Grave in 2003 een overzicht gepubliceerd over de effectiviteit van gecontroleerde preventieactiviteiten op scholen. Recent is in 2004 door Stice & Shaw een meta-analyse gepubliceerd waarin de effectiviteit werd onderzocht van universele preventieprogramma's voor alle leerlingen, en selectieve preventieprogramma's voor een hoge risicogroep. Deze review-artikelen hebben als basis gefunctioneerd voor dit hoofdstuk. Daarnaast is nog gezocht naar aanvullende literatuur over preventieprogramma's voor specifieke risicogroepen, zoals balletdansers en topsporters.

3.4.1 Preventieprogramma's - algemeen

3.4.1.1 De effectiviteit van preventieprogramma's

Wetenschappelijk bewijs

In een review van Pratt & Woolfenden (2003) over eetstoornissen bij kinderen en adolescenten is gekeken of preventieprogramma's:

- resulteren in een gezondere eethouding en -gedrag
- psychologische factoren bevorderen die kinderen beschermen tegen eetstoornissen
- fysieke gezondheid bevorderen
- op de lange termijn een positief en duurzaam effect hebben op de psychische en mentale gezondheid
- geen schadelijke effecten hebben op de lichamelijke en/of geestelijke gezondheid van kinderen en adolescenten

Slechts twee onderzoeken hadden een significant resultaat opgeleverd. Het ene betrof een media-alfabetiseringsprogramma waarbij leerlingen leren om de reclamebeelden over slankheid kritisch te beoordelen en na te gaan in hoeverre er sprake is van ongewenste of onrealistische boodschappen over slankheid (Levine e.a., 1999). Bij een follow-up bleken leerlingen inderdaad kritischer te kijken naar reclameboodschappen

over slankheid. Het andere programma leidde tot een vermindering van de internalisatie van het slankheidsideaal dat ook bij follow-up na 3 tot 6 maanden nog bestond (Kusel, 1999; Neumark-Sztainer e.a., 2000; Steiner-Adair & Purcell Vorenberg, 1999). In andere onderzoeken (Buddeberg Fischer e.a., 1998; Killen e.a., 1993; Killen e.a., 1996; Santonastaso e.a., 1999a en b) is onvoldoende evidentie gevonden voor het effect van 4 verschillende preventieprogramma's op attitudes ten aanzien van eten, eetgedrag, lichaamsgewicht, de eetstoornis-psychopathologie of het algemene psychische en/of lichamelijke welzijn.

Bij evaluatie van educatieve preventieprogramma's blijkt het duidelijkste resultaat de verandering van kennis over de kenmerken en gevolgen van eetstoornissen te zijn. Verandering van attitudes ten aanzien van lijnen en het slankheidsideaal is veel moeilijker te bewerkstelligen en vaak niet erg langdurig, terwijl verandering van gedrag nog moeilijker is gebleken (Rosenvinger & Børresen, 1999; Dalle Grave, 2003). De beste resultaten werden behaald met preventieprojecten die specifiek gericht waren op groepen met een hoog risico, namelijk jonge vrouwen die een negatieve lichaamsbeleving hadden en extreem lijngedrag vertoonden dan wel kenmerken hadden van een beginnende eetstoornis (Killen e.a., 1993; Wintzelberg e.a., 2000; Dalle Grave, 2003). Preventieprogramma's waarbij met de leerlingen werd gediscussieerd bleken effectiever te zijn dan preventieprogramma's die alleen voorlichting gaven (Dalle Grave, 2003).

In 2004 publiceerden Stice & Shaw een grote meta-analyse waarin de effectiviteit werd onderzocht van 44 artikelen over preventieprogramma's, waarvan 28 over universele preventieprogramma's voor alle leerlingen en 16 over selectieve preventieprogramma's voor hoge risicogroepen. Tevens gingen ze na of de preventieprogramma's uitsluitend didactisch waren en alleen kennis overdroegen, of dat zij interactief waren, waarbij leerlingen intensief betrokken werden in de vorm van discussie en rolspel. Zij maakten onderscheid tussen preventieprogramma's gericht op leerlingen jonger dan 15 jaar en leerlingen die ouder waren. Ook keken ze naar het aantal sessies, namelijk 1 sessie of meer sessies. Uiteraard was ook de inhoud van de sessies van belang: namelijk gericht op psycho-educatie; sociaal-culturele factoren; coping met stress; verbetering van zelfvertrouwen en lichaamsbeleving. Tot slot keken ze naar het gebruik van goede of onvoldoende gevalideerde meetinstrumenten.

In deze meta-analyse werd nagegaan of de preventieprogramma's effectief waren ten aanzien van de volgende uitkomstmaten: toename van kennis van eetstoornissen; vermindering van internalisering van het slankheidsideaal; vermindering van negatieve lichaamsbeleving; vermindering van het lijngedrag; vermindering van negatieve gevoelens; vermindering van pathologisch eetgedrag; beter lichaamsgewicht (BMI). De grootste effecten bleken behaald te worden bij preventieprogramma's die zich richten op: (1) selectieve risicogroepen; (2) van meisjes; (3) ouder dan 15 jaar; (4) die interactief benaderd worden; en (5) meerdere sessies krijgen; (6) waarbij geen psycho-educatie gegeven wordt; en waarbij (7) gevalideerde onderzoeksinstrumenten gebruikt worden om de effecten te meten.

Daarvoor worden de volgende verklaringen gegeven:

- Een selectieve risicogroep met een hoog risico van het ontwikkelen van een eetstoornis is niet alleen meer gemotiveerd om mee te doen, maar er is ook meer effectwinst bij zo'n groep te behalen in vergelijking met een algemene groep jongeren waarvan verreweg het merendeel geen risico loopt op het ontwikkelen van een eetstoornis
- Meisjes hebben een veel groter risico van het internaliseren van het slankheidsideaal en van het ontwikkelen van een negatieve lichaamsbeleving en lijngedrag en van het ontwikkelen van een eetstoornis dan jongens, zodat bij hen veel meer effect te behalen is dan bij jongens,
- Meisjes ouder dan 15 jaar zijn veel vaker bezig met lijnen en gewicht, en tussen hen zitten veel vaker degenen die een eetstoornis ontwikkelen (op een gemiddelde leeftijd van 17 á 18 jaar. Jongeren onder de 15 jaar zijn vaak nog minder met eten en gewicht bezig zijn, zodat bij hen veel minder effect valt waar te nemen.
- Bij interactieve programma's (waaronder interactieve internetprogramma's en cd-roms) worden leerlingen veel actiever en persoonlijker aangesproken dan bij een lesprogramma dat gericht is op passieve vormen van kennisopname. Bovendien

moeten leerlingen door discussie, opdrachten en rollenspel oefenen in het uitvoeren van nieuw gedrag en het expliciteren van hun attitude.

- In de regel hadden preventieprogramma's met slechts 1 sessie niet of nauwelijks effect. Alleen als de leerlingen meerdere keren met het preventieproject geconfronteerd werden en konden oefenen, was het effectief. Ook kortdurende programma's van enkele weken waren al effectiever dan eenmalige interventies.
- Psycho-educatie alleen leidt wel tot kennisvermeerdering, maar niet tot verandering van attitude en gedrag. Daarvoor is actieve participatie van de leerlingen van groot belang.
- Gevalideerde onderzoeksinstrumenten lieten meer effect zien dan niet-gevalideerde onderzoeksinstrumenten, omdat ze vaak sensitiever waren.

Opvallend was dat de inhoud van de preventieprogramma's minder van invloed was dan bovengenoemde factoren en dat verschillende inhoudten tot vergelijkbare resultaten konden leiden.

Conclusie

Niveau 1	<p>Bij evaluatie van het resultaat van educatieve preventieprogramma's blijkt dat dit het beste tot uiting komt in de verandering van kennis over de kenmerken en gevolgen van eetstoornissen. Verandering van attitudes ten aanzien van lijnen en het slankheidsideaal bleek veel moeilijker te bewerkstelligen en vaak niet erg langdurig, terwijl verandering van eten lijngedrag nog moeilijker bleek. Er is nog geen follow-up onderzoek gepubliceerd waarin is aangetoond dat preventieprogramma's hebben geleid tot reductie van de incidentie van eetstoornissen.</p> <p>A1 Stice & Shaw, 2004 A2 Dalle Grave, 2003; Pratt en Woolfenden, 2003 C Rosenvinge & Børresen, 1999</p>
Niveau 3	<p>Uit evaluatie van educatieve preventieprogramma's blijkt dat media-alfabetiseringsprogramma's, waarbij leerlingen kritisch leren kijken naar de boodschappen van reclame, leiden tot minder internaliseren van het slankheidsideaal.</p> <p>B Levine, 1999; Kusel, 1999</p>
Niveau 1	<p>Uit een meta-analyse van 44 publicaties over preventieprogramma's blijkt dat de beste resultaten behaald werden bij preventieprogramma's die zich richten op een selectieve risicogroep van meisjes ouder dan 15 jaar die interactief benaderd worden en meerdere sessies krijgen en waarbij geen psycho-educatie gegeven wordt en gevalideerde onderzoeksinstrumenten gebruikt worden.</p> <p>A1 Stice & Shaw 2004 A2 Dalle Grave 2003 B Killen e.a., 1993; Wintzelberg e.a., 2000</p>

Overige overwegingen

Het valt op dat ouders niet of nauwelijks betrokken worden bij preventieprojecten op school. De belangrijkste maaltijden van de leerlingen vinden immers nog steeds thuis plaats en ouders hebben grote invloed op de attitudevorming en het gedrag van hun kinderen. Media-alfabetiseringsprogramma's zijn aan te bevelen omdat ze de leerlingen leren om kritisch te kijken naar de invloed van de media en de reclame en leiden tot een vermindering van de internalisering van het slankheidsideaal. Er is echter nog

onvoldoende bewijs dat ze ook het ontwikkelen van een eetstoornis kunnen voorkomen. Daarvoor is langduriger follow-uponderzoek noodzakelijk.

Er zijn tot nu toe in onderzoeken geen effecten van preventieprogramma's voor eetstoornissen aangetoond. Voor sommige leerlingen met een negatieve zelf- en lichaamsbeleving kan er echter een mogelijk negatieve voorbeeldwerking vanuit gaan. Ervaringsdeskundigen waarschuwen voor het noemen van lage gewichten en de 'glamourization' van anorectisch en boulimisch gedrag. Leerlingen blijken vaak niet op de hoogte te zijn van de mogelijkheden om hulp te zoeken.

Vanuit patiëntenperspectief wordt voorts opgemerkt dat het belangrijk is preventie maatregelen niet eenzijdig te concentreren op gewicht/eten gerelateerde symptomen; er wordt dan voorbijgegaan aan de onderliggende dynamiek van eetstoornissen die immers niet in de eerste plaats met het slankheidsideaal te maken heeft.

Zoals wel door de werkgroep genoemd, zijn perfectionisme, faalangst en gevoelens van ineffectiviteit specifieke risicofactoren voor het ontwikkelen van een eetstoornis (namelijk ook voor het ontwikkelen van andere psychiatrische stoornissen, zoals depressies). Het komt de SABN voor dat een vroegtijdige signalering van jongeren met dergelijke eigenschappen en het daaraan gekoppeld aanbieden van een cursus omgaan met ambities (negatief vs positief perfectionisme) en/of cursussen/omgaan met faalangst een bijdrage aan het verminderen van psychiatrische problemen - waaronder ook eetstoornissen - kan vormen.

3.4.1.2 Negatieve gevolgen van preventieprogramma's

Wetenschappelijk bewijs

Carter e.a. hebben in 1997 een onderzoek gepubliceerd dat de nodige opschudding veroorzaakte: een jaar na het geven van een preventieprogramma dat gericht was op het reduceren van lijngedrag van leerlingen van 13-14 jaar, vertoonden de leerlingen meer lijngedrag dan direct na het preventieprogramma, toen het lijngedrag juist was afgenomen. Dit onderzoek vertoonde echter grote methodologische tekortkomingen: er was geen controlegroep, er werd niet aangetoond dat de leerlingen meer waren gaan lijnen door het preventieprogramma, of dat er juist andere factoren aan bijdroegen. Bovendien werd het lijngedrag op geen enkele manier nader gedifferentieerd, zodat niet duidelijk was of de leerlingen verantwoord lijngedrag vertoonden of het extreme lijngedrag dat als een specifieke risicofactor voor eetstoornissen gezien kan worden (Noordenbos, 2002).

Na de publicatie van Carter e.a. (1997) werd verondersteld dat toename van lijngedrag mogelijk een ongewenst neveneffect was van het preventieprogramma. Gezien de methodologische beperkingen van dit onderzoek is de vraag opgeworpen of preventieprogramma's mogelijk schadelijk kunnen zijn. Uit een later gecontroleerd onderzoek door hetzelfde onderzoeksteam en met hetzelfde programma bleek echter geen negatief gevolg van het preventieprogramma (Stewart e.a., 2001).

In onderzoek met controlegroep van Mann, Nolen-Hoeksema, Huang, Burgard, Wright & Hanson, (1997) naar het effect van discussies geleid door twee herstelde eetstoornispatiënten werden eveneens ongewenste gevolgen geconstateerd. In tegenstelling tot wat gehoopt werd, bleek dat de interventiegroep zich daarna juist iets meer zorgen maakte over hun gewicht, en meer lijngedrag en overeten te vertonen dan de controlegroep. De onderzoekers concludeerden dat preventieprogramma's effectiever zijn als de primaire en secundaire preventieprogramma's niet gecombineerd worden. Ze adviseren om alleen leerlingen die een hoog risico lopen om een eetstoornis te ontwikkelen te betrekken bij preventieactiviteiten. Franko (1998) toonde vervolgens aan dat een preventieprogramma voor een selecte hoge risicogroep positieve resultaten had.

Het programma van O'Dea & Abraham (2000) gericht op het bevorderen van beschermende factoren leverde wel een directe verbetering op van de lichaamsbeleving en het zelfvertrouwen, maar bij de follow up bleek om onduidelijke redenen dat de deelnemers juist in gewicht waren toegenomen en vaker probeerden te lijnen dan de controlegroep die niet aan het lijnprogramma had meegedaan. Nader onderzoek is gewenst, maar het advies blijft uiteraard om negatieve gevolgen te voorkomen. In

haar artikel 'First do no harm' noemt O'Dea (2000) de volgende negatieve gevolgen van primaire preventieprogramma's:

- Introduceren van de problematiek van lijnen en gewichtscontrole bij jongeren die daar (nog) niet mee bezig zijn.
- Het geven van suggestieve informatie over ongezonde technieken van gewichtscontrole (braken, laxeermiddelen, plaspillen of slankheidsmiddelen gebruiken, roken).
- Glamouriseren van eetstoornissen (door het noemen van bekende personen die een eetstoornis hadden).
- Normaliseren van eetstoornissen (door te zeggen dat het heel vaak voorkomt).
- Het overdragen van een negatieve lichaamsbeleving, angst voor voedsel, laag zelfvertrouwen van (gast)docenten aan leerlingen.
- Negatief labelen van bepaald voedsel (zoals vet en suiker of het gebruik van de term 'junk food') (O'Dea, 2000).

Volgens O'Dea (2000) is het van groot belang dat programma's gericht zijn op positieve doelen, zoals het verkrijgen van zelfvertrouwen en lichaamsbeleving, genieten van gezond eten en gezond bewegen.

Hoewel uit de reviews van Pratt & Woolfenden (2003) en van Dalle Grave (2003) geen wetenschappelijke evidentie bleek voor negatieve gevolgen van preventieprogramma's, is voorzichtigheid van groot belang en zullen bovengenoemde adviezen van Mann e.a. (1997) en O'Dea (2000) ter vermijding van mogelijke negatieve gevolgen ter harte moeten worden genomen.

Conclusie

Niveau 2	<p>Hoewel er is onvoldoende bewijs om te suggereren dat preventieprogramma's die op scholen worden aangeboden schadelijke effecten zouden hebben, zijn kwaliteitscriteria ter vermijding van mogelijke negatieve effecten van groot belang.</p> <p>A2 Pratt & Woolfenden, 2003; Dalle Grave, 2003 B Mann e.a., 1997; Stewart e.a., 2001; O' Dea , 2000</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Leerlingen blijken vaak niet op de hoogte te zijn van de mogelijkheden om hulp te zoeken. Vanuit het patiëntenperspectief wordt aangegeven dat ervaringsdeskundige gastdocenten een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan preventieprogramma's op scholen. Vooral de herkenning speelt hierbij een rol. Leerlingen kunnen dan sneller de signalen van eetstoornissen bij zichzelf of medeleerlingen herkennen. Ook kunnen leerlingen rechtstreeks in dialoog en discussie gaan met ervaringsdeskundigen. Leerlingen blijken vaak niet op de hoogte te zijn van de mogelijkheden om hulp te zoeken. Informatie hierover is voor hen van groot belang.

3.4.2 Preventieprogramma's – specifieke doelgroepen

3.4.2.1 Preventie van eetstoornissen bij leerlingen van balletscholen

Wetenschappelijk bewijs

Piran (1998, 1999) heeft onderzoek gedaan naar een preventieprogramma dat gericht is op de verandering van de extreme slankheidscultuur op een balletschool in Canada. Hierbij werden leerkrachten, docenten en directie van deze toonaangevende balletschool voor lange tijd intensief betrokken. Het preventieprogramma bestond uit verschillende factoren, zoals het bespreekbaar maken en veranderen van de gewichtsnormen voor balletdansers. Hierbij werd minder nadruk gelegd op het gewicht, maar meer op de kracht en de conditie van balletdansers. Dit leidde tot een verandering in de schoolcultuur wat betreft de omgang met het gewicht. Dit onderzoek toonde aan dat na vijf tot acht jaar het aantal balletdansers met een eetstoornis tot nul gereduceerd was en dat balletdansers veel eerder aangaven dat ze kenmerken hadden van beginnende eetstoornissen, of dat de docenten dat eerder signaleerden. Daardoor

kwamen ze vroegtijdig in een behandelprogramma voordat ze verder konden gaan met hun opleiding.

Dit preventieprogramma toonde aan dat niet volstaan kan worden met waarschuwen tegen de negatieve gevolgen van extreem lijnen, maar dat daarnaast gezond gedrag bevorderd dient te worden. De hele schoolcultuur (gedragsnormen van directie, docenten, en leerlingen) dient hierbij betrokken te worden (Austin, 2000).

Conclusie

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat intensieve preventieactiviteiten die gericht zijn op de verandering van de cultuur van een balletschool leiden tot:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reductie van gevoelens van onvrede over het eigen lichaam • vermindering van de neiging om af te vallen, te lijnen en laxemiddelen te gebruiken • reductie van het aantal nieuwe gevallen van eetstoornissen • sneller hulp zoeken • herkenning door de docenten <p>B Piran, 1998, 1999; Austin, 2000</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Vanuit het patiëntenperspectief is aangegeven dat vrouwen die een dansopleiding volgen, door docenten tot lijnen worden aangezet. Er worden namelijk op sommige scholen vetmetingen gedaan aan het begin van het schooljaar. Dat maakt het voor vrouwen ook moeilijker om aan hun eetstoornis te werken: tegenstrijdigheid tussen moeten lijnen vanwege school enerzijds en van hun eetstoornis af willen anderzijds. De afhankelijkheid van een laag gewicht is hier groter.

3.4.2.2 Preventie van eetstoornissen bij topsporters

Wetenschappelijk bewijs

Bij preventie van abnormaal eetgedrag en gewichtsverlies van topsporters werden sportorganisaties ingeschakeld om gezonde regels op te stellen en werden trainers geïnformeerd over de toepassing hiervan (Thompson & Sherman, 1993). Bij verschillende takken van sport zouden de heersende culturele normen en praktijken betreffende het gewicht en het indelen volgens gewichtsklasse moeten veranderen, waarbij men zich zou dienen te realiseren dat slanker of lichter zijn niet altijd betere prestaties oplevert (Munnikhof & Coumans, 2000). Munnikhof & Coumans (2000) wijzen op het belang van betere informatie over voeding en gewicht voor sporters, ouders, coaches, trainers, begeleiders en artsen. Ook vinden ze het inschakelen van een sportpsycholoog van belang. Deze zou zich moeten richten op het bevorderen van het zelfvertrouwen en op andere psychische problemen die de prestatie kunnen verminderen. De aanwezigheid van een diëtist is gewenst voor het geven van voedingsadviezen die gericht zijn op de gewenste prestatie, gerelateerd aan het gewicht. De (sport)psychologen, diëtisten, artsen en trainers dienen voldoende kennis te hebben van de eerste signalen van een eetstoornis, zodat ze vroegtijdig kunnen diagnosticeren en kunnen intervensiëren.

Conclusie

Niveau 4	<p>Ter preventie van eetstoornissen bij topsporters dienen de trainers en sporters geïnformeerd te worden over gezonde voeding en gewicht. Ook het inschakelen van een sportpsycholoog is van belang ter ondersteuning van het bevorderen van het zelfvertrouwen.</p> <p>C Thompson & Sherman, 1993; Munnikhof & Coumans, 2000</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Bij topsport dient bij de preventie niet alleen aandacht te worden geschonken aan het belang van goede voeding en een gezond gewicht, maar ook aan het risico van het ontwikkelen van een eetstoornis ten gevolge van te strenge gewichtseisen.

Vanuit het patiëntenperspectief komt de opmerking dat voorlichting op sportscholen aan sportdocenten over kenmerken en signalering van eetstoornissen belangrijk is. Door een juiste bejegening zijn daardoor meisjes op sportscholen eerder met hun problemen naar buiten gekomen. Ook de omgang met mensen met eetstoornissen kan een preventieve werking hebben.

Aanbeveling

Een preventieprogramma dient onder meer aandacht te besteden aan:

- het kritisch leren analyseren van de media en de reclameboodschappen
- het ter discussie stellen van het slankheidsideaal
- het risico van extreem lijngedrag
- verantwoorde voeding en beweging
- het belang van zelfvertrouwen en een positieve lichaamsbeleving
- het omgaan met problemen
- de kenmerken van (beginnende) eetstoornissen
- hulpverleningsmogelijkheden

De werkgroep raadt aan de preventieprogramma's deskundig te laten begeleiden door docenten die geïnformeerd worden over de risicofactoren van eetstoornissen, de (beginnende) kenmerken hiervan en de wijze waarop ze leerlingen kunnen bejegenen en doorverwijzen in geval van (een vermoeden) een eetstoornis.

De werkgroep is van mening dat speciaal getrainde ervaringsdeskundige gastdocenten een rol kunnen spelen in de preventieprogramma's op scholen.

Aanbeveling gericht op specifieke risicogroepen

De werkgroep is van mening dat preventie van eetstoornissen op balletscholen zich moet richten op de schoolcultuur met betrekking tot gewicht en eetgedrag.

Het is gewenst dat de (sport)psychologen, diëtisten, artsen en trainers voldoende kennis hebben van de risico's van het ontwikkelen van een eetstoornis bij topsporters. Zij dienen de eerste signalen van een eetstoornis te herkennen.

De werkgroep is van mening dat topsporters, ouders en begeleiders informatie dienen te krijgen over het belang van goede voeding en gezond gewicht, in het bijzonder in het licht van het risico van het ontwikkelen van een eetstoornis.

De sportartsen en diëtisten dienen in hun voedingsadviezen rekening te houden met een gezond gewicht in relatie tot de prestaties.

Sportpsychologen dienen aandacht te besteden aan het bevorderen van het zelfvertrouwen, omdat gebrek aan zelfvertrouwen een risicofactor is gebleken voor het ontwikkelen van een eetstoornis.

Literatuur

- Austin, S.B. (2000). Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30, 1249-1262.
- Buddeberg Fischer, B., Klaghofer, R., Gnam, G., e.a. (1998). Prevention of disturbed eating behaviour: a prospective intervention study in 14-19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 146-155.
- Carter, J.C, Stewart, A., Dunn, V., e.a. (1997). Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167-172.
- Dalle Grave, R. (2003). School-Based Prevention Programs for Eating Disorders Achievements and opportunities. *Disease management and clinical outcomes*, 11, 579-593.
- Franko, D.L. (1998) Secondary Prevention of Eating Disorders in College Women at Risk. *Eating Disorders*, 6, p. 29-40.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hammer, L.D., e.a. (1993). An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 369-384.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., e.a. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4 year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.
- Kusel, A.B. (1999). Primary prevention of eating disorders through media literacy training of girls. *Dissertation Abstract International*, 60, 1859B.
- Levine, M.P., Piran, N., & Stoddard, C., (1999). Mission More Probable: Media Literacy, Activism, and Advocacy as Primary Prevention. In N. Piran, M.P. Levine & C. Steiner-Adair, *Preventing Eating Disorders . A Handbook of Interventions and Special Challenges* (pp. 1-25). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Mann, T. Nolen-Hoeksema, S. Huang, K. Burgard, D. Wright, A. & Hanson, K. (1997) Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16, 215-225.
- Munnikhof, S., & Coumans, B. (2000). *Eetstoornissen ... een probleem in de Nederlandse (top)sport? Een inventariserend onderzoek naar eetproblemen/eetstoornissen in de Nederlandse (top)sport en de mogelijkheden voor preventie en zorg*. Arnhem: NOC*NSF.
- Neumark-Sztainer, D., Sherwood, N.E., Collier, T., e.a. (2000). Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *Journal of the American Dietetic Association*, 100, 1466-1473.
- Noordenbos, G. (2002). Preventie. In W. Vandereycken & G. Noordenbos (Red.), *Handboek Eetstoornissen* (pp. 325-338). Utrecht: De Tijdstroom.
- O'Dea (2000) School-based interventions to prevent eating problems: First do no harm. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 8, 123-130.
- O'Dea & Abraham (2000) Improving the body image, eating attitudes and behaviours of young male and female adolescents: A New educational approach which focuses on self esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 43-57.
- Piran, N. (1999). On the Move from Tertiary to Secondary and Primary Prevention. In N. Piran, M.P. Levine & C. Steiner-Adair, *Preventing Eating Disorders . A Handbook of Interventions and Special Challenges* (pp. 256-270). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Piran, N. (1998). A Participatory approach to the prevention of eating disorders in a school. In W. Vandereycken & G. Noordenbos (Red.), *The Prevention of Eating Disorders* (pp. 173-186). London: Athlone Press.
- Pratt, B.M., Woolfenden, S.R. (2003) Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents (Cochrane Methodology Review) In the Cochrane Library, Issue 4, 2003 Chichester, UK: John Wiley&Sons,Ltd
- Rosenvinge, J.H., & Børresen, R. (1999). Preventing eating disorders: time to change programmes or paradigms? Current update and further recommendations. *European Eating Disorders Review*, 7, 5-16.
- Santonastaso, P., Friederici, S., & Favaro, A. (1999a). Full and partial syndromes of eating disorders: a 1-year prospective study of risk factors among female students. *Psychopathology*, 32, 50-56.
- Santonastaso, P., Zanetti, T., Ferrara, S., e.a. (1999b). A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: a longitudinal study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 68, 46-50.
- Steiner-Adair, C., & Purcell Vorenberg, A. (1999). Resisting weightism: media literacy for elementary-school children. In N. Piran, M.P. Levine & C. Steiner-Adair, *Preventing Eating Disorders . A Handbook of Interventions and Special Challenges* (pp. 105-121). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Stewart, D.A., Carter, J.C., Drinkwater, J., e.a. (2001). Modification of eating attitudes and behaviour in adolescent girls: a controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 107-118.
- Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 130, 206-227.
- Thompson, R.A., & Sherman, R.T. (1993). *Helping athletes with eating disorders*. Champaign (IL): Human Kinetics.
- Wintzelberg, A.J, Eppstein, D. Eldridge, K.L., e.a. (2000). Effectiveness of an internet based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 346-350.

3.5 Vroegtijdige onderkenning

Belangrijke problemen bij eetstoornissen zijn de vaak langdurige ontkenning en bagatellisering van de eetproblemen bij patiënten met anorexia en boulimia nervosa, en de angst en schaamte om over de eetstoornis te vertellen, evenals de angst om de eetstoornis los te laten. De eetstoornis functioneert vaak als (ineffectieve) copingstrategie om problemen het hoofd te bieden. Hierdoor duurt het meestal lang voordat iemand hulp vraagt. Men veronderstelt dat vroegtijdige onderkenning leidt tot eerdere behandeling en dat bij een adequate behandeling eerder herstel optreedt. De vraag is dan ook of vroege onderkenning inderdaad leidt tot eerder herstel. Uit onderzoek blijkt dat er géén direct verband bestaat tussen vroegtijdige onderkenning en sneller herstel (Schoemaker, 1997; Reas e.a., 2001). Er is namelijk sprake van een conditioneel verband met verschillende tussenstappen, waarbij er bij elke tussenstap problemen kunnen optreden. Na vroegtijdige onderkenning zal de betrokkene gemotiveerd dienen te worden voor behandeling, zal er vroegtijdige behandeling beschikbaar moeten zijn, en zal de behandeling adequaat en effectief moeten zijn. In veel gevallen is de betrokkene echter niet gemotiveerd om te veranderen, is er geen vroegtijdige behandeling beschikbaar, en is de behandeling niet adequaat en niet effectief. In dit hoofdstuk zullen de problemen van de diverse tussenstappen tussen vroegtijdige onderkenning en herstel beschreven worden.

Om de vraag te beantwoorden of vroegtijdige onderkenning leidt tot een betere prognose bij patiënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa en binge-eating disorder (BED) is literatuuronderzoek uitgevoerd met behulp van de databases Medline en PsycINFO. Daarbij is gebruikgemaakt van de volgende zoektermen: 'eating disorders', 'anorexia nervosa', 'b(o)ulimia nervosa', 'binge-eating disorder', 'early diagnosis', 'early intervention', 'secondary prevention' en 'outcome'. In totaal leverden deze zoektermen 39 publicaties op. Er is vooral gebruikgemaakt van de meta-analyse van Schoemaker (1997) van 33 artikelen over vroege interventie van anorexia nervosa. Zes daarvan waren geschikt voor verdere analyse. Tevens is gebruikgemaakt van een meta-analyse van Reas e.a. (2001) van 24 artikelen over vroege interventie bij boulimia nervosa, waarvan er 5 geschikt waren voor verdere analyse.

3.5.1 Anorexia nervosa

Wetenschappelijke bewijs

Uit de systematische review van Schoemaker (1997) bleek dat in slechts 6 van de 33 onderzoeken op systematische wijze is gekeken naar het effect van vroegtijdige onderkenning op het herstel van anorexia nervosa (AN) (Rollins & Piazza, 1981; Willi e.a., 1989; Deter e.a., 1992; Smith e.a., 1993; Steinhausen & Seidel, 1993; Gowers e.a., 1994). In 4 van deze 6 onderzoeken was de duur van de eetstoornis niet gerelateerd aan de behandelingsuitkomst (Gowers e.a., 1994; Rollins & Piazza, 1981; Smith e.a., 1993; Steinhausen & Seidel, 1993). In de andere 2 onderzoeken werd een negatieve relatie gevonden tussen de ziekteduur en de uitkomst van de behandeling (Deter e.a., 1992; Willi e.a., 1989).

Vanwege methodologische tekortkomingen in deze uitkomstliteratuur kon de prognostische waarde van de vroege interventie bij AN niet geschat worden. De duur van de ziekte wordt vaak geschat als de periode vanaf het begin tot de eerste behandeling. Bij AN gaat het hier meestal om een vrij lange tijd, door de ontkenning van de problematiek bij de patiënten. In de meeste uitkomstonderzoeken wordt echter de totale ziekteduur berekend, waarbij ook sprake is geweest van niet-effectieve behandelingen en terugval. Op basis van klinisch onderzoek kan geconcludeerd worden dat wanneer de behandeling enkele maanden later begon, dit geen effect had op het resultaat van de behandeling. In 2 van de 5 onderzoeken die geschikt waren voor meta-analyse bleek dat de duur van de ziekte overeenkwam met de tijd tussen het begin en de eerste behandeling.

In een review van 67 follow-uponderzoeken tussen 1953 en 1989 vonden Steinhausen e.a. (1991) dat in sommige onderzoeken de duur van de eetstoornis negatief gerelateerd was aan de uitkomst van de behandeling. In andere onderzoeken bestond geen

relatie tussen ziekteduur en uitkomst. Helaas maakten veel onderzoeken geen melding van het moment van de eerste behandeling, waardoor er sprake is van veel heterogene data.

Een andere tekortkoming is dat in veel onderzoek wordt uitgegaan van beperkte herstelcriteria, zoals herstel van gewicht, het eetgedrag en de menstruatie (Morgan-Russell-criteria; Morgan & Russell, 1975). Uit diverse onderzoeken blijkt dat bij deze beperkte herstelcriteria hoogstens van gedeeltelijk herstel gesproken kan worden (Strober e.a., 1997; Fennig e.a., 2002).

Uit bovenstaande onderzoeken kan geconcludeerd worden dat er geen lineair verband is tussen vroegtijdige onderkenning en eerder herstel, maar dat er een conditioneel verband is, met als condities:

- patiënt wordt gemotiveerd voor behandeling;
- behandeling kan na de diagnose snel geboden worden;
- vroegtijdige behandeling is effectief en slaat aan bij de patiënt
- de behandeling leidt niet alleen tot herstel van eetgedrag, gewicht en menstruatie (partieel herstel) maar ook tot 'full recovery', waarbij ook een betere lichaamsbeleving gerealiseerd wordt en beter psycho-sociaal functioneren;
- nazorg wordt gedurende ten minste één jaar geboden, zodat terugval voorkomen wordt (Strober, 1997; Fennig, 2002).

Pas als ook bovenstaande condities zijn vervuld, mag verwacht worden dat vroegtijdige onderkenning tot eerder herstel leidt.

Conclusie

Niveau 1	Er zit een relatief lange tijd tussen het begin van de anorexia nervosa en de eerste behandeling. Dit is een mogelijk gevolg van ontkenning. Het is niet duidelijk of vroegere interventie tot beter herstel had geleid indien aan alle tussenliggende voorwaarden voldaan zou zijn. Dit kan niet voorspeld worden op basis van de bestaande onderzoeken A1 Schoemaker e.a., 1997
-----------------	--

3.5.2 *Boulimia nervosa & binge-eating disorder*

Wetenschappelijke bewijs

Reas e.a. (2001) hebben een systematische review van de literatuur gedaan, waarbij het effect van de duur van de ziekte op de prognose, en de effecten van vroege interventie bij boulimia nervosa werden onderzocht. Van de 24 artikelen uit deze review bleken slechts 5 artikelen aan alle methodologische criteria te voldoen. Verschillende onderzoekers vonden een niet-significant verband tussen de duur van de stoornis en de uitkomst bij boulimia (Bulik e.a., 1998; Collings & King, 1994; Fairburn e.a., 1995). Anderen vonden een negatief verband tussen de duur van de ziekte en herstel: een langere duur was significant gerelateerd aan een slechte uitkomst (Fahy & Russell, 1993; Hsu & Holder, 1986; Keel e.a., 1999; Reas e.a., 2000). Weer anderen constateerden juist dat een langere duur van de ziekte significant gerelateerd was aan een betere uitkomst (Turnbull e.a., 1997; Walsh, e.a., 1991). Door Keel e.a. (1999) werd een significant verband aangetoond tussen de duur van boulimia nervosa en de uitkomst.

Naar het effect van vroege onderkenning van binge-eating disorder is nog geen onderzoek gedaan.

Conclusie

Niveau 2	Vroege interventie dan wel onderkenning van boulimia nervosa garandeert nog geen eerder herstel als niet ook aandacht geschonken wordt aan de extra tussenliggende voorwaarden die hiervoor nodig zijn (motivering van de patiënt, snelle en effectieve behandeling gericht op volledig herstel en langdurige nazorg). A2 Reas e.a., 2001
Niveau 1	Vroegtijdige onderkenning van boulimia nervosa en binge-eating disorder kan alleen tot een betere prognose leiden als de eerder genoemde voorwaarden aanwezig zijn. A2 Schoemaker, 1997 B Strober, 1997; Fennig e.a., 2002

Overige overwegingen

Er is weinig aandacht geschonken aan de secundaire preventie op scholen. Er is niet of nauwelijks onderzoek gedaan naar de verbetering van vroegtijdige onderkenning van (beginnende) eetstoornissen en het is onbekend of leerlingen door een preventieprogramma vroegtijdig hulp gaan zoeken voor hun eetstoornis.

Naast de huisarts, is de school waarschijnlijk de plek waar een (beginnende) eetstoornis vroegtijdig kan worden herkend, door (vertrouwens)docenten, medeleerlingen en vrienden. Zij en ouders kunnen deze signalen doorgeven aan de jeugdarts of verpleegkundige van de schoolgezondheidsdienst. Voorafgaand aan een regulier contact met de schoolgezondheidsdienst wordt een vragenlijst uitgereikt aan ouders en/of leerlingen. In deze vragenlijst zijn ook enkele vragen opgenomen afgeleid van de SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat and Food) en/of ESP (Eating disorder Screen for Primary care) over het eetgedrag. Op grond van alleen de criteria lengte en gewicht is bij kinderen de diagnose anorexia nervosa niet te stellen.

Signalen op school die vanuit het patiëntenperspectief zijn aangegeven, zijn: perfectionisme, plotseling lage cijfers halen, faalangst, willen voldoen aan de verwachtingen van anderen, veel kleding over elkaar dragen, klagen over kou, concentratiestoornissen, steeds naar de WC (laxantia of braken) gaan en grote interesse voor de ziekte tonen bijvoorbeeld door een spreekbeurt over het onderwerp te houden. Ook in de gymlessen komen signalen voor, zoals in de kleedkamer in een hoekje omkleden, niet douchen, flauwvallen, weinig uithoudingsvermogen hebben. Signalen buiten de lessen om, zoals niet eten waar anderen bij zijn of juist aanpassen aan wat anderen eten (pauzes), regelmatig ziek melden, in de organisatie van schoolfeesten gaan zitten om zo eten te ontlopen (gastvrouw spelen).

Na vroegtijdige onderkenning is het gewenst om de betrokkenen te motiveren voor behandeling en is verwijzing naar een effectief gebleken behandeling gewenst.

Indien de schoolgezondheidsdienst een psycholoog in dienst heeft kan deze psycho-educatie of psycho-sociale begeleiding geven. In het kader van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Burgerlijk Wetboek, art. 447) is voor het aangaan van een behandelingsovereenkomst toestemming vereist van de ouders of voogd bij kinderen van 12-16 jaar, naast die van het kind zelf, tenzij weigering ernstige nadelen voor de patiënt oplevert. Een minderjarige die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt, is bekwaam tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst ten behoeve van zichzelf (Burgerlijk Wetboek, art. 450).

Meer onderzoek is nodig om na te gaan of vroegtijdige onderkenning en interventie leidt tot eerder en duurzaam herstel.

Vanuit het patiëntenperspectief is aangegeven dat patiënten die eerder in behandeling gaan, zich beter kunnen herinneren hoe het was om normaal te eten.

Aanbeveling

Voor vroegtijdige onderkenning is kennis van de specifieke risicofactoren in de periode voorafgaande aan de eetstoornis gewenst. Daarbij kan de betreffende ouder, leerkracht, arts of verpleegkundige van de schoolgezondheidsdienst of huisarts letten op extreem en onverantwoord lijngedrag, een negatieve lichaamsbeleving, de angst om dik te worden of te blijven en de drang om af te vallen.

Voor vroegtijdige onderkenning van eetstoornissen is het gewenst dat eerstelijns hulpverleners niet alleen alert zijn op de symptomen en diagnostische criteria voor eetstoornissen, maar ook op bijkomende kenmerken en symptomen. Als hulpmiddel voor relevante vragen kunnen de SCOFF en ESP gebruikt worden.

Voor vroegtijdige onderkenning is het gewenst dat de huisarts, arts of verpleegkundige van de schoolgezondheidsdienst in geval van een duidelijk, maar nog niet bevestigd vermoeden van een eetstoornis, of bij twijfel aan de juistheid van de diagnose, contact opneemt met de ouders of verzorgers van de betrokken minderjarige, om nader te exploreren in hoeverre er sprake is van een eetstoornis.

Voor vroegtijdige onderkenning is het van groot belang dat de betrokkene door de betreffende leerkracht, huisarts, arts of verpleegkundige van de schoolgezondheidsdienst op een respectvolle en niet-bedreigende manier wordt benaderd.

Om ervoor te zorgen dat vroegtijdige onderkenning bijdraagt aan herstel op korte termijn, is het belangrijk de betrokkene zo snel mogelijk te motiveren voor behandeling en zo snel mogelijk deskundige en gebleken effectieve behandeling te bieden en na deze behandeling goede nazorg te garanderen.

Literatuur

- Bulik, C., Sullivan, P., Joyce, P., e.a. (1998). Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 206-214.
- Collings, S., & King, M. (1994). Ten-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 164, 80-87.
- Deter, H.-C., Herzog, W., & Petzgold, E. (1992). The Heidelberg-Mannheim study: Long term follow-up of anorexia nervosa patients at the university medical center. Background and preliminary results. In W. Herzog, H.-C. Deter & W. Vandereycken (Red.), *The course of eating disorders* (pp. 71-84). Heidelberg: Springer.
- Fahy, T.A., & Russell, G.F.M. (1993). Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 135-145.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., e.a. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the longterm effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Fennig, S., Fennig, S., & roe, D. (2002). Physical recovery in anorexia nervosa: is this the sole purpose of a child and adolescent medical-psychiatric unit? *General Hospital Psychiatry*, 24, 87-92.
- Gowers, S., Norton, K., Halek, C., e.a. (1994). Anorexia nervosa: long-term outcome in 50 female patients. *British Journal of Psychiatry*, 145, 407-413.
- Hsu, L.K.G., & Holder, D. (1986). Bulimia nervosa: treatment and short-term outcome. *Psychological Medicine*, 16, 65-70.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., e.a. (1999). Long term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63-69.
- Morgan, H.J., & Russell, G.F.M. (1975). Value of family background in clinical features as predictors of long term outcome in anorexia nervosa: four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 317-335.
- Reas, D.L., Schoemaker, C., Zipfel, S., e.a. (2001). Prognostic value of duration of illness and early intervention in bulimia nervosa: a systematic review of the outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 1-10.

- Reas, D.L., Williamson, D.A., Martin, C.K. & Zucker, N.L. (2000). Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: A 9-year follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 428-434.
- Rollins, N., & Piazza, E. (1981). Anorexia nervosa: a quantitative approach to follow-up. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 167-183.
- Schoemaker, C. (1997). Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 1-15.
- Smith, C., Feldman, S.S., Nasserbakht, A., e.a. (1993). Psychological characteristics and DSM-III-R diagnosis at 6 year follow-up of adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1237-1245.
- Steinhausen, H.C., Rauss-Mason, C., & Seidel, R. (1991). Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine*, 21, 447-454.
- Steinhausen, H.C., & Seidel, R. (1993). Outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 487-496.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe AN in adolescents: survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360.
- Turnbull, S.J., Schmidt, U., Troop, N.A., e.a. (1997). Predictors of outcome for two treatments for bulimia nervosa: short and long term. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 17-22.
- Walsh, T., Hadigan, C., Devlin, M., e.a. (1991). Long term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1206-1212.
- Willi, J., Limacher, B., Helbling, P., e.a. (1989). 10Jahres Katamnese der 1973-1975 im Kanton Zurich erstmal hospitalisierten Anorexie-Falle Schweizerische *Medizinische Wochenschrift*, 119, 147-155.

4 Diagnostiek

In dit hoofdstuk staat de diagnostiek van eetstoornissen centraal. Allereerst zal gekeken worden naar welke diagnostiek wenselijk is in de eerste lijn om vervolgens in te gaan op de specialistische diagnostiek. Waarbij aandacht geschonken zal worden aan de diagnostiek van verstoorde lichaamsbeleving, specialistische somatische diagnostiek en de diagnostiek bij specifieke klachten. Eveneens zal een opsomming gegeven worden van de diagnostische instrumenten die veel gebruikt worden.

Tot slot worden aanbevelingen geformuleerd aangaande de indicatiestelling, de gedwongen opname en behandeling, en criteria voor opname op een (somatische) interne afdeling

4.1 Diagnostiek in de eerste lijn

Omdat een eetstoornis maar weinig voorkomt en lastig te diagnosticeren is, wordt de diagnose in de huisartsenpraktijk vaak laat gesteld. Huisartsen stellen de diagnose bij ongeveer 40% van de patiënten met anorexia nervosa, en bij slechts ongeveer 11% van de patiënten met boulimia nervosa (Schoemaker & de Ruiters 2003; NICE-richtlijn (2004)). Een huisarts met een praktijkgrootte van 2000 patiënten heeft gemiddeld 1 of 2 patiënten met anorexia nervosa en 18 patiënten met boulimia nervosa in de praktijk. (Schoemaker & de Ruiters 2003; NICE-richtlijn, 2004).

Om na te gaan welke gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek in de eerste lijn verzameld dienen te worden om de diagnose eetstoornissen te kunnen stellen, is literatuuronderzoek verricht. In Pubmed is gezocht naar artikelen, gepubliceerd vanaf 1966 tot januari 2004, waarin verslag wordt gedaan over onderzoek naar de diagnostiek van eetstoornissen in de eerste lijn. Er is vooral gezocht naar artikelen waarin de waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek bij eetstoornissen is nagegaan. Ook is gezocht naar onderzoek naar de effectiviteit en haalbaarheid van screenen op eetstoornissen in de eerste lijn.

De volgende zoektermen zijn gebruikt: 'eating disorder', 'anorexia', 'b(o)ulimia', 'binge eating'; gecombineerd met 'screening', 'diagnosis', 'predictive value', 'sensitivity', 'specificity', en met 'primary care' en 'general practice'. Daarbij zijn steeds andere filters toegepast: 'clinical trial', 'guideline', 'review', 'meta-analysis'. Van de gevonden artikelen – in het Engels, Duits, Frans of Nederlands geschreven – zijn de samenvattingen beoordeeld. Alleen reviews en artikelen die verslag deden van een onderzoek, zijn gelezen. Ook zijn relevante referenties bij de gevonden artikelen nagetrokken.

4.1.1 Signalering

Wetenschappelijk bewijs

Er is slechts weinig onderzoek gepubliceerd waarin de voorspellende waarde van (combinaties van) bevindingen uit anamnese en lichamelijk onderzoek voor de aanwezigheid van een eetstoornis bij patiënten in de eerste lijn is nagegaan. Uit onderzoek blijkt dat in de 5 jaren voorafgaand aan het stellen van de diagnose eetstoornis, patiënten hun huisarts significant frequenter bezoeken dan patiënten die geen eetstoornis hebben. Bij deze bezoeken worden vooral psychologische klachten, maag-darmklachten (obstipatie) of gynaecologische klachten (uitblijven menstruatie) gepresenteerd (Ogg, 1997; NICE-richtlijn, 2004). Andere klachten waarmee mensen met anorexia nervosa de huisarts consulteren, zijn koude-intolerantie, duizeligheid, moeheid en hoofdpijn. (Walsh e.a., 2000). Deze laatste 3 klachten komen echter veel voor en zijn weinig specifiek voor een eetstoornis. Zuurbranden komt ook vaak voor bij mensen met een eetstoornis, zeker als er sprake is van braken (Rome e.a., 2003). De klachten zijn weinig specifiek en veel patiënten met een eetstoornis zijn zeker de eerste jaren weinig geneigd om het probleem openlijk te bespreken. Eetstoornissen ko-

men vooral voor bij vrouwen jonger dan 25 jaar. Er zijn twee specifieke risicogroepen aan te wijzen waarin een eetstoornis vaker voorkomt: topsporters en ballerina's. Bij kinderen is het altijd noodzakelijk een groeicurve te construeren om een eventuele lengtegroei afbuiging te kunnen vaststellen. Lengtegroei afbuiging en lanugobeharing treden pas op als sprake is van fors ondergewicht.

Bij lichamenlijk onderzoek kunnen een aantal verschijnselen worden opgemerkt. Lanugobeharing, bradycardie, hypotensie, hypothermie en oedemen treden ook pas op bij fors ondergewicht. In een klein onderzoek werd gevonden dat een BMI van 16 de kritische grens was voor het optreden van huidverschijnselen (Hediger e.a., 2000). Littekentjes of eelt op de handknokkels (Russells sign) zijn een aanwijzing voor geforceerd braken. Dat geldt ook voor defecten van het tandglazuur en vergrote speekselklieren (Pritts & Susman, 2003; Walsh, 2000). Lichamenlijk onderzoek dient echter ook om een andere somatische oorzaak uit te sluiten (Pritts & Susman, 2003). Ook in de richtlijn van het National Institute of Clinical Excellence (NICE) wordt gesteld dat het lichamenlijk onderzoek niet zozeer bijdraagt aan het stellen van een diagnose, maar cruciaal is om de mate van ondervoeding vast te stellen en complicaties te herkennen (NICE-richtlijn, 2004)

Er is een aantal screeningslijsten ontwikkeld voor de eerste lijn (in het bijzonder de huisartspraktijk, maar ook de jeugdgezondheidszorg). In een aantal onderzoeken is de voorspellende waarde van deze lijsten voor aan- of afwezigheid van een eetstoornis nagegaan. Slechts in één onderzoek is de waarde van zo'n screeningsinstrument in de huisartsenpraktijk nagegaan. De NICE-richtlijn stelt dat de waarde ervan nog onvoldoende vaststaat.

Twee korte vragenlijsten zijn ontwikkeld en gevalideerd in een eerstelijns populatie: de SCOFF en de ESP. Het acronym SCOFF is afgeleid uit de kernwoorden van de vijf vragen waaruit het instrument bestaat: Sick, Control, One stone, Fat, Food (Morgan e.a., 1999) (zie figuur 4.1). De ESP (Eating disorder Screen for Primary care) bestaat uit vier vragen (Cotton e.a., 2003) (zie figuur 4.1). De sensitiviteit van beide lijsten ligt redelijk hoog, de specificiteit echter iets minder hoog. De positief voorspellende waarde is uiteraard afhankelijk van de prevalentie in de betreffende populatie en varieert van 25-40%. Beide zijn geschikt om een eetstoornis uit te sluiten, de ESP zou dat iets beter doen dan de SCOFF (Cotton e.a., 2003; Luck e.a., 2002; Morgan e.a., 1999).

Figuur 4.1

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 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?

ESP

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

Voor beide vragenlijsten geldt dat de kans om een aanwezige eetstoornis aan te tonen tussen de 90 en 100% ligt als het antwoord op minstens 2 vragen 'ja' is. De eerste 2 vragen van de ESP zijn ook gebruikt om specifiek boulimia nervosa op te sporen of uit te sluiten. Bij een veronderstelde prevalentie van 5% was de positief voorspellende waarde (PPV) 36% en de negatief voorspellende waarde (NPV) 99% (Freund e.a., 1999; Freund e.a., 1999). De ESP zou iets minder confronterend zijn en daardoor iets beter geaccepteerd worden en minder aanleiding geven tot ontwijkende antwoorden (Cotton e.a., 2003). Als de score op de SCOFF of de ESP lager is dan 2, dan is een eetstoornis erg onwaarschijnlijk. Bij een score van 2 of hoger is er 25-40% kans op

een eetstoornis. In dat geval zou de huisarts nadere diagnostiek kunnen doen. Die nadere diagnostiek bestaat uit een viertal stappen die hieronder beschreven staan.

Die nadere diagnostiek zou in elk geval moeten bestaan uit nadere anamnese en lichamelijk onderzoek (Walsh e.a., 2000; Pritts & Susman, 2003; Rome e.a., 2003; NICE-richtlijn, 2004).

4.1.2 Anamnese en lichamelijk onderzoek (stap 1)

Anamnese

- gedetailleerde voedingsanamnese, uitvragen van eetpatroon, voedingsrituelen, eetbuien en braken
- vragen naar het lichaamsbeeld dat de patiënt heeft; is er sprake van een gestoorde perceptie van het eigen lichaam?
- minimum- en maximumgewicht in de laatste jaren
- andere klachten, in het bijzonder betreffende het menstruatieverloop
- gebruik van medicijnen, laxemiddelen, diuretica, slankpillen
- alcohol- en drugsgebruik
- lichaamsbeweging/sporten: wat, hoeveel

Daarnaast dienen, afhankelijk van de gerapporteerde klachten, vragen gesteld te worden om andere aandoeningen uit te sluiten:

- bij gewichtsverlies en darmklachten moet de mogelijkheid van malabsorptie overwogen worden: coeliakie, inflammatoire darmziekten
- bij gewichtsverlies kan ook een endocrinologische stoornis een rol spelen: in het bijzonder hyperthyreoïdie, diabetes
- bij secundaire amenorroe dienen ook gynaecologische oorzaken overwogen te worden: polycysteus ovariumsyndroom, hyperprolactinemie

Lichamelijk onderzoek

Lengte, gewicht, bloeddruk, pols, huid, Russells sign, erosie van tandglazuur, opgezette parotiden, perifeer oedeem.

Conclusie

Niveau 1	<p>De diagnose eetstoornis is te overwegen als iemand uit een van de risicogroepen met psychische klachten, maagdarmklachten of menstruatieklachten op het spreekuur komt. Dat geldt ook voor patiënten die met vragen over diëten en gewicht op het spreekuur komen.</p> <p>Twee korte vragenlijsten zijn ontwikkeld om eetstoornissen in de eerste lijn op het spoor te komen: de SCOFF en de ESP.</p> <p>A2 Luck e.a., 2002; Cotton e.a., 2003 B Freund e.a., 1999, Freund e.a., 1993 C Ogg e.a., 1997; D Walsh e.a., 2000; Mehler, 2001; Pritts & Susman, 2003; Rome e.a., 2003; Schoemaker & de Ruiters 2003; NICE-richtlijn, 2004</p> <p style="text-align: right;">>></p>
-----------------	---

Niveau 3	<p>Zeker in een vroeg stadium van een eetstoornis brengt het lichamelijk onderzoek geen afwijkingen aan het licht. Specifieke kenmerken voor anorexia nervosa, zoals droge huid, lanugobeharing, hypothermie en bradycardie, treden meestal pas op bij een lage BMI (lager dan 17 of zelfs 16). Specifieke kenmerken voor boulimia nervosa zijn gerelateerd aan het geforceerd braken: tandglazuurbeschadiging en wondjes of eeltvorming op de knokkels van de hand.</p> <p>C Hediger e.a., 2000 D Walsh e.a., 2000; Pritts & Susman, 2003; NICE-richtlijn, 2004</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Eetstoornissen komen in de huisartspraktijk relatief zelden voor. Patiënten melden zelf slechts zelden dat ze problemen met eten hebben. Vaker komen ze met aspecifieke klachten, zoals maagdarmlachten (buikpijn, misselijkheid, zuurbranden), menstruatieklaachten of klachten over niet fit zijn, lusteloosheid, depressieve stemming. Deze aspecifieke klachten komen echter veel voor: naar schatting 20-30% van de klachten die mensen bij de huisarts melden, behoren tot deze categorie en blijven vaak na anamnese en lichamenlijk onderzoek onverklaard. Bij alle mensen met dit soort klachten een eetstoornis overwegen en daar gericht naar vragen, is geen haalbare kaart in de huisartspraktijk. Wel haalbaar is om mensen die tot een van de risicogroepen behoren en die met aspecifieke klachten komen, een aantal vragen te stellen om een eetstoornis aannemelijk te maken dan wel uit te sluiten. Nogal eens maken mensen uit de omgeving van iemand met een eetstoornis zich zorgen en melden dat bij de huisarts. Dit is ook door het patiëntenperspectief aangedragen: ouders die terloops melden dat hun dochter de laatste tijd veel te fanatiek aan het lijnen is; iemand die de eetbuien van zijn vriendin verontrustend vindt, of een enkele keer trekt een leerkracht aan de bel. Vanuit het patiëntenperspectief zijn onder meer ook de volgende signalen aangedragen die mensen uit de omgeving kunnen melden: fanatiek sportgedrag, slechter presteren op school, faalangst, concentratieproblemen, kouwelijkheid, flauwvallen op school. In dat geval kan de huisarts bij een volgend consult alert zijn op de mogelijkheid van een eetstoornis. Ook kan de huisarts degene die zich zorgen maakt vragen om de persoon in kwestie aan te raden een afspraak te maken. Ouders kunnen gevraagd worden om samen met hun kind naar het spreekuur te komen. Ten slotte dient de huisarts bij iemand die met vragen over dieet of gewicht komt alert te zijn op het bestaan of de ontwikkeling van een eetstoornis. Belangrijk aandachtspunt voor de huisarts is dat een normaal lichaamsgewicht en het ontbreken van afwijkende bevindingen bij lichamenlijk onderzoek een eetstoornis niet uitsluiten. Omdat er de tendens is dat eetstoornissen op steeds jongere leeftijd optreden, dient de huisarts bij kinderen die afvallen of onvoldoende groeien de mogelijkheid van een eetstoornis te overwegen. Als de huisarts een eetstoornis overweegt, kan met een aantal gerichte vragen, zoals die in de twee genoemde korte screenende vragenlijsten staan, een eetstoornis uitsluiten dan wel aannemelijk maken. In het laatste geval is nadere diagnostiek noodzakelijk.

Een schoolarts of -verpleegkundige kan signalen over mogelijk eetgestoord gedrag van een kind/adolescent ontvangen van leerkrachten, ouders, medescholieren. Die signalen zouden moeten leiden tot nadere diagnostiek in overleg met de huisarts. Vanuit het patiëntenperspectief is extreem sporten aangedragen als signalering voor het mogelijk bestaan van een eetstoornis. Daarbij wordt de volgende omschrijving gehanteerd: dwangmatig sporten, steeds dezelfde toestellen gebruiken, rond etenstijd sporten, geen opbouw, maar direct resultaat nastreven, over grenzen gaan, geen contact met anderen tijdens het sporten, blessures negeren, prestatiedrang vertonen en suggesties van instructeurs in de wind slaan.

Als de huisarts eetproblematiek vermoedt kan hij de huisartskaart gebruiken die het Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland heeft ontwikkeld, om dit vermoeden te staven. (www.eetstoornis.info) De werkgroep vindt het wenselijk dat de huisarts de DSM IV criteria hanteert bij het stellen van de diagnose eetstoornis, maar realiseert zich dat huisartsen in de praktijk met een ander classificatiesysteem werken, de ICP.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat huisartsen bij patiënten uit een risicogroep die op het spreekuur komen met psychische klachten, maagdarmklachten, en/of menstruatieklachten, oriënterende vragen over eetproblematiek dient te stellen. Dit geldt ook jonge vrouwen onder de 25 jaar die met een combinatie van deze klachten komen. Voor deze 'casefinding' kan de huisarts gebruik maken van de huisartskaart van het kenniscentrum eetstoornissen Nederland, SCOFF of ESP.

De werkgroep is van mening dat een op eetstoornissen gerichte anamnese de volgende elementen dient te bevatten:

- eetpatroon en braken
- lichaamsbeeld van de patiënt zelf
- minimum- en maximumgewicht in de laatste jaren
- andere klachten, in het bijzonder betreffende de menstruatie
- gebruik van medicijnen, laxeermiddelen, diuretica, slankpillen
- gebruik van alcohol en/of drugs
- lichaamsbeweging/sporten

De werkgroep is van mening dat lichamelijk onderzoek, hoewel niet bruikbaar om de diagnose eetstoornis te stellen, gewenst is om een andere oorzaak van ondervoeding uit te sluiten. Tevens kan de mate van ondervoeding vastgesteld worden en kunnen complicaties herkend worden.

Lengte, gewicht, bloeddruk en pols dienen gemeten te worden, daarnaast dient de huisarts te letten op huidafwijkingen (droge huid, lanugobeharing), Russells sign, erosie van tandglazuur, opgezette parotiden, perifeer oedeem.

De werkgroep is van mening dat een eetstoornis in de differentiële diagnose zou moeten staan bij kinderen bij wie sprake is van onverklaard afbuigen van de groeicurve.

Literatuur

- Cotton, M., Ball, C., & Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders. *Journal of General Internal Medicine, 18*, 53-56.
- Freund, K.M., Boss, R.D., Handleman, E.K., e.a. (1999). Secret Patterns: Validation of a screening tool to detect bulimia. *Journal of Womens Health and Gender-based Medicine, 10*, 1281-1284.
- Freund, K.M., Graham, S.M., Lesky, L.G., e.a. (1993). Detection of bulimia in a primary care setting. *Journal of General Internal Medicine, 8*, 236-242.
- Hediger, C., Rost, B., & Itin, P. (2000). Cutaneous manifestations in anorexia nervosa. *Schweizerische medizinische Wochenschrift, 130*, 565-575.
- Luck, A.J., Morgan, J.F., Reid, F., e.a. (2002). The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *British Medical Journal, 325*, 755-756.
- Mehler, P.S. (2001). Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Annals of Internal Medicine, 134*, 1048-1059.
- Morgan, J.F., Reid, F., & Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal, 319*, 1467-1468.
- NICE-richtlijn (2004)
- Ogg, E., Millar, H., Pustai, E., e.a. (1997). General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 89-93.
- Pritts, S.D., & Susman, J. (2003). Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care. *American Family Physician, 67*, 297-304; 311-312.
- Rome, E.S., Ammerman, S., Rosen, D.S., e.a. (2003). Children and Adolescent with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics, 111*, e98-e108.
- Schoemaker C., & Ruiter C. de (Red.). (2003) Nationale Monitor Geestelijke gezondheid, Jaarboek 2003. Trimbos instituut Utrecht
- Vandereycken, W., & G. Noordenbos, G. (Red.). (2002). Handboek Eetstoornissen. Utrecht: de Tijdstroom.
- Walsh, J.M., Wheat, M.E., & Freund, K. (2000). Detection, evaluation and treatment in Eating Disorders: The role of the Primary Care Physician. *Journal of General Internal Medicine, 15*, 577-590.

4.1.3 Aanvullend onderzoek (stap 2)

De diagnose eetstoornis wordt primair gesteld op grond van de anamnese. Er is geen eenduidig pathofysiologisch mechanisme dat het ontstaan van een eetstoornis verklaart. De lichamelijke afwijkingen die gevonden worden, zijn het gevolg van de eetstoornis. Voor alle afwijkingen die als gevolg van een eetstoornis optreden, geldt dat ze ook bij andere ziekten kunnen optreden. Er is dus geen pathognomonische test voor een eetstoornis.

Afwijkende bevindingen bij lichamelijk onderzoek kunnen de diagnose ondersteunen, maar zijn niet obligaat aanwezig. Datzelfde geldt voor aanvullend laboratoriumonderzoek (NICE-richtlijn, 2004). Aanvullend onderzoek in de vorm van bloed- en urineonderzoek en een ECG dient primair om de ernst van de lichamelijke afwijkingen die het gevolg van de eetstoornis zijn, te bepalen. Daarnaast kan aanvullend onderzoek nodig zijn om een andere ziekte die verantwoordelijk kan zijn voor het klachtenpatroon, uit te sluiten dan wel aan te tonen.

Om te bepalen welk aanvullend onderzoek vanuit de eerste lijn aangevraagd moet worden om de diagnose eetstoornissen te stellen is een literatuuronderzoek uitgevoerd met behulp van Pubmed. Er is gezocht naar artikelen die verschenen zijn vanaf 1966 tot januari 2004 en waarin verslag wordt gedaan van onderzoek naar aanvullende diagnostiek van eetstoornissen in de eerste lijn. Er is in het bijzonder gezocht naar artikelen waarin de waarde van laboratoriumonderzoek bij eetstoornissen is nagegaan.

De volgende zoektermen zijn gebruikt: 'eating disorder', 'anorexia', 'b(o)ulimia', 'binge eating' gecombineerd met 'diagnosis', 'predictive value', 'sensitivity', 'specificity', en met 'laboratory findings', 'laboratory investigations' en 'blood/urin analysis'. Daarbij zijn steeds andere filters toegepast: 'clinical trial', 'guideline', 'review', 'meta-analysis'. Van de gevonden artikelen – in het Engels, Duits, Frans of Nederlands geschreven – zijn de samenvattingen beoordeeld. Alleen reviews en artikelen die verslag deden van een onderzoek, zijn gelezen. Ook zijn relevante referenties bij de gevonden artikelen nagetrokken.

Wetenschappelijk bewijs

De gevonden artikelen zijn niet-systematische reviews, richtlijnen en een aantal artikelen waarin het nut van bloed- en urineonderzoek bij patiënten met anorexia nervosa of boulimia nervosa wordt beschreven. De meeste auteurs geven aan dat laboratoriumafwijkingen pas laat in het ziekteverloop optreden. (Mehler, 2001; Pritts & Susman, 2003) Ook in de richtlijn van het National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004) wordt gesteld dat aanvullend onderzoek niet zinvol is om de diagnose eetstoornis aan te tonen dan wel uit te sluiten.

Drie redenen worden genoemd om aanvullend onderzoek te doen:

- andere medische oorzaken uitsluiten, als daar verdenking op bestaat;
- de ernst van de eetstoornis en de mate van katabolie vaststellen;
- complicaties opsporen (APA-richtlijn, 2000).

In de differentiële diagnose moet gedacht worden aan: hyperthyreoïdie, een maligniteit, ziekte van Crohn, immunodeficiëntie, malabsorptie, chronische infecties, ziekte van Addison en diabetes mellitus (APA-richtlijn, 2000; Pritts & Susman, 2003). Tevens zijn complicaties van een eetstoornis te bepalen met aanvullend laboratoriumonderzoek: dehydratie, hypoglykemie, anemie, leukopenie, trombocytopenie, verhoogde leverenzymen, hypokaliëmie, hyponatriëmie, hypofosfatemie, hypomagnesiëmie (APA-richtlijn, 2000; Pritts & Susman, 2003).

Bij bradycardie en/of aspecifieke pijn op de borst, maar ook bij purgeren, dient een ECG gemaakt te worden. Een ECG geeft informatie over de bradycardie, aritmieën, QT-tijdverlenging, QTc-tijdverlenging, laag voltage, angina pectoris (APA-richtlijn, 2000; Birmingham e.a., 1999; Pritts & Susman, 2003).

Conclusie

Niveau 4	<p>Aanvullend onderzoek heeft geen toegevoegde waarde voor het stellen van de diagnose eetstoornis. Aanvullend onderzoek dient gedaan te worden als bij anamnese en lichamelijk onderzoek verdenking is ontstaan van een andere verklaring voor de klachten.</p> <p>Aanvullend onderzoek (laboratoriumonderzoek en ECG) kan informatie geven over de mate van katabolie en andere complicaties van een eetstoornis.</p> <p>C Birmingham e.a., 1999 D APA-richtlijn, 2000; Mehler, 2001; NICE-richtlijn, 2004; Pritts & Susman, 2003</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Als de huisarts een onderliggende ziekte vermoedt, dient hij zich te laten leiden door gegevens uit anamnese en de bevindingen bij lichamelijk onderzoek bij het bepalen of, en zo ja, welk aanvullend onderzoek hij laat verrichten. Omdat klachten ten gevolge van metabole complicaties van een eetstoornis afwezig kunnen zijn of niet gemeld kunnen worden, dient aanvullend laboratoriumonderzoek minstens één keer plaats te vinden bij patiënten met een eetstoornis. Eenmaal vastgestelde biochemische afwijkingen dient men te vervolgen om verbetering of verslechtering te kunnen vaststellen. Ook bij toenemend gewichtsverlies dient opnieuw laboratoriumonderzoek plaats te vinden om metabole complicaties op te sporen. Bij patiënten bij wie er sprake is van ondervoeding en/of purgeren dient een ECG gemaakt te worden om een QT-tijdverlenging en tekenen van hypokaliëmie op te sporen. Bij een aangetoonde QT-tijdverlenging moeten QT-tijdverlengende medicijnen en zeker combinaties daarvan vermeden worden (voor verdere informatie hierover wordt verwezen naar de paragraaf 4.3 over diagnostiek van specifieke klachten). Vanuit het patiëntenperspectief wordt nadrukkelijk gepleit voor een aanvullend (laboratorium)onderzoek door de huisarts. De huisarts dient echter met de patiënt te bespreken dat er wel degelijk sprake is van een ernstig probleem, ook al worden er (nog) geen afwijkingen gevonden bij het aanvullende onderzoek.

In tabel 4.1 staat aangegeven welke aanvullend laboratoriumonderzoek minimaal één keer dient plaats te vinden bij patiënten met een eetstoornis.

Tabel 4.1 Aanbevolen laboratoriumonderzoek in de eerste lijn bij patiënten met een eetstoornis

<i>Bepaling</i>	<i>Ratio</i>
leukocyten, Hb	lichte leukopenie en anemie bij ondervoeding
Na, K, bicarbonaat, Cl	gestoord bij purgeren
ureum, creatinine	kunnen verhoogd zijn bij ondervoeding en/of dehydratie
ASAT, ALAT	kunnen stijgen tot 2x de normaalwaarde bij ondervoeding
albumine	maat voor voedingstoestand
glucose	hypoglykemieën

Aanbeveling

De huisarts dient bij verdenking op een mogelijk andere oorzaak voor de klachten aanvullende diagnostiek te verrichten.

De huisarts dient minimaal één keer laboratoriumonderzoek te laten doen bij een patiënt met een eetstoornis, die niet verwezen is.
De huisarts dient bij niet verwezen patiënten met een eetstoornis bij wie sprake is van ondervoeding en/of purgeren een ECG te laten maken om een QT-tijdverlenging en/of tekenen van hypokaliëmie op te sporen.

Literatuur

APA-richtlijn (2000).

Birmingham, C.L., Stigant, C., & Goldner, E.M. (1999). Chest pain in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 219-225.

Mehler, P.S. (2001). Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Annals of Internal Medicine*, 134, 1048-1059.

NICE-richtlijn (2004)

Pritts, S.D., & Susman, J. Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care. *American Family Physician*, 67, 297-304; 311-312.

4.1.4 Het stellen van de diagnose (stap3)

De diagnose eetstoornissen wordt bij voorkeur gesteld op basis van de DSM-IV criteria.

Deze criteria zijn meer uitgewerkt dan de criteria van de ICPC-2 voor P86, anorexia nervosa/boulimie. De ICPC-2 criteriavoor anorexie en boulimia zijn.

Anorexia nervosa: opzettelijk gewichtsverlies dat door de patiënt wordt geïnduceerd en in stand gehouden, geassocieerd met een intense overmatige afkeer van dik en kwabbig zijn.

Boulimie: herhaalde vreetbuien en een overmatige preoccupatie met lichaamsgewicht, zodat een patroon ontstaat van te veel eten gevolgd door door de patiënt zelf opgewekt braken of gebruik van laxantia.

4.1.5 Verwijzing (stap 4)

Bij twijfel over de diagnose eetstoornis dient de huisarts bij voorkeur te verwijzen naar een gespecialiseerde instantie, waar zowel somatische als psychiatrische expertise is.

4.2 Specialistische diagnostiek

4.2.1 Diagnostische instrumenten

In de hierna volgende paragraaf worden veel gebruikte meetinstrumenten kort beschreven.

EATING DISORDER EXAMINATION (EDE)

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Verstoorde lichaamsbeleving' (4.2.2) van deze richtlijn.

EATING DISORDER EVALUATION SCALE (EDES)

De EDES (Vandereycken, 1993) is een zelfrapportagevragenlijst die ook goed gebruikt kan worden als gestructureerd interview. Met de EDES kunnen zowel de specifieke symptomen als de bredere psychosociale aspecten van eetstoornissen vastgesteld worden. De lijst heeft een goede betrouwbaarheid.

LONGITUDINAL INTERVIEW FOLLOW-UP EXAMINATION (LIFE)

Dit interview, oorspronkelijk ontwikkeld voor het volgen van het beloop van psychiatrische stoornissen, is voor het gebruik bij patiënten met een eetstoornis bewerkt door Kraëmer (1995) en in het Nederlands vertaald door Bloks & Gans (1996). Dit gestructureerde interview is gebaseerd op de DSM-IV-criteria voor eetstoornissen en geeft een score aan de ernst van zowel anorectische symptomen als boulimische symptomen. Daarnaast wordt gepoogd de aantasting van het psychosociale functioneren als gevolg van de eetstoornis in te schatten. Het instrument is bij uitstek geschikt om het beloop van de eetstoornis in de tijd weer te geven.

EATING DISORDER INVENTORY (EDI)

De EDI (Garner e.a., 1983; Nederlandse bewerking met eigen normgegevens: Van Strien, 2002) is een internationaal veel gebruikte vragenlijst, waarmee psychologische kenmerken en gedragskenmerken gemeten worden waarvan men aanneemt dat ze samenhangen met anorexia nervosa en/of boulimia nervosa.

LICHAAMSATTITUDEVRAGENLIJST (LAV)

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Verstoorde lichaamsbeleving' (4.2.2) van deze richtlijn. De Engelstalige versie van de LAV heet de Body Attitude Test (BAT).

NEDERLANDSE VRAGENLIJST VOOR EETGEDRAG (NVE)

Speciaal voor het vaststellen van eetgedrag bij obese mensen is er in Nederland een vragenlijst ontwikkeld door Van Strien e.a. (1986). De NVE heeft een goede betrouwbaarheid, met uitzondering van de schaal 'extern eten' die een matige tot goede betrouwbaarheid heeft. Van de hier vermelde instrumenten is de NVE het enige instrument dat is beoordeeld door de COTAN (Commissie TestAangelegenheden Nederland van het NIP; Evers e.a., 2000): de uitgangspunten bij de testconstructie, de kwaliteit van het testmateriaal en de kwaliteit van de handleiding zijn als goed beoordeeld; de normen, de betrouwbaarheid en de begripsvaliditeit zijn als voldoende beoordeeld; de begripsvaliditeit is als onvoldoende beoordeeld.

ANORECTIC BEHAVIOR OBSERVATION SCALE (ABOS)

De ABOS (Vandereycken, 1992) is een vragenlijst waarmee informatie kan worden verkregen van ouders of partner over specifieke gedragingen en attitudes van hun kinderen of partner met betrekking tot anorexia nervosa en boulimia nervosa. Deze tamelijk eenvoudige vragenlijst kan gebruikt worden als screeningsinstrument.

SICK, CONTROL, ONE STONE, FAT, FOOD (SCOFF)

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Diagnostiek in de eerste lijn' (4.1.1) van deze richtlijn.

EATING DISORDER SCREEN FOR PRIMARY CARE (ESP)

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Diagnostiek in de eerste lijn' (4.1.1) van deze richtlijn.

BODY DISMORPHIC DISORDER EXAMINATION (BDDE)

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Verstoorde lichaamsbeleving' (4.2.2) van deze richtlijn.

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Verstoorde lichaamsbeleving' (4.2.2) van deze richtlijn.

BODY ATTITUDE QUESTIONNAIRE (BAQ)

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Verstoorde lichaamsbeleving' (4.2.2) van deze richtlijn.

BODY CATHEXIS SCALE (BCS)

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Verstoorde lichaamsbeleving' (4.2.2) van deze richtlijn.

LICHAAMSATTITUDESCHAAL (LAS)

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Verstoorde lichaamsbeleving' (4.2.2) van deze richtlijn.

FOPAS

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Verstoorde lichaamsbeleving' (4.2.2) van deze richtlijn.

ZORGEN-OM-VERANDERINGSCHAAL

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Verhogen motivatie' (9.2) van deze richtlijn.

SCHAAL VOOR FASEN VAN VERANDERING (SFV)

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Verhogen motivatie' (9.2) van deze richtlijn.

READINESS AND MOTIVATION INTERVIEW FOR EATING DISORDERS (RMI-INTERVIEW)

Dit instrument wordt besproken in de paragraaf 'Verhogen motivatie' (9.2) van deze richtlijn.

4.2.2 Verstoorde lichaamsbeleving

In deze paragraaf wordt beschreven welke methoden effectief kunnen zijn bij het diagnosticeren van een verstoorde lichaamsbeleving. Met ander woorden: wanneer wordt er van een verstoorde lichaamsbeleving gesproken bij een patiënt met een eetstoornis en hoe wordt de ernst van de verstoorde lichaamsbeleving bepaald en/of gemeten? Rosen (1990) onderscheidt drie symptomen die een rol spelen bij een verstoorde lichaamsbeleving bij eetstoornissen, waarbij de intensiteit per eetstoornis zal verschillen.

Het eerste en meest beschreven symptoom behelst een vervormde perceptie van de lichaamsomvang (body-size distortion). Voorbeelden hiervan zijn: inschatting van het eigen lichaam als normaal of te dik, terwijl er duidelijk sprake is van ernstig ondergewicht; overtuiging dat bepaalde lichaamsdelen abnormaal dik of groot zijn.

Als tweede symptoom noemt Rosen de negatieve lichaamsbeleving (body dissatisfaction). Het gaat dan om stoornissen in attitude. Voorbeelden hiervan zijn: walging voelen over het eigen lichaam; het eigen lichaam als een vreemd, passief en gevoelloos dood object ervaren; ontevredenheid over bepaalde lichaamsdelen (met name heupen, buik, dijen, billen, bovenbenen).

Het derde symptoom dat wordt onderscheiden is een stoornis in gedrag. Het gaat dan over vermijdingsgedrag (bv. vermijden zichzelf te zien in spiegels, op foto's of video; vermijden van zwembad of strand; verbergen van het lichaam onder wijde kleding) of juist obsessief gedrag (bv. bodychecking; rituelen m.b.t. kleding, sporten; voortdurend vergelijken met anderen). Sommige patiënten met anorexia nervosa zijn juist trots op hun lichaam en ervaren geen walging. Zij zien zichzelf niet als te dik, maar willen wel extreme controle over hun lichaam houden, waarbij rituelen een belangrijke rol kunnen spelen. Voorbeelden van zulke rituelen zijn: steeds opnieuw controleren van polsen door de vingers er omheen te doen, herhaaldelijk in de spiegel kijken of de bovenbenen niet tegen elkaar komen, voortdurend passen van dezelfde broek om te voelen of er geen gewichtstoename is. Ook compensatoir gedrag (bv. hyperactiviteit of bepaald sociaal gedrag) valt onder het derde symptoom: gestoord gedrag.

Probst (2002) beschrijft verschillende methoden en technieken om de mate van verstoring van de lichaamsbeleving te onderzoeken, te weten:

- interviews
- projectieve methoden
- vragenlijsten
- perceptuele methoden

Interviews kunnen gestructureerd of ongestructureerd zijn. Voorbeelden van gestructureerde interviews zijn de EDE (Eating Disorder Examination) en de BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination).

Projectieve technieken worden voor onderzoek van de verstoorde lichaamsbeleving bij eetstoornissen weinig tot niet gebruikt.

Het meest gebruikt zijn vragenlijsten. De meest bekende in Nederland is de lichaamsattitudevragenlijst (LAV) waarvan de Engelstalige versie de Body Attitude Test (BAT) heet.

Bij perceptuele methoden wordt onderscheid gemaakt tussen lineaire en configuratieve methoden. Bij een lineaire techniek gaat het om het schatten van de omvang of grootte van bepaalde lichaamsdelen zonder een beeld van zichzelf te zien. Bij configuratieve technieken krijgt de patiënt een afbeelding van het hele lichaam gepresenteerd waarop een opdracht moet worden uitgevoerd. Voorbeelden van configuratieve technieken zijn de silhouettentesten en de vervormingstechnieken.

Hieronder volgt een wetenschappelijke onderbouwing van het gebruik van interviews, vragenlijsten en perceptuele technieken. Omdat projectieve technieken niet of nauwelijks worden gebruikt voor het diagnosticeren van de verstoorde lichaamsbeleving, worden deze technieken verder buiten beschouwing gelaten.

4.2.2.1 Interviews

Wetenschappelijk bewijs

EATING DISORDER EXAMINATION (EDE)

De EDE is een semi-gestructureerd interview. De Nederlandse vertaling van de EDE is gemaakt door Jansen (2000). De EDE richt zich op algemene eetstoornissensymptomatologie en niet specifiek op de verstoorde lichaamsbeleving. Twee subschalen van de vier gaan echter over cognities ten aanzien van het eigen lichaam. Dat zijn: subschaal 3 (piekeren over lichaamsvorm), deze geeft een weergave van de mate van bezorgdheid over uiterlijk en lichaamsvormen; en subschaal 4 (piekeren over gewicht), deze geeft een indruk van de zorgen rond het lichaamsgewicht. Buitenlandse normgegevens van de EDE zijn beschreven door Fairburn & Cooper (1993).

Conclusie

Niveau 3	De EDE richt zich op algemene eetstoornissensymptomatologie en niet specifiek op de verstoorde lichaamsbeleving.
	C Fairburn & Cooper (1993)

BODY DYSMORPHIC DISORDER EXAMINATION (BDDE)

De BDDE is een semi-gestructureerd interview. Het onderzoekt specifiek de verstoorde lichaamsbeleving. De BDDE is oorspronkelijk ontworpen voor patiënten met body dysmorphic disorder. Uit onderzoek (Rosen e.a., 1995) blijkt echter dat dit interview ook goed te gebruiken is om de mate van verstoring van de lichaamsbeleving van patiënten met eetstoornissen te meten. Bovendien bepleit Rosen nog een aantal andere voordelen van de BDDE vergeleken met andere meetinstrumenten als de EDE en de BSQ (Body Shape Questionnaire):

- Als aanvulling op het symptoom 'ontevredenheid met het lichaam', meet de BDDE ook het verband tussen overgewaardeerde ideeën over belang van het uiterlijk en zelfwaardering;
- De BDDE meet ook de mate van stoornis in gedrag zoals bodychecking en vermijdingsgedrag;
- De BDDE veronderstelt niet een bepaald type lichaamsdelen, waarop de negatieve preoccupatie zich richt, maar laat de respondent zelf aangeven welke delen van het uiterlijk negatief beleefd worden;
- De BDDE is niet alleen geschikt voor vrouwen, maar ook voor mannen met eetstoornissen;
- De BDDE-waarden zijn bruikbaar als doelen voor therapie die gericht is op lichaamsbeleving, zoals psychomotorische therapie.

Conclusie

Niveau 3	De BDDE blijkt een betrouwbaar en valide instrument om symptomen van een verstoorde lichaamsbeleving te meten B Rosen e.a., 1995
Niveau 3	De BDDE meet niet alleen bezorgdheid over lichaamsomvang en gewicht, maar ook andere aspecten van het uiterlijk die een rol kunnen spelen bij een negatieve lichaamsbeleving. Bovendien wordt gestoord gedrag (vermijding en obsessief gedrag) met betrekking tot de lichaamsbeleving gemeten. Verder verschaft de BDDE bruikbare doelen voor therapie die gericht is op de lichaamsbeleving. B Rosen e.a., 1995

Overige overwegingen

De EDE is een in het Nederlands vertaalde vragenlijst. De EDE meet niet specifiek de verstoorde lichaamsbeleving. Er zijn weliswaar twee subschalen die gaan over bezorgdheid over uiterlijk, lichaamsvormen en gewicht. Maar dit is echter maar één symptoom van een verstoorde lichaamsbeleving. Bovendien is de gehele afname tijdrovend. Het interview duurt ongeveer anderhalf uur en vereist, zeker voor onderzoekersdoeleinden, enige training. Nederlandse normgegevens zijn nog maar beperkt beschikbaar (Bloks & Spaans, 2002).

De BDDE meet juist wel alleen de verstoorde lichaamsbeleving, maar is niet specifiek ontwikkeld voor patiënten met eetstoornissen. Tevens is van dit interview geen Nederlandse vertaling beschikbaar.

4.2.2.2 Vragenlijsten

Wetenschappelijk bewijs

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

De BSQ is ontwikkeld door Cooper e.a. (1987). De oorspronkelijke versie bestaat uit 34 items. De vragenlijst is speciaal gemaakt voor vrouwen met eetstoornissen en meet bezorgdheid over lichaamsvormen en in het bijzonder de ervaring van het 'zich dik voelen'. De oorspronkelijke versie van de BSQ discrimineert in sterke mate tussen patiënten met boulimia nervosa en vrouwen zonder eetstoornissen.

De BSQ heeft een goede convergente validiteit met andere meetinstrumenten (Eating Attitudes Test (EAT) en de subschaal ontevredenheid lichaam van de EDI).

Inmiddels zijn er ook verkorte versies van de BSQ ontwikkeld. Voordelen van deze verkorte versies zijn de tijdsbesparing en de mogelijkheid tot herhaalde metingen met verschillende versies, waardoor kans op herinnering van eerder gegeven antwoorden uitgesloten wordt. Bij splitsing in verkorte BSQ-versies van 16 of 8 items blijft interne

consistentie hoog (Evans & Dolan, 1993). Bij patiënten met een psychogeen laag gewicht en een voorgeschiedenis van anorexia nervosa blijkt de verkorte BSQ-versie van 14 items een betrouwbaar en valide meetinstrument (Dowson & Henderson, 2001). Er bestaat geen gevalideerde Nederlandse versie van de BSQ.

Conclusie

Niveau 3	De oorspronkelijke versie van de BSQ met 34 items discrimineert in sterke mate tussen patiënten met boulimia nervosa en vrouwen zonder eetstoornissen. De BSQ heeft een goede convergente validiteit met andere meetinstrumenten (Eating Attitudes Test (EAT) en de subschaal ontevredenheid lichaam van de EDI) B Cooper e.a., 1987
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de verkorte BSQ-versie van 14 items valide en betrouwbaar is. B Dowson & Henderson, 2001
Niveau 3	Bij splitsing in verkorte BSQ-versies van 16 of 8 items blijft interne consistentie hoog. C Evans & Dolan, 1993

LICHAAMSATTITUDEVRAGENLIJST (LAV)

De LAV of Body Attitude Test (BAT) is ontwikkeld door Probst e.a. (1992, 1995, 1997b, 1998a). De LAV bestaat uit twintig items en meet de subjectieve beleving en de houding van de respondent ten opzichte van het eigen lichaam. Op basis van factoranalyse zijn vier factoren te onderscheiden die eruit springen en als subschalen gebruikt kunnen worden. Deze vier subschalen zijn:

LAV1: negatieve waardering lichaamsomvang;

LAV2: gebrek aan vertrouwdheid met het eigen lichaam;

LAV3: algemene ontevredenheid met het lichaam (waarbij het gaat om vergelijking van het eigen lichaam met anderen);

LAV4: de restfactor.

De items worden gescoord op een zespuntsschaal. De maximale score is 100 en hoe hoger de score, hoe verstoorder de lichaamsbeleving. Het afkappunt waar de grens ligt tussen patiënten met eetstoornis en vrouwen zonder eetstoornis is 36 (Probst e.a., 1998a). De vragenlijst is alleen voor vrouwen, vanaf de leeftijd van 12 jaar.

Conclusie

Niveau 1	Het is aangetoond dat de LAV voldoende differentieert in zowel de totaalscore als in de subscores tussen vrouwelijke patiënten met eetstoornissen en vrouwen zonder eetstoornis. De vragenlijst is betrouwbaar en valide en tevens gemakkelijk en in korte tijd in te vullen. A2 Probst e.a., 1995, 1998a
-----------------	--

BODY ATTITUDE QUESTIONNAIRE (BAQ)

Deze vragenlijst is ontwikkeld door Ben Tovim & Walker (1991). De BAQ bestaat uit 44 items met 6 subschalen. Deze 6 subschalen omvatten een brede waaier van attitu-

des die vrouwen tegenover hun lichaam ervaren, zowel attitudes ten aanzien van uiterlijkheid als attitudes ten aanzien van interne functies. De zes subschalen zijn: gevoelens over algehele dikheid; walging over het lichaam; kracht en fitheid; focus op gewicht en lichaamsvormen; gevoelens over aantrekkelijkheid; en bewustzijn van 'laag lichaamsvet'. Discriminerende validiteit: op alle subschalen significante verschillen tussen eetstoornispatiënten (AN) en controlegroep. Door de verschillende subschalen meet de BAQ een breed scala van attitudes ten aanzien van zowel uiterlijke als innerlijke lichaamsbeleving. De BAQ heeft een goede convergente validiteit met andere meetinstrumenten (zoals de subschaal 'ontevredenheid lichaam' van de EDI, de BSQ en de Body Esteem Scale (= afleiding en verfijning van Body Cathexis Scale))

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de BAQ een goede convergente validiteit heeft met andere meetinstrumenten. B Ben Tovim & Walker 1991
Niveau 3	Discriminerende validiteit: op alle subschalen significante verschillen tussen eetstoornispatiënten (AN) en controlegroep. Door de verschillende subschalen meet de BAQ een breed scala van attitudes ten aanzien van zowel uiterlijke als innerlijke lichaamsbeleving. B Ben Tovim & Walker 1991

BODY CATHEXIS SCALE (BCS)

Hoewel de BCS niet specifiek is ontwikkeld voor patiënten met eetstoornissen, meet deze vragenlijst de mate van ontevredenheid met het eigen lichaam (hoe lager de gemiddelde score, hoe groter de ontevredenheid met het eigen lichaam). Ook over eventueel niet voor de hand liggende lichaamsdelen of lichaamskenmerken (bv. lengte) geeft deze lijst informatie. De lijst is gemakkelijk en snel in te vullen. Baardman & de Jong (1984) hebben een Nederlandse versie van de BCS gemaakt. Er zijn twee versies van deze lijst in omloop, een 5-puntenschaal die uit 46 items bestaat en een recentere 7-puntenschaal die uit 32 items bestaat. Baardman en De Jong geven aan dat de 7-puntenschaal de voorkeur geniet, omdat deze lijst korter is en een 7-puntencontinuüm minder kans geeft op responseset en zo een gedifferentieerder beeld oplevert. De 32 items bestaan uit 21 items over lichaamsdelen, 8 items over lichaamskenmerken en 3 niet te classificeren items die ook van belang zijn voor de lichaamswaardering (ademhaling, energieniveau en gezondheid). Er bleek een duidelijke samenhang tussen lichaamswaardering, sociale angst en zelfwaardering.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de Nederlandse bewerking van de BCS stabiel en valide is. B Baardman & De Jong (1984)
-----------------	---

LICHAAMSATTITUDE-SCHAAL (LAS)

Ook de LAS (Baardman, 1989b) is niet specifiek ontwikkeld voor patiënten met eetstoornissen. Net als de BDDE is deze lijst ontworpen voor patiënten met body dysmorphic disorder. Baardman (1989a) spreekt in dit kader van 'ingebeelde lelijkheid'. De vragenlijst bestaat uit 45 items. Hoe lager de score, hoe positiever de lichaamsattitude. De meerwaarde van de LAS ligt in het gegeven dat er een onderverdeling is gemaakt in 3 subschalen:

1. Lichaamswaardering (individuele waardering van het lichaam)
2. Lichaamsprojectie (projectie van de lichaamswaardering)
3. Lichaamsattributie (sociale consequenties van de lichaamswaardering)

Er is niet specifiek onderzocht of deze lijst ook goed te gebruiken is om de mate van verstoring van de lichaamsbeleving van patiënten met eetstoornissen te meten. De LAS blijkt een valide instrument. De stabiliteit van de drie subschalen is voldoende.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de LAS een valide instrument is voor body dysmorphic disorder. B Baardman (1989a)
-----------------	---

FOPAS

De FOPAS ten slotte is een vragenlijst die de invloed meet van verbale en non-verbale feedback betreffende het fysieke uiterlijk op de mate waarin iemand het eigen lichaam negatief beleeft (Tantleff-Dunn e.a., 1995). Deze lijst meet dus niet de verstoorde lichaamsbeleving op zich, maar onderzoekt of negatieve feedback ten aanzien van het uiterlijk een rol speelt in het ontwikkelen en onderhouden van een verstoorde lichaamsbeleving bij patiënten met eetstoornissen. Klinische bruikbaarheid van FOPAS is nog niet onderzocht.

Conclusie

Niveau 4	Klinische bruikbaarheid van FOPAS nog niet onderzocht. C Tantleff-Dunn ea 1995
-----------------	---

Overige overwegingen

Naast bovenstaande vragenlijsten worden er nog een aantal vragenlijsten in de literatuur genoemd die net als de EDE niet specifiek ontwikkeld zijn voor het meten van de verstoorde lichaamsbeleving. Dit zijn bijvoorbeeld de EDI (Eating Disorder Inventory) en de ABOS (Anorectic Behaviour Observation Scale).

De EDI (Garner, 1991) is bestemd voor het opsporen van veelvoorkomende psychologische kenmerken van anorexia nervosa en boulimia nervosa. De EDI-2 bestaat uit 11 subschalen, waarvan de subschalen 1 (wens om slank te zijn) en 3 (ontevredenheid met het lichaam) een indicatie geven over de mate van de verstoring van de lichaamsbeleving. Van Strien (2002) heeft deze lijst bewerkt tot een Nederlandstalige versie.

De ABOS is ook niet specifiek gericht op het meten van een verstoorde lichaamsbeleving. Een van de drie subschalen meet echter de mate van hyperactiviteit (Vandereycken, 1992). Hyperactiviteit is een vorm van compensatoir gedrag, het derde symptoom van een verstoorde lichaamsbeleving (Rosen, 1990). Er bestaat geen Nederlandstalige versie van de ABOS.

In de praktijk wordt vooral de LAV gebruikt, omdat deze vragenlijst betrouwbaar en valide is. De vragenlijst bestaat uit vragen over lichaamsbeleving. Met deze vragen wordt inzicht verkregen in de subjectieve beleving en de houding van de patiënt ten opzichte van het eigen lichaam. Veel psychomotorische therapeuten gebruiken echter de BCS als aanvulling op de LAV, omdat de BCS inzicht verschaft in de waardering van specifieke lichaamsdelen. De BCS vormt zo een waardevolle aanvulling op de LAV en de beide scores geven samen een indicatie voor het behandeltraject.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt het gebruik van de Lichaamsattitudevragenlijst (LAV) aan om de mate van de verstoorde lichaamsbeleving te diagnosticeren en om de voortgang van de behandeling te evalueren.

De werkgroep is van mening dat naast het gebruik van de LAV de bewerkte Nederlandse versie van de Body Cathexis Scale (BCS) (7-puntenschaal) gebruikt kan worden.

4.2.2.3 Perceptuele methoden

Wetenschappelijk bewijs

Bij perceptuele methoden wordt een onderscheid gemaakt in lineaire en configuratieve technieken.

Bij lineaire technieken wordt de geschatte afmeting en de ideale afmeting (optatieve respons) vergeleken met de reële afmeting. Dit kan respectievelijk een over- of onderschatting opleveren. Voorbeelden hiervan zijn de *Visual size estimation apparatus*, lichaamstekeningen en de omtrek van een bepaald lichaamsdeel m.b.v. een koord neerleggen op de grond ('touwoefening'; Rekkers & Schoemaker, 2002). Bij deze technieken gaat het om het schatten van de breedte of omvang van een bepaald lichaamsdeel, zonder een beeld van zichzelf te zien (Probst, 2002).

Bij configuratieve technieken krijgt de proefpersoon een afbeelding te zien van het eigen lichaam – al dan niet versmald of verbreed, waarmee dan een opdracht uitgevoerd moet worden (Probst, 2002). Er wordt onderscheid gemaakt tussen de silhouetten- en de vervormingstechnieken. Bij beide technieken wordt vooral gebruikgemaakt van foto's, video- en computerbeelden. Een voorbeeld van een silhouettenteknik is de door Pope e.a. (2000) ontwikkelde Computerized Body Image Test, die gebruikt wordt bij mannen met een verstoord lichaamsbeeld onder invloed van het zogenaamde Adonis-complex.

Met betrekking tot de perceptuele methoden is er hoofdzakelijk onderzoek verricht naar de videovervormingsmethode (Probst e.a., 1997c; Probst e.a., 1998b; Probst e.a., 1998c). De videovervormingsmethode is een methode die zich richt op zowel de perceptuele aspecten als de meer subjectieve aspecten van de lichaamsbeleving. Zowel cognitieve, optatieve, als affectieve reacties worden geregistreerd op een groot beeldscherm en vergeleken met het reële beeld. Bij de cognitieve respons worden voornamelijk perceptuele aspecten aangesproken.

Hoewel de videovervormingsmethode in eerste instantie ontworpen is om de mate van een eventuele stoornis in de perceptie te meten, blijkt uit onderzoek (Probst e.a., 1997c; Probst e.a., 1998b; Probst e.a., 1998c) met deze methode dat er geen significante verschillen zijn in het schatten van de lichaamsbreedte tussen patiënten met eetstoornissen en normale proefpersonen. Farrell e.a. (2003) hebben echter in hun onderzoek weerlegd dat de videovervormingsmethode door het gebruik van een grootbeeldscherm accuraat de mate van verstoring van de perceptie zou kunnen meten: het lichaamsbeeld waar we vertrouwd mee zijn, is het beeld wat we zien in de spiegel. De reflectie van de spiegel is echter de helft van onze werkelijke grootte. We zien zelden onszelf op ware grootte! Daarom is het aanbieden van 'lichaamsgroot' beeld een ongewone stimulus, omdat dit juist niet dichterbij de werkelijkheid komt. In het onderzoek van Farrell e.a. werd aan de proefpersonen een 'spiegelgroot' beeld aangeboden. Het bleek dat de proefpersonen zich significant groter schatten dan bij het aanbieden van een 'lichaamsgroot' beeld.

Probst (2002) pleit ervoor de videovervormingsmethode te gebruiken voor onderzoek naar de mate van verstoring van de optatieve en affectieve respons. De prognostische implicaties hiervan kunnen gebruikt worden voor therapie die gericht is op de lichaamsbeleving (bv. psychomotorische therapie). Het kernprobleem van de gestoorde lichaamsbeleving houdt voornamelijk verband met de gestoorde subjectieve beleving en ervaring van het eigen lichaam. Hierbij is de discrepantie met het gewenste lichaamsbeeld cruciaal.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de videovervormingsmethode door het gebruik van een lichaams groot beeld niet accuraat de verstoorde perceptie kan meten en in dat opzicht geen betrouwbaar diagnostisch meetinstrument is. B Farrell, e.a., 2003
Niveau 4	Het diagnosticeren van een verstoorde lichaamsbeleving met behulp van perceptuele methoden staat nog erg ter discussie. Er is weinig en bovendien elkaar tegensprekend onderzoek gedaan over de precieze werking van de diverse perceptuele methoden. Zowel lineaire als configuratieve technieken zijn echter in opkomst, mede door de toenemende digitale mogelijkheden. D Werkgroep

Overige overwegingen

Jansen e.a. (Jansen, Nederkorn & Mulkens, in druk; Jansen, Smeets & Nederkorn in bewerking) vonden dat vrouwen met eetstoornissen eerder een meer realistisch lichaamsbeeld hebben dan een verstoord lichaamsbeeld. Zij lieten lichamen van vrouwen door anderen beoordelen en die beoordelingen vergeleken ze met de beoordelingen van de vrouwen zelf. Het bleek dat de vrouwen met eetstoornissen de aantrekkelijkheid van hun eigen lichaam redelijk precies konden inschatten, terwijl vrouwen zonder eetstoornissen zichzelf marginaal positiever (aantrekkelijker) beoordeelden dan anderen hen beoordeelden (Jansen, Smeets & Nederkorn, in revisie). Gezonde vrouwen hadden een positieve bias, bij vrouwen met eetstoornissen ontbrak deze positieve bias. Vervolgonderzoek toonde aan dat de vrouwen met eetstoornissen veel langer kijken naar hun eigen als 'lelijk' gepercipieerde lichaamsdelen dan naar hun eigen 'mooie' gepercipieerde lichaamsdelen, terwijl gezonde vrouwen hun aandacht vooral richten op hun eigen 'mooie' gepercipieerde lichaamsdelen (Jansen, Nederkorn & Mulkens, in druk). Jansen e.a. concludeerden dat de intense ontevredenheid over het eigen lichaam niet zozeer het gevolg is van een verstoord lichaamsbeeld, maar dat de ontevredenheid juist volgt uit een gebrek aan een verstoord – al te positief – lichaamsbeeld.

Aanbeveling

De werkgroep adviseert perceptuele methoden niet te gebruiken als diagnostisch instrument voor verstoorde lichaamsbeleving.

Samenvattende aanbeveling voor de diagnostiek van verstoorde lichaamsbeleving

De werkgroep is van mening dat het de voorkeur heeft om bij het diagnosticeren van een verstoorde lichaamsbeleving gebruik te maken van de LAV en de BCS

Literatuur

- Baardman, I. (1989a). *Ingebeelde lelijkheid* (Proefschrift). Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Baardman, I. (1989b). *Vragenlijst Lichaamsattitude*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Baardman, I., & Jong, J.G. de (1984). Het meten van de lichaamswaardering: een verslag van het werken met de body cathexis schaal van Secord en Jourard. *Bewegen & Hulpverlening*, 1, 28-41.
- Ben Tovim, D.J., & Walker, M.K. (1991). The development of the Ben Tovim Walker body attitude questionnaire: A new measure of women's attitude towards their own bodies. *Psychological Medicine*, 21, 775-784.
- Bloks, J.A., & Gans, S. (1996). *Longitudinal interview follow-up evaluation (LIFE)*. (Nederlandse vertaling.) Leiden: Rijngestgroep, interne publicatie.
- Bloks, H., & Spaans, J. (2002). Herkenning en diagnostiek. In W. Vandereycken & G. Noordenbos (Red.), *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., e.a. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Dowson, J., & Henderson, L. (2001). The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, 102, 263-271. (Verkorte versie van 14 items)
- Evans, C., & Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire: Derivation of shortened "Alternate Forms". *International Journal of Eating Disorders*, 13, 315-321. (Verkorte versie van 16 of 8 items)
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Assen, Van Gorcum.
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (twelfth edition). In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Red.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 317-361). New York: Guilford Press.
- Farrell, C., Shafran, R., & Fairburn, C.G. (2003). Body Size Estimation: Testing a New Mirror-based Assessment Method. *Eating Disorders*, 34, 162-171.
- Garner, D.M. (1991). *Manual for the Eating Disorder Inventory-2*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34
- Jansen, A. (2000). *Eating Disorder Examination*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jansen, A., Nederkoorn, C., & Mulken, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*.
- Jansen, A., Smeets, T., & Nederkoorn, C. (in press). I see what you see: the lack of a self-serving body image bias in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*.
- Kraëmer, B. (1995). LIFE BEI, *Life adapted for eating disorders*. Stuttgart: Center for Psychotherapy Research.
- Norré, J. & Vandereycken, W. (1993). *Ambulante behandeling voor eetstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pope, H.G., Phillips, K.A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex*. New York: Touchstone.
- Probst, M. (2002). Lichaamsbeleving. In W. Vandereycken & G. Noordenbos (Red.), *Handboek eetstoornissen*. (pp. 233-247). Utrecht: De Tijdstroom.
- Probst, M., van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1997b). Further experience with the Body Attitude Test. *Eating & Weight Disorders*, 2, 100-104.
- Probst, M., van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1992). De Lichaams-Attitude-Vragenlijst (LAV) bij patiënten met eetstoornissen: onderzoeksresultaten. *Bewegen & Hulpverlening*, 4, 286-299.
- Probst, M., van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1998a). De lichaamsattitudevragenlijst: validering en normering. In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de psychomotorische therapie* (pp.79-90), Leuven: Acco.
- Probst, M., van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1997c). De videovervormingsmethode op grootbeeldscherm: onderzoeksresultaten bij patiënten met eetstoornissen. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 250-267.
- Probst, M., Vandereycken, W., van Coppenolle, H., & Pieters, G. (1998b). Body size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 451-456.
- Probst, M., Vandereycken, W., van Coppenolle, H., & Vanderlinden, J. (1995). The body Attitude Test for patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133-144.
- Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J., e.a. (1998c). The significance of body size estimation in eating disorders: Its relationship with physiological and psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 167-174.
- Rekkers, M., & Schoemaker, E. (2002). *Gewichtige lichamen, lichaamsbeleving en eetstoornissen*. Leuven: ACCO.
- Rosen, J.C. (1990). Body-Image Disturbances in Eating Disorders. In Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (Red.), *Body Images* (pp. 272-295). New York: Guilford Press.
- Rosen, J.C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Assessment of body image in eating disorders with the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 77-84.
- Strien, T. van. (2002). *Eating Disorder Inventory-II*, Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Strien, T. van, Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A. & Defares, P.B. (1986). *Nederlandse vragenlijst voor eetgedrag*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Tantleff-Dunn, S., Thompson, J.K., & Dunn, M.E. (1995). The Feedback on Physical Appearance Scale (FOPAS) Questionnaire Development and Psychometric Evaluation. *Eating Disorders*, 3, 332-341.
- Vandereycken, W. (1992). Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 163-166.

4.2.3 Specialistische somatische diagnostiek

Omdat een eetstoornis niet altijd herkend wordt in de eerste lijn zullen kinderartsen, internisten, maag-lever-darmartsen, gynaecologen soms patiënten op hun spreekuur krijgen met lichamelijke klachten die op een eetstoornis blijken te berusten.

Onverklaard gewichtsverlies, groeiachterstand, menstruatiestoornissen en heftige maagdarmlachten kunnen aanleiding zijn om een patiënt voor nadere diagnostiek naar de tweede lijn te verwijzen. Daarnaast kunnen de complicaties van een gediagnostiseerde eetstoornis aanleiding zijn om een patiënt te verwijzen naar een kinderarts, internist of in zeldzame gevallen een cardioloog. Zo kunnen ernstige ondervoeding en purgeergedrag (het opwekken van braken, laxantia- of diureticamisbruik) ernstige lichamelijke complicaties veroorzaken.

Internisten en kinderartsen moeten zich realiseren dat eetstoornissen significant vaker voor komen bij patiënten met diabetes mellitus type 1, waarbij de complicaties van dit ziektebeeld kunnen toenemen ten gevolge van het onderdosereren van insuline (Rodin e.a., 1993; Yager & Young, 1992)

Ook in de tweede lijn berust de diagnostiek van eetstoornissen op de anamnese en het lichamenlijk onderzoek. Specialisten dienen bij patiënten die wegens bovengenoemde klachten worden verwezen een eetstoornis in hun differentiële diagnose op te nemen.

4.2.3.1 Differentiële diagnostiek van ondervoeding en diagnostiek van complicaties van eetstoornissen in de tweede lijn

Wetenschappelijk bewijs

Onverklaard gewichtsverlies is vaak, zeker bij kinderen, een reden voor verwijzing. Veel aandoeningen kunnen aanleiding geven tot gewichtsverlies. De incidentie van een aantal afwijkingen is sterk leeftijdsafhankelijk. De klachten of symptomen die aanleiding geven tot de verwijzing zijn in eerste instantie richtinggevend voor de anamnese en het lichamenlijk onderzoek. Daarbij dient de specialist een eetstoornis te overwegen, en daar gericht naar te vragen bij onverklaard gewichtsverlies, achterblijvende groei bij kinderen, maagdarmlachten en menstruatiestoornissen.

Anorexia nervosa kan ook optreden bij een patiënt met een somatische aandoening, in het bijzonder bij mensen met diabetes mellitus type 1 (Yager & Young, 1992; Rodin e.a., 1993).

Het lichamenlijk onderzoek dient niet alleen ter uitsluiting van een andere somatische oorzaak van ondervoeding, maar juist ook ter vaststelling van de mate van ondervoeding en ter herkenning van complicaties. Tevens kunnen de gevolgen van purgerend gedrag en eventuele automutilatie worden gevonden. Bij het lichamenlijk onderzoek dienen lengte en gewicht altijd bepaald te worden.

De methode voor het vaststellen van ondergewicht is voor volwassenen anders dan voor kinderen. Bij volwassenen is de body mass index ($BMI = \text{gewicht}/(\text{lengte})^2 = \text{kg}/\text{m}^2$) de meest gebruikte methode om vast te stellen of er sprake is van ondergewicht. Bij volwassenen bedraagt de 5^e percentielwaarde 18: er is sprake van ondergewicht als de BMI lager is dan 18,5.

Bij kinderen loopt de BMI op met de leeftijd daarom dient men een groeicurve met longitudinale punten te reconstrueren om een eventuele lengtegroei afbuiging (zoals passend bij chronische ondervoeding) vast te stellen (Reiff & Reiff, 1992). De constructie van een longitudinale curve is belangrijk omdat bij jonge patiënten vaak geen sprake is van een ernstig gewichtsverlies maar wel van een stagnatie van de verwachte gewicht- en lengtetoeename. Op de longitudinale groeicurve is duidelijk te zien of het gewicht echt onder de 15% ligt van het te verwachten gewicht (rekening houdend met de bouw van de patiënt) en/of er misschien niet aan dit criterium wordt voldaan maar er wel sprake is van een ernstige ondervoeding omdat er lengtegroei afbuiging is opgetreden.

Ondanks versnelde groei na herstel van de voedingstoestand is het verlies aan lengtegroei bij premenarchale patiënten met anorexia nervosa niet volledig reversibel en bereiken zij hun genetisch voorspelde eindlengte niet (Lantzouni e.a., 2002).

Bij kinderen wordt daarnaast het percentage ideaal-lichaamsgewicht (% ILG) gebruikt om de ernst van de ondervoeding weer te geven. Dit wordt berekend door het huidige gewicht te delen door het 0-SD(0-standaarddeviatie)-gewicht behorende bij de betreffende lengte van het kind.

Tekenen die wijzen op eetstoornissen en die bij lichamelijk onderzoek kunnen worden gezien zijn bradycardie, hypothermie, hypotensie (vaak beneden de 80/50 mmHg), orthostatische hypotensie en een eventuele soufflé door mitralisklepinsufficiëntie. Bij inspectie valt de afwezigheid van lichaamsvet en de spieratrofie op. De huid is droog en schilferend. De huid kan bleek zijn door anemie en er kan sprake zijn van 'pitting' oedeem. Dit laatste is vaak het geval bij patiënten die diuretica misbruiken. Er is toename van fijn lanugoachtig lichaamshaar, vooral op het gezicht, de bovenarmen en de rug. Braken kan ook leiden tot gebitsafwijkingen, parotisvergroting en het teken van Russell (= littekens en eeltvorming op de knokkels van de handen). Eventueel zijn er tekenen van dehydratie of van shock. Het is van belang te letten op tekenen van infectie.

Anorexia nervosa wordt onderscheiden in een restrictief type (geen purgeergedrag) en een purgerend type. Vroegtijdig onderscheid tussen het restrictieve en purgerende type van anorexia nervosa is van belang gezien het hoge risico van dehydratie en elektrolytstoornissen (hypokaliëmie) bij het purgerende type (Van Rijn, 1998; Turner, 2000).

Conclusie

Niveau 4	Evenals in de eerste lijn zijn anamnese en lichamelijk onderzoek in de tweede lijn de methoden om de diagnose eetstoornis (positieve symptomen) te stellen dan wel een onderliggende ziekte die gepaard gaat met anorexie en/of ondervoeding aan te tonen. D mening van experts; Rodin e.a., 1993
Niveau 3	Het is aannemelijk dat een patiënt met een eetstoornis bij wie sprake is van purgeren een verhoogd risico heeft op dehydratie en elektrolytstoornissen. B Turner e.a., 2000 D Van Rijn, 1998
Niveau 4	De BMI bij volwassenen wordt gebruikt als maat van ondervoeding. Bij kinderen is een longitudinale groeicurve noodzakelijk om de ernst van de ondervoeding te objectiveren. B Lantzouni e.a., 2002 D Reiff & Reiff, 1992

Overige overwegingen

Het gevaar bestaat dat eetstoornissen ook in de tweede lijn niet worden onderkend en dat somatische complicaties worden onderschat. Naast het vaststellen van de mate van ondergewicht is algemeen lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek belangrijk om te kijken naar specifieke afwijkingen passend bij anorexia nervosa, afwijkingen passend bij purgeren, complicaties van anorexia nervosa en purgeren en eventuele onderliggende ziekten. Tijdens de behandeling is het noodzakelijk om bedacht te zijn op complicaties (refeeding syndroom, zie § 6.1.4).

In de praktijk is aannemelijk gebleken dat een % ILG van < 70% bij kinderen vaak reden is tot opname op een somatische afdeling. Het is een hard opname criterium wanneer het gepaard gaat met bradyfrenie en/ of spierzwakte. Wanneer het %ILG < 85% is voldoet de patiënt meestal aan de criteria van AN. Dit is echter niet zo wan-

neer de patiënt altijd al een slanke bouw had; een longitudinale groeicurve geeft meer inzicht in de ernst van de ondervoeding dan de berekening van het %ILG.

De werkgroep wil het strikt hanteren van het gewichtscriterium voor ondergewicht (BMI < 18,5) in de patiëntenzorg ontraden. Op populatienivo is dit criterium waardevol en richtinggevend. Op individueel nivo is het belangrijk om met behulp van historische gegevens een longitudinale groeicurve te maken.

Aanbeveling

Medisch specialisten dienen een eetstoornis te overwegen, en daar gericht naar te vragen als er sprake is van: onverklaard gewichtsverlies, maagdarmklachten, menstratiestoornissen en achterblijvende groei bij kinderen.

De werkgroep is van mening dat, gezien het hoge risico op dehydratie en elektrolytstoornissen (hypokaliëmie) bij het purgerende type, onderscheid gemaakt dient te worden tussen het restrictieve en het purgerende type van anorexia nervosa.

Om de mate van ondergewicht en ondervoeding vast te stellen wordt aanbevolen om:
 bij kinderen een longitudinale groeicurve te maken en het percentage van het ideaal gewicht [%ILG] en de lengtegroeiabwijking aan de hand van een standaard groeicurve te bepalen. Bij een %ILG <70 is een opname op een somatische afdeling in het algemeen geïndiceerd.
 bij volwassenen de BMI te bepalen. Bij een BMI < 18,5 is er sprake van ondergewicht. Met behulp van een longitudinale groeicurve kan men bij de individuele patiënt de ernst van de ondervoeding beter objectiveren.

Er wordt aanbevolen lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek te verrichten om:
 complicaties van anorexia nervosa en/of purgeren op te sporen;
 de aanwezigheid van onderliggende ziekten uit te sluiten.

4.2.3.2 Aanvullend laboratorium onderzoek in de tweede lijn

Wetenschappelijk bewijs

Laboratoriumonderzoek dient enerzijds om de mate van katabolie vast te stellen en metabole complicaties van anorexia nervosa te vinden, en anderzijds om onderliggende ziekten uit te sluiten (APA-richtlijn, 2000). Bij anorexia nervosa worden vele fysieke en biochemische afwijkingen gevonden die reversibel zijn, zoals lichte leukopenie en verhoogde waarden van ASAT en ALAT (Beumont e.a., 1993). Deze zijn het gevolg van de ondervoeding en niet specifiek voor anorexia nervosa. Bij het purgerende type is de kans op elektrolytstoornissen verhoogd (Na, K) en bestaat het risico van dehydratie. Bij ernstige ondervoeding is het risico op hypoglykemieën verhoogd (APA-richtlijn, 2000).

Met behulp van aanvullend laboratoriumonderzoek kunnen onderliggende ziekten aangetoond worden (bijvoorbeeld de ziekte van Addison door Na- en K-bepalingen, diabetes mellitus, hyperthyreoïdie, hematologische maligniteiten).

Omdat de klachten ten gevolge van metabole complicaties van een eetstoornis afwezig kunnen zijn of niet gemeld kunnen worden, dient aanvullend laboratoriumonderzoek plaats te vinden, als dit in de eerste lijn nog niet is uitgevoerd. Het is zinvol om eenmaal vastgestelde biochemische afwijkingen te vervolgen om verbetering of verslechtering te kunnen vaststellen. Ook bij toenemend gewichtsverlies en/of het ontstaan of toename van purgeergedrag dient opnieuw laboratoriumonderzoek plaats te vinden om metabole complicaties op te sporen. In tabel 4.2 staat een overzicht van de laboratoriumbepalingen en de ratio daarvoor.

In de refeeding fase moet specifiek gelet worden op het ontstaan van elektrolytstoornissen, vooral hypokaliëmie, hypofosfatemie, hypomagnesiëmie en afwijkingen in het zuurbase-evenwicht.

Tabel 4.2 Aanbevolen laboratoriumonderzoek in de tweede lijn bij eetstoornissen

<i>Standaard minimaal één keer bepalen</i>	
Bepaling	Ratio
leukocyten, Hb	lichte leukopenie en anemie bij ondervoeding
Na, K, bicarbonaat, Cl	gestoord bij purgeren
ureum, creatinine	kunnen verhoogd zijn bij ondervoeding en/of dehydratie
ASAT, ALAT	kunnen stijgen tot 2x de normaalwaarde bij ondervoeding
albumine	maat voor voedingstoestand
glucose	hypoglykemieën
<i>Onderliggende ziekten opsporen</i>	
Bepaling	Ratio
leukocyten, Hb, trombocyten	hematologische ziekten, vitamine B12 tekort
BSE	andere onderliggende ziekten (bv. infectie, auto-immuun-ziekten)
Na, K	ziekte van Addison
ureum, creatinine	nierinsufficiëntie
ASAT, ALAT	leverinsufficiëntie
glucose	diabetes mellitus
TSH	hyperthyreoïdie
<i>Refeeding fase</i>	
Bepaling	Ratio
Na, K	depletie
Fosfaat, Mg	depletie
Cl, bicarbonaat	verstoring zuur-base-evenwicht en vochthuishouding

Conclusie

Niveau 4	Aanvullend laboratoriumonderzoek draagt niet bij aan de diagnose eetstoornissen, maar kan wel de ernst van eventuele complicaties, bijvoorbeeld de mate van katabolie, aantonen. D Beumont e.a., 1993; APA-richtlijn, 2000
-----------------	---

Aanbeveling

<p>De werkgroep is van mening dat bij iedere patiënt met anorexia nervosa (restrictief en purgerend) en boulimia nervosa ten minste eenmaal laboratoriumonderzoek moet plaatsvinden, om de volgende afwijkingen aan te tonen dan wel uit te sluiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • elektrolytstoornissen en prerenale nierfunctiestoornissen bij purgeren en/of onvoldoende vochtinname • hypoglykemieën bij ernstige ondervoeding • afwijkingen passend bij mogelijke onderliggende ziekten of somatische comorbiditeit
--

Literatuur

- APA-richtlijn (2000).
- Beumont, P.J.V., Russell, J.D., & Touyz, S.W. (1993). Treatment of anorexia nervosa. *Lancet*, 341, 1635-1640.
- Lantzouni, E., Frank, G.R., Golden N.H., , e.a. (2002). Reversibility of growth stunting in early onset anorexia nervosa: a prospective study. *The Journal of adolescent health*, 31, 162-165.
- Reiff, D.W., & Reiff, K.K.L. (1992). Set point, in *Eating Disorders: Nutrition Therapy in the Recovery process*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Rijn, C.A. van. (1998). Anorexia nervosa en boulimia nervosa. II. Somatische gevolgen van ondervoeding; en III. Somatische gevolgen van purgeren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 1867-1869.
- Rodin, G., Daneman, D., & de Groot, J. (1993). The interaction of chronic medical illness and eating disorders. In A.S. Kaplan & P.E. Garfinkel (Red.), *Medical Issues and the Eating Disorders: The Interface* (pp. 179-181). New York: Brunner/Mazel.
- Turner J., Batik M., Palmer L.J., e.a. (2000). Detection and importance of laxative use in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(3), 378-85.
- Yager, J., & Young, R.T. (1992). Eating disorders and diabetes mellitus. In J. Yager, H.E. Gwirtsman & C.K. Edelstein (Red.), *Social Problems in Managing Eating disorders* (pp. 185-203). Washington, DC: American Psychiatric Press.

4.3 Diagnostiek bij specifieke klachten

4.3.1 Tractus digestivus

Wetenschappelijk bewijs

Verschillende afwijkingen aan de tractus digestivus kunnen ontstaan door ondervoeding, maar ook door zelfopgewekt braken en/of misbruik van laxantia. Het merendeel van de patiënten met eetstoornissen klaagt over buikpijn. De vertraagde maagontleding leidt tot een opgeblazen gevoel en verbetert bij het hervoeden (Woodside, 1995).

Bij maagdarklachten die optreden bij een patiënt met een eetstoornis, hoeft in principe geen nadere diagnostiek uitgevoerd te worden naar de aard van de klachten. De meeste patiënten hebben last van ernstige obstipatie als consequentie van verminderde voedselinname en eventuele dehydratie (Woodside, 1995). Bij ondervoeding kunnen leverfunctiestoornissen ontstaan. Dit is zelden van klinisch belang (Fisher, 1995). Een acute pancreatitis is een zelden optredende complicatie bij een eetstoornis. In dat geval is het amylase verhoogd. Een verhoogd amylasegehalte kan echter ook optreden bij de veel vaker voorkomende speekselklierirritatie.

Conclusie

Niveau 4	Bij maagpassageklachten en obstipatie die optreden bij anorexia nervosa hoeft geen nadere diagnostiek uitgevoerd te worden.
	D Woodside, 1995; Fisher e.a., 1995

Overige overwegingen

Sommige patiënten gebruiken toxische stoffen om het braken op te wekken, zoals schoonmaakmiddelen, shampoo, aspirine en paracetamol, als gevolg waarvan ernstige beschadigingen van het maagdarmslijmvlies op kunnen treden. In dat geval is nadere diagnostiek wel geïndiceerd.

Ernstige ondervoeding kan leiden tot klinisch niet relevante leverfunctiestoornissen, een stijging van de ASAT en ALAT tot 2x de normaalwaarde is acceptabel. Wel moeten deze waarden vervolgd worden. Bij grotere afwijkingen moeten andere oorzaken overwogen worden.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat aanvullende diagnostiek niet geïndiceerd is bij passageklachten van de tractus digestivus bij iemand met een eetstoornis. Nadere diagnostiek is wel aangewezen als er vermoeden bestaat van gebruik van stoffen die het maagslijmvlies kunnen beschadigen.

Nadere diagnostiek is nodig bij een stijging van meer dan twee keer de normaalwaarde van ASAT en ALAT

4.3.2 Acute complicaties

4.3.2.1 Hypoglykemie

Wetenschappelijk bewijs

Hypoglykemie bij ernstig ondergewicht is gelukkig zeldzaam, maar heeft een hoge mortaliteit (Rich e.a., 1990; Lask e.a., 1997; Beumont e.a., 1993). Nog zeldzamer treedt een hypoglykemisch coma op met een extreem hoge mortaliteit. De incidentie van deze ernstige complicaties is niet bekend, in de literatuur treft men alleen case-reports aan. Naast de lange perioden van vasten spelen hyperactiviteit en het optreden van infecties een rol in de pathogenese.

Hypoglykemieën worden herkend door een zorgvuldige anamnese (belangrijke anamnestiche gegevens zijn gewichtsverloop, inspanningstolerantie, cognitief functioneren, en de 'normale' hypoglykemiesymptomen). Een niet-nuchtere lage bloedsuikerwaarde (< 3,5 mmol/l) kan het bestaan van hypoglykemie aantonen, een normale bloedsuiker sluit dit niet uit. De hypoglykemie is snel te corrigeren.

Conclusie

Niveau 4	Hypoglykemieën lijken bij anorexia nervosa slechts zelden op te treden. Hypoglykemieën hebben echter wel een hoge mortaliteit. D Rich e.a., 1990; Beumont e.a., 1993; Lask e.a., 1997
-----------------	--

Overige overwegingen

Een patiënt zal zelf niet vaak de symptomen van hypoglykemie noemen. Daarom moet er gericht naar worden gevraagd. Bij kinderen kan de heteroanamnese nuttige informatie opleveren. Symptomen waar naar gevraagd moet worden zijn: zweten, tremoren, tachycardie, angst, hongergevoel, duizeligheid, hoofdpijn, wazig zien, bradyfrenie, verwardheid, abnormaal gedrag, insulten en bewustzijnsverlies.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat in de anamnese gevraagd dient te worden naar symptomen die bij hypoglykemie passen.

4.3.2.2 Cardiovasculaire afwijkingen

Wetenschappelijk bewijs

De incidentie van cardiovasculaire afwijkingen is verhoogd bij anorexia nervosa waardoor er een verhoogde kans bestaat op plotselinge hartdood door hartritmestoornissen (Neumarker 1997). Gegevens over incidentie ontbreken, in de literatuur treft men alleen gevalbeschrijvingen aan.

Hoe meer gewichtsverlies en hoe sneller het gewichtsverlies plaatsvindt, hoe meer cardiovasculaire symptomen er kunnen zijn. Lage bloeddruk, orthostatische hypotensie en bradycardie worden bij iedere patiënt met anorexia nervosa gezien en zijn een aanpassing aan de slechte voedingstoestand. Een souffle kan optreden als gevolg van een klinisch niet belangrijke mitralisklepinsufficiëntie. Ook kan er sprake zijn van een afgenomen linkerventrikelmassa en -vulling met een systolische disfunctie (De Simone, 1994). Vooral bij purgerende patiënten kunnen specifieke ECG-afwijkingen optreden die passen bij een hypokaliëmie. Hypokaliëmie met ECG-afwijkingen vormt een indicatie voor hartritmebewaking en intraveneuze kaliumsuppletie.

Verlenging van het QT-interval wordt in verschillende onderzoeken in wisselende mate gezien. Sommige onderzoekers vermelden dit bij een derde van de onderzoekspopulatie, anderen zien het niet (Palla 1988, Swenne & Larsson, 1999, Lupoglazoff e.a., 2001; Dec 1987). Bij volwassenen met anorexia nervosa wordt vaker dan bij gezonde personen een verlengde QTc-tijd (gecorrigeerde QT-tijd) gezien. Een verlengde QT-tijd correleert met een hoger risico van ventriculaire ritmestoornissen (torsade de pointes) (Kass e.a., 2003). Het verband tussen de QT-tijd en het risico van ritmestoornissen is vooral onderzocht bij medicatie die de QT-tijd verlengt (Al-Khatib e.a., 2003). Waarschijnlijk neemt ook bij patiënten met een eetstoornis het risico op hartritmestoornissen toe bij een verlengde QT-tijd (Cooke 1995, Isner e.a., 1985). Na hervoeden treedt normalisatie op (Cooke e.a., 1994; Swenne 2000).

Recent wordt aandacht gevraagd voor de toegenomen QT-intervaldispersie bij patiënten met anorexia nervosa. QT-intervaldispersie is het verschil tussen de langste en de kortste QT-tijd in elk van de 12 afleidingen van het ECG. Bij patiënten met een congenitaal lange-QT-tijdsyndroom is de QT-intervaldispersie eveneens toegenomen en een marker voor plotselinge dood. Een toename van de QT-intervaldispersie kan worden gerelateerd aan een afgenomen linkerventrikelmassa (Galetta e.a., 2002; Swenne & Larsson, 1999).

QTc-intervalverlenging en toegenomen QTc-intervaldispersie kunnen worden gerelateerd aan enerzijds de ernst van het ondergewicht en anderzijds de snelheid van het gewichtsverlies (Swenne & Larsson, 1999). Als grens waarboven de kans op ritmestoornissen sterk verhoogd is, wordt een – op RR-interval gecorrigeerde – QT-tijd (= QTc) van 450 msec. bij mannen en 470 msec. bij vrouwen aangehouden (Moss, 1993). QT-tijdverlengende medicatie of aritmogene medicatie (een aantal antipsychotica, tricyclische antidepressiva, metoclopramide, quinolonen) zijn bij een preëxistente verlengde QT-tijd relatief gecontra-indiceerd, waarbij combinaties van QT-tijdverlengende medicijnen zeker vermeden moeten worden (Al-Khatib e.a., 2003). Een andere complicatie is decompensatio cordis bij hervoeding. De kans daarop is het grootst in de eerste twee weken van het hervoeden (Cooke e.a., 1995)

Conclusie

Niveau 3	<p>Het is aannemelijk dat de kans op plotselinge hartdood is verhoogd bij eetstoornissen, zeker als er sprake is van purgeergedrag.</p> <p><i>Directe interventie is geïndiceerd bij hypokaliëmieën en daarbij passende ECG-afwijkingen.</i></p> <p>Op basis van data bij volwassenen met een congenitaal lange-QT-tijdsyndroom is het aannemelijk dat de kans op het ontstaan van ventriculaire ritmestoornissen bij een QTc-tijd > 450 msec. (mannen) en > 470 msec. (vrouwen) is toegenomen.</p> <p>B Dec e.a., 1987; Cooke e.a., 1994; Swenne & Larsson, 1999; Swenne 2000; Lupoglazoff e.a., 2001; Galetta e.a., 2002</p> <p>C Swenne, 2000; Al-Khatib e.e., 2003</p> <p>D Isner e.a., 1985; Palla, 1998; Moss, 1993; Cooke e.a., 1995, Kass & Moss, 2003</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Bij patiënten bij wie er sprake is van ondervoeding en/of purgeren dient een ECG gemaakt te worden om een QT-tijdverlenging en tekenen die wijzen op hypokaliëmie op te sporen. Een lichte T-topafvlakking of het ontstaan van U golven die hoger kunnen zijn dan de T-top, kunnen ontstaan als gevolg van hypokaliëmie. Ook een ST-depressie kan daarbij optreden. Bij een aangetoonde QT-tijdverlenging moeten QT-tijdverlengende medicijnen en zeker combinaties daarvan vermeden worden.

Aanbeveling

- Gezien de verandering van het ECG bij ondervoeding en/of purgeren dient bij elke patiënt met anorexia nervosa een ECG gemaakt te worden, dit ECG dient onder meer herhaald te worden bij verder gewichtsverlies of nieuw gebleken purgeergedrag.
- De behandelend arts dient bedacht te zijn op hypokaliëmieën en daarbij passende ECG-afwijkingen; dit vormt een indicatie voor kaliumsubstitutie en ritmebewaking.
- QT-tijdverlengende medicatie (zeker combinaties) dienen te worden vermeden.
- De behandelaar dient rekening te houden met het verhoogde risico van decompensatio cordis na refeeding.

4.3.2.3 Elektrolyten en vochthuishouding

Wetenschappelijk bewijs

Bij patiënten met eetstoornissen kunnen ernstige verstoringen in de elektrolyten en vochthuishouding optreden. Vooral braken, laxantiamisbruik, diureticamisbruik of waterloading kunnen dit veroorzaken. Een laag kaliumgehalte is vrijwel bewijzend voor recent en herhaaldelijk purgerend gedrag, een normaal kaliumgehalte sluit dit echter niet uit. Het serumkaliumgehalte kan normaal zijn bij een ernstig verlaagd totaal lichaamskaliumgehalte waardoor cardiale aritmieën kunnen optreden (APA-richtlijn, 2000). Bij ernstig ondergewicht en purgerend gedrag moet altijd een ECG gemaakt worden. Als de patiënt diuretica misbruikt, of wanneer de patiënt purgeert en dit wordt gestaakt, kan er een rebound oedeem optreden (Fisher e.a., 1995; Van Rijn, 1998). Dit behoeft geen therapie, maar de patiënt moet wel voor deze complicatie gewaarschuwd worden.

Bij een patiënt met anorexia nervosa is een fatale waterintoxicatie beschreven: ernstige hyponatriëmie met cerebraal oedeem, ataxie, convulsies, coma en uiteindelijk overlijden (Jacquin e.a., 1992).

Conclusie

Niveau 4	<p>Bij de purgerende vorm van anorexia nervosa bestaat een verhoogde kans op ernstige elektrolytstoornissen (met name hypokaliëmieën) en dehydratie.</p> <p>Het vinden van een hypokaliëmie is vrijwel bewijs van purgeergedrag of diureticamisbruik.</p> <p>D Jacquin e.a., 1992; Fisher e.a., 1995; Van Rijn, 1998; American Psychiatric Association, 2000.</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Hoewel het gaat om het opsporen van potentieel levensbedreigende complicaties kan de bepaling van het kalium ook het braken/laxeermiddelmisbruik bevestigen.

Aanbeveling

Bij vermoeden van purgeren of diureticamisbruik dient het serumkaliumgehalte bepaald te worden en een ECG te worden verricht.

Literatuur

- Al-Khatib, S.M., LaPointe, N.M., Kramer, J.M., e.a. (2003). What clinicians should know about the QT interval. *JAMA*, 289, 2120-2127.
- APA-richtlijn (2000).
- Beumont, P.J.V., Russell, J.D., & Touyz, S.W. (1993). Treatment of anorexia nervosa. *Lancet*, 341, 1635-1640.
- Cooke, R.A., & Chambers, J.B. (1995). Anorexia nervosa and the heart. *British journal of hospital medicine*, 54, 313-317.
- Cooke, R.A., Chambers, J.B., Singh, R., e.a. (1994). QT-interval in anorexia nervosa. *British heart journal*, 72, 69-73.
- Dec, G.W., Biederman, J., & Hougen, T.J. (1987). Cardiovasculair findings in adolescent patients with anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 49, 285-290.
- Fisher, M., Golden, N.H., Katzman, D.K., e.a. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *The Journal of adolescent health*, 16, 420-437.
- Galetta, F., Franzoni, F., Cupisti, A., e.a. (2002). QT-interval dispersion in young women with anorexia nervosa. *Jornal de pediatria*, 140, 456-460.
- Isner, J.M., Roberts, W.C., Heymsfield, S.B., e.a. (1985). Anorexia nervosa and sudden death. *Annals of Internal Medicine*, 102, 49-52.
- Jacquin, P., Ouvry, O., & Alvin, P. (1992). Fatal water intoxication in a young patient with anorexia nervosa. *The Journal of adolescent health*, 13, 631-633.
- Kass, R.S., & Moss, A.J. (2003). Long QT syndrome: novel insights into the mechanisms of cardiac arrhythmias. *The Journal of Clinical Investigation*, 112, 810-815.
- Lask, B., Waugh, R., & Gordon, I. (1970). Childhood-onset anorexia nervosa is a serious illness. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 817, 127-137.
- Lupoglazoff, J.M., Berkane, N., Denjoy, I., e.a. (2001). Consequences cardiaques de l'anorexie mentale de l'adolescence. *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux*, 94, 494-498.
- Moss, A.J. (1993). Measurement of the QT interval and the risk associated with QTc interval prolongation: a review. *The American Journal of Cardiology*, 72, 23B-25B.
- Neumarker K.J. (1997) Mortality and sudden death in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 205-12.
- Palla B., Litt I.F.(1988). Medical complications of eating disorders in adolescents. *Pediatrics*, 81(5), 613-23.
- Rich, L.M., Caine, M.R., e.a. (1990). Hypoglycemic coma in anorexia nervosa. Case report and review of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 150, 894-895.
- de Simone G, Scalfi L, Galderisi M, e.a. (1994) Cardiac abnormalities in young women with anorexia nervosa. *British Heart Journal*, 71(3), 287-92.
- Swenne, I. (2000). Heart risk associated with weight loss in anorexia nervosa and eating disorders: electrocardiographic changes during the early phase of refeeding. *Acta Paediatrica*, 89, 447-452.
- Swenne, I., & Larsson, P.T. (1999). Heart risk associated with weight loss in anorexia nervosa and eating disorders: risk factors for QTc interval prolongation and dispersion. *Acta Paediatrica*, 88, 304-309.
- Woodside, D.B. (1995). A review of anorexia and bulimia nervosa. *Current Problems in Paediatrics*, 25, 67-89.

4.4 Indicatiestelling

4.4.1 Verwijzing van eerste lijn naar tweede lijn

In Nederland wordt in de algemene bevolking gemiddeld slechts 40% van de patiënten met anorexia nervosa door de huisarts als zodanig herkend en van hen wordt slechts ongeveer 70% doorverwezen naar de GGZ (Hoek, 2003). Voor boulimia nervosa zijn deze getallen respectievelijk ongeveer 11% en 52%. Het is dan ook zeker gerechtvaardigd om aan indicatiestelling en dus ook aan gerichte doorverwijzing in deze richtlijnen aandacht te besteden. Deze lage getallen lijken niet te wijten aan het feit dat patiënten met deze aandoeningen hun huisarts niet consulteren. Integendeel, zij bezoeken hun huisarts meer dan gemiddeld, waarbij ze veelal hulp vragen voor psychologische problemen, maagdarmlaasten en gynaecologische klachten (Ogg e.a., 1997; NICE-richtlijn, 2004). Ook zijn er voldoende aanwijzingen dat adolescenten met een eetstoornis, in een algemene populatie, een verhoogde kans hebben op een scala aan lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen gedurende hun latere leven (Johnson e.a., 2002)

Overige overwegingen

In een aantal gevallen twijfelt de huisarts of de diagnose eetstoornis gesteld mag worden. Als de huisarts een lichamelijke oorzaak van de klachten niet voldoende kan uitsluiten, ligt een verwijzing naar een internist, een kinderarts of soms een gynaecoloog voor de hand. Bij twijfel over de psychiatrische diagnose, bijvoorbeeld depressie of eetstoornis, is een verwijzing naar de GGZ op zijn plaats. Bij voorkeur verwijst de huisarts dan naar een instelling waar expertise op het gebied van diagnostiek van eetstoornissen aanwezig is. Als er ernstige somatische complicaties optreden bij een patiënt met een vastgestelde eetstoornis die (nog) niet in behandeling is, verwijst de huisarts bij voorkeur naar een ziekenhuis waar ervaring met patiënten met eetstoornissen is opgedaan of naar een gespecialiseerde instelling waar ook interne of pediatrische opnamemogelijkheden zijn.

Huisartsen die affiniteit en ervaring hebben met de begeleiding van mensen met een eetstoornis kunnen, eventueel in samenwerking met andere eerstelijns hulpverleners, de behandeling op zich nemen als de patiënt dat graag wil. Voorwaarde is dat de eetstoornis niet al te ernstig is, dus als somatische complicaties, somatische comorbiditeit en psychiatrische comorbiditeit ontbreken. Een andere belangrijke voorwaarde voor behandeling in de eerste lijn is dat de draagkracht van het sociale netwerk van de patiënt voldoende is (Vandereycken & Noordenbos, 2002).

De huisarts probeert een patiënt met een ernstige eetstoornis te motiveren voor een verwijzing naar een hulpverlener of een instelling met expertise op het gebied van eetstoornissen.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat de huisarts bij twijfel over de diagnose eetstoornis bij:

- lichamelijke oorzaak van de klachten dient te verwijzen naar de internist, kinderarts of gynaecoloog
- psychiatrische oorzaak van de klachten dient te verwijzen naar de GGZ (met voorkeur voor expertise op het gebied van eetstoornissen)

De werkgroep is van mening dat als er sprake is van somatische complicaties de huisarts de patiënt dient te verwijzen naar een ziekenhuis met ervaring met eetstoornissen of een gespecialiseerde instelling op het gebied van eetstoornissen.

De werkgroep is van mening dat een huisarts een patiënt met een eetstoornis dient te motiveren voor een verwijzing naar een hulpverlener of een instelling met expertise op het gebied van eetstoornissen.

Literatuur

- Hoek HW, Van Hoeken D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 34, 383-396.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., e.a. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 545-552.
- NICE-richtlijn (2004).
- Ogg, E., Millar, H., Pustai, E., e.a. (1997). General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 89-93.
- Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (Red.). (2002). *Handboek Eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

4.4.2 *Indicatiestelling voor ambulante behandeling, deeltijdbehandeling, klinische of gedwongen behandeling*

In de literatuur zijn geen eenduidige factoren bekend die een voorspellende waarde hebben voor het succes van de behandeling. Het ontbreken van voldoende goede effectonderzoeken is een extra complicatie bij het maken van een keuze. Er is weinig evidentie te vinden waar beslissingen bij de keuze voor al dan niet behandelen en zo ja, in welke behandelsetting, op gebaseerd kunnen worden. In Groot-Brittannië is consensus over de wenselijkheid om de meerderheid – zo niet alle – patiënten met anorexia nervosa in een gespecialiseerde setting te behandelen. Bij boulimia nervosa zou dit alleen voor de ernstige gevallen gelden (NICE-richtlijn, 2004).

Een stepped-care-model (Grave e.a., 2001) waarbij patiënten eerst geïndiceerd worden voor een minder intensieve ambulante behandeling, waarna in dien nodig gekozen wordt voor secundaire en tertiaire zorg, lijkt een logische keuze en wordt zowel in de APA- als de NICE-richtlijnen aanbevolen (APA-richtlijn, 2000; NICE-richtlijn, 2004). Daarbij worden in beide richtlijnen verschillende keuzecriteria gehanteerd. Zo bevelen de APA-richtlijn aan om opname te overwegen bij een BMI < 17,5 en vóórdat de situatie deels irreversibel verslechterd is, en lijkt de NICE-richtlijn meer gericht op zoveel mogelijk voorkomen van opnames.

Wetenschappelijk bewijs

In de literatuur wordt bij de keuze voor een behandelsetting meestal uitgegaan van de aard van de aandoening, een inschatting van de ernst (zowel psychisch als somatisch) van de eetstoornis, en dit in combinatie met de (ernst van de) comorbiditeit en de voorkeur van de patiënt. Andere factoren, zoals de draagkracht van het steunsysteem, de beschikbaarheid van zorgaanbod en zaken zoals reisafstand spelen ook een rol (APA-richtlijn, 2000; NICE-richtlijn, 2004). Patiënten met ernstiger pathologie hebben een hogere zorgconsumptie (Keel e.a., 2002). De *ernst van ontstane situatie* wordt dus bepaald door een combinatie van de ernst van de eetstoornis en de ernst van de psychosociale ontregeling.

Daarnaast zal een *risico-inschatting* gedaan moeten worden voor gevolgen van de totale situatie op korte en lange termijn. Op grond van deze gegevens wordt een behandeling geadviseerd, waarbij de uiteindelijke keuze mede zal afhangen van de voorkeur van de patiënt.

Op basis van beschikbare gegevens, onder meer uit de Amerikaanse en Engelse richtlijnen, zijn de volgende criteria gekozen voor bepaling van de ernst van de eetstoornis en van de psychosociale ontregeling. Deze criteria bepalen samen de ernst van de ontstane situatie.

Ernst van de eetstoornis

- mate (en de ernst) waarin de symptomen, zowel samen als apart, voldoen aan de DSM-IV-criteria;
- duur van de stoornis;
- leeftijd van de patiënt;
- mate en ernst van de psychiatrische comorbiditeit (Keel e.a., 2002);
- ernst van de somatische complicaties die direct verband houden met de eetstoornis;
- eerdere behandeling die heeft plaats gevonden en het effect daarvan; dit wordt bepaald door de soort, het aantal malen en de intensiteit van de doorlopen behandeling;
- mate van ontkenning van de ziekte of motivatie voor verandering.

Ernst van de psychosociale ontregeling

- mate waarin de eetstoornis het sociale leven of de psychosociale ontwikkeling heeft verstoord;
- de gevolgen van de eetstoornis voor het gezinssysteem, onder meer de mate waarin de draagkracht van het steunsysteem is aangetast, met name bij jonge patiënten.

De mortaliteit bij eetstoornissen is vooral gerelateerd aan de mate van ondervoeding, het al dan niet purgeren of laxeren, de mate van hyperactiviteit en suicide (Nielsen e.a.,1998; Nielsen, 2001).

Conclusie

Niveau 4	In de NICE- en APA-richtlijnen worden factoren beschreven die de ernst van de eetstoornis en van de psychosociale ontregeling bepalen. Deze ernst van de ontstane situatie én de risicoin-schatting bepalen voor een belangrijk deel de intensiteit van de geïndiceerde behandeling. D NICE-richtlijn, 2004; APA-richtlijn, 2000.
-----------------	--

Overige overwegingen

Voor de behandeling van patiënten met anorexia nervosa wordt in de literatuur wereldwijd een breed scala aan mogelijkheden beschreven, van 'altijd poliklinisch' tot 'bij voorkeur klinisch'. Gedwongen behandeling wordt vrijwel alleen geïndiceerd bij ernstige, levensbedreigende anorexia. Voor boulimia nervosa en de eetbuistoornis (binge-eating disorder) wordt in de literatuur in het algemeen geen klinische behandeling geadviseerd. In het geval van ernstige boulimia nervosa wordt soms een klinisch traject, voorafgaand aan dagbehandeling of ambulante behandeling, beschreven.

Bij elke afweging die gemaakt wordt, zal steeds gekeken moeten worden of het potentiële voordeel van bijvoorbeeld klinische, gespecialiseerde behandeling opweegt tegen de nadelen van een behandeling ver van huis.

Wat de uiteindelijk gekozen setting ook zal zijn, zij zal in ieder geval passend bij de leeftijd moeten zijn. Bij jongeren en adolescenten zal bijvoorbeeld aandacht moeten zijn voor de sociale en pedagogische behoeften van de patiënten om secundaire beperkingen en handicaps te voorkomen (NICE-richtlijn, 2004).

Er zijn weinig onderzoeken die de relatie tussen de voorkeur van de patiënt voor een bepaalde setting en het risico van drop-out eenduidig beschrijven. Bestaande onderzoeken onderzoeken dit verband alleen indirect en zijn gevoelig voor bias.

Gezien de beschreven algemene verschillen in aanbevolen behandelsetting tussen anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis worden deze stoornissen hierna apart behandeld.

Literatuur

APA-richtlijn (2000).

Grave, R.D., Ricca, V., & Todesco, T. (2001). The stepped care approach in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress and problems. *Eating and weight disorders*, 6, 81-89.

Herzog, D.B., Nussbaum, K.M., & Marmor, A.K. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19.

Keel, P.K., Dorer, J.D., Eddy, K.T., e.a., (2002). Predictors of treatment utilization among women with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 159, 140-142.

NICE-richtlijn (2004).

Nielsen S., Moller-Madsen S., Isager T., e.a. (1998). Standardized mortality in eating disorders--a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 413-34.

Nielsen S. 2001 Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 201-14, vii-viii.

4.4.3 Behandeling bij anorexia nervosa

Wetenschappelijk bewijs

Het mortaliteitsrisico bij anorexia nervosa lijkt hoger bij een lager gewicht en bij patiënten die tussen de 20 en 29 jaar oud zijn als zij in zorg komen (Nielsen e.a., 1998). Doodsoorzaken kunnen zijn: dehydratie, elektrolytenstoornis, stofwisselingsproblemen, infecties en cardiale complicaties (NICE-richtlijn, 2004).

De duur van de stoornis wordt vaak genoemd als negatieve voorspeller voor het beloop en dus als factor die de intensiteit van de behandeling mede bepaalt. Hiervoor bestaat echter geen sluitend bewijs (Schoemaker, 1997).

Een belangrijk deel van de lichamelijke, maar ook van de psychische klachten kan blijvend zijn (Johnson e.a., 2002) en tot ernstige beperkingen in het functioneren leiden. Daarom moet men bij de behandeling van anorexia nervosa voortvarend zijn (APA-richtlijn, 2000). Van belang is ook dat de sterftcijfers bij anorexia nervosa hoog zijn, waarbij anorexia nervosa zowel direct als indirect de oorzaak kan zijn (Schoemaker, 2002).

De leeftijd van de patiënt is een belangrijke factor bij keuze voor de behandelsetting, aangezien er in Nederland consensus bestaat dat enerzijds hospitalisatie bij kinderen en jonge adolescenten zoveel mogelijk vermeden moet worden en anderzijds dat vooral de somatische risico's eerder aanleiding kunnen geven tot opname gezien bijvoorbeeld het grotere risico van dehydratie en/of groeiachterstand. Bij kinderen en jonge adolescenten zouden een geleidelijk begin van de ziekte, sociale problemen en een afwijkende persoonlijkheidsontwikkeling de kans op een chronisch beloop vergroten (NICE-richtlijn, 2004). In deze gevallen zou een intensievere behandeling overwogen kunnen worden.

Als comorbide factoren zijn depressie, met een verhoogd risico op suïcide (Keel e.a., 2003), de obsessieve compulsieve stoornis (NICE-richtlijn, 2004), en angststoornissen (Herpertz-Dahlmann e.a., 1996) van belang. Alcoholisme lijkt de mortaliteit te verhogen (Keel e.a., 2003). Dwangmatige en ontwijkende persoonlijkheidsstoornissen komen bij anorexia nervosa veel voor (Schoemaker 2002).

Eerdere behandeling en het effect hiervan zijn factoren die beoordeeld moeten worden in samenhang met de mate van ontkenning van de ziekte en de motivatie voor verandering. Goede onderzoeken hierover ontbreken (NICE-richtlijn, 2004).

Emotionele instabiliteit komt veel voor bij anorexia nervosa – vooral als de stoornis al enige tijd bestaat, en komt vooral tot uiting als angst en stemmingsklachten. Het gezin of de relatie kan onder druk komen te staan, waarbij de draagkracht van het steunsysteem op den duur tekort kan gaan schieten (APA-richtlijn, 2000; NICE-richtlijn, 2004). Sociale problemen treden dan meer op de voorgrond, waarbij er vaak sprake is van terugtrekgedrag, school- en werkproblemen. (NICE-richtlijn, 2004). Ook kan de persoonlijkheidsontwikkeling gevaar gaan lopen met alle gevaren van dien.

Conclusie

Niveau 1	<p>Een stepped care aanpak bij anorexia nervosa is alleen mogelijk als goede, ook somatische diagnostiek gedaan is en alle risicofactoren voldoende in kaart zijn gebracht.</p> <p>Wanneer wordt besloten tot een ambulante behandeling zal de patiënt (en het systeem) voldoende moeten worden voorlicht over de risico's en gevaren van ondergewicht, hyperactiviteit, braken, laxeren, teveel of te weinig drinken. Medebehandeling door een somaticus is een voorwaarde.</p> <p>Ook over de risico's op langere termijn, zowel wat betreft het lichamelijke als het psychische functioneren, moet voorlichting gegeven worden.</p> <p>Bij onvoldoende behandelresultaat in een tevoren afgesproken tijd, dient een intensievere behandeling geadviseerd worden.</p> <p>A1 Schoemaker, 1997 D APA-richtlijn, 2000; Schoemaker, 2002; NICE-richtlijn, 2004</p>
-----------------	--

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat:

- Patiënten met anorexia nervosa bij voorkeur door op het terrein van eetstoornissen deskundige hulpverleners behandeld dienen te worden.
- Opname bij anorexia nervosa nodig is bij medische risico's, eerdere tekortschietende ambulante behandelingen of ernstige comorbiditeit. Ook bij stagnatie of achteruitgang tijdens poliklinische behandeling dient opname overwogen te worden.
- Indien opname in een algemeen ziekenhuis noodzakelijk is, deze bij voorkeur kortdurend dient te zijn en gevolgd dient te worden door soepele overplaatsing naar een geschikte setting.
- Kinderen en adolescenten met anorexia nervosa die opname behoeven, in een op de specifieke leeftijdsbehoeften aangepaste setting dienen te worden opgenomen.

Literatuur

APA-richtlijn (2000).

Herpertz-Dahmann, B.M., Wewetzer, C., Schulz, E., e.a. (1996). Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 335-345.

Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., e.a. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 545-552.

Keel, P.K., Dorer, J.D., Eddy, K.T., e.a. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 60, 179-183.

NICE-richtlijn (2004)

Nielsen S., Moller-Madsen S., Isager T., e.a. (1998). Standardized mortality in eating disorders--a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 413-34.

Schoemaker, C. (2002). Anorexia nervosa. In Trimbos-instituut, *Jaarboek Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Schoemaker, C. (1997). Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 1-15.

4.4.4 Behandeling bij boulimia nervosa

Wetenschappelijk bewijs

Er is weinig bekend over het beloop van onbehandelde boulimia nervosa. Dat is opmerkelijk, want het is wel bekend dat veel mensen met boulimia nervosa niet in zorg komen (Ogg e.a., 1997). Brits onderzoek onder jonge vrouwen uit de algemene bevolking met boulimia nervosa laat zien dat na ruim een jaar ongeveer een derde geen eetstoornis meer heeft, een derde een andere eetstoornis, en een derde nog steeds boulimia nervosa. Deze getallen zijn na 5 jaar verbeterd: de helft heeft geen eetstoornis meer, een derde een eetstoornis NAO (niet anderszins omschreven) en 15% heeft nog steeds boulimia nervosa. Van deze laatste groep ontving niet meer dan 28% een vorm van behandeling voor de eetstoornis (Fairburn e.a., 2000).

De follow-upcijfers bij wél behandelde boulimia nervosa variëren van 50-77% volledig herstel, ongeveer 30% gedeeltelijk herstel, en ongeveer 10-20% chronisch beloop (Keel & Mitchell, 1997; NICE-richtlijn, 2004).

De duur van de stoornis voorafgaand aan behandeling lijkt de uitkomst niet te beïnvloeden (Reas e.a., 2001).

Na aanvankelijk optimisme over de mogelijke effecten van 'guided self-help' (onder meer gebaseerd op cognitieve gedragstherapie; Carter e.a., 2003) in de eerste lijn, bleek in een recent onderzoek (Walsh e.a., 2004) het drop-outpercentage in een dergelijke setting hoog. De vergelijking met medicamenteus ingrijpen (fluoxetine) viel negatief uit voor de zelfhulp.

Bij kinderen en jonge adolescenten komt het volledige beeld van boulimia nervosa zelden voor en literatuur over behandeling en beloop is dan ook vrijwel niet voorhanden.

Bij lichamelijk onderzoek zijn meestal weinig ernstige afwijkingen vast te stellen, behalve vergrote speekselklieren en aangetast tandglazuur bij braken. Niettemin kan vooral purgeergedrag leiden tot ernstige somatische complicaties. Hoewel er weinig consistente predictoren zijn voor het langetermijnbeloop, zijn er een aantal onderzoeken die aanwijzingen geven voor negatieve gezondheidseffecten van gewichtsschommelingen, die bij boulimia nervosa veel voorkomen. De meest voorkomende, lichamelijke doodsoorzaak bij boulimia nervosa zou maagruptuur kunnen zijn (NICE-richtlijn, 2004).

De mate waarin de patiënt met boulimia nervosa gepreoccupeerd raakt door gedachten rondom voedsel en de mate waarin het leven beheerst wordt door activiteiten die te maken hebben met (het organiseren van) eetbuien en compensatiegedrag, is een factor die bijdraagt aan de ernst (NICE-richtlijn, 2004). Comorbiditeit is frequent aanwezig in de vorm van stemmingsproblemen en angstklachten. Deze kunnen, naast de lage zelfwaardering en de geringe impulscontrole, bijdragen aan de neiging tot zelfverwonding. De mate van de ernst van de zelfverwonding moet beoordeeld worden.

Schattingen van het voorkomen van een persoonlijkheidsstoornis naast boulimia nervosa lopen uiteen van 21 tot 77%. Vooral de relatie met de borderline persoonlijkheidsstoornis is, met getallen die uiteenlopen van 2 tot 47%, onderwerp van uitgebreide discussie (Wonderlich, 1997; National Institute for Clinical Excellence, 2004). Patiënten die naast de eetbuien geen andere impulscontroleproblemen hebben, lijken een grotere kans op herstel te hebben.

Vermijding van situaties waar voedsel aanwezig kan zijn, kan de meestal toch al aanwezige sociale en relationele problemen verergeren. Uiteindelijk kan er sociale isolatie ontstaan en druk op het steunsysteem (NICE-richtlijn, 2004).

Conclusie

Niveau 3	De keuze voor guided self-help als eerste stap bij boulimia nervosa in de eerste lijn is omstreden. C Carter e.a., 2003; Walsh e.a., 2004
Niveau 4	Bij boulimia nervosa kan in het bijzonder het purgeergedrag leiden tot ernstige somatische complicaties D NICE-richtlijn, 2004
Niveau 3	De mate van preoccupatie met voedsel en compensatiegedrag en de mate waarin dit het dagelijkse leven beïnvloedt zijn factoren die mede de mate van de ernst van boulimia nervosa bepalen. Hetzelfde geldt voor stemmingsproblemen, angst- en spanningsklachten en de neiging tot zelfbeschadiging of suïcidaal gedrag. C Wonderlich, 1997 D NICE-richtlijn, 2004

Overige overwegingen

Boulimia nervosa kan meestal ambulante (poliklinische behandeling of dagbehandeling) behandeld worden. Een korte opname op een eetstoornisafdeling kan aangewezen zijn ter normalisering van het eetpatroon en als voorbereiding op een minder intensieve vorm van behandeling. Het ligt voor de hand om bij kinderen en adolescenten aan gezinsbehandeling te denken. Zelfhulp kan al dan niet naast andere therapievormen aangeboden worden. Zie voor meer informatie over zelfhulp hoofdstuk 9.

Aanbeveling

Met het oog op mogelijke somatische complicaties bij boulimia nervosa wordt aanbevolen het purgeergedrag in kaart te brengen.

De werkgroep is van mening dat:

- de meerderheid van patiënten met boulimia nervosa ambulans (poli-klinisch of in deeltijd) behandeld kan worden met cognitieve gedragstherapie, al dan niet samen met psychofarmaca
- in een dergelijke setting eventuele lichamelijke gevolgen van boulimia nervosa onderzocht en zo nodig behandeld dienen worden
- bij ernstige suïcidaliteit of zelfverwonding een kortdurende klinische opname op een algemene psychiatrische afdeling of in een gespecialiseerd centrum overwogen kan worden
- patiënten met boulimia nervosa aangemoedigd kunnen worden een (al dan niet begeleid) zelfhulpprogramma te volgen.

De werkgroep is van mening dat bij de behandeling van adolescenten met boulimia nervosa vooralsnog dezelfde keuzecriteria worden gehanteerd als bij volwassenen. Tevens wordt geadviseerd gezinstherapie een standaardonderdeel van de behandeling te laten zijn.

Literatuur

- Carter, J.C., Olmsted, M.P., Kaplan, A.S., e.a. (2003). Self-help for bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 160, 973-978.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., e.a. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Keel, P.K., & Mitchell, J.E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
- NICE-richtlijn (2004)
- Ogg, E., Millar, H., Pustai, E., e.a. (1997). General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 89-93.
- Reas, D.L., Schoemaker, C., Zipfel, S., e.a. (2001). Prognostic value of duration of illness and early intervention in bulimia nervosa: a systematic review of the outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 1-10.
- Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Mickley, D., e.a. (2004). Treatment of bulimia nervosa in an primary care setting. *American Journal of Psychiatry*, 161, 556-561.
- Wonderlich S.A., Mitchell J.E (1997). Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacology Bulletin* 33(3): 381-90.

4.4.5 Behandeling bij de eetstoornis niet anderszins omschreven en de eetbuistoornis

Wetenschappelijk bewijs

Hoewel aan de diagnostische criteria van anorexia nervosa en boulimia nervosa niet geheel voldaan wordt bij de eetstoornis-NAO (niet anderszins omschreven) is de ernst en impact van de ziekte vaak groot en het beloop langdurig (Bulik e.a., 2000; Herzog e.a., 1993). De behandelbehoefte van deze groep patiënten en de prognose lijken vooralsnog vergelijkbaar met die van anorexia nervosa en boulimia nervosa (NICE-richtlijn, 2004). De diagnose eetstoornis-NAO wordt relatief vaak gesteld bij kinderen en jonge adolescenten. Dit heeft deels te maken met de strikte toepassing van DSM-IV-criteria voor deze leeftijdsgroep, deels met de ontbrekende helderheid over de classificatie van eetstoornissen in deze groep. Voor de bepaling van de mate van ernst, zowel lichamelijk als psychosociaal, wordt voor alle leeftijdscategorieën verwezen naar de paragraaf over anorexia nervosa en boulimia nervosa.

Er zijn aanwijzingen dat de mate van spontane remissie bij de eetbuistoornis hoog kan zijn en dat weinig patiënten een andere eetstoornis ontwikkelen (Fairburn e.a., 2000). Langetermijnonderzoeken zijn er nog niet, maar het effect van behandeling op korte termijn lijkt voor de eetbuistoornis gunstiger dan voor anorexia nervosa en bou-

limia nervosa. De eetbuistoornis is nooit systematisch onderzocht bij kinderen en jonge adolescenten.

De consensus in de literatuur is dat klinische behandeling bij de eetbuistoornis vrijwel nooit geïndiceerd is (NICE-richtlijn, 2004).

De somatische complicaties bij de eetbuistoornis lijken op die van boulimia nervosa, hoewel de risico's van purgeergedrag ontbreken. Indien sprake is van overgewicht bij de eetbuistoornis, zijn de bijbehorende risico's onder meer diabetes mellitus en harten vaatziekten. Vaak gaat de eetbuistoornis gepaard met lage zelfwaardering, depressieve kenmerken en ontevredenheid over het eigen lichaam.

Conclusie

Niveau 4	Voor de indicatiestelling bij de eetstoornis-NAO gelden dezelfde overwegingen als die horen bij de aandoening (anorexia nervosa of boulimia nervosa) waar de stoornis het meeste op lijkt. Bij de eetbuistoornis is poliklinische behandeling meestal toereikend. D NICE-richtlijn, 2004
-----------------	--

Overige overwegingen

De behandeling van de eetbuistoornis wordt beschreven in hoofdstuk 8.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat bij de indicatiestelling van patiënten met een eetstoornis NAO dezelfde overwegingen gelden als bij de aandoening waarop de stoornis het meest lijkt.

Literatuur

APA-richtlijn (2000).

Bulik, C., Sullivan, P.F., & Kendler, K.S. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 886-895. (C)

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., e.a. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665. (C)

Herzog, D.B., Hopkins, J.D., & Burns, C.D. (1993). A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 261-267. (D)

NICE-richtlijn (2004).

4.4.6 Gedwongen opname en behandeling

In Nederland worden de meeste patiënten, ook patiënten met een eetstoornis, vrijwillig behandeld in het kader van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Op basis van het recht op zelfbeschikking heeft dit de voorkeur boven een gedwongen opname of behandeling. Als er echter een reden is om aan te nemen dat een individu ten gevolge van een psychiatrische ziekte of stoornis gevaar oplevert voor zichzelf of omgeving, kan in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) een gedwongen opname plaatsvinden. Een onafhankelijke psychiater beoordeelt de geestestoestand van een patiënt en beschrijft deze in een geneeskundige verklaring. Bij acuut gevaar zal de burgemeester een inbewaringstelling (IBS) gelasten die korte tijd kan duren en binnen drie dagen bekrachtigd moet worden door de rechter-commissaris. Een rechterlijke machtiging (RM) biedt de mogelijkheid patiënten langerdurend gedwongen op te nemen en ook bij sluipender gevaar in te grijpen.

4.4.6.1 Gedwongen behandeling of opname bij anorexia nervosa

Wetenschappelijk bewijs

Gedwongen *behandeling*, zoals gedwongen sondevoeding, of gedwongen toediening van medicatie, valt onder de Regeling middelen en maatregelen, en mag niet automatisch bij elke gedwongen *opname* worden toegepast. Voor gedwongen behandeling moet duidelijk zijn dat acuut gevaar bestaat of kan ontstaan.

Er zijn twee mogelijkheden om ambulante gedwongen te *behandelen*:

- Wanneer iemand met een RM opgenomen is, kan 'ontslag onder voorwaarden' worden verleend als het acute gevaar geweken is en men een patiënt ambulant kan behandelen onder een aantal afgesproken voorwaarden. Daarbij hoort een behandelplan, waarin duidelijk staat hoe getracht wordt het gevaar af te wenden. Dit behandelplan moet door de patiënt (16 jaar of ouder) dan wel patiënt en ouders (12-16 jaar) of alleen de ouders (tot 12 jaar) getekend en dus akkoord bevonden worden. Bovendien moeten de voorwaarden toetsbaar zijn.
- Een nieuwe BOPZ-maatregel is de 'voorwaardelijke machtiging'. Dit is een maatregel die gedwongen *behandeling* in de thuissituatie mogelijk maakt in tegenstelling tot de IBS en de RM, die zich alleen richten op gedwongen *opname*.

Voor een gedwongen psychiatrische opname van kinderen en jeugdigen is ook een BOPZ-maatregel nodig. Een ondertoezichtstelling (OTS) is een maatregel in de jeugdhulpverlening op basis waarvan de rechter een plaatsingsbeschikking kan afgeven, die geldt voor de orthopedagogische/justitiële instellingen. Ouders en kind dienen in dat geval vrijwillig in te stemmen met een behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis. Bovendien moet toestemming aan ouders en kind gevraagd worden om de door de rechter aangewezen voogd in te lichten. Daardoor is het mogelijk dat een kind of jeugdige zowel een OTS om pedagogische redenen heeft, als een RM om gevaar door een psychiatrische aandoening af te wenden.

Aangezien tot een OTS pas na uitgebreid en vaak langdurig onderzoek wordt besloten, bestaat in zeer dringende gevallen die geen uitstel verdragen de mogelijkheid om een 'voorlopige OTS' aan te vragen. Deze moet later na voornoemd onderzoek alsnog worden bevestigd.

Overigens zal in de praktijk bij een patiënt met een eetstoornis bij dreigend gevaar voor overlijden door ondervoeding altijd door de somatisch arts ingegrepen kunnen worden op basis van de WGBO.

Anorexia nervosa is een aandoening die een kernaspect van de menselijke autonomie aan kan tasten, namelijk de capaciteit om voor zichzelf te kunnen zorgen en de eigen gezondheid en veiligheid te (willen) bevorderen. Wanneer anorexia nervosa langer bestaat, kan nog een ander belangrijk aspect van menselijke autonomie aangetast raken, namelijk het vermogen de eigen situatie en de gevolgen van het eigen handelen op een reële manier te beoordelen. In een dergelijke situatie kan sprake zijn van ernstige oordeels- en kritiekstoornissen bij iemand met een psychiatrische ziekte die behandeling weigert. Wanneer bovendien een onmiddellijk of dreigend gevaar voor het eigen leven of een dreigende maatschappelijke teloorgang aanwezig is, bestaat de mogelijkheid om de BOPZ toe te passen (uiteraard nadat alles in het werk is gesteld om met betrokkene een therapeutische werkrelatie te ontwikkelen via onder meer motiveringstechnieken). In sommige richtlijnen (zoals de APA- en NICE-richtlijn) en in discussies (bijvoorbeeld op de studiedag van de Stichting Eetstoornissen Nederland) wordt de nadruk gelegd op de mogelijk negatieve effecten van gedwongen behandeling, zoals traumatisering, beschadigd zelfbeeld, stigmatisering, toename van weerstand tegen behandeling en een verstoorde werkrelatie die het gevolg van gedwongen opname of behandeling kunnen zijn.

In twee onderzoeken (Ramsay e.a., 1999; Watson e.a., 2000) worden geen negatieve gevolgen beschreven van gedwongen opnames op het beloop van de ziekte. In beschrijvende en beschouwende artikelen (zie ook het themanummer van het International journal of law and psychiatry, 2003) worden positieve effecten beschreven: redden van levens, gewichtstoename, scheppen van mogelijkheden voor verdere behandeling, afwenden van gevaar, verbeteren van stemming en concentratie, afname van

symptomen en afname van cognitieve beperkingen ten gevolge van ondergewicht. Ook kan gedwongen opname gezien worden als een daad van mededogen, waarbij professionals laten zien de ernst van de ziekte te erkennen en bereid te zijn om de angst voor gewichtstoename te erkennen en de verantwoordelijkheid hiervoor over te nemen. Het – tijdelijk – overnemen van de verantwoordelijkheid zou zowel door de patiënt als door de familie vaak als opluchting ervaren worden (Tiller e.a., 1993).

Conclusie

Niveau 3	<p>In uitzonderlijke gevallen is een gedwongen opname op grond van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) een bruikbaar middel om bij een gestagneerde behandeling van een patiënt met ernstige anorexia nervosa, met onvoldoende mogelijkheden de eigen situatie realistisch in te schatten, de behandeling weer te stimuleren.</p> <p>C Ramsay e.a., 1999; Watson e.a., 2000 D NICE-richtlijn, 2004; APA-richtlijn, 2000</p>
Niveau 3	<p>Uit twee onderzoeken blijken geen negatieve gevolgen van de gedwongen opname op het beloop van de anorexia nervosa.</p> <p>C Ramsay e.a., 1999; Watson e.a., 2000.</p>

Overige overwegingen

Gezien de hoge mortaliteitscijfers en de ernstige gevolgen van langdurige anorexia nervosa is het de vraag of de Nederlandse terughoudendheid bij de toepassing van de BOPZ terecht en respectvol is of toch verwaarlozend is. In ieder geval biedt de wetgeving de mogelijkheid om in ernstige gevallen patiënten tijdelijk tegen hun wil op te nemen en te behandelen. Ruimere toepassing kan in theorie in individuele gevallen levensreddend zijn. Ook in een gedwongen behandelingsituatie zal, net als bij vrijwillige behandeling, de werkdrempel veel aandacht moeten krijgen (zie ook § 6.3 over sondevoeding), evenals het bevorderen van positieve motivatie. Het spreekt voor zich dat in een dergelijke situatie een vrijwillige behandelcontext zo spoedig mogelijk bereikt moet worden.

De nieuwe variant van de BOPZ, de voorwaardelijke machtiging, geeft de mogelijkheid een aantal zaken meer in overleg met de patiënt af te spreken. De ambulante behandeling kan worden voortgezet, mits de patiënt zich aan een aantal voorwaarden houdt:

Als voorbeeld kan de volgende set afspraken gelden:

- 500 gram aankomen per week
- controle door de kinderarts/internist
- bezoek aan een gespecialiseerde diëtist
- deelname aan een op verandering gerichte behandeling

Als de patiënt de afspraken niet nakomt, volgt alsnog gedwongen opname op een gespecialiseerde unit, waar eventueel sondevoeding/drinkvoeding of iets dergelijks gestart wordt. De voorwaardelijke machtiging wordt dan een 'gewone' RM. Het behandelplan ligt daarbij al klaar, wat minder strijd geeft. Het uitschrijven van een dergelijke machtiging kort na (of tijdens) een somatische opname wanneer herhaling van de gevaarlijke situatie dreigt, levert tijdwinst op en bevordert de motivatie.

Ontslag onder voorwaarden met daaraan gekoppeld een voorwaardelijke machtiging kan ook een optie zijn na een IBS die is afgegeven wegens acuut gevaar. De voorwaarden tot zowel de opname als de behandeling die volgt als de voorwaarden niet zijn nagekomen, worden met de patiënt (en de ouders) overeengekomen.

Aangezien eetstoornissen relatief weinig voorkomen, is de noodzakelijke expertise niet altijd overal aanwezig. Vooral bij dwangbehandeling verdient het aanbeveling om, bij patiënten met wie na verloop van enige tijd geen overeenstemming kan worden

bereikt of bij wie succes uitblijft, onafhankelijke ervaren deskundigen te raadplegen. Hiervoor zouden landelijk minimaal twee expertisegroepen moeten kunnen worden ingeschakeld om advies te kunnen geven. Dergelijke groepen zijn in ons land nog niet aanwezig.

Vanuit patiëntenperspectief wordt aangegeven: Patiënten kunnen gedwongen opname en behandeling als zeer ongewenst ervaren. In niet-gespecialiseerde settings ervaren patiënten een tekort aan begrip en kennis over eetstoornissen. Ze geven aan meer baat te hebben bij en zijn meer tevreden over gespecialiseerde hulpverleners dan met niet gespecialiseerde hulpverleners. Deskundigheid en inzicht in de eetstoornis wordt belangrijk gevonden voor de kwaliteit van de (gedwongen) behandeling. Bij voorkeur wordt gedwongen behandeling alleen als laatste redmiddel toegepast en dan nog alleen als de behandeling wordt uitgevoerd onder toezicht van een in de behandeling van eetstoornissen gespecialiseerde deskundige. Patiënten zijn van mening dat gewichtsherstel belangrijk is, maar dat gewichtseisen, dwang, en straffen en belonen ook averechts kunnen werken.

Zelfhulporganisaties krijgen van patiënten ook te horen dat ze ondanks de negatieve ervaring toch ook baat te hebben gehad bij gedwongen opname: "Leuk vond ik het niet, maar ik ben blij dat ze me toen de verantwoordelijkheid uit handen hebben genomen".

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat gedwongen opname of gedwongen behandeling van patiënten met anorexia nervosa alleen overwogen dient te worden als alle andere mogelijkheden zijn geprobeerd (ter beoordeling van een deskundige op het gebied van eetstoornissen) en er reëel gevaar bestaat.

De werkgroep is van mening dat bij kinderen of adolescenten met anorexia nervosa die gevaar lopen en die behandeling weigeren, in eerste instantie overeenstemming met de ouders gezocht dient te worden.

Indien ouders van kinderen of adolescenten met anorexia nervosa die ernstig gevaar lopen behandeling weigeren, is de werkgroep van mening dat een ondertoezichtstelling (OTS) overwogen kan worden.

De werkgroep is van mening dat een gedwongen opname dient te geschieden in een gespecialiseerd behandelcentrum.

De werkgroep is van mening dat in Nederland twee expertisegroepen gevormd moeten worden. Deze moeten worden samengesteld uit deskundigen met ervaring in de behandeling van eetstoornissen en die geraadpleegd kunnen worden in het geval van uitzichtloze of vastgelopen (dwang)behandelingen.

Literatuur

APA-richtlijn (2000).

NICE-richtlijn (2004).

Ramsay, R.R., Ward, A., Treasure, J., e.a. (1999). Compulsory treatment in anorexia: short-term benefits and long-term mortality. *British Journal of Psychiatry*, 175, 147-153. (C)

Tiller, J., Schmidt, U., & Treasure, J. (1993). Compulsory treatment for anorexia nervosa: compassion or coercion? *British Journal of Psychiatry*, 175, 147-153. (D)

Watson, T.L., Bowers, W.A., & Anderson, A.E. (2000). Involuntary treatment of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1806-1810. (C)

Themanummer gedwongen behandeling en anorexia nervosa: *International journal of law of and psychiatry*, 26 (2003) (D).

4.4.6.2 Opname op een interne (somatische) afdeling

Wetenschappelijk bewijs

Aanbevelingen uit de literatuur ontbreken, mogelijk doordat de organisatie van de gezondheidszorg per land verschilt. Vooral in de Verenigde Staten en in Australië lijken de somatische aspecten van de behandeling van volwassen patiënten met een eetstoornis te worden behartigd door de psychiatrie, terwijl in ons land vaak wordt samengewerkt met een somatisch specialist. Bij kinderen moeten alle behandelaspecten individueel worden gewogen. Bij ernstig zieke patiënten is goed interdisciplinair management noodzakelijk (Fisher e.a., 1995). Publicaties over de beslissing om van een eventuele poliklinische behandeling van de somatische aspecten naar een klinische somatische behandeling over te stappen, zijn niet gevonden.

Conclusie

Niveau 4	Behandeling op een afdeling interne geneeskunde of kindergeneeskunde is geïndiceerd bij ernstige ondervoeding, wanneer intraveneuze suppletie van kalium en/of glucose noodzakelijk is, of wanneer intensieve monitoring (in het bijzonder ritmebewaking) geïndiceerd is. D Fisher e.a., 1995
-----------------	--

Overige overwegingen

De potentieel levensbedreigende complicaties van anorexia nervosa worden algemeen beschouwd als hét criterium voor behandeling op een interne afdeling van een algemeen ziekenhuis. De belangrijkste complicaties zijn:

- terminale ondervoeding (bij kinderen bij een % ILG van < 70%) met bradyfrenie en spierzwakte;
- hypokaliëmie (< 2, of < 3,5 met ECG-afwijkingen);
- suspecte anamnese voor – of aangetoonde hypoglykemieën.

Contra-indicaties voor opname in een algemeen ziekenhuis, zoals suïcidaal gedrag of ernstige automutilatie zijn relatief als er sprake is van een levensbedreigende situatie.

Aanbeveling

<p>Het is gewenst een patiënt met anorexia nervosa of boulimia nervosa op te nemen op een interne (kinder)afdeling wanneer er sprake is van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • terminale ondervoeding met bradyfrenie en spierzwakte; • hypokaliëmie (< 2, of < 3,5 met ECG-afwijkingen); • suspecte anamnese voor – of aangetoonde hypoglykemieën.

Literatuur

Fisher, M., Golden, N.H., Katzman, D.K., e.a. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *The Journal of Adolescent Health*, 16, 420-437.

5 Uitgangsprincipes bij de behandeling van eetstoornissen

5.1 Algemene uitgangsprincipes

Bij de behandeling van patiënten met eetstoornissen geldt een aantal algemene uitgangsprincipes: stepped care, integrale behandeling en voedingsmanagement.

5.1.1 *Stepped care*

Het principe van stepped care houdt in dat aan een patiënt in eerste instantie de minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling wordt aangeboden die mogelijk is en waarvan effect kan worden verwacht gezien de aard en de ernst van de problematiek. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan. Dit betekent dus niet dat er altijd met een minimale vorm van behandeling kan worden gestart. Wanneer de ernst van de situatie het vereist, kan er meteen een meer intensieve behandeling nodig zijn. Voor patiënten met anorexia nervosa geldt met name brede consensus is dat de lagere niveaus van stepped care niet toegepast moeten worden. De complexiteit van het ziektebeeld naast het ontbreken van vroege indicatoren voor behandelingssucces vragen om een specialistische benadering (Dalle Grave, R. e.a. 2000; Wilson, G. 2000).

5.1.2 *Integrale behandeling*

Uitgangspunt van elke eetstoornisbehandeling is dat er aandacht is voor de verschillende aspecten van de stoornis. Dat betekent dat de behandeling zich richt op het eetgedrag, het lichaamsgewicht, de lichaamsbeleving, maar ook op algemene psychologische problemen zoals onzekerheid, perfectionisme en trauma's, en op problemen in het systeem en het sociaal-maatschappelijk functioneren.

5.1.3 *Voedingsmanagement*

Een van de behandeldoelen bij eetstoornissen is normaliseren van het eetpatroon. Normale gezonde voeding houdt in dat de patiënt een evenwichtige voeding krijgt die voorziet in de behoefte aan macro- en micronutriënten. Hierbij dient er rekening mee gehouden te worden dat deze voeding voldoet aan de specifieke behoefte en tevens bijdraagt aan de gezondheid, zowel in het heden als in de toekomst (preventie van ziekten). Bij eetstoornissen betekent gezonde voeding ook dat er regelmaat (structuur) en voldoende variatie in het eetpatroon zit, dat producten niet vermeden worden en dat er niet op een rigide manier met eten wordt omgegaan.

Om patiënten te motiveren tot veranderen van hun eetgedrag is voedingsmanagement een belangrijk hulpmiddel. Voedingsmanagement is het geven van voorlichting over voeding, eetgedrag en voedingsgerelateerde onderwerpen en over de gevolgen van een eetstoornis voor het lichaam. Het helpt de patiënt zich bewust te worden van het afwijkende eetpatroon en/of de irrealistische gedachten omtrent voeding en gewicht. Voedingsmanagement wordt gecontinueerd tot de patiënt een normaal eetpatroon heeft ontwikkeld en weet te behouden. Een eetdagboek kan een hulpmiddel bij voedingsmanagement zijn.

Doelen van voedingsmanagement zijn:

- herstel van een slechte voedingstoestand aan de hand van een voeding met voldoende energie en voedingsstoffen om de bestaande tekorten op te heffen
- toename van gewicht tot een gezond lichaamsgewicht of stabilisatie daarvan
- normaliseren van het eetpatroon met daarin uitbreiding en variatie in het aantal en soort voedingsmiddelen (onder een normaal eetpatroon verstaan we een voeding volgens de richtlijnen gezonde voeding)
- stoppen met compensatiegedrag (zoals braken, laxeren, vasten, overmatig bewegen)
- bewerken van de irrationele gedachten die gerelateerd zijn aan voeding.

In de diagnostische fase vindt er beoordeling plaats van het eetpatroon, het eetgedrag en de voedingstoestand. Dit gebeurt aan de hand van een gedetailleerde voedingsanamnese waarbij ook aandacht besteed wordt aan compensatiegedrag, gewichtsverloop en gedachten over voeding. Met behulp van de voedingsanamnese en een energiebehoefteberekening worden in samenspraak met de patiënt de energiebehoefte en het individuele voedingsadvies, dat voldoet aan de richtlijnen gezonde voeding, vastgesteld.

Omdat er vaak irrationele gedachten zijn over voeding en gewicht is psycho-educatie over voedingsgewoonten, eetpatronen, werking van het maagdarmstelsel, energiebehoefte, maar ook over de gevolgen van vasten, braken, laxeren of ander compensatiegedrag en eetbuien belangrijk.

De onderbouwing van voedingsmanagement is tot nu toe *practice-based*.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan om patiënten met eetstoornissen te behandelen volgens het stepped care principe, maar bij patiënten met anorexia nervosa de lagere niveaus van stepped care over te slaan.

De werkgroep beveelt aan om patiënten met eetstoornissen integraal te behandelen. Dit betekent dat de behandeling zich richt op eetgedrag, lichaamsgewicht en lichaamsbeleving, maar ook op algemene psychologische problemen zoals onzekerheid, perfectionisme en trauma's, en op problemen in het systeem en het sociaal-maatschappelijk functioneren.

De werkgroep beveelt aan om bij patiënten met eetstoornissen voedingsmanagement in de behandeling op te nemen.

Literatuur

Dalle Grave, R., V. Ricca, T. Todesco. (2000). The Stepped-care approach in anorexia nervosa en bulimia nervosa: Progress and problems.

Wilson, G.T., K.L. Loeb, K.M. Vitousek (2000) Stepped care treatment for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 68, no 4, 564-572.

5.2 Herstelcriteria

Er zijn diverse belangrijke criteria voor herstel van eetstoornissen. Deze worden hierna besproken. Tevens wordt de rol van gewichtsherstel besproken.

Wetenschappelijk bewijs

De vraag hoeveel eetstoornispatiënten herstellen, kan niet eenduidig beantwoord worden, omdat over de definitie van herstel geen consensus bestaat in effect-, uitkomst- en follow-uponderzoeken (Hsu, 1980; Purgold, 1987; Herzog e.a., 1988; Root, 1990; Jarman & Walsh, 1999; Strober e.a., 1997; Steinhausen, 2002). In een kritisch

overzichtsartikel constateerden Jarman & Walsh (1999) een grote diversiteit aan hersteldefinities, waardoor de percentages herstelde patiënten niet vergelijkbaar zijn. Effect- en uitkomstonderzoeken met betrekking tot anorexia nervosa gingen lange tijd uit van de Morgan-Russell-criteria uit 1975 (Morgan & Russell, 1975). Deze waren bedoeld om de effectiviteit van behandelingen te meten op 5 dimensies: voedselinname en gewicht, menstruatie, mentale toestand, psychoseksueel functioneren, en sociaal-economisch functioneren. De meeste effectonderzoeken beperken zich echter tot slechts drie aspecten: lichaamsgewicht, eetgedrag en menstruatie (Eckert e.a., 1998).

Om de mate van herstel aan te geven, gebruiken veel effectonderzoeken de uitkomstmaten goed, matig en slecht. Bij een 'goede' uitkomst van anorexia nervosa is sprake van gewichtsherstel binnen een marge van 15% van het normale gewicht en een regelmatige menstruatie. Bij een 'matige' uitkomst is het gewicht niet binnen de marge van 15% en is de menstruatie onregelmatig. Van een 'slechte' uitkomst wordt gesproken als het gewicht lager is dan 85% van het normale gewicht en de menstruatie wegblijft, of wanneer de patiënt boulimia nervosa heeft ontwikkeld.

Op basis van deze uitkomstmaten berekende Steinhausen (1999) de herstelpercentages in een meta-analyse van 119 onderzoeken: van de patiënten met anorexia nervosa was 45% goed hersteld, 35% verbeterd en 20% chronisch. Van deze laatste groep overleed na verloop van tijd 5%. Van de patiënten met boulimia nervosa herstelde 48%, terwijl 26% verbeterde, en 26% een chronisch beloop kende. De kans is echter groot dat deze percentages te optimistisch zijn, omdat diverse onderzoeken hebben aangetoond dat de Morgan-Russell-criteria onvoldoende zijn om van volledig herstel te mogen spreken (Ratnasurya e.a., 1991). Zo bleken patiënten met anorexia nervosa na gewichtsherstel vaak ernstig depressief en hadden ze een negatieve lichaams- en zelfbeleving, zodat ze opnieuw gingen lijnen en vermageren (Strober e.a., 1997; Fennig e.a., 2002). Clinton & Mc Kinlay (1986) toonden aan dat patiënten met anorexia nervosa na gewichtsherstel vaak nog een verstoorde attitude hadden ten aanzien van eten en gewicht, niet of onregelmatig menstrueerden, depressief waren, restrictief eetgedrag vertoonden en geobseedeerd waren door eten en gewicht. Andere patiënten kregen na gewichtsherstel last van eetbuien, gevolgd door braken, laxeren of excessief bewegen (Windauer e.a., 1993). De conclusie is dat positieve resultaten die slechts zijn gebaseerd op herstel van eten, gewicht en menstruatie geen volledig beeld van het beloop geven. Volgens Strober e.a. (1997) zijn de Morgan-Russell-criteria dan ook te beperkt en is bij een 'goede' uitkomst op basis van deze criteria in feite slechts sprake van gedeeltelijk herstel.

Effectonderzoek naar boulimia nervosa is van latere datum dan de effectonderzoeken naar anorexia nervosa, doordat pas in 1989 boulimia nervosa als aparte diagnose werd gehanteerd. Effectonderzoeken naar boulimia nervosa en eetbuistoornis hebben meestal als uitkomstmaat reductie van eetbuien, zelfopgewekt braken en laxeren. Tegenwoordig wordt in cognitieve gedragstherapie echter ook aandacht geschonken aan verbetering van cognities (rondom eten, gewicht en lichaamsbeeld), depressieve klachten, sociaal disfunctioneren, negatieve zelfwaardering en andere psychopathologie (Fairburn, 1997). De herstelcriteria van recente effectonderzoeken naar boulimia nervosa zijn dus redelijk breed en bevatten zowel het eetgedrag en het gewicht, als psychosociale criteria.

5.2.1 Definitie van herstel

Strikt genomen zou van herstel van anorexia nervosa en boulimia nervosa gesproken kunnen worden als niet meer voldaan wordt aan de diagnostische criteria volgens de DSM-IV. Volgens de DSM-IV-criteria is niet alleen herstel van het eetgedrag en het gewicht belangrijk, maar ook herstel van de negatieve en verstoorde lichaamsbeleving en van de verstoorde zelfwaardering. In onderzoek naar effectiviteit van behandelingen en de mate van herstel van eetstoornissen worden herstel van de lichaamsbeleving en de zelfwaardering vaak niet betrokken. In de definitie van herstel van Strober e.a. (1997) worden deze aspecten wel meegenomen. Tegenover de Morgan-Russell-criteria (1975) die zij betitelen als 'partial recovery', plaatsen zij het begrip 'full recovery' dat gedefinieerd wordt als: 'de afwezigheid van de kenmerken van anorexia en boulimia nervosa gedurende 8 opeenvolgende weken, het gewicht is niet afwijkend, er wordt geen compenserend gedrag vertoond (zoals braken, laxeren, diuretica, excessief bewegen), en er

is geen afwijkende attitude ten opzichte van gewicht, en geen gewichtsfobie (dus niet constant bezorgd zijn over het gewicht of de toename daarvan, of voortdurend waakzaamheid zijn over de hoeveelheid die gegeten wordt en afwezigheid van frequente gewichtscontrole)' (Strober e.a., 1997, p. 345). Deze herstelcriteria komen sterk overeen met de criteria die eerder door Theander (1985) waren voorgesteld.

Noordenbos (2003) stelt voor om hier ook criteria voor de zelfwaardering aan toe te voegen, zoals het verkrijgen van meer zelfvertrouwen en de zelfwaardering niet langer afhankelijk laten zijn van het gewicht, aangezien de negatieve zelfbeleving een belangrijk kenmerk is van anorexia nervosa en boulimia nervosa. Ook wordt voorgesteld om het uiten van emoties en gevoelens als herstelcriterium op te nemen, omdat patiënten die hersteld waren van een eetstoornis dit een belangrijke factor voor herstel vonden (Noordenbos, 1992, 2004).

Daarnaast wordt herstel van sociale contacten van belang geacht, in verband met het toenemende isolement van patiënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa (Deter, 1992; Herzog, 1992; Noordenbos, 2003, 2004). Tot slot is ook reductie van eventuele comorbiditeit van belang, zoals verslaving aan alcohol, stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie (Steinhausen, 2002).

5.2.2 *Belang van de diverse criteria in het herstelproces*

5.2.2.1 *Herstel van het eetgedrag*

De meeste onderzoekers, ex-patiënten en therapeuten zijn het erover eens dat herstel van het eetgedrag voorafgaat aan lichamelijk herstel. Zonder voldoende voedselinname is het moeilijk om gewichtsherstel te realiseren en voor lichamelijk herstel is vereist dat de patiënt niet meer braakt, laxeert, of excessief beweegt.

5.2.2.2 *Herstel van het gewicht*

In de NICE-richtlijn staat dat het doel van de behandeling van anorexia nervosa is: het bevorderen van gewichtsherstel tot een gezond gewicht, vermindering van andere symptomen die aan de eetstoornis gerelateerd zijn en het bevorderen van psychologisch herstel en lichamelijk herstel. Deze opvatting is gebaseerd op de mening van experts en/of de klinische ervaringen van gerespecteerde autoriteiten.

Er zijn verschillende mogelijkheden om te bepalen wat een gezond gewicht is. Men kan uitgaan van het postuur door gebruik te maken van meting van de polsometrek, knieometrek of elleboogbreedte. Doorgaans wordt bij volwassenen echter gebruikgemaakt van de Body Mass Index (BMI). De BMI is het lichaamsgewicht gedeeld door de lengte in het kwadraat (kg/m^2). Voor een gezond gewicht wordt tegenwoordig een BMI tussen de 19 en 25 aangehouden, een BMI lager dan 18,5 duidt op een ondergewicht, terwijl bij een BMI lager dan 15 er sprake is van een ernstig ondergewicht. De BMI als uitgangspunt voor het bepalen of iemand al dan niet een gezond gewicht heeft, is een normatieve maat.

De BMI is echter geen optimale maat voor het vaststellen van het gewenste streefgewicht, omdat geen rekening wordt gehouden met individuele verschillen in lichaamsbouw (Oehlschlagel-Akiyoshi e.a., 1999). Mensen met korte benen wegen namelijk meer dan mensen met lange benen (Fredriks e.a., 2000). Kerstholt (2004) stelt daarom voor om bij de bepaling van een gezond gewicht rekening te houden met de lichaamsbouw (compact of ascetisch) die gemeten kan worden met een schuifmaatje om de ellebogen en de knieën. Ook de etniciteit van de betrokkene is van invloed op het streefgewicht. Sommige Aziatische bevolkingsgroepen hebben een tengerder lichaamsbouw dan Europeanen en Afrikanen, terwijl hierbinnen ook weer relevante variaties bestaan waar rekening mee gehouden dient te worden (Oehlschlagel-Akiyoshi e.a., 1999). Opvattingen over wat een nog gezond gewicht is, zijn de afgelopen jaren verschoven naar een lagere BMI (naar 19 in plaats van voorheen 20). Ondergewicht is een van de kernsymptomen van anorexia nervosa. Gewichtsherstel en normalisatie van het eetpatroon zijn primaire doelen in de behandeling van anorexia nervosa. De BMI kan daarbij als uitgangspunt genomen worden, mits er rekening gehouden wordt met individuele verschillen.

Bij kinderen en jeugdigen zal gebruikgemaakt kunnen worden van referentiediagrammen. Hiermee kan het relatieve gewicht ten opzichte van leeftijdsgenoten bepaald worden (Fredriks e.a., 2000; Fredriks e.a., 2001). Daarnaast moeten bij het gebruik van groeicurven de historische groeipunten van patiënten in ogenschouw genomen worden, zodat kan worden geëxtrapoleerd naar het ideale gewicht op huidige leeftijd. Voor het bepalen van herstel kan bij volwassenen ook gebruikgemaakt worden van het premorbide gewicht, mits men voor het daadwerkelijk ontstaan van de eetstoornis niet reeds aan het lijnen was.

De BMI blijkt in verschillende onderzoeken predictieve waarde te hebben voor herstel. Uit verschillende onderzoeken blijkt een lage BMI zowel bij de start als aan het eind van de behandeling een slechte prognose te voorspellen (Fichter & Quadflieg, 1999; Lowe e.a., 2001). Daarnaast blijkt een lage BMI ($\leq 75\%$ van het normale gewicht) bij de overgang van kliniek naar dagbehandeling een grotere kans op mislukking van de dagbehandeling met zich mee te brengen (Howard e.a., 1999). Vergeleken met herstelde patiënten hebben patiënten met chronische anorexia nervosa een significant lagere BMI en een grotere wens om slank te zijn (Bulik e.a., 2000). Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat patiënten met een eetstoornis die bij ontslag uit een ziekenhuis hun streefgewicht niet hadden bereikt, meer kans hadden op terugval (Commerford e.a., 1997; Baran e.a., 1995). De meeste therapeuten vinden gewichtsherstel een voorwaarde voor het realiseren van emotionele en psychosociale herstelcriteria, zoals het krijgen van een betere lichaamsbeleving, een betere zelfbeleving, vermindering van isolement en verbetering van sociale contacten.

5.2.2.3 Herstel van de verstoorde lichaamsbeleving

De angst voor dik worden en een verstoorde lichaamsbeleving zijn belangrijke diagnostische kenmerken van anorexia nervosa en boulimia nervosa. Zonder vermindering van de angst voor dik worden en zonder verbetering van de lichaamsbeleving kan niet van herstel gesproken worden. Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat gewichtsherstel vaak leidt tot een negatievere lichaams- en zelfwaardering, zodat de patiënten opnieuw gingen lijnen en vermageren (Fennig e.a., 2002; Strober e.a. 1997). Clinton & McKinlay (1986) toonden aan dat patiënten met anorexia nervosa na gewichtsherstel vaak nog een verstoorde attitude hadden ten aanzien van eten en gewicht, niet of onregelmatig menstrueerden, depressief waren, restrictief eetgedrag vertoonden en geobsedeerd waren door eten en gewicht.

Om een positievere lichaamsbeleving te ontwikkelen worden cognitieve gedragstherapie en psychomotore therapie zeer belangrijk gevonden.

5.2.2.4 Verbetering van de zelfwaardering

Een diagnostisch criterium voor anorexia nervosa en boulimia nervosa volgens de DSM-IV is de sterke afhankelijkheid van de zelfwaardering van het gewicht. Dit impliceert dat het voor herstel van eetstoornissen belangrijk is om een positievere zelfwaardering te ontwikkelen. Er is helaas nog weinig onderzoek gedaan naar de verbetering van de zelfwaardering bij anorexia nervosa en boulimia nervosa. Belangrijke aanzetten hiertoe worden gedaan bij psychotherapie, cognitieve gedragstherapie en zelfhulp.

Daarnaast wordt verwezen naar cursussen gericht op de verbetering van het zelfvertrouwen en de zelfwaardering bij eetstoornissen (Yellowlees, 1997) en assertiviteitscursussen. Er is helaas nog weinig onderzoek beschikbaar naar het effect van deze cursussen op het herstel van eetstoornissen.

5.2.2.5 Vermindering van isolement en verbetering van sociale contacten

Omdat veel patiënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa zich gaan isoleren en hun sociale netwerk verliezen, is vermindering van isolement en verbetering van sociale contacten een belangrijk hersteldoel (Deter e.a. 1992; Noordenbos 1992; Strober e.a. 1997). In geval van ernstig verstoorde gezinsrelaties wordt herstel hiervan belangrijk gevonden om terugval te voorkomen.

Wetenschappelijk bewijs

Effectonderzoeken die psychosociale herstelcriteria hanteren zoals beschreven bij herstel van de verstoorde lichaamsbeleving, verbetering van de zelfwaardering en de vermindering van isolement en verbetering van sociale contacten, laten zien dat dit verschillende herstelpercentages oplevert. Saccomani e.a. (1998) vonden dat 79% van hun anorectische patiënten voldeed aan de somatische herstelcriteria, terwijl slechts 49% voldeed aan de psychische herstelcriteria. Bovendien toonden zij aan dat lichamelijke herstelcriteria eerder gerealiseerd worden dan psychosociale herstelcriteria. Uit onderzoek van Strober e.a. (1997) bij 95 patiënten met anorexia nervosa bleek dat het gewicht, het eetgedrag en de menstruatie gemiddeld na 4,7 jaar hersteld waren, maar dat aan psychosociale herstelcriteria pas na gemiddeld 6,6 jaar voldaan werd. Vergelijkbare gegevens werden gevonden door Fennig e.a. (2002), Eckert e.a. (1995) en Herzog e.a. (1992). Nog langer duurde het herstelproces bij ernstig verstoorde gezinsrelaties (Strober e.a. 1997).

Volgens Strober e.a. (1997) is 'full recovery' een langdurig proces, maar wanneer dit bereikt wordt, is er aanmerkelijk weinig terugval. In hun onderzoek bij patiënten met een eetstoornis traden de grootste percentages van terugval op in het eerste jaar na de ziekenhuisopname (van 30-75%). Maar na het realiseren van 'full recovery' volgens de brede definitie van herstel, kwam terugval nauwelijks meer voor. Vergelijkbare resultaten vonden Fennig e.a. (2002): een vermindering van terugval van 40% naar 15% bij patiënten met een eetstoornis die na lichamelijk herstel nog therapie kregen gericht op herstel van psychosociale factoren.

Uit onderzoek van De la Rie e.a. (2005) bij 300 patiënten met eetstoornissen blijkt dat patiënten die aangaven hersteld te zijn significant lager scoren op de kwaliteit van leven dan een controlegroep die nooit een eetstoornis heeft gehad. Een belangrijke vraag is of de kwaliteit van leven bij ex-patiënten nog substantieel kan verbeteren.

Sommige criteria zijn niet zo eenduidig te definiëren, zoals normaal eetgedrag, normale hoeveelheid calorieën en normaal gewicht voor de leeftijd en de lengte. Sommige criteria kunnen heel gedetailleerd beschreven worden, zoals de dagelijkse hoeveelheid voedsel, het aantal calorieën, proteïnen, vezels, vitamines en mineralen, zink, ijzer, calcium en magnesium (Windauer e.a. 1993). Hierbij dient men rekening te houden met de dagelijkse energiebehoefte en het stofwisselingsproces. Voor verschillende herstelcriteria, zoals niet-depressief zijn, bestaan goed gevalideerde schalen, maar voor andere herstelcriteria nog niet.

Gezien het feit dat Strober e.a. (1997) vonden dat herstel langer duurde naarmate de gezinsverhoudingen meer verstoord waren, is aandacht voor gezinsinteracties belangrijk. Verder kunnen criteria over opleiding en werk toegevoegd worden, evenals gegevens over comorbiditeit, zoals voorgesteld door Steinhausen (2002). Wanneer patiënten na herstel van de eetstoornis nog andere psychische stoornissen hebben of ontwikkelen, is het uiteraard belangrijk hier in de behandeling aandacht aan te schenken.

Conclusie

Niveau 1	Om van herstel te kunnen spreken dienen minimaal de diagnostische criteria zoals geformuleerd in de DSM IV niet langer aanwezig te zijn.
	DSM IV

Niveau 1	<p>Om van herstel te kunnen spreken dient gekeken te worden naar verschillende herstelcriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • herstel van het eetgedrag, • herstel van gewicht en de lichamelijke gevolgen (menstruatiecyclus), • herstel van de lichaamsbeleving • herstel van de zelfwaardering. • herstel van sociale contacten <p>A2 Strober e.a. 1997; Fennig e.a. 2002; C Noordenbos, 2003</p>
Niveau 1	<p>Herstel van het eetgedrag is een noodzakelijke voorwaarde voor herstel van het gewicht en de lichamelijke gevolgen.</p> <p>A2 Strober e.a. 1997, Fennig e.a. 2002, Steinhausen, 2002</p>
Niveau 2	<p>Herstel van het lichaamsgewicht is een noodzakelijke, maar onvoldoende voorwaarde voor herstel van de lichaamsbeleving en de zelfwaardering.</p> <p>A2 Strober e.a. 1997, Fennig e.a. 2002, Steinhausen, 2002</p>
Niveau 2	<p>De BMI wordt als algemene maar vaak te grove maat ervaren voor het vaststellen van iemands streefgewicht. Van herstel van gewicht is sprake wanneer een normaal gewicht is bereikt, waarbij rekening wordt gehouden met de leeftijd, de lengte, de sekse, de etniciteit, de lichaamsbouw en de persoonlijke groeicurve.</p> <p>A2 Fredriks e.a., 2000; 2001</p>
Niveau 4	<p>Bij herstel van de eetstoornis is het wenselijk te streven naar reductie van co -morbiditeit</p> <p>D Steinhausen, 2002</p>

Overige overwegingen

Vanuit het patiëntenperspectief wordt opgemerkt dat het genezen van een eetstoornis grofweg uit twee delen bestaat: een deel betreft het normaliseren van het eetgedrag en het andere deel het veranderen van de negatieve, zelfdestructieve ideeën, het anders leren omgaan met stress en het uitproberen van nieuwe strategieën. Dit aanleren van een nieuwe manier van omgaan met problematische situaties vergt doorgaans meer tijd; ook als tijdens de therapie al begonnen is met het normaliseren van de eetgestoorde gedachten en het onderliggende zelfbeeld aandacht heeft gekregen, zal het feitelijk veranderen van de negatieve ideeën en houding nog lange tijd de bewuste aandacht behoeven. Uit onderzoek is bekend dat juist deze verandering in houding veel later op gang komt dan het normaliseren van het eetgedrag en bovendien, dat zonder deze verandering de eetstoornis niet blijvend geneest en terugval eerder regel dan uitzondering is.

Na het normaliseren van het eetgedrag zal een vervolgbehandeling noodzakelijk zijn. Deze dient te worden gezien als een essentieel onderdeel van de behandeling van de eetstoornis.

Dit vervolgcontact dient te geschieden door een behandelaar die deskundig is op het gebied van eetstoornissen en met name op het gebied van het genezingstraject en de daarbij voorkomende problemen en valkuilen.

Patiënten beschouwen obsessief gedrag als een belangrijk criterium van de mate van herstel (zie 5.1.2). Patiënten die qua eten en gewicht hersteld zijn zijn vaak nog geobsedeerd of dwangmatig in hun gedrag. Het bepalen van de mate van obsessief gedrag is dus een belangrijk aanvullend herstelcriterium.

Aanbeveling

Het is noodzakelijk om bij herstel van de eetstoornis niet alleen aandacht te besteden aan het eetgedrag, het gewicht en het lichamelijke herstel, maar ook aan herstel van de lichaamsbeleving en de zelfwaardering, evenals aan het herstel van sociale contacten.

Het is wenselijk om bij het streven naar herstel van het lichaamsgewicht rekening te houden met de leeftijd van de patiënt, de persoonlijke groei-curve, lengte, sekse, etniciteit en lichaamsbouw.

Het is wenselijk om bij herstel van de eetstoornis ook aandacht te schenken aan herstel van comorbiditeit.

Het is wenselijk om bij herstel van de eetstoornis – zeker bij jongeren – ook aandacht te schenken aan gezinsinteracties.

Literatuur

- Barran, S.A., Weltzin, T.E., & Kaye, W.H. (1995). Low discharge weight and out-come in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1070-1072.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L., e.a. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, *28*, 139-147.
- Clinton, D.N., & Mc Kinlay, W.W. (1986). Attitudes to food, eating and weight in actually ill and recovered anorectics. *British Journal of Clinical Psychology*, *25*, 61-67.
- Commerford, S.A., Licinio, J., & Halmi, K.A. (1997). Guidelines for discharging eating disorder inpatients. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, *5*, 69-74.
- Deter, H.C. (1992). The Anorexia Nervosa Symptom Score: A multidimensional tool for evaluating the course of anorexia nervosa. In W. Herzog, H.C. Deter & W. Vandereycken (Red.), *The Course of eating disorders. Long term follow up studies of anorexia and bulimia nervosa* (pp. 40-52). London: Springer-Verlag.
- Deter, H.C., Herzog, W., & Petzold, E. (1992). The Heidelberg-Manheim Study: Long term follow-up of anorexia nervosa patients at the University Medical Centre -- Background and preliminary results. In W. Herzog, H.C. Deter & W. Vandereycken (Red.), *The Course of eating disorders. Long term follow up studies of anorexia and bulimia nervosa* (pp. 71-84). London: Springer-Verlag.
- Eckert, E.D., Halmi, K.A. Marchi, P., e.a. (1995). Ten year follow-up of anorexia nervosa. Clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, *25*, 143-156.
- Fairburn, C.G., Eating Disorders. In Clark, D.M., & Fairburn, C.G.(eds) (1997). *Science and Practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209-241). Oxford University Press.
- Fennig, S., Fennig, S., & Roe, D. (2002). Physical recovery in anorexia nervosa: is this the sole purpose of a child and adolescent medical-psychiatric unit? *General Hospital Psychiatry*, *24*, 87-92.
- Fichter, M.M., & Quadflieg, N. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *26*, 359-385.
- Fredriks, A.M., van Buuren, S., Hirasing, R.A., e.a. (2001). De Quetelet-index ('body mass index') bij jongeren in 1997 vergeleken met 1980; nieuwe groeidiagrammen voor de signalering van ondergewicht, overgewicht en obesitas. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *145*, 1296-1303.
- Fredriks, A.M., van Buuren, S., Wit, J.M., e.a. (2000). Body Index Measurements in 1996-7 compared with 1980. *Archives of Disease in Childhood*, *82*, 107-112.
- Herzog, W. Rathner, G. & Vandereycken, W. Long Term Course of Anorexi Nervosa. In W. Herzog, H.C. Deter & W. Vandereycken (Red) (1992). *The Course of eating disorders. Long term follow up studies of anorexia and bulimia nervosa* (pp. 304-322). London: Springer-Verlag.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., & Lavori, P.W. (1988). Outcome in anorexia nervosa and bulimia. A review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *176*, 131-143.
- Howard, W.T., Evans, K.K., Quintero-Howard, C.V., e.a. (1999). Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1697-1702.
- Hsu, I.K.G. (1980). Outcome of anorexia nervosa. A review of the literature (1954-1974). *Archives of General Psychiatry*, *37*, 1041-1046.
- Jarman, M., & Walsh, S. (1999). Evaluating recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa: integrating lessons learned from research and clinical practice. *Clinical psychological Review*, *19*, 773-788.

- Kerstholt, M. (2004) Relevantie kenmerken om een normaal gewicht vast te stellen bij eetstoornispatiënten. Ongepubliceerde notitie voor de Commissie Richtlijnen Eetstoornissen, CBO, Utrecht.
- Lowe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., e.a. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 31, 881-890.
- Morgan, H.G., & Russell, G.F.M. (1975). Value of family background in clinical features as predictors of long term outcome in anorexia nervosa: four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 335-317.
- NICE-richtlijn (2004)
- Noordenbos, G. (2003). Criteria voor herstel bij patiënten met een eetstoornis. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 6, 473-488.
- Noordenbos, G. (1992). Important factors in the process of recovery according to patients with anorexia nervosa. In W. Herzog, H.C. Deter & W. Vandereycken (Red.). *The Course of eating disorders. Long term follow up studies of anorexia and bulimia nervosa* (pp. 304-322). London: Springer-Verlag.
- Oehlschlagel-Akiyoshi, J., Malewski, P., & Ahon, J. (1999). How to define anorectic weight? *European Eating Disorders Review*, 7, 21-33.
- Purgold, J. (1987). Who gets better? Who remains ill? *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*, 1, 77-82.
- Ratnasurya, R.H., Eisler, I., Szukler, G.I., e.a. (1991). Anorexia Nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry*, 158, 465-502.
- Rie, S. de la, van Furth, E., Noordenbos, G., e.a. (in voorbereiding). Kwaliteitscriteria voor de behandeling van eetstoornissen.
- Root, M.P. (1990). Recovery and relapse in former bulimics. *Psychotherapy*, 27, 397-403.
- Saccomani, L., Savoini, M., Cirrincione, M., e.a. (1998). Long term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: study of comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 565-571.
- Steinhausen, H.-C. (1999). Eating Disorders. In H.-C. Steinhausen & F.C. Verhulst (Red.), *Risks and outcomes in developmental psychopathology* (pp. 210-230). Oxford: Oxford University Press.
- Steinhausen, H.-C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Strober, M., Freeman, R., & Morell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360.
- Theander, S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 493-508.
- Windauer, U., Lennerts, W., Talbot, P., e.a. (1993). How well are 'cured' anorexia nervosa patients? An investigation of 16 weight recovered anorexic patients' *British Journal of Psychiatry*, 163, 195-200.
- Yelowlees, A. (1997). *Working with Eating Disorders and Self Esteem*. Dunstable/Dublin: Folens Limited.

6 Behandeling anorexia nervosa

6.1 Eetpatroon en gewicht

Een verstoord eetpatroon en een te laag gewicht zijn belangrijke kenmerken van een eetstoornis. Een goede inschatting van de energiebehoefte is van belang voor het adviseren over volwaardige voeding en een normaal eetpatroon. Voor het berekenen van de energiebehoefte zijn diverse formules, o.a. de Harris-Benedict formule en de WHO formule in omloop.

De behandoelen bij patiënten met AN zijn onder andere het herstellen van een gezond gewicht, het normaliseren van het eetpatroon, de ontwikkeling van een normale perceptie van honger en verzadiging en het herstellen van de somatische en psychische complicaties van ondervoeding en/ of purgeren (Kaye, 1988). Naast deze onderwerpen zal in deze paragraaf aandacht worden besteed aan het optimale gewicht, de wijze waarop dat wordt bereikt en het risico van de complicaties van het refeeding syndroom.

De volgende uitgangsvragen worden daarbij beantwoord:

- Welke formules voor de berekening van de energiebehoefte zijn betrouwbaar en bruikbaar?
- Wat is een optimaal streefgewicht bij patiënten met AN?
- Geeft 5 ons gewichtstoename een betere prognose voor behoud van een gezond gewicht bij patiënten met anorexia nervosa dan 1,5 kg per week?
- Hoe stelt men de benodigde hoeveelheid kcal (energie) vast en welk opklimmend schema wordt gehanteerd bij patiënten met AN?
- Wanneer is het gevaar op het ontstaan van het refeeding syndroom het grootst en welke controle moeten plaatsvinden in de fase van hervoeden?
- Hoe kan het refeeding syndroom worden voorkomen?
- Wat zijn de somatische indicaties om over te gaan tot het toedienen van sondevoeding?
- Wat zijn de psychologische indicaties en contra-indicaties voor het starten resp. stoppen van sondevoeding of het al of niet combineren van gewone voeding met sondevoeding bij patiënten met anorexia nervosa?
- Welke begeleiding is nodig bij behandeling met sondevoeding bij patiënten met anorexia nervosa?

6.1.1 Energiebehoefte

Er zijn verschillende formules om de energiebehoefte te berekenen o.a.: de Harris-Benedict-formule en de WHO-formule. Beide berekenen de basale energiebehoefte, waarna een toeslag voor activiteit, ziekte en gewichtsherstel berekend moet worden. Voor het beantwoorden van de vraag welke methode bruikbaar is voor de berekening van de energiebehoefte is gezocht in de databases van PsycINFO en Medline. De volgende combinatie van zoektermen is gebruikt: [eating disorder OR anorexia nervosa OR bulimia nervosa OR binge eating disorder] AND [energy needs OR energy requirement OR Harris-Benedict OR kcal/kg weight].

Deze strategie heeft 31 artikelen opgeleverd, waarvan 10 artikelen bruikbaar waren. Daarnaast zijn de Australische, Amerikaanse en Engelse guidelines gebruikt (van respectievelijk de Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, de American Psychiatric Association (APA) en het National Institute for Clinical Excellence (NICE)). Zowel de APA guideline als de NICE guideline boden aanknopingspunten voor de berekening van de energiebehoefte.

Wetenschappelijk bewijs

De NICE-richtlijn (2004) geeft geen antwoord op de uitgangsvraag, maar geeft wel aan dat 3500 – 7000 kcal extra nodig zijn om 0,5-1 kg aan te komen in gewicht. De APA-richtlijn (2000) beschrijft dat bij het starten van de behandeling of bij starten van gewichtstoename 30-40 kcal per kg lichaamsgewicht per dag (gemiddeld 1000-1600 kcal/dag) wordt gehanteerd. Vervolgens wordt dat opgehoogd tot 70-100 kcal/kg/dag. Tijdens de gewichtshandhaving voor kinderen en adolescenten moet de energie-inname 40-60 kcal/kg/dag zijn. Deze adviezen worden gegeven voor patiënten met anorexia nervosa met ondergewicht.

Marra e.a. (2002) hebben de Harris-Benedict(HB)- en de WHO-formule vergeleken met indirecte calorimetrie bij vrouwelijke patiënten met anorexia nervosa. Het bleek dat beide de energiebehoefte overschatten (leeftijd van de onderzoeksgroepen 13-17 en 18-40 jaar). Bij adolescenten was er een groter verschil; de HB-formule week meer af. De WHO-formule lijkt nauwkeuriger bij jongvolwassenen. Volgens Marra e.a. wordt er in literatuur beschreven dat er een correctie van 10-15% moet plaatsvinden bij ondervoede mensen. Bij patiënten met anorexia nervosa hebben ze een overschatting gevonden van de actuele waarde van gemiddeld 12-17 % voor de WHO-formule en 24-29% voor de HB-formule.

Platte e.a. (1994) en Kaye e.a., (1986) hebben beschreven dat de HB-formule een te hoge waarde gaf bij patiënten met anorexia nervosa. Deze patiënten (zowel met ondergewicht (BMI=15) als met een hersteld gewicht (BMI=21)) hadden een lagere ruststofwisseling dan de HB-formule voorspelde. Ook Schebendach, e.a. (1996) beschreven dat de HB-formule de energiebehoefte bij patiënten met anorexia nervosa overschatte (zij vergeleken met indirecte calorimetrie).

Vaisman e.a. (1991) vonden bij patiënten met anorexia nervosa een rustmetabolisme dat 49-91% onder de door de HB-formule voorspelde waarde lag. Het rustmetabolisme van de onderzoeksgroep (18 patiënten) steeg na de eerste week van hervoeden. Het rustmetabolisme stabiliseerde na 8-10 weken van hervoeden. In die periode bleef het gewicht stabiel.

Krahn e.a. (1993) beschreven een overschatting van de energiebehoefte door de HB-formule met 14% in de eerste week van hervoeden bij anorexia nervosa, daarna was de energiebehoefte hoger (8-24%) dan de HB-formule voorspelde. Zij hebben aanbevolen om de energiebehoefte individueel te bepalen.

Kaye e.a. (1988) hebben aangegeven dat lichamelijke activiteit, onrust en angst een rol spelen in de energiebehoefte; in welke mate is niet beschreven.

Weltzin e.a. (1991) hebben beschreven dat na gewichtsherstel, patiënten met anorexia nervosa die gevast hadden een hogere energiebehoefte hadden dan patiënten die gepurgeerd hadden of eetbuien hadden gehad. Tevens hadden patiënten met anorexia nervosa die net in gewicht waren aangekomen meer energie nodig dan patiënten die al langere tijd hetzelfde gewicht hadden.

Conclusie

Niveau 3	<p>Er zijn diverse onderzoeken gedaan naar verschillende methoden om de energiebehoefte te bepalen. Indirecte calorimetrie is de gouden standaard voor het meten van het basaal metabolisme.</p> <p>De onderzoeken die gedaan zijn, betreffen patiënten met anorexia nervosa en kleine onderzoeksgroepen.</p> <p>Zowel de Harris-Benedict-formule als de WHO-formule hebben een afwijking (met name de Harris-Benedict-formule overschat).</p> <p>De mate van lichamelijke activiteit, de onrust spelen een rol.</p> <p>B Kaye e.a., 1986; Vaisman e.a., 1991; Platte e.a., 1994; Marra e.a., 2002</p> <p>C Kaye e.a., 1988; Weltzin e.a., 1991; Krahn e.a., 1993; Schebendach e.a., 1996</p> <p>D NICE-richtlijn, 2004; APA-richtlijn, 2000</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Een accurate manier om de energiebehoefte te bepalen is het doen van een energie-metabolisme meting (indirecte calorimetrie). Deze methode is slechts op beperkte schaal in Nederland mogelijk omdat het een dure en voor de patiënt belastende methode is. Indirecte calorimetrie geeft een waarde van de ruststofwisseling, en daarnaast dient rekening gehouden te worden met de mate van lichamelijke activiteit en onrust. Het vaststellen van de energiebehoefte kan nuttige informatie opleveren voor de diëtist/ voedingsdeskundige bij het opstellen van een voedingsadvies. Het meten van basaalmetabolisme is complex en eerder geschikt voor research dan voor de dagelijkse klinische praktijk. De meeste formules die de energiebehoefte berekenen leiden tot een overschatting. Wanneer gewichtstoename uitblijft bij anamnestic adequate voeding zou het meten van basaalmetabolisme meer inzicht kunnen verschaffen.

De werkgroep zou de voorkeur geven aan een eenvoudige en betrouwbare formule om de energiebehoefte te berekenen, maar dit vereist gecompliceerd fysiologisch onderzoek en zal daarom moeilijk in de praktijk te realiseren zijn.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan om bij iedere individuele patiënt, die zich niet in de acutefase bevindt, de energiebehoefte te bepalen door gebruik te maken van de Harris-Benedict en/of de WHO-formule. Deze formules dienen slechts als uitgangspunt voor het vaststellen van de energiebehoefte. Daarnaast dient men rekening te houden met lichamelijke activiteit, angst en onrust en het gewichtsverloop.

Literatuur

APA-richtlijn (2000)

Kaye, W.H., Gwirtsman, H.E., Obarzanek, E., e.a. (1986). Caloric intake necessary for weight maintenance in anorexia nervosa: nonbulimics require greater caloric intake than bulimics. *American Journal of Clinical Nutrition*, 44, 435-443.

Kaye, W.H., Gwirtsman, H.E., Obarzanek, E., e.a. (1988). Relative importance of caloric intake needed to gain weight and level of physical activity in anorexia nervosa, *American Journal of Clinical Nutrition*, 47, 989-994. Krahn, D.D., Rock C., Dechert R.E. e.a. (1993). Changes in resting expenditure and body composition in anorexia nervosa during refeeding. *Journal of the American Dietetic Association*.

Marra, M., Polito, A., De Filippo, E., e.a. (2002). Are the general equations to predict BMR applicable to patients with anorexia nervosa? *Eating and weight disorders*, 7, 53-59.

NICE-richtlijn (2004)

Platte, P., Pirke, K.M., Trimborn, P., e.a. (1994). Resting Metabolic rate and total energy expenditure in acute and weight recovered patients with anorexia nervosa and in healthy young woman. *International Journal of Eating disorders*, 16, 45-52.

RANZCP-richtlijn (2003)

Schebendach, J., Golden, N.H., Jacobson, M.S., e.a. (1996). The metabolic responses to starvation and refeeding in adolescent with anorexia nervosa. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 817, 110-119.

Vaisman, N., Rossi, M.F., Corey, M., e.a. (1991). Effect of refeeding on the energy metabolism of adolescent girls who have anorexia nervosa. *European Journal of Clinical Nutrition*, 45, 527-537.

Weltzin, T.E., Fernstrom, M.H., Hansen, D., e.a. (1991). Abnormal caloric requirements for weight maintenance in patients with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal Psychiatry*, 148, 1675-1682.

6.1.2 Beleid gewichtstoename

6.1.2.1 Optimaal streefgewicht

Wetenschappelijk bewijs

Het behandeldoel is het herstellen van een gezond gewicht, het normaliseren van het eetpatroon, de ontwikkeling van een normale perceptie van honger en verzadiging en het herstellen van de somatische en psychische complicaties van ondervoeding en/of purgeren (Kaye e.a., 1988).

Bij postmenarchale vrouwen is een gezond gewicht in het algemeen bereikt wanneer de cyclus zich herstelt en ovulatie en menstruatie terugkeren. Als vrouwen op 90% van het ideaal lichaamsgewicht zitten herstelt de cyclus zich, bij de volwassen vrouwelijke populatie wordt voor 90% van het ideaalgewicht een BMI van 20 als grenswaarde gehanteerd. (Golden, 1997). Bij kinderen en pre-menarchale adolescenten is een gezond gewicht bereikt wanneer een normaal niveau van psychische en somatische ontwikkeling (inclusief puberteitsontwikkeling) terugkeert. Longitudinale lengte en gewichtsmetingen moeten ter vaststelling van een doelgewicht in een pediatrie groeicurve worden uitgezet (Reiff, 1992)

Conclusie

Niveau 3	<p>Het is aannemelijk dat bij volwassen vrouwen de normale menstruatiecyclus bij ongeveer 90% van het ideaalgewicht (bij een BMI 20) herstelt. Dit lijkt een aannemelijk streefgewicht. Bij kinderen is sprake van een gezond gewicht bij herstel van de normale psychische en somatische ontwikkeling. Het streefgewicht kan op basis van longitudinale gegevens over lengte en gewicht bepaald worden.</p> <p>B Golden 1997, Kaye 1988 D Reiff 1992</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

Bij kinderen moeten longitudinale lengte en gewichtsmetingen gebruikt worden bij het vaststellen van het streefgewicht. Ook bij volwassenen kunnen longitudinale gewichtsmetingen een betere schatting geven van het streefgewicht.

Aanbeveling

<p>Het is vanuit somatisch oogpunt gezien gewenst bij vrouwen het streefgewicht te baseren op dát gewicht dat de menstruatie doet terugkeren. Waarschijnlijk is vetmassa inderdaad geassocieerd met terugkeer van de menstruatie. Getallen zijn echter niet gevonden in de literatuur. Bij het individu lijkt terugkeer te voorspellen aan de hand van het gewicht waarbij de menstruatie verloren ging. Longitudinale gewichtsmetingen kunnen behulpzaam zijn bij het vaststellen van het streefgewicht voor een individuele patiënt. Bij kinderen dient het streefgewicht bepaald te worden op basis van longitudinale metingen van lengte en gewicht.</p>
--

Literatuur

Golden N.H., Jacobson M.S., Schebendach J. e.a. (1997). Resumption of menses in anorexia nervosa. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 16-21.

Kaye W.H., Gwirtsman H., Obarzanek E. e.a. (1988). Relative importance of calorie intake needed to gain weight and level of physical activity in anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Nutrition*, 989-994 .

Reiff D.W., Reiff K.K.L. (1992). Set point, in *Eating Disorders: Nutrition Therapy in the Recovery process*. Gaithersburg, Md, Aspen, p. 104-5.

6.1.2.2 Tempo gewichtsstijging

Voor het beantwoorden van de vraag of 0,5 of 1,5 kg gewichtstoename per week een betere prognose voor behoud van gewicht geeft is literatuuronderzoek verricht in de databases van PsycINFO en Medline. De volgende zoektermen zijn gebruikt: eating disorder, anorexia nervosa, increase in weight and prognosis, 0,5 kg 1 ½ kg, pound or 3 pounds, weight control.

Zestien artikelen zijn gelezen en de Australische (RANZCP, 2003), Amerikaanse (APA, 2000) en Engelse guideline (NICE, 2004). Hiervan is één artikel en de NICE en APA gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvraag.

Wetenschappelijke bewijs

Er is geen onderzoek verricht waarmee de vraag beantwoord wordt of er bij 0,5 kg gewichtstoename sprake is van een betere prognose op de langere termijn dan bij een grotere gewichtstoename.

In de NICE-richtlijn (2003) staat dat voor een opgenomen patiënt met anorexia nervosa 0,5–1,0 kg per week aankomen een doel van de behandeling moet zijn. Voor een ambulante behandelde patiënt is 0,5 kg per week een behandeldoel. De APA-richtlijn (2000) geeft aan dat opgenomen patiënten met anorexia nervosa 907–1360 gram per week en ambulante behandelde patiënten 227–454 gram per week kunnen aankomen.

Conclusie

Niveau 4	De APA en het NICE geven een gewichtstoename van 0,25-0,5 kg/week voor ambulante patiënten en 0,5-1.5 kg/week voor klinische patiënten aan als streefwaarden. D NICE-richtlijn, 2004, APA-richtlijn, (2000)
-----------------	--

Overige overwegingen

De situatie en eetgewoonten in Nederland lijken meer op de Engelse dan op de Amerikaanse en op grond daarvan heeft de werkgroep de NICE-richtlijn aangehouden. Een overweging is dat een snellere gewichtstoename bij de anorexia patiënt de angst kan doen toenemen (voor snelle verandering van het lichaam, voor het alleen aankomen in vetweefsel, en voor blijvende gewichtstoename) en de motivatie voor behandeling kan verlagen (practice based). Snellere gewichtstoename is wel gewenst bij patiënten die op een somatische afdeling zijn opgenomen. Enerzijds leidt een snellere gewichtstoename er toe dat een patiënt eerder naar een geëigende behandelsetting kan gaan en anderzijds is een snellere gewichtstoename soms nodig om ernstige complicaties te behandelen dan wel te voorkomen. Het is aannemelijk dat herstel en behoud van gewicht van meer factoren afhangt dan uitsluitend de gewichtstoename.

Vanuit het patiëntenperspectief geeft men aan dat veel patiënten het aankomen van 1 kg of meer per week veel vinden. Ze kunnen het niet "bijhouden". Het is te angstig. Cliënten ervaren het vaak wel als steunend als er eenduidige afspraken zijn over aankomen in een klinische of meerdaagse groepsbehandeling.

Aanbeveling

De werkgroep raadt aan met ambulante patiënten afspraken te maken over de gewenste gewichtstoename, met als richtsnoer 0,5 kg/week.

De werkgroep raadt aan om bij patiënten met AN die op een somatische afdeling zijn opgenomen een hogere gewichtstoename na te streven van 1-1,5 kg/week.

De werkgroep is van mening dat het geen bezwaar is om individueel met patiënten afspraken te maken om meer in gewicht per week aan te komen, mits rekening wordt gehouden met de risico's op een refeeding syndroom.

Literatuur

APA-richtlijn (2000).
NICE-richtlijn (2004).

6.1.3 Opklimschema

Zoekstrategie

Om de vraag te beantwoorden welk schema gevolgd kan worden voor gewichtstoename is gezocht in de databases van PsycINFO en Medline. Daarbij zijn als zoektermen gebruikt: eating disorder, anorexia nervosa, increase in weight and prognosis, weight control.

Daarnaast is gebruikgemaakt van de Australische (RANZCP, 2003), Amerikaanse (APA, 2000) en Engelse (NICE, 2004) richtlijnen.

Wetenschappelijke bewijs

In de bestaande richtlijnen (NICE-richtlijn, 2004; APA-richtlijn, 2000) is het beleid om bij ondergewicht te streven naar normale orale voeding waaraan tijdelijk, bij onvermogen tot voldoende calorie-inname, energieverrijkte dieetproducten kunnen worden toegevoegd.

Men kan de energiebehoefte berekenen met de Harris Benedict of de WHO formule. (zie § 6.1.1). De energiebehoefte hangt ook samen met het tempo van de gewichtsstijging (zie § 6.1.2.2).

Aanvankelijk is de energie behoefte laag door het hypometabolisme. Ter voorkoming van het refeeding syndroom (§ 6.1.4) wordt gestart met een lage hoeveelheid kcal, te weten met 30-40 kcal/ kg geleidelijk op te hogen naar 70-100 kcal/kg tot een gezond gewicht is bereikt (APA-richtlijn, 2000, Beumont, 1993; Zwaan de, 2002). Indien preventie refeeding syndroom niet aan de orde is, kan volstaan worden met het opbouwen van de voeding aan de hand van de gewichtstoename. Met name wanneer het gewicht stijgt en de ondergrens van het normale gewicht wordt bereikt kan de behoefte aan energie zeer hoog zijn. Het kan ook onjuist zijn, de patiënt te beschuldigen van onvoldoende intake, mogelijk worden in deze fase vaak te weinig calorieën voorgeschreven. Deze verhoogde energiebehoefte blijft ongeveer 6 maanden na het bereiken van het normale gewicht bestaan (Russell, J, e.a., 1998). Gedurende de refeeding stijgt de REE meer dan op grond van de fat free mass verwacht zou worden (3.84 ± 0.6 naar 4.36 ± 0.59) = 13.4%. In een multivariant analyse correleerde dit met energie intake, abdominal pain, physical activity, depressive mood. De ratio free mass / REE steed bij physical activity en cigarette smoking. Hun advies is meer voeden (een extra 30 kJ voor elke gram gewenste gewichtstoename) (Van Wymelbeke et al, 2004).

Om een bepaald gewicht in stand te houden is bij kinderen en adolescenten een dagelijkse calorische inname van 40-60 kCal/kg/dag noodzakelijk. Patiënten met anorexia nervosa die een aanvaardbaar gewicht hebben bereikt, hebben vaak 200-400 kcal meer nodig dan voor leeftijd, geslacht, lengte en gewicht gematchte controles. (Kaye e.a., 1991) Hierbij kan continue bewegingsonrust naast grote lichamelijke inspanning of purgeren een rol spelen. (Levine e.a., 1999) Mannen met anorexia nervosa kunnen een veel hogere energiebehoefte hebben (Anderson, 1990).

Conclusie

Niveau 4	<p>In de bestaande richtlijnen geeft men de voorkeur aan normale voeding om het gewenste gewicht te bereiken.</p> <p>Ter preventie van het refeeding syndroom dient men de hoeveelheid calorieën per 24 uur geleidelijk op te hogen, waarbij men start met 30-40 kcal/kg.</p> <p>B Levine 1999 D APA-richtlijn, 2000, Beumont 1993, de Zwaan 2002, Kaye 1991, Anderson 1990.</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Bij het bepalen van de hoeveelheid kcal/dag en de snelheid waarmee het aantal kcal/dag stijgt naar het niveau dat nodig is om een voor alle partijen aanvaardbaar gewicht te bereiken dient men een onderscheid te maken tussen patiënten die op een somatische afdeling zijn opgenomen in verband met een ernstige ondervoeding en patiënten die in een andere setting behandeld worden. Patiënten met ernstige ondervoeding die zijn opgenomen op een somatische afdeling dienen zo snel mogelijk een bepaald gewicht te bereiken om ernstige lichamelijke complicaties te behandelen, dan wel te vermijden. De gewenste gewichtstoename is in dat geval 1- 1,5 kg per week. In alle andere settings wordt gestreefd naar een minder snelle gewichtsstijging en heeft een berekening van de energiebehoefte de voorkeur. De norm van 70-100 cal/kg die in de Amerikaanse richtlijn wordt gehanteerd, leidt tot ongebruikelijke hoge energieïnnamen in de Nederlandse situatie en is dus niet wenselijk.

Op basis van expert-opinion is de gewenste gewichtstoename per week bij poliklinische patiënten gesteld op 0,25-0.5 kg en bij klinische patiënten 0,5-1,5 kg (§ 6.1.2.2).

Diëtisten pleiten op basis van hun ervaring voor een individuele benadering. De patiënt krijgt meer vertrouwen in de behandeling als de diëtist uitlegt dat de energiebehoefte berekend kan worden. Dat vertrouwen is nodig om verder te komen in de behandeling.

Aanbeveling

Bij het hervoeden dient bij voorkeur normale voeding te worden gebruikt.

De calorische intake dient geleidelijk aan te stijgen om het refeeding syndroom te voorkomen, hierbij wordt aangeraden te starten met 30-40 kcal/ kg/24h en dit geleidelijk op te hogen op geleide van de gewichtstoename. Als het risico op refeeding syndroom voorbij is of niet aan de orde is, dan worden met de patiënt afspraken gemaakt over de gewichtstoename per week. Hierna wordt een individueel voedingsadvies opgesteld, gebaseerd op een berekening van de energiebehoefte en het gewichtsverloop.

Bij patiënten die in verband met ernstige ondervoeding zijn opgenomen op een somatische afdeling wordt een snelle gewichtsstijging van 1 tot 1,5 kg per week aanbevolen. In andere settings dan een somatische afdeling wordt een minder snelle gewichtsstijging aanbevolen, op basis van een berekening van de energiebehoefte.

Literatuur

APA-richtlijn (2000)

Anderson, A.E. (1990). *Males with Eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.

Beumont, P.J.V., Russell, J.D., & Touyz, S.W. (1993). Treatment of anorexia nervosa. *Lancet*, 341, 1635-1640.

Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Hsu, L.K., e.a. (1991). An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 464-471.

Levine, J.A., Eberhardt, N.L., & Jensen, M.D. (1999). Role of nonexercise activity thermogenesis in resistance to fat gain in humans. *Science*, 283, 212-214.

NICE-richtlijn (2004)

RANZCP-richtlijn (2003)

Russell, J., Baur, L., Beumont, P., Byrnes, S., Zipfel, S. (1998). Research letters. Refeeding of anorexics: wasteful not wilful. *The Lancet*: 352, 1445-1446.

Wymelbeke, van. Et al. (2004). *American Journal Clinical Nutrition*, 80, 1469 – 1477.

Zwaan, M. de, Aslam, Z., & Mitchell, J.E. (2002). Research on energy expenditure in individuals with eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 361-369.

6.1.4 Het refeeding syndroom

6.1.4.1 Gevaar voor het ontstaan van het refeeding syndroom

Wetenschappelijk bewijs

Bij het hervoeden kunnen diverse complicaties optreden. Zo kan er initieel een lichte vochtretentie optreden waarover de patiënt moet worden voorgelicht. Het hervoeden kan ook zeer gecompliceerd verlopen, vooral gedurende de eerste week. Bij het abrupt stoppen van laxantia- of diureticamisbruik en/of braken wordt een situatie van chronische dehydratie doorbroken en kan ernstige vochtretentie ontstaan door de nog verhoogde aldosteronspiegel. Zelden ontstaat zo hartfalen (Powers, 1982). Bij snelle gewichtstoename (>2kg/3dagen) is extra controle geïndiceerd.

Te snel hervoeden kan in het bijzonder bij zeer ernstig ondergewicht leiden tot het refeeding syndroom met ernstige symptomen, waaronder hartritmestoornissen, hartfalen, delirium, convulsies. Dit syndroom kan leiden tot de dood (Kohn e.a., 1998; Solomon e.a., 1990).

Een centrale rol in de etiologie van dit syndroom wordt toegekend aan de hypofosfatemie die in de anabole fase van het hervoeden kan ontstaan doordat de lichaamsdepletie dan aan het licht komt (Treasure e.a., 1995). Hypofosfatemie leidt onder meer tot een inadequate ATP-productie – dus tot een energietekort in de cel, en tot weefselhypoxie door het verschuiven van de zuurstof-hemoglobine-dissociatiecurve naar links.

Tijdens het hervoeden worden dus zwaardere eisen gesteld aan het hart: er is een plotselinge toename van het circulerend volume bij een tekortschietende ATP-productie en een dystrofie van de hartspeer (Baars e.a., 2002; Woodside, 1995; Schocken e.a., 1989). Gedurende de eerste twee weken van het hervoeden is het risico op cardiale complicaties het grootst.

Tijdens de eerste fase van hervoeden dienen bij ernstige ondervoeding (lichaamsgewicht < 70% van het ideaalgewicht) dagelijks het gewicht, de vochtbalans, en de voedingsinname vastgelegd te worden. Tevens dienen pols, bloeddruk, temperatuur en ademhaling frequent te worden gecontroleerd. Twee tot drie maal per week dienen ECG-controles plaats te vinden en ook laboratoriumonderzoek: natrium, kalium, fosfaat en eventueel chloor, bicarbonaat, magnesium, calcium (Swenne, 2000). Bij zeer ernstige ondervoeding kan een hartmonitor noodzakelijk zijn.

Conclusie

Niveau 4	<p>In de eerste twee weken van hervoeden is het risico op het refeeding syndroom het grootst.</p> <p>Er moet gelet worden op:</p> <ul style="list-style-type: none"> vochtretentie met perifeer oedeem (behoeft geen therapie) decompensatio cordis (pas op voor te snelle gewichtstoename) hartritmestoornissen bij ernstige ondervoeding hypofosfatemie (suppleren) <p>C Kohn e.a., 1998 D Powers, 1982; Schocken e.a., 1989; Solomon, e.a., 1990; Treasure e.a., 1995; Woodside e.a., 1995; Baars e.a., 2002</p>
Niveau 4	<p>In de eerste fase van hervoeden bij ernstige ondervoeding (< 70% van het ideaalgewicht en op grond van het totale klinische beeld moeten gewicht, vochtbalans en inname dagelijks worden gecontroleerd. Regelmatig moeten de vitale functies gecontroleerd worden. Daarnaast dient men daarbij meerdere malen per week elektrolyten, calcium, fosfaat en het ECG te controleren.</p> <p>C Swenne, 2000</p>

Overige overwegingen

Bij zeer ernstige ondervoeding is continue ritmebewaking geïndiceerd.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat in de eerste twee weken van hervoeden rekening gehouden moet worden met het risico op het refeeding syndroom.

Het wordt aangeraden tijdens de eerste twee weken van het hervoeden regelmatige controle van het serumfosfaatgehalte uit te voeren gezien het risico van een symptomatische hypofosfatemie.

De werkgroep is van mening dat therapie bij vochtretentie met oedeem, zonder tekenen van decompensatio cordis, niet is geïndiceerd. Bij een te snelle gewichtsstijging (>2kg/3dagen) verdient het aanbeveling aan decompensatio cordis te denken. Het wordt bij extreme ondervoeding aangeraden rekening te houden met hartritme stoornissen die kunnen optreden tijdens de refeeding-fase.

De werkgroep is van mening dat bij ernstige ondervoeding (lichaamsgewicht < 70% van het ideaalgewicht) het aanbeveling verdient de volgende controles uit te voeren in de eerste fase van het hervoeden:

- meerdere malen per dag of op indicatie frequenter: pols, bloeddruk, lichaamstemperatuur en ademhalingsfrequentie;
- dagelijks gewicht, calorie-inname en vochtbalans;
- meerdere malen per week: elektrolyten, calcium, fosfaat, ECG.

6.1.4.2 Voorkomen van het refeeding syndroom

Wetenschappelijk bewijs

Het volledige refeeding syndroom kan voor een groot deel worden voorkomen door te hervoeden met een opklimschema met normale orale voeding of met sondevoeding (APA-richtlijn, 2000; Beumont e.a., 1993; Hall e.a., 1994). Bij parenterale voeding is de kans op complicaties veel hoger (Pertchuk e.a., 1981). Tevens dienen patiënten met ernstige ondervoeding te worden gecontroleerd volgens bovenstaande aanbevelingen.

Het enkeloedeem dat vaak gezien wordt bij het starten van volwaardige voeding is van voorbijgaande aard en verbetert zonder specifieke maatregelen (diuretica zijn niet geïndiceerd). Hypofosfatemie wordt bij kinderen frequenter gezien dan bij volwassenen bij refeeding met normale orale voeding of sondevoeding. In principe vindt orale suppletie plaats, bij ernstige hypofosfatemie vindt intraveneuze correctie plaats. Als complicatie kan hypocalciëmisches tetanie optreden (Hall e.a., 1994).

Conclusie

Niveau 4	<p>Het risico van het optreden van het refeeding syndroom is het laagst bij het gebruik van normale voeding en bij een geleidelijke opbouw van de calorische inname. Dit risico is hoger bij het gebruik van sondevoeding en het hoogst bij het gebruik van parenterale voeding.</p> <p>B Pertchuk e.a., 1981 D Beumont e.a., 1993; Hall e.a., 1994; APA-richtlijn, 2000</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Continue sondevoeding geeft een lagere kans op het optreden van het refeeding syndroom dan sondevoeding per bolus.

Aanbeveling

Het wordt aanbevolen bij het hervoeden normale orale voeding met een rustige opbouw van de calorische inname te gebruiken omdat het risico van refeeding syndroom dan het laagst is.

Indien sondevoeding is geïndiceerd, heeft continue sondevoeding de voorkeur.

Parenterale voeding heeft het hoogste risico van het optreden van het refeeding syndroom en is vrijwel nooit geïndiceerd.

De werkgroep is van mening dat bij een hypofosfatemie, afhankelijk van de ernst, gekozen kan worden voor orale of intraveneuze suppletie.

Literatuur

APA-richtlijn (2000).

Baars, A., Timmer, R., & Slee, P.H. (2002). Metabole ontregeling na opnieuw beginnen met voeding: 'refeeding'-syndroom: de centrale rol van fosfaat. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *146*, 9.

Beumont, P.J.V., Russell, J.D., & Touyz, S.W. (1993). Treatment of anorexia nervosa. *Lancet*, *341*, 1635-1640

Hall, D.E., Kahan, B., & Snitzer, J. (1994). Delirium associated with hypophosphatemia in a patient with anorexia nervosa. *The Journal of Adolescent Health*, *15*, 176-178.

Kohn, M.R., Golden, N.H., & Schenker, I.R. (1998). Cardiac arrest and delirium: presentations of the refeeding syndrome in severely malnourished adolescents with anorexia nervosa. *The Journal of Adolescent Health*, *22*, 239-243.

NICE-richtlijn (2004).

Pertchuk, M.J., Forster, J., Buzby, G., e.a. (1981). The treatment of anorexia nervosa with total parenteral nutrition. *Biological Psychiatry*, *16*, 539-550.

Powers, P.S. (1982). Heart failure during treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *139*, 1167-1170.

Schocken, D.D., Holloway, J.D., & Powers, P.S. (1989). Weight loss and the heart. Effects of anorexia nervosa and starvation. *Archives of Internal Medicine*, *149*, 877-881.

Solomon, S.M., & Kirby, D.F. (1990). The refeeding syndrome: a review. *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition*, *14*, 90-97.

Swenne, I. (2000). Heart risk associated with weight loss in anorexia nervosa and eating disorders: electrocardiographic changes during the early phase of refeeding. *Acta Paediatrica*, *89*, 447-452.

Treasure, J., Todd, G., & Szmulker, G. (1995). The inpatient treatment of anorexia nervosa. In G. Szmulker, C. Dare & J. Treasure (Red.), *Handbook of Eating Disorders* (pp. 275-291). Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Woodside, D.B. (1995). A review of anorexia and bulimia nervosa. *Current Problems in Pediatrics*, *25*, 67-89.

6.1.5 Sondevoeding

6.1.5.1 Somatische indicaties voor sondevoeding

Wetenschappelijk bewijs

In principe wordt ernaar gestreefd de patiënt te hervoeden door zelfstandig eten.

Sondevoeding is nodig bij extreme cachexie en uitputting of wanneer er ernstige medische complicaties bestaan. Indicaties voor sondevoeding zijn:

- terminale ondervoeding met bradyfrenie en spierzwakte;
- een suspecte anamnese voor, of aangetoonde hypoglykemieën en uitputting (gekenmerkt door spierzwakte en bradyfrenie), waardoor er onvermogen is om een normaal dieet met voldoende calorische inhoud te gebruiken;
- recidiverende hypoglykemieën bij ernstige ondervoeding.

Er is onvoldoende bewijs voor het routinematig voorschrijven van nachtelijke sondevoeding bij klinisch hervoeden, hoewel op korte termijn een snellere gewichtstoename werd gezien (Robb e.a., 2002).

Het is belangrijk dat er met de patiënt overeenstemming bestaat over de criteria voor het starten en beëindigen van sondevoeding.

Conclusie

Niveau 3	Het is aannemelijk dat sondevoeding is geïndiceerd bij uitputting waardoor normale orale inname niet mogelijk is, of bij het regelmatig optreden van hypoglykemieën.
	B Robb e.a., 2002

Overige overwegingen

Vanuit het patiëntenperspectief is aangegeven dat het wenselijk is dat contact opgenomen wordt met een diëtist voor de kwaliteit en kwantiteit van de sondevoeding.

Aanbeveling

Het verdient aanbeveling sondevoeding voor te schrijven bij patiënten die dreigen uitgeput te raken of bij wie hypoglykemieën zijn geconstateerd. In deze gevallen wordt continue sondevoeding geadviseerd. In overleg met de patiënt kan worden overwogen nachtelijke sondevoeding voor te schrijven om een snellere gewichtsstijging te bewerkstelligen.

6.1.5.2 Psychologische indicaties en contra-indicaties voor sondevoeding

In deze paragraaf worden de psychologische indicaties en contra-indicaties voor het starten respectievelijk stoppen van sondevoeding of het al of niet combineren van gewone voeding met sondevoeding bij patiënten met anorexia nervosa behandeld en tevens de benodigde begeleiding bij sondevoeding.

Er is literatuuronderzoek gedaan in de databases van Medline en PsycInfo met als zoektermen: 'anorexia nervosa', 'eating disorder', 'eating disorders', 'nasogastric feeding', 'involuntary treatment', 'forced feeding', 'refeeding', 'children', 'adolescents', 'ethical issues'. Deze zoektocht leverde in eerste instantie 27 titels op, waarvan maar een zeer beperkt aantal (3) betrekking had op anorexia nervosa en op psychologische (contra-)indicaties en dan nog slechts indirect. Over de noodzakelijke begeleiding werd slechts in 2 artikelen iets gevonden, waarbij sondevoeding een onderdeel is van maatregelen bij voedselweigering. Vervolgens is verder gezocht in andere bronnen, zoals boeken en het blad van de patiëntenvereniging om een beeld te krijgen van de mening van deskundigen met betrekking tot dit onderwerp.

Wetenschappelijk bewijs

Uit het literatuuronderzoek is geen onderzoek naar voren gekomen naar de indicaties of contra-indicaties vanuit psychologisch perspectief. De indicatiestelling tot sondevoeding gebeurt voornamelijk op somatische gronden, zoals bij dreigende complicaties door ondervoeding, of ten behoeve van een snellere gewichtstoename. Veel publicaties belichten de ethische of juridische kant van gedwongen sondevoeding bij weigering om te eten door levensbedreigde patiënten (Goldner, 1997, Griffiths, 1998). Daarbij wordt zijdelings ingegaan op de psychologische indicatie, namelijk de angst van de patiënt om aan te komen en het onvermogen om nog een verantwoorde beslissing over zijn eigen gezondheid te nemen in een ernstig levensbedreigende situatie. Zelden wordt ingegaan op de context van een behandeling – vrijwillig of gedwongen – waarbij sondevoeding wordt gegeven.

Één onderzoek heeft de tevredenheid van patiënten ná sondevoeding bestudeerd (Neiderman e.a., 2001). Het ging hier om een kleine populatie kinderen en jongeren en hun ouders. Het merendeel van deze groep was achteraf tevreden. Ook zijn er twee onderzoeken gedaan waarbij sondevoeding aanvullend op vrijwillige basis wordt gegeven om sneller lichamelijk herstel te bereiken (Robb e.a., 2000; Zuercher e.a., 2003).

Bij de laatste drie onderzoeken is sprake van sondevoeding die gegeven wordt binnen een gespecialiseerde behandelsetting voor anorexia nervosa. In deze onderzoeken is sprake van een zo goed mogelijke, liefst van te voren, met patiënten en/of ouders overeengekomen behandelafpraak. De patiënt, en eventueel de ouders, hebben op basis van voldoende informatie zo goed mogelijk een keuze kunnen maken met betrekking tot de noodzakelijke stappen om de veiligheid van de patiënt te waarborgen. Aan de context wordt duidelijk aandacht besteed in het artikel van Manley e.a. (2001). Hoewel het hier niet gaat om de resultaten uit onderzoek, maken de auteurs gebruik van onderzoek van anderen en van hun ervaring. Zij komen tot een beslissingskader met de veiligheid van de patiënt als basis. Hierbij worden de betrokkenen, patiënt en ouders, bij voorkeur tevoren betrokken in een afspraak over in welke situatie bijvoorbeeld dwangvoeding gegeven zal worden.

Gedachten in deze richting worden ook beschreven in hoofdstukken uit boeken en handboeken die betrekking hebben op de ethische, juridische en psychologisch/therapeutische aspecten van dwangbehandeling.

In de richtlijn van het National Institute for Clinical Excellence (2004) wordt geadviseerd om sondevoeding te geven in een gespecialiseerde setting, en om dit uitsluitend te doen als er lichamelijk risico is.

Conclusie

Niveau 4	<p>Uit het literatuuronderzoek is geen onderzoek naar voren gekomen naar de indicaties of contra-indicaties vanuit psychologisch perspectief.</p> <p>D Mening van de werkgroep</p>
Niveau 2	<p>Er zijn aanwijzingen dat sondevoeding wordt geïndiceerd op somatische gronden, zoals bij dreigende complicaties door ondervoeding, of ten behoeve van een snellere gewichtstoename.</p> <p>Een duidelijke eensluidende indicatie over wanneer een patiënt nog wel of niet meer in staat is om een verantwoorde beslissing over de eigen gezondheid te nemen, ontbreekt.</p> <p>B Robb e.a., 2002 ; Zuercher e.a., 2003 C Neiderman e.a., 2001 D Griffiths 1998, Goldner, 1997</p>
Niveau 2	<p>Er zijn aanwijzingen dat de context waarin de interventie van het geven van sondevoeding wordt toegepast medebepalend is voor de acceptatie door de patiënt, en daarmee voor het verloop van de verdere psychologische behandeling.</p> <p>B Robb e.a., 2002; Zuercher e.a., 2003 C Neiderman e.a., 2001 D Goldner, 1997, Griffiths, 1998; Manley e.a., 2001</p>

Niveau 4	<p>Experts zijn van mening dat een van tevoren door behandelers en patiënt samen opgesteld behandelplan de beste garantie geeft dat de somatische en psychologische begeleiding bij het geven van (gedwongen) sondevoeding zal worden geaccepteerd.</p> <p>D Goldner 1997, Griffiths 1998, Manley, 2001.</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Op basis van andere bronnen dan onderzoek (de mening van deskundige behandelers en patiënten) lijkt een goede behandelcontext en een liefst van tevoren overeengekomen behandelafpraak een voorwaarde voor een psychologisch acceptabele toepassing van sondevoeding.

In Nederland worden somatische en psychiatrische zorg meestal gescheiden. Dit betekent dat patiënten met anorexia nervosa met een levensbedreigend ondergewicht terecht komen op een interne of pediatrie afdeling van een algemeen ziekenhuis. Een dergelijke afdeling is ingericht voor het behandelen van somatische complicaties van ondervoeding. Artsen en verpleegkundigen daar zijn idealiter op de hoogte van de dynamiek van eetstoornissen en de huidige principes hoe daarmee om te gaan, zoals respect voor de patiënten en hun angst. Zij zijn op die manier in staat de rust en de veiligheid tijdens de opname te bewaren.

Zodra het gevaar van somatische complicaties niet meer aanwezig is, hoort een patiënt vervolgens niet meer in een ziekenhuis thuis. Binnen een behandelplan dient aangegeven te zijn waar de patiënt vervolgens heengaat. Het heeft de voorkeur dat de stap om sondevoeding toe te dienen gebeurt binnen de context van een met de patiënt en/of de wettelijke vertegenwoordigers van tevoren opgesteld behandelplan. Ook al durft een patiënt niet te eten of te stoppen met purgeren uit angst om aan te komen, het is vaak nog wel mogelijk om afspraken te maken over stappen in een levensbedreigende situatie voordat deze bereikt is. Bij het bespreken daarvan hoort met redenen te worden aangegeven waar de grenzen liggen van de vrije keuze. Het opstellen van een dergelijk behandelplan waarin de patiënt zoveel mogelijk zelf keuzes kan maken behoort tot de psychiatrische of psychotherapeutische zorg, in samenwerking met de somatici, en is onderdeel van het creëren van een behandelrelatie en het ingaan van een motiveringstraject.

Indien met duidelijkheid en respect is gehandeld zal de sondevoeding beter worden geaccepteerd en de behandelrelatie niet worden geschaad.

Het verdient aanbeveling dat patiënten die niet (meer) in levensgevaar verkeren, maar voor voeding afhankelijk zijn van de sonde, omdat ze niet willen of durven eten, opgenomen kunnen worden op een daarvoor toegeruste gespecialiseerde afdeling in de psychiatrie. Op een dergelijke afdeling is de expertise aanwezig om de psychotherapeutische en verpleegkundige begeleiding van de patiënt verder vorm te geven. Een enkele maal komt het voor dat patiënten zo weinig bereikbaar zijn dat een meer langdurige combinatie van zowel somatische interventies, zoals sondevoeding, als psychiatrische zorg (dwangbehandeling) nodig is, met daarbij voldoende kennis van anorexia nervosa en de behandeling daarvan. Momenteel ontbreken daarvoor in ons land geschikte plaatsen.

Vanuit het verpleegkundig perspectief is aangegeven dat de taken van de verpleegkundigen bij het geven van sondevoeding zijn:

- angstreductie
- toezicht houden
- uitleg geven
- voorspellen van mogelijke effecten

De verpleegkundige moet zich daarbij bewust zijn van zijn attitude en niet ongeduldig of negatief zijn tegen de patiënt omdat deze niet wil eten. Specifieke kennis van eetstoornissen is voor verpleegkundigen van belang en transparantie en voorspelbaarheid bij de opzet en uitvoering van het verpleegplan zijn essentieel.

De verpleegkundigen geven de voorkeur aan het eerst nog aanbieden van energie-verrijkte drinkvoeding aan weigerachtige patiënten, voordat wordt overgegaan tot het geven van sondevoeding.

Vanuit het cliëntenperspectief is aangegeven hoe patiënten met de ervaring van sondevoeding aankijken tegen de opname (Antenne). Het betreft vooral tips ten aanzien van het verplegend personeel, dat overigens als behulpzaam wordt ervaren. Naast overeenkomsten vanuit het verpleegkundig perspectief zeggen patiënten baat te hebben bij een bejegening in de vorm van interesse voor de persóón en niet alleen de ziekte, het ervaren van contact en aandacht en vertrouwen en respect voor de angst. Op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis zou de verpleegkundige een voorbeeldfunctie moeten hebben met betrekking tot het eten. Tot slot werken dreigen, controleren of beschuldigen averechts en maken de geheimhouding sterker.

Aanbeveling

Het verdient aanbeveling dat de hulpverlener die de patiënt behandelt en begeleidt bij het toedienen van de sondevoeding op de hoogte is van de dynamiek van eetstoornissen en de huidige principes om daarmee om te gaan, zoals respect voor de patiënten en hun angsten.

Het toedienen van sondevoeding is geïndiceerd wanneer de weigering om voedsel tot zich te nemen leidt tot lichamelijk risico. Aanbevolen wordt dat dit gebeurt binnen de context van een met de patiënt en/of de wettelijke vertegenwoordigers van tevoren opgesteld behandelplan waarvoor de lichamelijke veiligheid van de patiënt de leidraad is. In een dergelijk plan wordt aangegeven wanneer welke stappen genomen worden om de veiligheid van de patiënt te garanderen.

Het verdient aanbeveling dat bij het opstellen van een behandelplan de patiënt en/of de wettelijke vertegenwoordigers zoveel mogelijk keuzes kunnen maken volgens het principe van informed consent. Het opstellen van een dergelijk plan is onderdeel van het creëren van een behandelrelatie en het ingaan van een motiveringstraject.

De werkgroep beveelt aan dat patiënten die niet (meer) in levensgevaar verkeren, maar voor voeding afhankelijk zijn van de sonde, omdat ze nog niet willen of durven eten, opgenomen worden op een daarvoor toegeruste gespecialiseerde afdeling voor de behandeling van eetstoornissen in de psychiatrie.

Het is gewenst dat er voor die patiënten die langdurig gedwongen voeding nodig hebben plaatsen komen in Nederland waar zowel psychiatrische als somatische zorg kan worden geboden met voldoende kennis van eetstoornissen.

Literatuur

- Goldner, E.M., Birmingham, C.L., Smye, V. (1997). Addressing treatment refusal in anorexia nervosa: clinical, ethical and legal considerations. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Red.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2de druk, pp. 450-461). London: Guilford Press
- Griffiths, R, & Russel, J. (1998). Compulsory treatment of anorexia nervosa. In W. Vandereycken & P.J.V. Beumont (Red.), *Treating eating disorders: Ethical, legal and personal issues*. London: Athlone Press.
- Manley, R.S., Smye, V. Srikameswaran S. (2001). Addressing complex ethical issues in the treatment of children and adolescents with eating disorders: Application of a framework for ethical decision-making. *European Eating Disorders Review*, 9 Issue 3, pp. 144-166
- NICE-richtlijn (2004)
- Neiderman, M., Farley, A., Richardson, J., e.a. (2001). Nasogastric feeding in children and adolescents with eating disorders: toward good practice. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 441-448.

- Robb, A.S., Silber, T.J., Orrell-Valente, J.K., e.a. (2002). Supplemental nocturnal nasogastric refeeding for better short-term outcome in hospitalized adolescent girls with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1347-1353.
- Sieders, R. (1988). Sondevoeding, het wapen van de machteloze therapeut. *Antenne*, december 1988. Van dezelfde auteur boekbesprekingen in *Antenne*, nr. 51-16, nr. 59-2, december 1990, nr. 67-01, februari 1992.
- "Maar een sonde? Vreselijk", en "Karine Hoenderbos, reactie, beide in *Antenne* 68 april 1992.
- "Sondevoeding" in *Antenne* nr. 70, augustus 1992,
- "Overcoming anorexia nervosa", *Antenne* 82, augustus 1994.
- "Verpleegkundige, Zeeland", *Antenne* 122, april 2001
- "Gesprek op de Ursula in Leidschendam", en "Sondevoeding is mijn redding geweest", *Antenne* 122, april 2001.
- Zuercher, J.N., Cumella, E.J., Woods, B.K., e.a. (2003). Efficacy of voluntary nasogastric tube feeding in female inpatients with anorexia nervosa. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 27, 268-276.

6.2 Psychotherapie

In deze paragraaf wordt besproken hoe effectief de verschillende vormen van psychotherapie voor patiënten met anorexia nervosa in de diverse stadia zijn.

Psychotherapeutische interventies kunnen deel uitmaken van iedere fase van de behandeling: van de intake tot de overdracht naar een vervolgbehandeling. De doelstellingen van de psychotherapeutische interventies zijn afhankelijk van de fase van behandeling en de vraag van de cliënt. Zo kunnen psychotherapeutische interventies gericht zijn op de motivatie voor verandering, verstoord eetgedrag en purgeergedrag, gewichtsherstel, de lichaamsbeleving en zelfwaardering en disfunctionele cognities. Meer inzichtgevende therapeutische interventies kunnen geïndiceerd zijn na het bereiken van gewichtsherstel.

Er is nauwelijks goed gecontroleerd onderzoek (randomised controlled trials, RCT's) gedaan naar de effecten van psychotherapie op het herstel van anorexia nervosa. Er zijn enkele kleinschalige onderzoeken zonder follow-up en doorgaans ontbreekt is in deze onderzoeken de statistische power om effecten (verschillen tussen behandelgroep en controlegroep) aan te kunnen tonen. Meestal betrof het onderzoeken die niet gerepliceerd zijn. De meeste onderzoeken betreffen volwassen patiënten met anorexia nervosa. De uitkomstmaat blijft in de besproken onderzoeken altijd beperkt tot gewichtsherstel en/of de proportie herstelde patiënten, dit is niet altijd het gewenste doel die de patiënt bij de behandeling voor ogen heeft. De bevindingen zijn tot op heden niet eenduidig te interpreteren en evidence-based treatment is in geval van anorexia nervosa niet goed mogelijk.

Literatuur werd gezocht met behulp van Embase Psychiatry, PsychINFO en Pubmed, met onder meer als trefwoorden: 'outcome', 'treatment', 'therapy', 'trial' en 'anorexia nervosa', in wisselende samenstelling. Uit het literatuuronderzoek bleek dat er bij patiënten met anorexia nervosa onderzoek werd gedaan naar cognitieve gedragstherapie (CGT), 'educational' gedragstherapie, gedragstherapie, psychoanalytische psychotherapie, cognitieve analytische therapie (CAT), interpersoonlijke therapie (IPT) en verschillende vormen van systeemtherapie (klassieke gezinstherapie en gezinscounseling). In de verschillende onderzoeken werd een vergelijking gemaakt met een dieetadvies, een andere psychotherapie, non-specifieke ondersteunende behandeling, een wachtlijst of farmacotherapie. Daarnaast is er onderzoek gedaan naar (aspecten van) de klinische behandeling van anorexia nervosa.

6.2.1 Ambulante psychotherapie

Wetenschappelijk bewijs

Slechts zeven RCT's werden gevonden die zich specifiek richten op ambulante individuele psychotherapie voor adolescenten en volwassenen. Daarnaast is een aantal onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van verschillende vormen van systeemtherapie. De geringe grootte van de onderzoeken heeft tot gevolg dat er waarschijnlijk onvoldoende statistische power is om verschillen tussen de verschillende psychothera-

pieën aan te tonen. De interpretatie van de resultaten uit deze onderzoeken moet, in het licht van de beperkingen, met enige voorzichtigheid en terughoudendheid geschieden.

Het gebrek aan RCT's is verontrustend. Een empirische basis voor de (ambulante) psychotherapeutische behandeling van patiënten met anorexia nervosa is dringend gewenst. Dit vraagt om grotere RCT's die de effectiviteit van specifieke vormen van psychotherapie toetsen met gestandaardiseerde uitkomstmaten en standaardmeetmomenten (voor en na behandeling, een jaar na einde behandeling).

Conclusie

Niveau 1	<p>Er is echter weinig verschil tussen de verschillende vormen van psychotherapie. De resultaten zijn ook niet eenduidig: de resultaten van 'treatment as usual' waren soms beter en soms slechter dan specifieke vormen van psychotherapie. De effecten van psychotherapie op gewichtsherstel zijn zowel aan het einde van de behandeling als bij follow-up beperkt. Specifieke psychotherapie is misschien meer effectief dan geen behandeling, 'treatment as usual' of voedingsmanagement.</p> <p>A1 Hay e.a., 2003 A2 McIntosh e.a., 2004</p>
Niveau 2	<p>Er is onvoldoende bewijs om vast te stellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dat uitsluitend voedingsmanagement voldoende is als behandeling voor anorexia nervosa • dat klinische behandeling beter is dan ambulante behandeling voor niet acuut in gevaar verkerende patiënten • dat bij kinderen en adolescenten het toevoegen van gezinstherapie de behandeling effectiever of minder effectief maakt • dat bij kinderen en adolescenten het toevoegen van 'body awareness' therapie aan gezinstherapie effectiever is dan gezinstherapie alleen. <p>B Hall & Crisp, 1987; Robin e.a., 1999; Serfaty e.a., 1999; Eisler e.a., 2000; Wallin e.a., 2000 ; Meads et al. 2001.</p>

Overige overwegingen

Op basis van een kritische beoordeling van de literatuur is geen duidelijke keuze te maken voor een specifieke psychotherapeutische aanpak. De noodzaak voor goede gecontroleerde behandelonderzoeken wordt hiermee onderstreept. Vooralnog is het belangrijk de toepassing van de algemene psychotherapeutische principes in de psychotherapeutische behandeling van patiënten met anorexia nervosa te benadrukken. Het opbouwen van een goede vertrouwensrelatie en het vergroten van de motivatie tot verandering staan hierin centraal. Binnen de opgebouwde behandelrelatie kan gewerkt worden aan de met de patiënt overeengekomen doelen. Vaak zal hierbij worden gewerkt aan gewichtsherstel, abstinentie van eetbuien en purgeergedrag, de lichaamsbeleving, emoties en disfunctionele cognities. Maar ook de kwaliteit van leven, interpersoonlijke relaties en werk kunnen de focus zijn van de behandeling.

6.2.2 Klinische psychotherapie

Klinische psychotherapie vormt een belangrijk onderdeel van de klinische behandeling. Naast de specifiek psychotherapeutische activiteiten vindt men ook dat het sociotherapeutische milieu onder klinische psychotherapie valt.

Klinische psychotherapie is gericht op het normaliseren van het eetpatroon, gewichtsherstel en abstinentie van eetbuien en purgeergedrag. Daarnaast kunnen verschillende psychotherapeutische technieken worden ingezet om de instandhoudende en/of oorzakelijke factoren te bewerken.

Wetenschappelijk bewijs

Er is vrijwel geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van klinische psychotherapie. Er zijn twee RCT's bekend (Eckert e.a., 1979; Weizman e.a., 1985) en drie niet-gerandomiseerde onderzoeken (Herzog e.a., 1996, Solanto e.a., 1994, Richard for COST Action B6, 2005). Steeds werd het effect van de behandeling op vooral gewichtstoename onderzocht.

De meeste klinische behandelingen zijn 'multimodaal': het relatieve belang en de effectiviteit van de verschillende componenten is nauwelijks onderzocht. Er zijn twee kleine onderzoeken (Goldfarb e.a., 1987; Pillay & Crisp, 1981) naar de relatieve effecten van gedragstherapie (systematische desensitisatie), relaxatie en sociale vaardigheidstraining verricht, maar er is onvoldoende evidentie om daar enige conclusies uit te trekken. Er is beperkte evidentie voor dat klinische behandeling met als expliciet doel het veranderen van symptomen en gewicht effectiever is (gewichtstoename) dan een programma dat niet expliciet gericht is op het veranderen van symptomen en gewicht.

Verhoging van het criterium gewichtstoename van 0,4 tot 0,5 kg in 4 dagen binnen een gedragstherapie leidt tot snellere gewichtstoename. De acceptatie van klinische behandeling in een gespecialiseerd centrum is minder groot dan de acceptatie van ambulante psychotherapie verzorgd door datzelfde centrum.

Een grote Europese beloopstudie (COST Action B6; N=976 patiënten met AN)) rapporteerde een effectiviteit van 30% aan het einde van de klinische behandeling. Eén jaar na het einde van de behandeling was dit 37%. De criteria voor een positieve uitkomst waren een BMI > 17,5, EDI DT ≤ 4,5 en een gering verschil tussen ware en geschatte BMI (<3,5). De twee deelnemende Nederlandse behandelcentra (N=93 patiënten met AN) rapporteerden een effectiviteit van 60% na einde behandeling en 49.5% één jaar na het einde van de behandeling. Tevens liet het onderzoek voor de Nederlandse data een duidelijke positieve relatie zien tussen de ernst van de ziekte en de duur van de behandeling in relatie tot de kans op een positief resultaat. De goede resultaten van de Nederlandse klinische behandeling worden toegeschreven aan de grotere intensiteit van de behandeling en de langere duur van de klinische behandeling (gemiddeld 28 weken) (Richard for COST Action B6, 2005a en 2005b).

Conclusie

Niveau 3	Er is beperkte evidentie dat klinische behandeling effectief is.
	C Crisp e.a., 1991; Solanto e.a., 1994; Herzog e.a., 1996.
	B Richard for COST Action B6, 2005b.

Overige overwegingen

Klinische psychotherapie is een complexe multimodale multidisciplinaire behandeling (in het Engels 'residential treatment' – niet te verwarren met 'inpatient treatment'). Binnen de klinische psychotherapie speelt het dagelijkse leefklimaat een belangrijke rol in het motivatieproces tot verandering. Het bewerken van dit therapeutische milieu is vooral het werkterrein van de sociotherapeuten. Zij moeten ook de door de patiënt in de vak- en psychotherapie opgedane ervaringen vertalen naar het 24-uursmilieu. Binnen de Nederlandse setting is veel ervaring met het werken in homogene groepen van patiënten met alleen een eetstoornis, of vaker nog met alleen anorexia nervosa. Patiënten fungeren hierbij als 'cotherapeuten': zijn steunen elkaar om gewenste doelen te bereiken en confronteren elkaar met ongewenst gedrag.

6.2.3 Ambulante psychotherapie na klinische behandeling

Wetenschappelijk bewijs

Er is in beperkte mate onderzoek verricht naar de effectiviteit van ambulante psychotherapie als vervolgbehandeling na een klinische behandeling. Het doel van de klinische behandeling was steeds het bereiken van gewichtsherstel. Het doel van de daaropvolgende ambulante behandeling was het verbeteren van de prognose en terugvalpreventie. Er is onderzoek gedaan naar cognitieve gedragstherapie (CGT), gezinstherapie, dieetcounseling en ondersteunende therapie (Russell e.a., 1987; Geist e.a., 2000; Pike e.a., 2003).

Conclusie

Niveau 2	<p>Er is beperkte evidentie gevonden voor het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • individuele ondersteunende psychotherapie is effectiever dan gezinstherapie in termen van gewichtstoename bij volwassen patiënten. Maar als de anorexia nervosa begint voor het 19de jaar en 3 jaar of korter duurt, dan is gezinstherapie die expliciet gericht is op de eetstoornis superieur aan individuele ondersteunende psychotherapie • CGT is, na gewichtsherstel in ziekenhuis, effectiever dan dieetcounseling in termen van mate van herstel en terugvalpercentages <p>Er is onvoldoende bewijs om vast te stellen of een groepsgevoegs gezinslesprogramma versus klassieke gezinstherapie na gedeeltelijke gewichtsherstel in het ziekenhuis effect heeft</p> <p>A2 Russell e.a., 1987. B Geist e.a., 2000; Pike e.a., 2003.</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Er zijn vrijwel geen methodologisch goede onderzoeken gedaan naar de psychotherapeutische behandeling van anorexia nervosa.

Het herstel en het effect van de therapie worden in de meeste gevallen afgemeten aan de mate van gewichtsherstel. Dat is echter niet de enige variabele die van belang is. Overige variabelen zijn helaas nauwelijks in onderzoek meegenomen.

Over de langetermijneffecten van de onderzochte behandelingen is nauwelijks iets bekend.

De progressie van de behandeling dient ten minste eenmaal per half jaar beoordeeld te worden. De noodzaak tot het bereiken van progressie is afhankelijk van de leeftijd en de mate van ernst bij aanvang van de behandeling. Wanneer stagnatie in de behandeling langer dan drie maanden duurt, dient een alternatieve (mogelijk intensievere) behandeling overwogen te worden.

Vanuit de praktijk bestaat de ervaring dat er mogelijk betere resultaten worden bereikt met patiënten met anorexia nervosa in homogene groepen dan in heterogene groepen.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat bij de psychotherapeutische behandeling van patiënten met anorexia nervosa ambulante psychotherapie eerste overwogen dient te worden (geen specifieke vorm aanbevolen). Behandeling moet zich richten op gewichtsherstel, abstinentie van eetbuien en purgeergedrag, herstel van de lichaamsbeleving en disfunctionele cognities. >

De werkgroep beveelt klinische psychotherapie (eventueel in deeltijd) aan wanneer ambulante behandeling geen (blijvend) gewichtsherstel heeft opgeleverd.

De progressie van de behandeling dient ten minste eenmaal per half jaar beoordeeld te worden. Wanneer stagnatie in de behandeling langer dan drie maanden duurt, dient een alternatieve (mogelijk intensievere) behandeling overwogen te worden.
Verslechtering van de lichamelijke conditie is een indicatie voor verwijzing naar een intensievere behandeling.

De werkgroep beveelt aan dat klinische psychotherapie (eventueel in deeltijd) voor volwassenen bij voorkeur gegeven wordt in homogene groepen (alleen patiënten met anorexia nervosa).

De werkgroep beveelt aan om jeugdige patiënten met anorexia nervosa, eventueel na het bereiken van gewichtsherstel in een klinische behandeling, te behandelen met een vorm van systeemtherapie.
Het is niet duidelijk of die gezinsinterventies beter gericht kunnen zijn op ouders en kind samen (klassieke gezinstherapie), of op ouders en kind afzonderlijk (gezinscounseling en/of individuele therapie).

De werkgroep beveelt aan om volwassen patiënten met anorexia nervosa, na het bereiken van gewichtsherstel in een klinische behandeling, te behandelen met een vorm van ambulante psychotherapie (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie).

Literatuur

- Crisp, A.H., Norton, K., Gowers, S., e.a. (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 325-333.
- Eckert, E.D., Goldberg, S.C., Halmi, K.A., e.a. (1979). Behaviour therapy in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 134, 55-59.
- Eisler, I., Dare, C., Hoes, M., e.a. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 41, 727-736.
- Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., e.a. (2000). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 173-178.
- Goldfarb, L.A., Fuhr, R., Tsujimoto, R.N., e.a. (1987). Systematic desensitisation and relaxation as adjuncts in the treatment of anorexia nervosa: a preliminary study. *Psychological Reports*, 60, 511-518.
- Hall, A., & Crisp, A.H. (1987). Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa. Outcome at one year. *British Journal of Psychiatry*, 151, 185-191.
- Hay, P., Bacaltchuk, J., Claudino, A., e.a. (2003). *Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa* (Cochrane Review).
- Herzog, T., Hartmann, A., & Falk, C. (1996). The short-term effects of psychodynamic in-patient treatment of anorexia nervosa with and without an explicit focus on eating pathology – A controlled study. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 46, 11-22.
- Meads, C., Gold, L. & Burls, A. (2001). How effective is outpatient care compared to inpatient care for the treatment of anorexia nervosa? a systematic review. *Eur Eating Dis Rev*, 9, 229-241.
- McIntosh, V., Jordan, J., Carter, F., e.a. (in druk). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*.
- Pike, K., Walsh, B., Vitousek, K., e.a. (2003). Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2046-2049.
- Pillay, M., & Crisp, A.H. (1981). The impact of social skills training within an established inpatient treatment programme for anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 139, 533-539.
- Richard, M. for COST Action B6 (2005a). Care provision for patients with eating disorders in Europe: What patients get what treatment where? *European Eating Disorder Review*, 13, 159 – 168.
- Richard, M. for COST Action B6 (2005b). Effective treatment of eating disorders in Europe: Treatment outcome and its predictors. *European Eating Disorder Review*, 13, 169 – 179.
- Robin, A.L., Siegel, P.T., Moye, A.W., e.a. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1482-1489.

- Russell, G.F., Szmukler, G.I., Dare, C., e.a. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
- Serfaty, M.A., Turkington, D., Heap, M., e.a. (1999). Cognitive therapy versus dietary counselling in the outpatient treatment of anorexia nervosa: effect of the treatment phase. *European Eating Disorders Review*, 7, 334-350.
- Solanto, M.V., Jacobson, M.S., Hellers, L., e.a. (1994). Rate of weight gain of inpatients with anorexia nervosa under behavioural contracts. *Pediatrics*, 93, 989-991.
- Wallin, U., Kronovall, P., & Majewski M.L. (2000). Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: Outcome after two years. *European Eating Disorders Review*, 8, 19-30.
- Weizman, A., Tyano, S., Wijsenbeek, H., e.a. (1985). Behaviour therapy, pimozide treatment and prolactin secretion in anorexia nervosa. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 43,136-140.

6.3 Farmacotherapie

6.3.1 Psychofarmaca

In deze paragraaf wordt de rol van medicatie bij de behandeling van anorexia nervosa beschouwd.

Er is uitgegaan van de literatuur die in de in 2003 verschenen richtlijnen uit Engeland, van het National Institute for Clinical Excellence (NICE; 2003), hoofdstuk 7.3 Pharmacological interventions, is gebruikt. Vervolgens heeft een update plaatsgevonden (januari 2002- februari 2004) met behulp van de databases van Medline en PsychInfo en met als zoektermen 'medication', 'pharmacotherapy', 'drugs', 'controlled trial AND anorexia nervosa OR eating disorders'.

Wetenschappelijk bewijs

Er zijn onderzoeken bestudeerd naar het gebruik van antidepressiva (tricyclische antidepressiva en serotonineheropnameremmers (SSRI's)), antipsychotica en antihistaminica. Onderzoeken naar het effect van lithium werden uitgesloten, gezien het verhoogde risico op toxiciteit van dit middel bij patiënten met anorexia nervosa. Tien randomised controlled trials (RCT's) waarin 11 middelen werden vergeleken met placebo bij totaal 413 volwassen deelnemers zijn in de beoordeling betrokken. De keuze voor onderzoek met antidepressiva komt voort uit de waarneming dat een behoorlijk aantal patiënten met anorexia nervosa ook kenmerken van een depressief syndroom vertoont. De keuze voor het onderzoek met antipsychotica komt voort uit enerzijds de waanachtige denkbeelden over de lichaamsomvang bij anorexia nervosa, anderzijds door de bijwerking gewichtstoename die deze groep middelen heeft. Ook voor antihistaminica geldt dat gewichtstoename een belangrijke bijwerking kan zijn. Als voorname uitkomstmaat is bij het meeste onderzoek naar gewichtstoename gekeken.

Conclusie

Niveau 4	<p>De vergelijkende onderzoeken met antidepressiva versus placebo die zijn uitgevoerd bij een populatie in een multimodale klinische behandelsetting laten geen significant verschil zien in gewichtstoename.</p> <p>Er is onvoldoende bewijs voorhanden voor enig effect van antipsychotica en antihistaminica op gewicht vergeleken met placebo bij multimodale klinische behandeling. Tevens bestaat onvoldoende bewijs om vast te stellen of er in dit opzicht enig verschil is tussen antipsychotica en antidepressiva.</p> <p>D NICE-richtlijn, 2004.</p>
-----------------	---

Niveau 3	Er is enig bewijs (één RCT) dat er een significant verschil is in preventie van terugval bij gebruik van een SSRI (fluoxetine) een jaar nadat door klinische behandeling gewichtsherstel is bereikt. B Kaye e.a., 2001.
-----------------	--

Overige overwegingen

Onvoldoende bewijs is aanwezig om vast te stellen of medicatie meer of minder aanvaardbaar is dan placebo of geen therapie. Ook valt niet op te maken uit de gecontroleerde trials of er veel bijwerkingen zijn. Medicatie wordt echter als minder aanvaardbaar en minder veilig beschouwd dan psychotherapie. In een toestand van ondervoeding en bij purgeergedrag kan medicatie ook tot ernstige somatische complicaties leiden, zeker medicatie die het hartritme kan beïnvloeden. Ook kan de farmacokinetiek verstoord zijn.

Het is verder onzeker of de resultaten uit de trials te generaliseren zijn naar kinderen en adolescenten (geen evidence).

Het blijft onbewezen of nieuwe middelen (bijvoorbeeld de atypische antipsychotica) van waarde zijn. Er zijn geen RCT's over beschikbaar, wel diverse gevalbeschrijvingen met positieve bevindingen. Ook worden in Nederland regelmatig atypische antipsychotica (in het bijzonder olanzapine) voorgeschreven bij therapieresistentie. De langetermijneffecten en eventuele schadelijke gevolgen (mogelijk diabetogeen) zijn bij deze groep patiënten echter nog niet duidelijk.

Comorbiditeit in de vorm van depressieve stoornissen en angststoornissen treden frequent op. Meestal verdwijnen de verschijnselen bij behandeling van de anorexia nervosa en is medicamenteuze behandeling hiervoor niet noodzakelijk. Daarnaast bestaan aanwijzingen dat antidepressiva minder werkzaam zijn bij ondervoede patiënten.

Vanuit het patiëntenperspectief is aangegeven dat patiënten in geval van chroniciteit niet de mogelijkheid mag worden onthouden om middelen te krijgen waarvan de indruk bestaat dat ze werken, ook al is er (nog) geen bewijs voor. Zo wordt bijvoorbeeld in de Australische patiëntenversie van de richtlijn beschreven (RANZCP-richtlijn, 2003) dat sommige chronische patiënten baat hebben bij olanzapine.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat medicatie van beperkte waarde is bij de behandeling van anorexia nervosa en niet als therapie van eerste keuze of als enige behandeling dient te worden voorgeschreven.

Bij therapieresistentie wordt een proefbehandeling met medicatie, bijvoorbeeld met atypische antipsychotica, aanbevolen.

Indien na gewichtsherstel de kans op terugval aanzienlijk wordt geacht, wordt aanbevolen een selectieve serotonineheropnameremmer (fluoxetine) ter preventie voor te schrijven.

Bij comorbiditeit dat herstel in de weg staat, kan medicamenteuze behandeling, bijvoorbeeld met antidepressiva, overwogen worden.

Literatuur

NICE-richtlijn (2004).

Kaye, W.H., Nagata, T., Weltzin, T.E., e.a. (2001). Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 49, 644-652.

RANZCP-richtlijn (2003).

6.3.2 Overige medicatie

6.3.2.1 Anti-emetica en maagzuurremmers

Wetenschappelijk bewijs

Bij blijvend braken of zuurbranden kan het voorschrijven van protonpompremmers worden overwogen. Sommigen veronderstellen ook een verminderd optreden van alkalose en hypokaliëmie bij het gebruik van protonpompremmers, maar dit is niet bewezen (Eiro e.a., 2002).

Metoclopramide is wegens de associatie met een verhoogd risico op ventriculaire aritmieën (toename QT/RR-helling en QT-variantie) gecontra-indiceerd (Ellidokuz & Kaya, 2003). Cisapride moet worden ontraden. Een klein onderzoek toonde geen effect hiervan op gewichtstoename aan. Het middel wordt geassocieerd met cardiale complicaties, in het bijzonder ventriculaire tachycardie, torsades de pointes en plotse linge dood (Szmukler e.a., 1995; Yap & Camm, 2000; Sheridan, 2000).

Het gebruik van ondansetron bij anorexia nervosa is nog niet onderzocht.

Conclusie

Niveau 2	<p>Bij braken hebben protonpompremmers mogelijk een nuttig effect op maagzuurklachten, alkalose en hypokaliëmie, bewezen is dit echter niet. Er zijn aanwijzingen dat metoclopramide en cisapride gecontra-indiceerd zijn vanwege het risico op ritmestoornissen.</p> <p>B Ellidokuz e.a., 2003, Szmukler e.a., 1995. D Eiro e.a., 2002; Sheridan, 2000; Yap & Camm, 2000.</p>
-----------------	--

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat bij braken:

- een protonpompremmer kan worden overwogen;
- metoclopramide of cisapride gecontra-indiceerd zijn vanwege het risico op cardiale ritmestoornissen.

Literatuur

Eiro, M., Katoh, T., & Watanabe, T. (2002). Use of a proton-pump inhibitor for metabolic disturbances associated with anorexia nervosa. *New England Journal of Medicine*, 346, 140.

Ellidokuz, E., & Kaya, D. (2003). The effect of metoclopramide on QT dynamicity: double-blind, placebo-controlled, cross-over study in healthy male volunteers. *Alimentary pharmacology and therapeutics*, 18, 151-155.

Szmukler, G.I., Young, G.P., Miller, G., e.a. (1995). A controlled trial of cisapride in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 347-357.

Yap, Y.G., & Camm, J. (2000). Risk of torsades des pointes with non-cardiac drugs. Doctors need to be aware that many drugs can cause QT prolongation (Redactioneel). *British Medical Journal*, 320, 1158-1159

Sheridan, D.J. (2000). Drug induced proarrhythmic effects: assessment of changes in QT-interval. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 50, 297-302.

Faris, P.L., Won Kim, S., Meller, W.H., e.a. (2000). Effect of decreasing afferent vagal activity with ondansetron on symptoms of bulimia nervosa: a randomised, double-blind trial. *Lancet*, 355, 792-797.

6.3.2.2 Laxantia

Wetenschappelijk bewijs

Bij obstipatie is het verstandig om eerst de hoeveelheid voedingsvezels in het dieet en de dagelijkse vochtinname te beoordelen en zo nodig het dieet aan te passen. Is dit niet voldoende, dan zijn volumevergrotende laxantia de eerste keus (Van Rijn, 1998a en b). Zo nodig kunnen deze aangevuld worden met rectale laxantia.

Conclusie

Niveau 4	Bij obstipatieklachten die niet reageren op vezelverrijkte voeding en voldoende vochtinname zijn volumevergroten- de laxantia de eerste keus. D Van Rijn, 1998a en b.
-----------------	---

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat bij obstipatie die niet reageert op vezelverrijkte voeding en voldoende vochtinname, volumevergroten- de laxantia kunnen worden voorgeschreven, zo nodig aangevuld met rectale laxantia.

Literatuur

Rijn, C.A. van. (1998a). Anorexia nervosa en boulimia nervosa. II. Somatische gevolgen van ondervoeding. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 1863-1867.

Rijn, C.A. van. (1998b). Anorexia nervosa en boulimia nervosa. III. Somatische gevolgen van purgeren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 1867-1869.

6.3.2.3 Cyproheptadine

Wetenschappelijk bewijs

Cyproheptadine is een eetlustopwekkend middel. Drie kleine gerandomiseerde onderzoeken (Goldberg e.a., 1979; Halmi e.a., 1986; Vigersky & Loriaux, 1977) toonden geen significant effect op de gewichtstoename aan.

Conclusie

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van cyproheptadine geen significant effect heeft op gewichtstoename bij patiënten met anorexia nervosa. B Vigersky & Loriaux, 1977; Goldberg e.a., 1979 ; Halmi e.a., 1986
-----------------	--

Aanbeveling

Cyproheptadine is voornamelijk bij anorexia nervosa niet geïndiceerd.

Literatuur

Goldberg, S.C., Halmi, K.A., Eckert, E.D., e.a. (1979). Cyproheptadine in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 134, 67-70.

Halmi, K.A., Eckert, E., La Du, T.J., e.a. (1986). Anorexia Nervosa. Treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptylin. *Archives of General Psychiatry*, 43, 177-181.

Vigersky, R.A., & Loriaux, D.L. (1977). The effect of cyproheptadine in anorexia nervosa: a double blind trial. In R.A. Vigersky (Red.), *Anorexia Nervosa* (349-356). New York: Raven Press.

6.3.2.4 Zink

Wetenschappelijk bewijs

In een recent onderzoek bij 61 patiënten met anorexia nervosa bleek de prevalentie van een zinktekort 84% (Castro e.a., 2004), echter in een andere recente studie bij 16 patiënten werd geen significante zinkdeficiëntie gevonden (Nova e.a., 2004). Wel blijkt, met name uit onderzoeken bij ondervoede kinderen en enkele studies bij anorexia nervosa dat, bij een aangetoonde deficiëntie, zinksuppletie een positief effect te hebben op gewichtstoename (Birmingham e.a., 1994; Umata e.a. 2000). Gerandomiseerde placebogecontroleerde onderzoeken van goede kwaliteit ontbreken echter. Mogelijk is zinksuppletie bij anorexia nervosa zinvol, er zijn echter weinig data bekend over de toxiciteit van zink (Hotz e.a., 2003). Het *National Institute of Health* geeft als maximale veilige dosis 34 mg. per dag, met gerapporteerde toxiciteit bij een dosering van meer dan 150 mg per dag (NIH, 2005). Gezien enerzijds de wisselende data wat betreft de prevalentie van zinkdeficiëntie, maar anderzijds de aanwijzingen dat zinksuppletie werkzaam is, kan zinksuppletie overwogen worden. Een hogere dosis dan 34 mg. per dag moet afgeraden worden.

Conclusie

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat de prevalentie van zinkdeficiëntie bij patiënten bij anorexia nervosa verhoogd is. Er bestaat onvoldoende bewijs voor het effect van zinksuppletie op gewichtstoename bij patiënten met Anorexia Nervosa. De definitieve plaats van zinksuppletie in de behandeling van anorexia nervosa dient nog vastgesteld worden. Doses hoger dan de maximale veilige dosis moeten ontraden worden.
	B Birmingham e.a., 1994; Castro e.a., 2004; Hotz e.a., 2003; NIH, 2005; Nova e.a., 2004; Umata e.a. 2000

Overige overwegingen

Vanuit het patiëntenperspectief is aangedragen dat men van mening is dat het voorschrijven van zink positieve effecten bewerkstelligt.

Aanbeveling

De werkgroep is niet overtuigd van de werkzaamheid van zinksuppletie op gewichtstoename bij patiënten met AN maar ziet op dit moment geen overwegende bezwaren tegen het gebruik van zink bij aangetoonde deficiëntie.

Literatuur

- Birmingham, C.L., Goldner, E.M., 7 Bakan, R. (1994). Controlled trial of zinc supplementation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 251-255.
- Castro, J., Deulofeu, R., Gila, A., e.a. (2004). Persistence of nutritional deficiencies after short-term weight recovery in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 169-178.
- Hotz C, Lowe NM, Araya M, Brown KH. (2003). Assessment of the trace element status of individuals and populations: the example of zinc and copper. *Journal of Nutrition*, 133(5 Suppl 1), 1563S-8S. Review.
- National Institute of Health. Bethesda Maryland 20892 USA: <http://ods.od.nih.gov>
- Nova E, Lopez-Vidriero I, Varela P, Toro O, Casas JJ, Marcos AA. (2004). Indicators of nutritional status in restricting-type anorexia nervosa patients: a 1-year follow-up study. *Clinical Nutrition*, 23,1353-9
- Umata M, West CE, Haidar J, Deurenberg P, Hautvast JG. Zinc supplementation and stunted infants in Ethiopia: a randomised controlled trial. (2000) *Lancet*, 355, 2021-6.

6.3.2.5 Preventie fracturen door behandeling van de osteopenie/osteoporose

Wetenschappelijk bewijs

Osteopenie is een van de ernstigste en potentieel irreversibele complicaties van anorexia nervosa (Lucas e.a., 1999; Munoz & Argente, 2002). Gewichtsherstel is de belangrijkste voorwaarde om het botmetabolisme te normaliseren. Een rol van een verlaagde calciuminname of een lage vitamine-D-spiegel is niet aangetoond, net zo min als bewijs voor effect van suppletie van een van beide (Binsbergen e.a., 1988; Lennkh e.a., 1999).

Oestrogensuppletie geeft geen significante verbetering van de botmineralisatie (Kliblanski e.a., 1995; Gordon e.a., 2002; Grinspoon e.a., 2002).

Dehydroxyandrosteron (DHEA) laat eveneens geen significante stijging van de botminerale dichtheid zien (Gordon e.a., 1999; Gordon e.a., 2002).

Onderzoeken naar het effect van IGF-1 (insulinegelijkende groeifactor) geven nog onvoldoende steun voor aanbeveling (Grinspoon e.a., 1996; Grinspoon e.a., 2002).

Conclusie

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat osteopenie een frequent voorkomende complicatie van anorexia nervosa is. Een lagere 'peak bone mass' verhoogt het risico van latere osteoporose. Geen van de werkzame behandelingen bij postmenopauzale vrouwen laat een effect zien op de botdichtheid bij patiënten met anorexia nervosa.
	A2 Grinspoon e.a., 2002
	B Kliblanski e.a., 1995; Grinspoon e.a., 1996; Lucas e.a., 1999; Gordon e.a. 1999; Gordon e.a., 2002
	C Van Binsbergen e.a., 1988
	D Lennkh e.a., 1999; Munoz & Argente, 2002

Overige overwegingen

Vanuit het patiëntenperspectief is aangegeven dat de chronische en meest ernstige patiënten hier onder lijden.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat de gangbare therapieën voor osteoporose niet toegepast dienen te worden bij patiënten met anorexia nervosa.

Literatuur

Binsbergen, C.J. van, Odink, J., van den Berg, H., e.a. (1988). Nutritional status in anorexia nervosa: clinical chemistry, vitamins, iron and zinc. *European Journal of Clinical Nutrition*, 42, 929-937.

Gordon, C.M., Grace, E., Emans, S.J., e.a. (1999). Changes in bone turnover markers and menstrual function after short-term oral DHEA in young women with anorexia nervosa. *Journal of Bone Mineral Research*, 199, 136-145.

Gordon, C.M., Grace, E., Emans, S.J., e.a. (2002). Effects of oral dehydroepiandrosterone on bone density in young women with anorexia nervosa: a randomized trial. *Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 87, 4935-4941.

Grinspoon, S., Baum, H., Lee, K., e.a. (1996). Effects of short-term recombinant human insulin-like growth factor I administration on bone turnover in osteopenic women with anorexia nervosa. *Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 81, 3864-3870.

Grinspoon, S., Thomas, L., Miller, K., e.a. (2002). Effects of recombinant IGF-1 and oral contraceptive administration on bone density in anorexia nervosa. *Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 87, 2883-2891.

Kliblanski, A., Biller, B.M.K., Schoenfeld, D.A., e.a. (1995). The effects of estrogen administration on trabecular bone loss in young women with anorexia nervosa. *Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 80, 898-904.

Lennkh, C., de Zwaan, M., Bailer, U., e.a. (1999). Osteopenia in anorexia nervosa: specific mechanisms of bone loss. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 349-356.

Lucas, A.R., Melton, L.J., 3de, Crowson, C.S., e.a. (1999). Long-term fracture risk among women with anorexia nervosa: a population-based cohort study. *Mayo Clinic Proceedings*, 74, 972.

Munoz, M.T., & Argente, J. (2002). Anorexia nervosa in female adolescents: endocrine and bone mineral density disturbances. *European Journal of Endocrinology*, 147, 257-286.

7 Behandeling boulimia nervosa

7.1 Psychotherapie

Er is vrij veel onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van diverse vormen van behandeling van boulimia nervosa (zie voor overzichten: Anderson & Maloney, 2001; Compas e.a., 1998; Hay & Bacaltchuk, 2003; Ghaderi & Andersson, 1999; Hartmann e.a., 1992; Johnson e.a., 1996; Lewandowski e.a., 1997; Whittal e.a., 1999; Wilson, 1989). Meestal was het onderzoek waarin de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en/of psychofarmaca werd onderzocht. Andere vormen van psychotherapie dan cognitieve gedragstherapie werden nauwelijks of niet op effectiviteit onderzocht. Een uitzondering hierop vormt de interpersoonlijke therapie (Fairburn e.a., 1991; Fairburn e.a., 1993; Fairburn e.a., 1995). De laatste jaren zijn in de Verenigde Staten enkele multicenter trials gestart, waardoor er grote aantallen patiënten kunnen deelnemen en de statistische power van het onderzoek flink vergroot is (Agras e.a., 2000). De bevindingen zijn tot op heden redelijk consistent en evidence-based behandeling is in geval van boulimia nervosa zeker mogelijk.

Om de vraag te beantwoorden welke vormen van psychotherapie effectief zijn bij boulimia nervosa werd een literatuuronderzoek uitgevoerd in de databases van PsycINFO en Pubmed. De volgende zoektermen zijn gebruikt: 'outcome', 'treatment', 'therapy', 'trial', 'anorexia', 'bulimia' en 'eating disorders', in wisselende samenstelling. Er bleek onderzoek gedaan te zijn naar de effectiviteit bij boulimia nervosa van cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, gedragstherapie zonder cognitieve interventies (waaronder dieetmanagement, exposure met responspreventie en dialectische gedragstherapie), en zelfhulp volgens cognitief-gedragstherapeutische principes

7.1.1 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is gebaseerd op het oorspronkelijke behandelprotocol van Fairburn uit Oxford (Fairburn, 1981; Fairburn e.a., 1993) en bestaat uit procedures die zijn gericht op de verandering van gedrag en cognities. Het primaire doel is een regelmatig en normaal eetpatroon te ontwikkelen en een afname van disfunctionele cognities over eetgedrag, lichaamsvormen en lichaamsgewicht te bewerkstelligen. De behandeling is beperkt in tijd (19 individuele sessies van ongeveer 50 minuten in 20 weken, met huiswerkopdrachten), probleemgeoriënteerd, en gericht op het heden en de toekomst.

Wetenschappelijk bewijs

Verschillende meta-analyses en reviews tonen dat CGT de meest effectieve behandeling voor boulimia nervosa is. In een meta-analyse van 26 kwalitatief goede onderzoeken naar de effectiviteit van CGT concludeerden Lewandowski e.a. (1997) dat CGT sterke effecten heeft, zowel op de gedragsymptomen (eetbuien, lijnen, eetgedrag) als op de cognitieve symptomen (attitudes en cognities met betrekking tot lichaam en eetgedrag). Effectgroottes varieerden rond de 0,7 en dat is redelijk hoog. De follow-upbevindingen toonden een kleiner effect, deels was dit een gevolg van een tekort aan follow-upmetingen en sterk wisselende duur van de follow-upperiode. Lewandowski e.a. (1997) concludeerden dat het gebruik van CGT bij de behandeling van boulimia nervosa resulteert in een substantiële reductie van eetstoornissymptomen, wat betreft zowel gedrag als attitudes en cognities. Whittal e.a. (1999) kwamen in hun meta-analyse tot dezelfde conclusie, en zij concludeerden tevens dat CGT de meest effectieve psychotherapie voor boulimia nervosa is, effectiever dan welke andere vorm van psychotherapie dan ook. De eetbui- en purgeerfrequentie was na CGT met 80% gereduceerd, en ongeveer 50% van alle patiënten had helemaal geen eetbuien meer. Naast vermindering van specifieke eetpsychopathologie, werd het li-

chaamsbeeld positiever, verminderde disfunctioneel lijngedrag, en normaliseerden attitudes over lichaamsvormen en lichaamsgewicht. Daarnaast verminderden depressieve gevoelens en verbeterden zelfwaardering en sociaal functioneren. De gunstige resultaten werden ook op langere termijn behouden, en de follow-upgegevens illustreerden dat de werkzaamheid van CGT na afloop van de therapie toenam: tussen het beëindigen van de therapie en follow-upmetingen namen de verbeteringen op alle afhankelijke variabelen toe.

Hoewel de meeste onderzoekers hun behandelde patiënten niet langer dan een jaar volgen, is er één follow-uponderzoek bekend waarbij metingen zijn verricht 6 jaar na CGT (Fairburn e.a., 1995). Ook na die 6 jaar bleven de effecten behouden. Tot op heden is er voor boulimia nervosa geen therapie die effectiever is dan CGT.

Conclusie

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat cognitieve gedragstherapie zoals ontwikkeld en beschreven door Fairburn, de meest effectieve interventie is om het gestoorde eetgedrag en de disfunctionele cognities en attitudes van patiënten met boulimia nervosa te normaliseren.</p> <p>Het is aangetoond dat het effect van de therapie na beëindigen op alle variabelen toeneemt.</p> <p>A1 Anderson & Maloney, 2001; Lewandowski e.a., 1997; Whittal e.a., 1999; Fairburn e.a., 1995</p>
-----------------	--

7.1.1.1 Cognitieve gedragstherapie in een reguliere setting

CGT blijkt niet alleen te werken in een academische onderzoekssetting. Er is ook onderzoek in een reguliere setting gedaan, niet in een randomised controlled trial (Tuschen-Caffier e.a., 2001). Zesenzestig patiënten werden voor en na therapie gemeten, en ook een jaar na beëindiging van therapie. Afhankelijke maten waren: een subjectief gevoel van welbevinden; het aantal eetbuien; eetgedrag (lijnen en emotioneel eten); ontevredenheid over het lichaam; en de mate van depressiviteit. De CGT werd aangepast aan de reguliere setting, waarbij er eerst 10 tot 14 dagen intensieve dagbehandeling gegeven werd, met veel exposure aan eten en lichaamsbeeld. Vervolgens 6 tot 8 weken ambulante therapie met eens per week een bijeenkomst met de therapeut. CGT in deze setting bleek te leiden tot een significante verbetering op alle afhankelijke variabelen, zowel direct na de therapie als een jaar later. Een jaar na therapie bleek 43% geen eetbuien meer te hebben en 66% van de patiënten voelde zich 'veel beter' of 'heel veel beter' na de therapie. Overigens was er een redelijk lage respons tijdens de follow-upmeting waardoor de lange termijn resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. De resultaten tonen evenwel onomwonden aan dat protocollaire CGT niet alleen in een academische onderzoekssetting effectief is, maar ook bij een ongeselecteerde groep patiënten in een reguliere setting. Deze conclusies sluiten aan bij de onderzoeken van Wilson (1997, 1998). Hij beargumenteert dat de CGT-behandelprotocollen zoals die voor boulimia nervosa ontwikkeld en getoetst zijn in onderzoek, relevant, valide en goed in de praktijk bruikbaar zijn; zij voorspellen beter dan het klinisch oordeel.

Conclusie

Niveau 2	<p>Cognitieve gedragstherapie is ook in een reguliere setting de meest effectieve interventie om het gestoorde eetgedrag en de disfunctionele cognities en attitudes van patiënten met boulimia nervosa te normaliseren.</p> <p>B Wilson, 1997, 1998; Tuschen-Caffier e.a., 2001.</p>
-----------------	---

7.1.1.2 *Klinische relevantie van de statistisch relevante effecten van cognitieve gedragstherapie*

Lundgren e.a. (2004) onderzochten of de statistisch significante effecten die met CGT bereikt worden, ook klinisch relevant zijn. Een behandeling is klinisch betekenisvol als er op de verschillende uitkomstmaten aanzienlijke veranderingen plaatsvinden, en als de uitkomsten van de patiënt na de behandeling binnen het bereik van een normale populatie liggen. Analyse van 15 behandelonderzoeken toonde dat CGT inderdaad klinisch betekenisvolle resultaten gaf, in de zin van aanzienlijke verandering op de respectievelijke maten. De gedragssymptomen (eetbuien en eetgedrag) reduceerden vaak tot in het normale bereik, maar de cognitieve symptomen (denkbeelden en zelfwaardering) niet. Die kwamen zelden binnen een normaal bereik. De conclusie luidt dat er een aanzienlijke en klinisch betekenisvolle reductie in symptomen bereikt kan worden met CGT, maar dat de patiënten nog niet 'normaal' denken na afloop van de therapie. Dit kan een gevolg zijn van de nadruk op gedragstherapeutische technieken ten koste van cognitieve technieken.

Jansen e.a. (2002) toetsten de effectiviteit van pure cognitieve therapie zonder gedragsinterventies in een behandelsetting (RIAGG). De cognitieve therapie leidde tot een aanzienlijke afname in eetbuifrequentie: direct na therapie was de eetbuifrequentie met 47% gereduceerd, en 1 jaar na beëindiging van de cognitieve therapie was de reductie van het aantal eetbuien 88%. Tweeënvijftig procent van de patiënten was helemaal vrij van eetbuien 1 jaar na beëindiging van de therapie. Het lijngedrag verminderde significant, net als het piekeren over eten, gewicht en lichaamsvormen; disfunctionele cognities namen met 60% af. Ook de stemming was minder depressief en de zelfwaardering bleek significant hoger na afloop van de therapie en bij de follow-up een jaar later. Uitsluitend cognitieve herstructurering binnen een behandelsetting bleek dus zeer effectief in het verminderen van symptomen, zowel de eetstoornis-specifieke als de algemeen psychopathologische symptomen. In overeenstemming hiermee zijn de bevindingen van Hsu e.a. (2001) en Leung e.a. (2000), die in onafhankelijke onderzoeken vonden dat de cognitieve interventie de essentiële component van het succes van CGT is.

Conclusie

Niveau 1	Cognitieve gedragstherapie leidt tot een aanzienlijke en klinisch betekenisvolle reductie in symptomen, maar de patiënten denken nog niet 'normaal' na afloop van de therapie. Meer nadruk op cognitieve technieken is wenselijk. A1 Lundgren e.a., 2004.
Niveau 2	Op zichzelf staande cognitieve herstructurering is effectief in het verminderen van symptomen, zowel de eetstoornis-specifieke symptomen als de algemeen psychopathologische symptomen. B Hsu e.a., 2001; Jansen e.a., 2002; Leung e.a., 2000

7.1.1.3 *De effectiviteit van individuele versus groepsgewijze cognitieve gedragstherapie*

Een economisch relevante vraag is of CGT even effectief is als zij in groepen uitgevoerd wordt. In een onderzoek van Chen e.a. (2003) werden individuele CGT (50 minuten, 19 sessies) en CGT in groepen (6 patiënten per groep, 90 minuten per groep, 19 sessies) met elkaar vergeleken. De inhoud van de sessies was identiek aan elkaar. Afhankelijke maten waren eetbuien en eetgedrag (waaronder inadequaate lijnen), attitudes en cognities rondom eetgedrag, lichaamsvormen en -gewicht, sociaal functioneren, zelfwaardering en algemene psychopathologie. Individuele CGT en de groeps-CGT waren beide effectief. De individuele CGT leidde direct na therapie tot meer ab-

stinentie van eetbuien en purgeren dan de groeps-CGT (respectievelijk 20% versus 0%), maar tijdens de follow-up na een half jaar was dit verschil verdwenen. Groeps-CGT bleek dus op lange termijn (zes maanden) even effectief als CGT voor individuen. De statistische power van dit onderzoek was evenwel zwak: het aantal patiënten dat behandeld werd, was klein. Eventuele relevante verschillen tussen de groeps-CGT en individuele CGT zijn wellicht statistisch niet aantoonbaar (Agras, 2003).

Conclusie

Niveau 2	Cognitieve gedragstherapie in groepen is op lange termijn even effectief als individuele cognitieve gedragstherapie.
	B Chen e.a., 2003; Agras, 2003

7.1.2 Interpersoonlijke therapie

CGT lijkt effectiever dan de meeste behandelingen, maar voor interpersoonlijke therapie (IPT) lijkt dat niet op te gaan. Interpersoonlijke therapie is oorspronkelijk ontwikkeld als een kortdurende therapie voor depressies, waarbij patiënten interpersoonlijke problemen leren ontdekken en veranderen. Fairburn (1997) was de eerste die de therapie toepaste bij boulimia nervosa. IPT voor boulimia nervosa houdt in dat er geen aandacht geschonken wordt aan de eetproblemen zoals eetbuien, lijngedrag, purgeren of het piekeren over lichaamsvormen en -gewicht. De centrale gedachte is dat de eetproblemen voortvloeien uit de interpersoonlijke omstandigheden van de patiënt.

Wetenschappelijk bewijs

Er zijn enkele onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van IPT gedaan, en steeds werd vergeleken met CGT. Hoewel IPT aan het einde van de behandeling minder effectief bleek dan CGT, in het bijzonder op het gebied van de cognities en attitudes ten opzichte van het lichaam, lichaamsgewicht en lijngedrag, waren deze verschillen verdwenen bij de follow-up vanwege een stijgende verbetering in de IPT-groep (Fairburn e.a., 1991; Fairburn e.a., 1993). Tijdens de follow-ups bleken IPT en CGT even effectief (95% reductie in eetbuifrequentie). Een half jaar later bleken deze gunstige resultaten nog te bestaan; 68% van de patiënten had geen eetstoornis meer na CGT of IPT (tegenover 14% na gedragstherapie; Fairburn e.a., 1995).

Deze gunstige resultaten voor IPT leidden tot een multicenter onderzoek waarin de effecten van CGT bij 110 patiënten vergeleken werden met de effecten van IPT bij 110 patiënten (Agras e.a., 2000). Eetgedrag, cognities rondom eten, gewicht en uiterlijk, stemming, angst en algemene psychopathologie werden bij de 220 patiënten gemeten, ook een jaar na beëindigen van de therapie. CGT bleek beter dan IPT aan het einde van de behandeling, zowel in het aantal patiënten dat de behandeling voltooide als in het aantal patiënten dat helemaal hersteld was en dus geen eetstoornis meer had; 45% bij CGT en 8% bij IPT. Ook in het percentage dat verbeterde (48% bij CGT en 28% bij IPT), en het percentage dat de 'community norms' voor eetgedrag en eetattitudes haalde (41% versus 27%) bleek CGT direct na afloop van de behandeling beter. Na 1 jaar bleek echter dat CGT het niet significant beter deed dan IPT (40% versus 27%). De conclusie van de onderzoekers was dat CGT significant sneller tot resultaten leidt, maar dat IPT op termijn ook tot diezelfde gunstige resultaten komt. Beide therapieën waren superieur aan uitsluitend gedragstherapie.

Conclusie

Niveau 1	Cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie zijn op de lange termijn even effectief. De resultaten worden met CGT sneller bereikt (nog voor het einde van de therapie), waardoor CGT de voorkeursbehandeling blijft.
	A2 Agras e.a., 2000; Fairburn e.a., 1991; Fairburn e.a. 1993; Fairburn e.a., 1995

7.1.3 Gedragstherapie

De volgende vormen van gedragstherapie worden bij boulimia nervosa toegepast:

- Cue exposure met responspreventie, waarbij de patiënt wordt blootgesteld aan voorspellers van eetstoornissen, zonder dat er een eetbui op volgt.
- Dialectische gedragstherapie: deze is oorspronkelijk ontwikkeld voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en is gericht op adequate affectregulatie (negatief affect is gerelateerd aan de ontwikkeling van eetbuien)

Wetenschappelijk bewijs

Gedragstherapie zonder cognitieve interventies (zoals dieetmanagement, cue exposure met responspreventie, dialectische gedragstherapie) is in verschillende onderzoeken minder effectief gebleken dan gedragstherapie mét cognitieve interventies (Fairburn e.a., 1991; Fairburn e.a., 1993; Hsu e.a., 2001; Jansen e.a., 2002). Safer e.a. (2001) vergeleken het effect van dialectische gedragstherapie met een wachtlijstconditie. Hoewel de eetbui- en purgeerfrequentie sterk afnamen na dialectische gedragstherapie, en niet in de wachtlijstgroep, werden er op de andere relevante variabelen (attitudes en cognities over lichaamsvormen, -gewicht en eetgedrag, inadequaat lijngedrag, depressie, zelfwaardering enz.) geen verschillen tussen de groepen gevonden.

Kleinschalige en/of niet-gecontroleerde pilot-onderzoeken naar exposure aan voorspellers van eetbuien (cue exposure) met responspreventie (geen eetbui) suggereren dat cue exposure met responspreventie effectief is bij de vermindering van de drang tot eten en eetbuien (Schmidt & Marks, 1989; Jansen e.a., 1989; Jansen e.a. 1992; Kennedy e.a., 1995; Jansen e.a., 2002). Cue exposure met responspreventie heeft geen toegevoegde waarde als het toegepast wordt na 8 sessies CGT (Bulik e.a., 1998). Vermoedelijk zijn met CGT al plafondeffecten bereikt, waardoor extra exposuresessies geen meerwaarde hebben.

Conclusie

Niveau 1	Gedragstherapie zonder cognitieve herstructurering (zoals dieetmanagement, cue exposure met responspreventie, dialectische gedragstherapie) is minder effectief dan cognitieve therapie en cognitieve gedragstherapie.
	A2 Fairburn e.a., 1991; Fairburn e.a., 1993; Bulik e.a., 1998; Hsu e.a., 2001; Safer e.a., 2001; Jansen e.a., 2002.

Overige overwegingen

CGT en IPT zijn effectieve behandelingen voor boulimia. CGT laat echter aanzienlijk sneller, al tijdens en direct na de behandeling, flinke verbeteringen zien, terwijl IPT pas een jaar later vergelijkbare effecten laat zien. De werkgroep raadt daarom patiënten met boulimia nervosa te behandelen met CGT, om te voorkomen dat zij een jaar langer last houden van de eetstoornis.

In één onderzoek leek groeps-CGT even effectief te zijn als individuele CGT. Dit onderzoek is echter methodologisch niet optimaal opgezet, zodat verschillen tussen

groepsbehandeling en individuele behandeling niet aangetoond konden worden. Vooralsnog is het bewijs voor de effectiviteit van groeps-CGT dus minder sterk dan het bewijs voor de effectiviteit van individuele CGT.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat patiënten met boulimia nervosa ambulant én individueel behandeld dienen te worden met cognitieve gedragstherapie, in het bijzonder volgens het protocol zoals dat door Fairburn ontwikkeld is.

Het protocol CGT is in het Engels verschenen in onder meer de volgende publicaties:

- Fairburn, C.G., Marcus, M.D., & Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Red.), *Binge eating. Nature, assessment, and treatment* (pp. 3-14). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G. (1997). Eating disorders. In D.M. Clark & C.G. Fairburn (Red.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209-242). Oxford: Oxford University Press.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.G., & Agras, W.S. (1997). Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Red.), *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press.

Voor de Nederlandse situatie is een bewerking gepubliceerd door Jansen en collega's:

- Jansen, A. (1996). *Bulimia nervosa effectief behandelen. Een handleiding voor therapeuten*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jansen, A., & Meijboom, A. (1988). *Behandelingsstrategieën bij bulimia nervosa*. Houten\Diegem: Bohn Stafleu van Loghum (in de reeks Cure & Care Development).

Literatuur

- Agras, W.S. (2003). Commentary (on the paper of Chen et al., 2003). *International Journal of Eating Disorders*, 33, 255-256.
- Agras, W.S., Walsh, B.T., Fairburn, C.G., e.a. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Anderson, D.A., & Maloney, K.C. (2001). The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review*, 21, 971-988.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., e.a. (1998). The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28, 611-623.
- Chen, E., Touyz, S.W., Beumont, P.J.V., e.a. (2003). Comparison of Group and Individual Cognitive-Behavioral Therapy for Patients with Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 241-254.
- Compas, B.E., Haaga, D.A.F., Keefe, F.J., e.a. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 89-112.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., e.a. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Fairburn, C.G. (1981). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- Fairburn, C.G. (1997). Eating disorders. In D.M. Clark, & Fairburn, C.G. (Red.). *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209-242). Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., e.a. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: the longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D., & Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Red.), *Binge eating. Nature, assessment, and treatment* (pp. 3-14). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C., Norman, P., Welch, S., e.a. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-311.
- Ghaderi, A., & Andersson, G. (1999). Meta-analysis of CGT for bulimia nervosa: investigating the effects using DSM-III-R and DSM-IV criteria. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 28, 79-87.
- Hartmann, A., T. Herzog, Drinkmann A. (1992). Psychotherapy of bulimia nervosa: what is effective? A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 159-167.

- Hay, P.J., & Bacaltchuk, J. (2003). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Hsu, L.K., Rand, W., Sullivan, S., e.a. (2001). Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 31, 871-879.
- Jansen, A. (1996). *Bulimia nervosa effectief behandelen. Een handleiding voor therapeuten*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jansen, A., Broekmate, J. & Heymans, M (1992). Cue-exposure vs self-control in the treatment of binge eating: a pilot study *Behavioral Research and Therapy* May;30(3):235-41.
- Jansen, A., Elgersma, H., Nederkoorn, C., e.a. (2002). What makes treatment of bulimia nervosa successful? Paper presented at the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), Maastricht.
- Jansen, A., & Meijboom, A. (1988). *Behandelingsstrategieën bij bulimia nervosa*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jansen, A., Van den Hout, M.A., De Loof, C., Zandbergen, J. & Griez, E. (1989). A case of bulimia successfully treated by cue exposure. *J Behav Ther Exp Psychiatry. Dec*;20(4):327-32.
- Johnson, W.G., Tsoh, J. Y., e.a. (1996). Eating disorders: efficacy of pharmacological and psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 16, 457-478.
- Kennedy, S. H., Katz, R., Neitzert, C.S., e.a. (1995). Exposure with response prevention treatment of anorexia nervosa-bulimic subtype and bulimia nervosa. *Behavioral Research and Therapy*, 33, 685-689.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (2000). Outcome of group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: the role of core beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 145-156.
- Lewandowski, L.M., Gebing, T.A., Anthony, J.L., e.a., (1997). Meta-analysis of cognitive behavioral treatment studies for bulimia. *Clinical Psychology Review*, 17, 703-718.
- Lundgren, J., Danoff-Burg, S., & Anderson, D. (2004). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: an empirical analysis of clinical significance. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 262-274.
- Safer, D.L., Telch, C.F., & Agras, W.S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Schmidt, U., & Marks, I.M. (1989). Exposure plus prevention of bingeing vs. exposure plus prevention of vomiting in bulimia nervosa: a crossover study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 259-266.
- Tuschen-Caffier, B., Pook, M., & Frank, M. (2001). Evaluation of manual-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa in a service setting. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 299-308.
- Whittal, M.L., Agras, W.S., & Gould, R.A. (1999). Bulimia Nervosa: a meta-analysis of psychosocial and psychopharmacological treatments. *Behavior Therapy*, 30, 117-135.
- Wilson, G. T. (1998). The clinical utility of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 13-29.
- Wilson, G.T. (1997). Treatment manuals in clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 205-210.
- Wilson, G.T. (1989). Treatment outcome in bulimia. *Advanced Behavior Research and Therapy*, 11, 161-174.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.G., & Agras, W.S. (1997). Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Red.), *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press.

7.2 Farmacotherapie

De literatuur is onderzocht ten aanzien van de rol van medicatie bij de behandeling van boulimia nervosa. Er is uitgegaan is van de literatuur die in de in 2004 verschenen Engelse richtlijnen van het National Institute for Clinical Excellence (NICE-richtlijn, 2004; hoofdstuk 7.3, Pharmacological interventions) is gebruikt. Vervolgens heeft een update plaatsgevonden (januari 2002-februari 2004) met behulp van de databases van PsycINFO en Medline met als zoektermen: 'medication', 'pharmacotherapy', 'drugs', 'controlled trial AND 'b*ulimia nervosa' OR 'eating disorders'.

7.2.1 Psychofarmaca

Er is op vier manieren onderzoek gedaan naar het effect van medicatie bij boulimia nervosa. Medicatie is vergeleken met placebo en daarnaast met psychotherapeutische interventies (vooral met cognitieve gedragstherapie (CGT). Bovendien is het effect van medicatie in combinatie met een psychotherapeutische interventie vergeleken met de psychotherapeutische interventie alleen, en tot slot werden antidepressiva

vergeleken met de combinatie van antidepressiva en een psychotherapeutische behandeling.

Gehanteerde uitkomstmaten waren remissie (stoppen met eetbuien), klinische verbetering (minstens 50% afname van de eetbuien) en afname van depressie en algemeen psychiatrische symptomen.

7.2.1.1 Medicatie versus placebo

Wetenschappelijk bewijs

De richtlijnen over medicamenteuze behandeling bij boulimia nervosa (NICE-richtlijn, 2004) zijn opgesteld met als startpunt het Cochrane Review van Bacaltchuk e.a. (2003). Daarin werden de onderzoeken bestudeerd die het effect van antidepressiva hebben vergeleken met dat van placebo.

Tevens is een nieuwe search verricht. Uiteindelijk zijn 19 trials met 1851 deelnemers geïnccludeerd. Bij 15 onderzoeken bestond de medicatie uit antidepressiva. De antidepressiva werden als groep als geheel met placebo vergeleken, en ook per soort (mono-amino-oxidase-remmers, 'selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) en tricyclische antidepressiva).

Hoopes e.a. (2003) en Hedges e.a. (2003) beschrijven in 2 artikelen het effect van topiramaat in Eén RCT bij 64 patiënten. Topiramaat verminderde het aantal eetbuien en purgeergedrag. Tevens had het een positief effect op andere eetstoornissymptomen en het verminderde angst.

Conclusie

Niveau 4	<p>De vergelijkende onderzoeken tussen antidepressiva en placebo laten zien dat antidepressiva werkzaam zijn in termen van remissie (beperkt bewijs) en van klinische verbetering (afname van het aantal eetbuien met minstens 50%) (sterk bewijs) aan het eind van de behandelperiode.</p> <p>Beperkt bewijs geeft aan dat antidepressiva aan het eind van de behandeling de depressiescore doen afnemen.</p> <p>D NICE-richtlijn, 2004</p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat topiramaat in vergelijking met placebo een gunstig effect heeft op de symptomen van boulimia nervosa.</p> <p>Hoopes e.a. (2003); Hedges e.a. (2003)</p>

Overige overwegingen

Onvoldoende bewijs is aanwezig om te bepalen of tricyclische antidepressiva of SSRI's de voorkeur verdienen in termen van remissie.

Experts geven aan dat de bijwerkingen van Topiramaat op onder meer het geheugen vrij fors zijn. Deze bijwerkingen zijn waarschijnlijk ook dosisafhankelijk. Topiramaat niet voor de behandeling van boulimia nervosa geregistreerd. De werkgroep is van mening dat topiramaat door specialisten (psychiaters) voorgeschreven verricht dient te worden.

7.2.1.2 Medicatie versus psychologische behandeling

Wetenschappelijk bewijs

De NICE-richtlijn neemt als uitgangspunt de Cochrane Review van Bacaltchuk e.a. (2003), waarin onderzoeken worden bestudeerd die het effect van antidepressiva met dat van psychotherapeutische behandelingen vergelijken.

Uiteindelijk zijn 8 gerandomiseerde, gecontroleerde trials met 694 deelnemers bestudeerd. Vijf vergeleken CGT, 2 psychosociale hulpverlening en 1 focal supportieve psychotherapy, met antidepressiva.

Conclusie

Niveau 4	<p>Het lijkt waarschijnlijk dat in de vergelijkende onderzoeken tussen CGT en antidepressiva, CGT als een meer krachtige behandeling aan te wijzen is, als remissie aan het einde van de behandelperiode wordt nagestreefd.</p> <p>Het is onwaarschijnlijk dat er een verschil in effect is tussen antidepressiva en cognitieve gedragstherapie op afname van de frequentie van eetbuien en purgeergedrag aan het einde van de behandelperiode.</p> <p>D NICE-richtlijn, 2004</p>
-----------------	---

Er is onvoldoende bewijs om vast te stellen of er een verschil is in het bereiken van remissie is tussen CGT en antidepressiva bij follow-up. Daarnaast bestaat onvoldoende of geen bewijs dat andere psychotherapeutische behandelingen dan CGT krachtiger zijn dan antidepressiva in het bereiken van remissie. Er is onvoldoende of geen bewijs dat er verschil is tussen psychotherapeutische behandelingen en antidepressiva op de afname van depressieve of algemeen psychiatrische symptomen, zowel aan het eind van de behandelperiode als bij follow-up.

7.2.1.3 Medicatie én psychotherapeutische behandeling versus psychotherapeutische behandeling.

Wetenschappelijk bewijs

De bestaande Cochrane Review (Bacaltchuk e.a., 2003) diende als uitgangspunt. Voor de NICE-richtlijn werden er nog 3 onderzoeken aan toegevoegd. In 10 trials werd het effect van de combinatie van antidepressiva en psychotherapeutische behandeling vergeleken met de psychologische behandeling alleen. Daarbij betrof de psychotherapeutische behandeling in 7 onderzoeken CGT, in 1 focal supportieve psychotherapy, in 2 psychosociale hulpverlening en in 1 onderzoek vond dietary counselling plaats. De medicatie bestond uit antidepressiva (tricyclische antidepressiva, namelijk desipramine of imipramine, of een selectieve serotonineheropnameremmer, te weten fluoxetine).

Conclusie

Niveau 4	<p>Er is geen of onvoldoende bewijs voor een verschil in effect op remissie en op afname van de frequentie van eetbuien en purgeergedrag tussen de combinatie van CGT met antidepressiva en CGT alleen, noch aan het eind van de behandeling, noch bij follow-up.</p> <p>D NICE-richtlijn, 2004</p>
-----------------	---

Niveau 4	<p>Er is geen of onvoldoende bewijs voor een verschil in effect op remissie en op afname van de frequentie van eetbuien en purgeergedrag tussen de combinatie van andere psychotherapeutische behandelingen dan CGT met antidepressiva en andere psychotherapeutische behandelingen dan CGT alleen, noch aan het eind van de behandeling, noch bij follow-up.</p> <p>D NICE-richtlijn, 2004 >></p>
-----------------	--

Niveau 4	Er is geen of onvoldoende bewijs voor het effect van toevoeging van antidepressiva aan een psychotherapeutische behandeling op afname van depressieve of algemeen psychiatrische symptomen. D NICE-richtlijn, 2004
Niveau 4	Er is bewijs uit één onderzoek dat de combinatie van dietary counselling met antidepressiva meer effect heeft op remissie bij follow-up dan dietary counselling alleen. D NICE-richtlijn, 2004

7.2.1.4 Medicatie versus medicatie en psychotherapeutische behandeling.

Wetenschappelijk bewijs

De bestaande Cochrane Review (Bacaltchuk e.a., 2003) diende als uitgangspunt. Drie nieuwe randomised controlled trials (RCT's) werden toegevoegd. In de 8 trials met 694 deelnemers werd het effect van antidepressiva vergeleken met het effect van de combinatie van antidepressiva met psychotherapeutische behandeling. De psychotherapeutische behandeling bestond uit CGT (6 keer), self-help (2 keer) en focal supportive psychotherapy (1 keer). Als antidepressiva werden fluoxetine, desipramine en imipramine gebruikt.

Conclusie

Niveau 4	De combinatie van CGT met antidepressiva heeft een krachtiger effect dan antidepressiva alleen op de afname van de frequentie van eetbuien (sterk bewijs) en purgeergedrag (beperkt bewijs) aan het eind van de behandelperiode. D NICE-richtlijn, 2004
-----------------	--

Overige overwegingen

Er is onvoldoende bewijs om een verschil in effect op remissie vast te stellen tussen antidepressiva alleen en de combinatie van psychotherapeutische behandeling met antidepressiva, zowel aan het eind van de behandelperiode als bij follow-up.

Er is onvoldoende bewijs om bij follow-up een verschil in effect aan te tonen op de frequentie van eetbuien en purgeergedrag tussen antidepressiva alleen en de combinatie van psychotherapeutische behandeling en antidepressiva.

Er is onvoldoende of geen bewijs om een verschil in effect aan te tonen op de frequentie van eetbuien en purgeergedrag aan het einde van de behandelperiode tussen antidepressiva en de combinatie van antidepressiva met psychosociale hulpverlening of focal supportieve therapy.

Antidepressiva worden veel voorgeschreven, vooral in de eerste lijn, gezien de goede beschikbaarheid. Voor patiënten deze medicijnen echter meestal minder acceptabel en worden minder goed verdragen dan psychotherapeutische behandelingen (bijwerkingen). Er bestaat ook altijd het risico van overdosering. Middelen waarbij dieet moet worden gehouden om ernstige complicaties te voorkomen (zoals mono-amino-oxidase-remmers) lijken niet aangewezen bij deze groep patiënten.

Er is weinig zicht op de interactie van voorgeschreven medicatie met door patiënten gebruikte vrij verkrijgbare middelen.

Het effect van medicatie is vrijwel alleen verkregen uit onderzoeken met een korte looptijd. Er zijn slechts weinig onderzoeken met een follow-up. De langetermijneffecten zijn daardoor onbekend. In de klinische praktijk wordt vaak ervaren dat het lange termijn effect van medicatie beperkt is.

De uitkomstmaten zijn vaak niet vergelijkbaar met de uitkomstmaten die worden gebruikt in onderzoeken naar het effect van psychotherapeutische behandelingen. De effectieve dosis van fluoxetine is 60 mg en dat is hoger dan de dosis die wordt geadviseerd bij de depressieve stoornis. Het is het enige middel waarbij meerdere doseringen zijn vergeleken.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat antidepressiva van waarde kunnen zijn bij de behandeling van boulimia nervosa als CGT niet (op korte termijn) beschikbaar is of als CGT onvoldoende resultaat geeft. Hierbij zijn de selectieve serotonineheropnameremmers, in het bijzonder fluoxetine in een dosering van 60 mg, eerste keus.

De werkgroep raadt aan om, als antidepressiva worden voorgeschreven, daarnaast CGT te adviseren, gezien de kans op terugval.

De werkgroep is van mening dat Topiramaat overwogen kan worden bij de behandeling van boulimia nervosa indien CGT en/of behandeling met antidepressiva onvoldoende resultaat geeft. Men dient bij het eventueel voorschrijven van Topiramaat rekening te houden met eventuele bijwerkingen, die waarschijnlijk dosisafhankelijk zijn. Daarnaast is Topiramaat niet voor de behandeling van boulimia nervosa geregistreerd. De werkgroep is van mening dat het wenselijk is dat het voorschrijven van topiramaat alleen door specialisten verricht wordt.

Literatuur

- Bacaltchuk, J. & Hay, P. (2003). Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Database Systematic Review* (4).
- Hoopes, S.P., Reimherr, F.W., Hedges, D.W., e.a. (2003). Treatment of bulimia nervosa with Topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Part 1: Improvement in binge and purge measures. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1335-1341.
- Hedges, D.W., Reimherr, F.W., Hoopes, S.P., e.a. (2003). Treatment of bulimia nervosa with Topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Part 2: improvement in psychiatric measures. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1449-1454.
- NICE-richtlijn (2004).

7.2.2 Overige medicatie

7.2.2.1 Anti-emetica en maagzuurremmers

Wetenschappelijk bewijs

Bij blijvend braken of zuurbranden kan het voorschrijven van protonpompremmers worden overwogen. Sommigen veronderstellen ook een verminderd optreden van alkalose en hypokaliëmie bij het gebruik van protonpompremmers, dit is echter niet bewezen (Eiro e.a., 2002).

Metoclopramide is wegens de associatie met een verhoogd risico van ventriculaire aritmieën (toename QT/RR-helling en QT-variantie) gecontra-indiceerd (Ellidokuz e.a., 2003). Cisapride moet worden ontraden. Een klein onderzoek toonde geen effect op gewichtstoename aan. Het middel wordt geassocieerd met cardiale complicaties, met name ventriculaire tachycardie, torsades de pointes en plotselinge dood (Szmukler e.a., 1995; Yap & Camm, 2000; Sheridan, 2000).

Ondansetron liet in een klein onderzoek bij patiënten met boulimia nervosa een vermindering van braken en eetbuien zien (Faris e.a., 2000). Dit onderzoek was echter te klein en te kort om ondansetron bij boulimia nervosa aan te kunnen bevelen.

Tevens is onvoldoende bewijs voorhanden voor een effect van eetlustremmers of antiemetica op de frequentie van eetbuien of purgeergedrag aan het eind van de behandeling.

Conclusie

Niveau 2	<p>Bij braken hebben protonpompremmers mogelijk een nuttig effect op klachten van zuurbranden, alkalose en hypokaliëmie, bewezen is dit echter niet. Er zijn aanwijzingen dat metoclopramide en cisapride gecontra-indiceerd zijn wegens het risico van hartritmestoornissen. Mogelijk heeft ondansetron een gunstig effect op braken en eetbuien bij patiënten met boulimia nervosa.</p> <p>B Ellidokuz e.a., 2000; Szmukler e.a., 1995 D Eiro e.a., 2002; Sheridan, 2000; Yap & Camm, 2000</p>
-----------------	--

Aanbeveling

<p>De werkgroep is van mening dat bij braken: een protonpompremmer kan worden overwogen; metoclopramide of cisapride gecontra-indiceerd zijn wegens het risico van hartritmestoornissen; ondansetron overwogen kan worden bij patiënten met boulimia nervosa.</p>
--

Literatuur

- Eiro, M., Katoh, T., & Watanabe, T. (2002). Use of a proton-pump inhibitor for metabolic disturbances associated with anorexia nervosa. *New England Journal of Medicine*, 346, 140.
- Ellidokuz, E., & Kaya, D. (2003). The effect of metoclopramide on QT dynamicity: double-blind, placebo-controlled, cross-over study in healthy male volunteers. *Alimentary pharmacology and therapeutics*, 18, 151-155.
- Szmukler, G.I., Young, G.P., Miller, G. e.a. (1995). A controlled trial of cisapride in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 347-357.
- Yap, Y.G., & Camm, J. (2000). Risk of torsades des pointes with non-cardiac drugs. *Doctors need to be aware that many drugs can cause QT prolongation* (Redactioneel). *British Medical Journal*, 320, 1158-1159.
- Sheridan, D.J. (2000). Drug induced proarrhythmic effects: assessment of changes in QT-interval. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 50, 297-302.
- Faris, P.L., Won Kim, S., Meller, W.H., e.a. (2000). Effect of decreasing afferent vagal activity with ondansetron on symptoms of bulimia nervosa: a randomised, double-blind trial. *Lancet*, 355, 792-797.

7.2.2.2 Laxantia

wetenschappelijk bewijs

Bij obstipatie is het verstandig om eerst de hoeveelheid voedingsvezels in het dieet en de dagelijkse vochtinname te beoordelen en zo nodig het dieet aan te passen. Is dit niet voldoende, dan zijn volumevergrotende laxantia de middelen van eerste keuze (Van Rijn, 1998). Zo nodig kunnen deze aangevuld worden met rectale laxantia.

Conclusie

Niveau 4	<p>Bij obstipatieklachten die niet reageren op vezelverrijkte voeding en voldoende vochtinname, zijn volumevergrotende laxantia de middelen van eerste keuze.</p> <p>D Van Rijn, 1998</p>
-----------------	---

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat bij obstipatie die niet reageert op vezelverrijkte voeding en voldoende vochtinname, volumevergroterende laxantia kunnen worden aanbevolen, zo nodig aangevuld met rectale laxantia.

Literatuur

Rijn, C.A. van. (1998). Anorexia nervosa en boulimia nervosa. II. Somatische gevolgen van ondervoeding. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 1863-1867.

Rijn, C.A. van. (1998). Anorexia nervosa en boulimia nervosa. III. Somatische gevolgen van purgeren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 1867-1869.

8 Behandeling van de eetbuistoornis

De eetbuistoornis (binge eating disorder) wordt pas sinds 1994 voorlopig erkend als een eetstoornis (American Psychiatric Association, 1994). Omdat deze eetstoornis nog maar recent ontdekt is, is er nog niet zo heel veel empirisch onderzoek naar de behandeling ervan gedaan. Het is daarom ook niet mogelijk krachtige aanbevelingen voor de behandeling van de eetbuistoornis te doen. Wel kan op grond van de bescheiden hoeveelheid onderzoek dat wél werd gedaan, een minder dwingende richtlijn worden geformuleerd (Dingemans e.a., 2002; Fairburn & Harrison, 2003; Wilson & Fairburn, 2000).

In dit hoofdstuk wordt getracht een antwoord te vinden op de vraag welke vormen van psychotherapie effectief zijn bij de eetbuistoornis. Daartoe is literatuur gezocht met behulp van de databases van PsychINFO en Medline. De volgende zoektermen zijn gebruikt: 'outcome', 'treatment', 'therapy', 'trial', 'binge eating', 'binge eating disorder' en 'eating disorders', in wisselende samenstellingen. Uit dit literatuuronderzoek bleek dat onderzoek was gedaan naar de effecten op de eetbuistoornis van cognitieve gedragstherapie, cognitieve therapie, gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en zelfhulp volgens cognitieve gedragstherapeutische principes.

8.1 Psychotherapie

8.1.1 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) voor de eetbuistoornis is gericht op de verandering van zowel gedrag als cognities. Het primaire doel is een regelmatig en normaal eetpatroon te ontwikkelen, en een afname van disfunctionele cognities over eetgedrag, lichaamsvormen en -gewicht te bewerkstelligen. De behandeling is beperkt in tijd, is probleemgeoriënteerd en gericht op het heden en de toekomst. CGT voor de eetbuistoornis wordt meestal in groepen gegeven.

Wetenschappelijk bewijs

Cognitief-gedragstherapeutische behandeling van de eetbuistoornis leidde in 7 onderzoeken tot een significante reductie in de eetbuifrequentie: de eetbuifrequentie nam met ongeveer 70% af, en ongeveer 40% van de deelnemers was abtinent (Dingemans e.a., 2002). Een jaar na CGT met aansluitend gewichtscontrolebehandeling, bleven deze resultaten behouden, hoewel geconstateerd werd dat een kwart van de deelnemers die abtinent waren een jaar na afloop van de behandeling was teruggevallen, terwijl een kwart van de deelnemers die niet abtinent waren een jaar na afloop van de behandeling wel abtinent bleek. Er trad geen gewichtsverlies op tijdens CGT (Agras e.a., 1997). CGT was effectiever dan een gedragstherapie die gericht was op gewichtsverlies (Agras e.a., 1994).

CGT is een relatief kortdurende therapie. Eldredge e.a. (1997) onderzochten of een langerdurende CGT voor non-responders zou leiden tot verbetering van de resultaten. Dit bleek inderdaad het geval: 50% van de patiënten verbeterde binnen de oorspronkelijke 12 weken behandeling (de eetbuifrequentie daalde met 68%) en na verlenging bleek 67% van de patiënten verbeterd (43% van de non-responders voldeed na verlenging niet meer aan de diagnose eetbuistoornis).

Conclusie

Niveau 1	CGT is een effectieve interventie om de eetbuifrequentie van patiënten met een eetbuistoornis te reduceren. Om het aantal responders te maximaliseren verdient het de voorkeur om CGT langer dan 12 weken aan te bieden. CGT leidt niet tot een klinisch betekenisvolle gewichtsafname. A2 Agras e.a., 1997; Agras e.a., 1994; Dingemans e.a., 2002; Eldredge e.a., 1997
-----------------	---

8.1.2 Cognitieve therapie en gedragstherapie

Wetenschappelijk bewijs

Nauta e.a. (2000) vergeleken bij 74 obese vrouwen met en zonder eetbuistoornis de effecten van kortdurende pure cognitieve therapie (in groepen) met de effecten van kortdurende pure gedragstherapie (in groepen). De afhankelijke variabelen waren eetbuifrequentie, de intentie om te lijnen, disfunctionele cognities rondom eetgedrag, lichaam en gewicht, depressie en zelfwaardering. Tijdens de follow-up, 1 jaar na het beëindigen van de cognitieve therapie, bleek 83% van de deelnemers eetbuivrij (abstinent), 1 jaar na het beëindigen van de gedragstherapie bleek 70% van de deelnemers abstinent. Disfunctionele cognities over lichaamsvormen, gewicht en eetgedrag verminderden significant, terwijl de intentie om te lijnen niet veranderde. De gewichtsdaling na gedragstherapie was 1 jaar na het beëindigen van de therapie statistisch significant, maar klinisch weinig relevant: 3 kilo. Na cognitieve therapie trad er helemaal geen gewichtsdaling op. De zelfwaardering van alle deelnemers nam significant toe, en hun depressieve stemmingen namen significant af (Nauta e.a., 2001). In een vervolgonderzoek (Werrij e.a., 2005) bleek dat toevoeging van de cognitieve therapie aan gedragsinterventies een remmende werking heeft op terugval na de therapie.

Conclusie

Niveau 3	Cognitieve therapie (zonder gedragstherapie) en gedrags-therapie (zonder cognitieve therapie) zijn effectieve interventies om de eetbuifrequentie van patiënten met de eetbuistoornis te reduceren en om disfunctionele cognities en gevoelens te verminderen. Pure cognitieve therapie en pure gedragstherapie leiden niet tot een klinische betekenisvolle gewichtsafname. A2 Nauta e.a., 2000; Nauta e.a., 2001
Niveau 3	Toevoeging van cognitieve therapie aan gedragstherapeutische interventies voorkomt terugval. A2 Werrij e.a., 2005

8.1.3 Interpersoonlijke therapie

Wetenschappelijk bewijs

Wilfley e.a. (2002) vergeleken de effectiviteit van CGT en interpersoonlijke groepstherapie (IPT) (n=162). Beide behandelvormen bleken even effectief: na afloop van CGT had 79% geen eetbuien meer en na afloop van IPT 73%. Tijdens de follow-up een jaar later was dit respectievelijk 59 en 62%. Ook op de secundaire uitkomstmaten (cognities rondom eetgedrag, lichaamsvormen en -gewicht, depressieve gevoelens,

zelfwaardering, sociaal functioneren en algemene psychopathologie) traden significante verbeteringen op. IPT en CGT lijken dus even effectief te zijn, en ze leiden niet alleen tot een verbetering in eetgedrag, maar tot verbetering op vele domeinen. Agras e.a. toetsten of IPT voor non-responders na 12 weken CGT werkzaam zou zijn. IPT bleek echter niet te leiden tot verdere verbetering van degenen die niet met CGT geholpen waren.

Conclusie

Niveau 3	CGT en interpersoonlijke therapie (IPT) zijn zowel op de korte als op de lange termijn even effectief. A2 Wilfley e.a., 2002
Niveau 3	IPT toegevoegd aan CGT leidt niet tot extra verbetering in de CGT non-responders. A2 Agras e.a., 1995

8.1.4 Cognitief-gedragstherapeutische zelfhulp

Wetenschappelijk bewijs

Carter & Fairburn (1998) vergeleken de effecten van pure zelfhulp met zelfhulp door een niet-gespecialiseerde behandelaar (facilitator) en een wachtlijstgroep. De zelfhulp was helemaal gebaseerd op het boek *Overcoming Binge Eating* van Fairburn (1995) – in dit boek worden de cognitief-gedragstherapeutische principes in zelfhulpformaat weergegeven. Na de therapie werd geen verschil in eetbuifrequentie gevonden tussen beide vormen van zelfhulp. Wel verschilden beide groepen van de wachtlijstgroep. Het percentage patiënten zonder eetbuien (abstinent) aan het einde van de behandeling was in de groep met pure zelfhulp 43%, in de groep met gefaciliteerde zelfhulp 50% en in de wachtlijstgroep 8%. Tijdens de follow-ups veranderden deze aantallen nauwelijks. Ook voor de andere uitkomstvariabelen (cognities, lijnen, depressie, zelfwaardering, algemene psychopathologie) bleken de verbeteringen significant. Loeb e.a. (2000) vergeleken het effect van CGT-groepen die door een cognitief-gedragstherapeut werden geleid met CGT-groepen die niet gesuperviseerd werden. Beide groepen gebruikten het zelfhulpboek Fairburn (1995). Beide groepen boekten significante resultaten: 55% eetbuireductie in de niet-gesuperviseerde groep en 68% reductie in de door een therapeut geleide groep. Dit verschil was significant: de gesuperviseerde groep bereikte een sterkere daling van het aantal mensen met eetbuien dan de niet gesuperviseerde groep. Beide groepen verbeterden even sterk in de specifieke eetpsychopathologie (disfunctionele cognities) en algemene psychopathologie. Na 6 maanden bleef dit effect behouden. Het gewicht van de patiënten veranderde niet. Ook in ander onderzoek (Peterson e.a., 1998) kwam men tot vergelijkbare resultaten en conclusies.

Conclusie

Niveau 1	CGT-zelfhulpgroepen (puur of met facilitator, maar zonder gekwalificeerde cognitief-gedragstherapeut) zijn effectief in de vermindering van specifieke eetpsychopathologie en algemene psychopathologie. Groepen onder leiding van een gekwalificeerde cognitief-gedragstherapeut verbeteren significant meer dan groepen die niet gesuperviseerd werden. A2 Carter & Fairburn, 1998; Peterson e.a., 1998; Loeb e.a., 2000
-----------------	---

8.1.5 Behandeling van de eetbuistoornis en het bereiken van gewichtsverlies

Wetenschappelijk bewijs

Patiënten met een eetbuistoornis zijn niet altijd, maar wel vaak obees. Gewichtsverlies werkt motiverend en vermindert de kans op somatische aandoeningen (bv. harten vaatziekten, hyperlipidemie en diabetes). Tevens verbeteren bij gewichtsverlies de psychosociale aspecten, zoals zelfbeeld en lichaamsbeleving, en verminderen depressieve gevoelens (Werrij e.a., 2003). Een empirisch feit is echter dat de behandeling van de eetbuistoornis met CGT, IPT of zelfhulp protocollen tot nu toe nog niet heeft geleid tot klinisch significant gewichtsverlies, ondanks het normaliseren van het eetpatroon. Verschillende onderzoekers adviseren om na de CGT of IPT een gewichtsreductiebehandeling toe te passen (Agras e.a., 1997; NICE-richtlijn, 2004; Wilson & Fairburn, 2000).

8.1.6 Behandeling van de eetbuistoornis en het ontstaan van eetstoornissen

Wetenschappelijk bewijs

Vanwege de veronderstelde relatie tussen lijngedrag (vermindering van de voedselname) en het ontstaan van eetbuien (Polivy & Herman, 2002; Jansen, 2003; Jansen e.a., 2003; Stice, 2002), bestaat het gevaar dat gewichtsreducerende behandelingen leiden tot een toename van de eetbuifrequentie (National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 2000). Er zijn echter geen empirische gegevens die erop wijzen dat calorische restrictie eetbuien uitlokt bij volwassenen met overgewicht of obesitas (Stice, 2002). Integendeel, doorgaans leidt calorische restrictie tot een daling van het aantal eetbuien en gewichtsafname (Jansen, 2003; Stice, 2002). Er is ook geen bewijs voor toename van het aantal eetstoornissen (anorexia nervosa of boulimia nervosa) tijdens of na het volgen van een calorisch beperkt dieet door vrouwen met overgewicht of obesitas.

Conclusie

Niveau 1	<p>Behandeling van de eetbuistoornis met cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, cognitieve therapie of gedragstherapie leidt niet tot een klinisch significante daling in gewicht.</p> <p>A2 Werrij e.a., 2003; Agras e.a., 1997; Wilson & Fairburn, 2000 D NICE-richtlijn, 2004</p>
Niveau 1	<p>Behandeling van de eetbuistoornis met cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, cognitieve therapie, gedragstherapie of een gewichtsreductieprogramma leidt niet tot een significante toename van eetbuien of eetstoornissen – anders dan de eetbuistoornis.</p> <p>A1 Stice, 2002 D National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 2000</p>

Overige overwegingen

Vanuit het patiëntenperspectief hebben ex-patiënten aangegeven dat het eerste doel van hun behandeling moest zijn om het lijnen aan de kant te zetten en zo zichzelf toe te staan anders met eten te leren omgaan. Ze moesten leren het eetgedrag als belangrijkste doel te nemen in plaats van het gewicht. Op deze manier kan er ruimte ontstaan om te oefenen en te experimenteren met verschillende (sub)doelen. Belangrijke doelen voor mensen met eetbuistoornissen zijn onder meer het leren omgaan

met eetbuïen, een normaal eetpatroon leren hanteren, het leren gevoelens en gedachten om te buigen, meer zelfvertrouwen krijgen, en het leren voor jezelf op te komen. Belangrijke interventies tijdens de behandeling zijn:

- het bijhouden van een eetdagboek: knelpunten achterhalen, vaste patronen ontdekken en hieruit doelen formuleren
- het maken van een stappenplan en (eet)doelen stellen
- normaal eetpatroon zien te verkrijgen (vergelijken)
- informatie over hoofdhonger en maaghonger geven
- gevoelens en gedachten onder de aandacht brengen (CGT)
- werken aan lichaamsbeleving

De groepssamenstelling kan een belangrijke rol spelen bij het behalen van doelen. In deze is het nuttig te wijzen op de grote verschillen tussen anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuïstoornis. Bij de eetbuïstoornis is er immers geen sprake van compensatie. Als men geen inzicht heeft in de diverse eetstoornissen, kan het lastig zijn te letten op de overeenkomsten tussen deze. Als iemand eenmaal inzicht heeft, past een gemengde groepssamenstelling beter. Het overgewicht maakt, dat patiënten met een eetbuïstoornis zich echt anders voelen dan patiënten met anorexia nervosa of boulimia nervosa. Patiënten hebben voorkeur voor een specifieke eetstoornisgroep. Dit komt het bereiken van de doelen ten goede.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat patiënten met een eetbuïstoornis het beste behandeld kunnen worden met CGT in een groep die geleid wordt door een cognitieve gedragstherapeut, of met IPT in een groep die geleid wordt door een psychotherapeut die is opgeleid in de interpersoonlijke therapie. IPT en CGT zijn dan even effectief.

Als patiënten niet gemotiveerd zijn tot deelname aan CGT of IPT, of op een wachtlijst staan, kunnen zij gemotiveerd worden om te starten in een CGT-zelfhulpgroep met een CGT-werkboek (puur of met een niet-gespecialiseerde behandelaar (facilitator).

Als patiënten niet verbeteren na 12 weken CGT of IPT, verdient het aanbeveling dezelfde behandeling te verlengen.

De werkgroep raadt aan om al tijdens of vlak na de CGT/IPT-interventie te starten met een gewichtsreductieprogramma voor de patiënten met overgewicht of obesitas. Dit programma zou zich moeten richten op vermindering van de calorische inname, een beperking van de hoeveelheid vet in de voeding en een toename van de lichamelijke activiteit. Een individueel voedingsadvies is wenselijk. De voeding dient voldoende voedingsstoffen te bevatten en te voldoen aan de richtlijnen voor gezonde voeding, waardoor de risico's op somatische aandoeningen niet vergroot worden.

Literatuur

Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., Detzer, M.J., e.a. (1995). Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 356-360.

Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., & Marnell, M. (1997). One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 343-347.

Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., Wilfley, D.E., e.a. (1994). Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder. An additive design. *Behavior Therapy*, 25, 225-238.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press

Carter, J.C., & Fairburn, C.G. (1998). Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 616-623.

- Dingemans, A.E., Bruna, M.J., & van Furth, E.F. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity*, 26, 299-307.
- Eldredge, K.L., Agras, W.S., Arnow, B., Telche, a. (1997). The effects of extending cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder among initial treatment nonresponders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 347-352.
- Fairburn, C.G. (1995). *Overcoming Binge Eating*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Jansen, A. (2003). Nothing is as practical as a good theory. In M. Maj, K. Halmi, J.J. López-Ibor e.a. (Red.), *Eating Disorders* (pp. 370-373). [...]: Wiley.
- Jansen, A., Theunissen, N., Slechten, K., e.a. (2003). Overweight Children Overeat After Exposure to Food Cues. *Eating Behaviors*, 4, 197-209.
- Loeb, K.L., Wilson, G.T., Gilbert, J.S., e.a. (2000). Guided and unguided self-help for binge eating. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 259-272.
- NICE-richtlijn, 2004
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. (2000). Dieting and the development of eating disorders in overweight and obese adults. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2581-2589.
- Nauta, H., Hospers, H., & Jansen, A. (2001). One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *British Journal of Health Psychology*, 6, 271-284.
- Nauta, H., Hospers, H., Kok, G., e.a. (2000). A comparison between a cognitive and a behavioral treatment for obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Behavior Therapy*, 31, 441-461.
- Peterson, C.B., Mitchell, J.E., Engbloom, S., e.a. (1998). Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: a comparison of therapist-led versus self-help formats. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 125-136.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Werrij, M. (2005). Weight thoughts. A cognitive approach to the treatment of obesity. Dissertation, Maastricht University.
- Werrij, M.C., Mulkens, S., Elgersma, H., Ament, A., Hospers, H.J. & Jansen, A. (2005). CBT prevents relapse in obesity treatment whereas standard behavior therapy does not. Submitted for publication.
- Wilfley, D.E., Welch, R., Stein, R.I., e.a. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 713-721.
- Wilson, G. T., & Fairburn, C.G. (2000). The treatment of binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 351-354.

8.2 Farmacotherapie

8.2.1 Psychofarmaca

Uitgangsvraag: Wat is de rol van medicatie bij de behandeling van een eetbuistoornis?

Wetenschappelijke onderbouwing

Uitgegaan is van de literatuur uit de in 2004 verschenen richtlijn van het National Institute for Clinical Excellence. Vervolgens heeft een update plaatsgevonden (januari 2002- februari 2004) met behulp van de zoektermen medication, pharmacotherapy, drugs, controlled trial AND binge eating disorder or eating disorders.

In de richtlijn zijn drie RCT's met antidepressiva (SSRI's) beschouwd (Arnold, 2002; Hudson, 1998; McElroy, 2000) gekeken is naar remissie, naar vermindering van eetbuien, naar gewichtsverlies en naar het effect op depressieve symptomen. In een RCT van McElroy (2004) is gekeken naar het effect van Topiramaat, een anti epilepticum, op de eetbuistoornis.

Onvoldoende bewijs is aanwezig om vast te stellen of medicatie minder of meer aanvaardbaar is dan placebo of geen therapie. Ook is niet te zeggen of een antidepressivum of topiramaat bij een eetbuistoornis beter verdragen wordt. Het is verder onzeker of de resultaten uit de trials te generaliseren zijn naar kinderen en adolescenten (geen evidence).

Er zijn geen vergelijkende studies gedaan met andere behandelmethoden.

De lange termijn effecten zijn onbekend.

Conclusie

Niveau 4	<p>Er is beperkt bewijs voor de werkzaamheid van antidepressiva (SSRI's) bij een eetbuistoornis aan het eind van de behandeling als naar vermindering van de eetbuien en/of remissie wordt gestreefd.</p> <p>Er is sterk bewijs voor afname van de depressieve symptomen aan het eind van de behandeling bij gebruik van antidepressiva bij een eetbuistoornis.</p> <p>Er is onvoldoende bewijs om een effect van antidepressiva op het gewicht vast te stellen bij een eetbuistoornis.</p> <p>De lange termijn effecten van antidepressiva bij een eetbuistoornis zijn niet onderzocht.</p> <p>D NICE-richtlijn, 2004</p>
Niveau 3	<p>Er bestaat beperkt bewijs voor de werkzaamheid van Topiramaat bij een eetbuistoornis aan het eind van de behandelperiode, als gestreefd wordt naar remissie.</p> <p>B McElroy, 2004</p>

Overige overwegingen

Experts geven aan dat de bijwerkingen van topiramaat op onder meer het geheugen vrij fors zijn. Deze bijwerkingen zijn waarschijnlijk ook dosisafhankelijk. Topiramaat niet voor de behandeling van eetbuistoornis geregistreerd. De werkgroep is van mening dat topiramaat door specialisten (psychiaters) voorgeschreven verricht dient te worden.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat antidepressiva of topiramaat bruikbaar kunnen zijn bij de behandeling van de eetbuistoornis, additioneel bij cognitieve therapie, IPT of een zelfhulpprogramma. Men dient bij het eventueel voorschrijven van topiramaat rekening te houden met eventuele bijwerkingen, die waarschijnlijk dosisafhankelijk zijn. Daarnaast is topiramaat niet voor de behandeling van eetbuistoornis geregistreerd. De werkgroep is van mening dat het wenselijk is het voorschrijven van topiramaat alleen door specialisten (psychiaters) verricht dient te worden. Antidepressiva worden aanbevolen bij kenmerken van een depressieve stoornis. Bij therapieresistentie kunnen antidepressiva of topiramaat worden geadviseerd. Terughoudendheid met het voorschrijven van deze medicijnen bij kinderen en adolescenten is geïndiceerd.

Literatuur

- Arnold, L.M., McElroy, S., Hudson, J.I., Welge, J.A., Bennet, A.J. & Keck, P.E. (2002). A placebo-controlled, randomised trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 1028-1033.
- Hudson, J.I., McElroy, S., Raymond, N.C., Crow, S., Keck, P.E., Carter, M.D., Mitchell, J.E., Strakowski, M.D., Pope, H.G., Coleman, B.S. & Jonas, J.M. (1998). Fluvoxamine in the treatment of binge-eating disorder: A multicenter placebo-controlled, double-blind trial. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1756-1762.
- McElroy, S.L., Casuto, L.S., Nelson, E.B., Lake, K.A., Soutullo, C.A., Keck, P.E. Jr. & Hudson, J.I. (2000). Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1004-1006.
- McElroy, S.L., Shapira, N.A., Arnold, L.M., Keck, P.E., Rosenthal, N.R., Wu, S.C., Capece, J.A., Fazzino, L. & Hudson, J.I. (2004). Topiramate in the Long-Term Treatment of Binge-Eating Disorder Associated With Obesity. *J Clin Psychiatry Nov*;65(11):1463-1469.
- NICE-richtlijn (2004).

9 Specifieke interventies

9.1 Psycho-educatie

In deze richtlijn wordt uitgegaan van de definitie van Davis e.a. (1997) van psycho-educatie:

'het op didactische wijze aanbieden van informatie over de aard van een ziekte of stoornis met als doel attitude- en gedragsverandering te bewerkstelligen. Het is een proces waarin de hulpverlener op weloverwogen en beknopte wijze relevante wetenschappelijke informatie aanbiedt als antwoord op vragen als: 'waarom heb ik dit probleem?' en 'hoe kan ik beter worden?' Het is het op empathische wijze advies en aanbevelingen geven, die logisch voortvloeien uit het denkkader en de wetenschappelijk gefundeerde kennis van de hulpverlener.'

In het *Handboek Eetstoornissen* (Vandereycken & Noordenbos, 2002) worden als thema's voor psycho-educatie onder meer genoemd:

- symptomen van eetstoornissen
- genetische invloeden op het lichaamsgewicht
- ineffectiviteit van vasten
- socioculturele druk om slank te zijn
- verband tussen gewicht en zelfwaardering en geluk
- gevolgen van braken en laxeren
- relatie tussen het hebben van eetbuien en lijnen
- stemming als een uitlokker van eetbuien
- psychologische en de fysiologische gevolgen van een eetstoornis

Een ander thema voor psychoeducatie is:

- wat verstaan we onder normale en gezonde voeding

In het volgende komen aan de orde:

- de effectiviteit van psycho-educatie in de verschillende stadia van behandeling
- het effect van psycho-educatie op de ontwikkeling van motivatie voor behandeling
- het aanbieden van psycho-educatie in een groep of individueel
- psycho-educatie door een professional of door een ervaringsdeskundige
- de risico's van psycho-educatie voor patiënten

Naar genoemde onderwerpen is literatuuronderzoek gedaan in de databases van Pubmed en PsychINFO, met gebruik van de volgende zoektermen: 'anorexia nervosa', 'boulimia nervosa', 'BED', 'eetbuistoornis', 'psycho-educatie', 'psychoeducation', 'gewichtstoename', 'gewichtsherstel', 'weightgain', 'frequentie van eetbuien', 'braken', 'laxeren', 'motivatie', 'motivatie-ontwikkeling', 'precontemplatiefase', 'motivatie voor behandeling', 'risico's'.

De zoekopdracht was niet gelimiteerd, omdat verondersteld werd dat er niet veel onderzoeksliteratuur over het effect van psycho-educatie was verschenen.

Deze zoektermen leverden 46 titels op, waarvan 16 artikelen opgevraagd zijn. Daarbij zijn de volgende selectiecriteria gehanteerd: psycho-educatie wordt beschreven als behandelingsaanbod voor patiënten met een eetstoornis en/of hun ouders, al dan niet in groepsverband; onderzoek wordt beschreven naar het effect van psycho-educatie op symptomen van eetstoornissen of eetgestoorde cognities; artikelen die psycho-educatie bij andere psychiatrische aandoeningen behandelden of die betrekking hadden op psycho-educatie in zelfhulpgroepen zijn uitgesloten. Er is niet gezocht naar verschillen tussen psycho-educatie gegeven door professionals, of door niet-professionals.

Wetenschappelijk bewijs

Er zijn geen grote randomised controlled trials (RCT's) gevonden. Het onderzoek betreft meestal het effect van psycho-educatie op eetgestoorde cognities, het verschil tussen psycho-educatie in groepen gezinnen of in individuele gezinnen, en de toegevoegde waarde van cognitieve therapie aan een cursus psycho-educatie. De steekproeven zijn klein en soms is er geen controlegroep. De conclusies die aan de onderzoeken verbonden kunnen worden zijn daarmee bescheiden .

In de NICE-richtlijn (2004) wordt gesteld dat patiënten met een eetstoornis en hun gezinnen/ouders/verzorgers recht hebben op de volgende informatie:

- oorzaken van eetstoornissen
- factoren die eetstoornissen in standhouden
- beste behandelingsstrategieën
- wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling van eetstoornissen
- prognose
- behandelingsresultaat
- psychologische en fysieke risico's
- signalen die aanwijzingen kunnen zijn van riskante situaties

Groeps-psycho-educatie in een groep zonder aanvullende psychotherapie lijkt een bescheiden positief effect te hebben op de symptomen van boulimia nervosa (Davis e.a., 1997; Davis e.a., 1999; Olmsted e.a., 1991)

Er is geen informatie gevonden over het effect van psycho-educatie als behandelaanbod voor vrouwen met een eetbuistoornis. Ook onderzoeken over psycho-educatie als enig of uitsluitend behandelaanbod voor vrouwen met anorexia nervosa zijn niet aangetroffen.

Er zijn enkele artikelen (Melrose, 2000; Hagenah e.a., 2003) over psycho-educatie voor gezinnen en/of ouders van patiënten met anorexia nervosa, zowel op individuele basis als in groepsverband, gevonden. De psycho-educatie vormde in dat geval een aanvulling op de behandeling van de eetstoornis.

Uit één onderzoek komt een aanwijzing dat het aanbieden van psycho-educatie aan groepen gezinnen even effectief is als individuele gezinstherapie bij zeer ernstig ondervoede patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen in verband met gewichtstoename. Dit is echter onvoldoende onderbouwd (Geist e.a., 2000).

Er is geen materiaal aangetroffen over psycho-educatie in relatie tot motivatieontwikkeling. Er zijn enkele aanwijzingen (Zabinski e.a., 2000; Dev e.a., 1999) dat psycho-educatie via het internet een bescheiden effect heeft op eetstoornisgerelateerde attitudes ten aanzien van de lichaamsbeleving.

Er is geen informatie gevonden over de risico's van psycho-educatie.

Conclusie

Niveau 3	Het is aannemelijk dat psycho-educatie voor de individuele patiënt en de familie een aanvulling kan zijn op de behandeling van anorexia nervosa. C Melrose, 2000; Geist e.a., 2000; Hagenah, 2003
Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat groeps-psycho-educatie zonder aanvullende psychotherapie een bescheiden positief effect heeft op de symptomen van boulimia nervosa. B Davis e.a., 1997; Davis e.a., 1999; Olmsted e.a., 1991
Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat psycho-educatie via het internet een bescheiden effect heeft op eetstoornisgerelateerde attitudes ten aanzien van de lichaamsbeleving. B Zabinski e.a., 2000; Winzelberg e.a., 1998

Niveau 4	<p>De werkgroep is van mening dat patiënten met een eetstoornis en hun gezinnen/ouders/verzorgers recht hebben op de volgende informatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> de oorzaken van eetstoornissen de factoren die eetstoornissen instandhouden de beste behandelingsstrategieën de wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling van eetstoornissen de prognose het te verwachten behandelingsresultaat de psychologische en fysieke risico's de signalen die aanwijzingen kunnen zijn van riskante situaties <p>D NICE-richtlijn, 2004</p>
Niveau 4	Er is geen materiaal aangetroffen over psycho-educatie in relatie tot motivatieontwikkeling.
Niveau 4	Er is geen informatie gevonden over de risico's van psycho-educatie.

Overige overwegingen

Het aanbieden van informatie over het beloop van de ziekte, de oorzaken, de instandhoudende factoren en behandelingsmogelijkheden door deskundige, maar niet per se hoogopgeleide hulpverleners, is een relatief laagdrempelig en goedkoop zorgaanbod. Deze vorm van zorg wordt voornamelijk in de preventieve sfeer gegeven op enkele plaatsen in het land door middel van algemene voorlichtingsavonden over verschillende ziekten. Ook door diëtisten en hulpverleners in de eerste lijn wordt op individuele basis psycho-educatie gegeven, om patiënten te motiveren om in behandeling te gaan.

De werkgroep heeft de indruk dat er nog weinig ervaring is opgedaan met groepspsycho-educatie als eerste zorginterventie bij bijvoorbeeld groepen vrouwen met boulimia nervosa. Bovenstaande conclusies suggereren dat het de moeite waard is deze interventie aan te bieden aan patiënten met een 'lichtere' problematiek.

In de eerste lijn kan gebruikgemaakt worden van schriftelijke psycho-educatie met behulp van zelfhulpboeken of met informatie via het internet. Nadeel hiervan is, dat deze informatie minder op het individu toegesneden is, waardoor het effect minder controleerbaar is. Bovendien kan de informatie via het internet ook gebruikt worden als tip ten dienste van de eetstoornis. Gezien de aanwezigheid op het internet van zogenaamde pro-anorexia-sites, is het riskant om zonder concrete verwijzingen het internet aan te bevelen.

Daarmee voldoen deze vormen van psycho-educatie niet aan de definitie zoals deze aan het begin van dit hoofdstuk is gegeven.

In de tweede lijn is het wenselijk, dat een op het gebied van eetstoornissen deskundige hulpverlener (zeker bij patiënten met boulimia nervosa of eetbuistoornis) start met psycho-educatie. Overigens maakt psycho-educatie deel uit van het protocol voor cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van boulimia nervosa en van het motivatietraject voor de behandeling van anorexia nervosa.

De werkgroep raadt aan dat kinderen en adolescenten met een eetstoornis psycho-educatie mét hun eigen gezin alleen, of in een groep gezinnen aangeboden krijgen. Psycho-educatie aan ouders kan ook aan ouders alleen in oudergroepen gegeven worden. Vanuit het oogpunt van kostenbesparing kan psycho-educatie plaatsvinden in groepsverband. Dit laatste is alleen mogelijk in zorginstellingen waar grotere aantallen patiënten met eetstoornissen aangemeld worden. In de praktijk zijn dat uitsluitend de specialistische behandelcentra. Daar wordt psycho-educatie aangeboden door gespecialiseerde verpleegkundigen, en in de fase van motiveren ook door therapeuten, diëtisten en artsen, en als onderdeel van een groter behandelaanbod. Er zijn ook goede ervaringen met de deelname van ervaringsdeskundigen aan de module psycho-

educatie binnen professionele behandelcentra voor eetstoornissen. In een aantal gespecialiseerde instellingen biedt men op dit moment een psycho-educatiegroep aan om de wachttijd tot behandeling overbruggen.

Vanwege het elders in de richtlijn beschreven beperkte vermogen van patiënten met anorexia nervosa om informatie op te nemen en vast te houden ten gevolge van hun slechte lichamelijke toestand en hardnekkige foutieve cognities zal de aangeboden psycho-educatie goed getimed, gedoseerd en regelmatig herhaald moeten worden om effectief te zijn. Het geven van psycho-educatie aan deze patiënten stelt daardoor hoge eisen aan de deskundigheid van degene die het aanbied.

Verpleegkundig perspectief

Op veel plaatsen zijn verpleegkundigen verantwoordelijk voor het onderdeel psycho-educatie in de behandeling. De verpleegkundige nodigt andere disciplines uit om een bijdrage te leveren aan de psycho-educatie. Belangrijk is dat dit systematisch gebeurt. Risicofactoren bij het welslagen van deze modules zijn ondeskundigheid, onsystematisch werken en oncontroleerbaarheid.

Patiëntenperspectief

Omdat de concentratie bij de patiënten vaak minder is wanneer de eetstoornis ernstig is, verdient het aanbeveling psycho-educatie meerdere malen aan te bieden.

Groeps-psycho-educatie verdient volgens patiënten de voorkeur in verband met herkenning vinden, erkenning van kenmerken en de gevolgen, en het op gang brengen van discussies. Daarbij is ervaring in het begeleiden van groepsprocessen is zeker wenselijk. Patiënten en familieleden vinden dat voorlichting het beste gegeven kan worden door professionele hulpverleners en ervaringsdeskundigen samen.

Wanneer diëtisten voorlichting geven, moeten ze ervaring hebben in het begeleiden van mensen met eetstoornissen en hun gedachtegangen kennen. Er bestaat anders reëel gevaar voor het geven van 'tips' (met 'tips' worden tips bedoeld die de stoornis instandhouden). Ook hier kan het nuttig zijn een ervaringsdeskundige erbij te betrekken.

Patiënten zoeken informatie op internetsites. Dat is nuttig, maar kan ook gevaarlijk zijn in verband met het opdoen van 'tips'. Binnen een psycho-educatieprogramma is het 'tips-risico' veel minder groot.

Uit het onderzoek van Rie de la et al (2005) blijkt dat patiënten sterk de voorkeur geven aan zelfhulp boven hulp door professionals die geen ervaring met de behandeling van eetstoornissen hebben.

Aanbevolen zelfhulpboeken en internetpagina's zijn onder meer:

- Schmidt, U., & Treasure, J. (Vert. SWP). (1997). *Beetje bij beetje beter. Een overlevingspakket voor mensen met bulimia nervosa of een eetbuistoornis*. Utrecht: SWP.
- Spaans, J. (1999). *Ik eet als niemand het weet. Over bulimia nervosa en wat je er aan kunt doen*. Amsterdam: Boom.
- Spaans, J. (1998). *Slank, slanker slankst. Over anorexia nervosa en wat je er aan kunt doen*. Amsterdam: Boom.
- Vanderlinden, J. (2000). *Anorexia nervosa overwinnen. Een gids voor patiënt, gezin en hulpverlener*. Tiel: Lannoo.
- Vanderlinden, J. (2001). *Boulimie en eetbuien overwinnen. Een gids voor patiënt, gezin en hulpverlener*. Tiel: Lannoo.
- Meerum Terwogt-Reinders, C., & Koster-Kaptein, L. (2001). *Werkboek anorexia en boulimia nervosa*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 9031335770.
- De informatie op de sites van de Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (www.sabn.nl) en het Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland (www.eetstoornis.info) is betrouwbaar en up-to-date.

Aanbeveling

Psycho-educatie aan patiënt en familie wordt aanbevolen als onderdeel van elke behandeling van patiënten met een eetstoornis.

- bij boulimia nervosa en eetbuistoornis kan psycho-educatie in groepsverband aangeboden worden als een eerste behandelingactiviteit in een stepped care benadering;
- bij anorexia nervosa wordt aangeraden om psycho-educatie te combineren met andere vormen van behandeling.

Het verdient aanbeveling dat hulpverleners in de eerste lijn patiënten met een eetstoornis verwijzen naar betrouwbare informatie op het internet of in zelfhulpboeken.

Voor gezinnen/ouders/verzorgers van patiënten met een eetstoornis is de volgende informatie gewenst:

- de oorzaken van eetstoornissen
- de factoren die eetstoornissen instandhouden
- de beste strategieën om iemand met een eetstoornis te helpen
- de wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling van eetstoornissen, de prognose, en het behandelingsresultaat
- de psychologische en de fysieke risico's
- de signalen die hen moeten attenderen op riskante situaties

Het verdient aanbeveling dat psycho-educatie wordt gegeven door deskundigen op het gebied van eetstoornissen, wenselijk is een combinatie van professionele hulpverleners en ervaringsdeskundigen.

Het verdient aanbeveling dat zorginstellingen psycho-educatie aan patiënten met een eetstoornis in groepsverband aanbieden.

Het is gewenst dat kinderen en adolescenten met een eetstoornis psycho-educatie liefst met hun eigen gezin alleen, of in een groep gezinnen aangeboden krijgen.

Psycho-educatie aan ouders kan ook aan ouders alleen in oudergroepen gegeven worden.

De werkgroep is van mening dat psycho-educatie risico's kan hebben als deze onjuist, slecht getimed, onzorgvuldig of niet aangepast aan de pathologie/mogelijkheden/beperkingen van de patiënt is.

Literatuur

- Davis, R., McVey, G., Heinmaa, M., e.a. (1999). Sequencing of cognitive-behavioral treatments for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 361-374.
- Davis, R., Olmsted, M., Rockert, W., e.a. (1997). Group psychoeducation for bulimia nervosa with and without additional psychotherapy process sessions. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 25-34.
- Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., e.a. (2000). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 173-178.
- Hagenah, U., Blume, V., Flacke-Redanz, M., e.a. (2003). Psychoedukation als Gruppenangebot für Eltern essgestörter Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31, 51-58.
- Melrose, C.E. (2000). Facilitating a multidisciplinary parent support education group. *Journal of psychosocial nursing*, 38,19-25.
- NICE-richtlijn (2004)
- Olmsted, M., Davis, R., Rockert, W., e.a. (1991). Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 71-83.
- Rie, S. de la, Furth, E. van en Noordenbos, G., 2005, Kwaliteit van de behandeling vanuit het patiëntenperspectief .
- Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (Red.). (2002). *Handboek Eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Dev P., Winzelberg A.J., Celio A, e.a. (1999). Student bodies: psycho-education communities on the web. *Proceedings of the AMIA Annual Symposium*, 510-4. Zabinski, M., Pung, M., Wilfley, D., e.a. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 401-402.

9.2 Verhogen motivatie

Miller & Rollnick (1991) definiëren motivatie als de waarschijnlijkheid dat een persoon deelneemt aan, doorgaat met en zich houdt aan een specifieke veranderingsstrategie. Motivatie kan voortkomen uit een wens tot verandering ten behoeve van iets of iemand anders (extern bepaalde of extrinsieke motivatie) of van zichzelf (intern bepaalde of intrinsieke motivatie). Voor herstel van een eetstoornis dient er vooral intrinsieke motivatie aanwezig te zijn. Motivatie blijkt uit de mate waarin patiënt:

- de eetstoornisproblematiek onderkent (ziektebesef);
- zich daar zorgen over maakt;
- een directe of impliciete intentie tot verandering heeft;
- optimistisch is over verandering en het eigen vermogen daartoe.

Door erkenning van het eetprobleem kan er een bereidwilligheid ontstaan tot verandering. Voor de motivatie is het echter noodzakelijk dat patiënt ook gelooft in de eigen vermogens en doeltreffendheid (Rollnick e.a., 1999). Motivatie bij kinderen kan nadrukkelijk geplaatst worden in de ontwikkelingspsychologische stadia. Op grond daarvan is het betrekken van ouders een algemeen basisprincipe dat niet alleen voor eetstoornissen geldt.

Voor deze richtlijn is onderzocht welk instrumentarium beschikbaar is om op een betrouwbare manier inzicht te krijgen in ziektebesef, ziekte-inzicht en motivatie bij patiënten met een eetstoornis; welke interventies effectief zijn in het verhogen van de motivatie voor behandeling bij patiënten met een eetstoornis in de verschillende stadia van de ziekte; en bij welke patiënten het inschakelen van ouders of partner succesvol is voor het motiveren.

Wetenschappelijk bewijs

Er is algemene overeenstemming dat motivatie een belangrijke rol speelt in de behandeling van anorexia nervosa (Treasure & Ward, 1997; Vitousek e.a., 1998). Motivatie ontstaat in de interactie tussen patiënt en behandelaar. Motivering tot verandering is bij eetstoornispatiënten van groot belang vanwege hun ambivalentie of zelfs hardnekkig verzet tegen verandering. Het gebruik van motiveringstechnieken is onontbeerlijk bij het bewerken van de weerstand tegen verandering en het vergroten van de intrinsieke motivatie.

De motivatiefasen van Prochaska & DiClemente (1992) vormen het uitgangspunt van de methode van het motivationeel interviewen (Miller & Rollnick, 1991). Motivationeel interviewen accepteert dat de patiënt voor een moeilijke beslissing staat en dat het onder deze omstandigheden normaal is tegenstrijdige gedachten te hebben (Killick & Allen, 1997). Als de therapeutische interventie niet aansluit bij de motivatiefase van de patiënt, dan leidt dit tot weerstand (Rollnick e.a., 1993).

Er worden vijf fasen onderscheiden in de ontwikkeling van motivatie: precontemplatie, contemplatie, preparatie, actie en handhaving (Prochaska & DiClemente 1992). In de precontemplatiefase (voorbeschouwing) hebben patiënten nog geen interesse voor verandering en ontkennen zij de problematiek. In de contemplatiefase (beschouwing) zijn zij bereid hun eetprobleem te onderzoeken en de gevolgen van verandering na te gaan. Zij staan echter nog ambivalent ten opzichte van verandering. Tijdens de preparatiefase (voorbereiding, beslissing) hebben patiënten bereidheid tot verandering en behoefte aan hulp, maar kunnen zij moeilijk bepalen wat te doen. Gedurende de actiefase gaan zij met de nodige steun en aanmoediging over tot actie. Tijdens de handhavingfase worden veranderingen geconsolideerd en zijn patiënten bezig met terugvalpreventie.

In de precontemplatiefase is een belangrijk doel dat de patiënten tot een cognitieve en affectieve herwaardering van hun situatie komen, waarbij zij enig ziektebesef krij-

gen en de bereidheid vergroten na te denken over de eetstoornis. Technieken die in deze fase gebruikt kunnen worden, zijn het creëren van een sfeer van veiligheid door in te gaan op de visie van de patiënt, en het geven van objectieve voorlichting over de stoornis. In de contemplatiefase hebben de patiënten enig ziektebesef en is er enige bereidheid de ernst van de stoornis te onderkennen. Ze zijn echter nog niet bereid om tot actie over te gaan. Ze hebben een ambivalente houding tegenover de eetstoornis en het aanpakken ervan. Deze ambivalentie dient in deze fase bewerkt te worden.

Er zijn aanwijzingen dat de bereidheid om te veranderen gedragsverandering en attitudeverandering bij patiënten met anorexia nervosa mede voorspelt (Rieger e.a., 2000; geen controlegroep). Versterking van de motivatie bij adolescenten met anorexia nervosa door middel van een patiëntgericht interview kan bijdragen aan gedragsverandering en gewichtstoename (Gowers & Smyth, 2004; geen controlegroep). Onderzoeken over het gericht inschakelen van ouders voor het motiveren zijn niet bekend en er ook onderzoek naar de invloed van het versterken van de motivatie voor behandeling is schaars.

Er zijn geen gecontroleerde onderzoeken naar het effect van verhoging van motivatie bekend. Specifieke interventies die gericht zijn op de versterking van motivatie lijken de motivatie tot verandering te vergroten en tevens depressieve symptomen te verminderen en het gevoel van eigenwaarde te vergroten (Feld e.a., 2001).

Treasure e.a. (1999) vergeleken vier sessies motivatieverhogende therapie met vier sessies cognitieve gedragstherapie aan het begin van de behandeling van boulimia nervosa. Beide methodes bleken even effectief in het reduceren van symptomen, het verbeteren van de therapeutische relatie en het verhogen van de gereedheid voor verandering. Het geringe aantal therapie sessies en het afwezigheid van een controlegroep noodzaakt hier echter tot enige voorzichtigheid bij interpreteren van de resultaten.

Onderzoek bij patiënten met boulimia nervosa suggereert dat er een relatie is tussen de fase van verandering waarin de patiënt is bij aanvang van de behandeling, en de reactie op de behandeling. Het lijkt erop dat dit meer van belang is bij een behandeling die zich direct richt op de eetsymptomatologie (cognitieve gedragstherapie), dan bij een behandeling die de eetsymptomen niet rechtstreeks aanpakt (interpersoonlijke therapie). In dit onderzoek zijn beide behandelcondities vergeleken, er was geen controlegroep (Wolk & Devlin, 2001).

De beoordeling van de motivatiefase kan op verschillende manieren: via de klinische indruk, een vragenlijst of een interview. Het afnemen van een vragenlijst geeft de patiënt de gelegenheid voor zichzelf zaken op een rijtje te zetten betreffende de motivatie. Wanneer de therapeutische relatie nog onvoldoende is opgebouwd, kan de patiënt het veiliger vinden om een vragenlijst in te vullen dan om te reageren op vragen van de therapeut aangaande de motivatie. Een vragenlijst geeft de therapeut meer gevalideerde informatie en is een eenvoudige manier om zowel bij het begin als tijdens de behandeling een indruk te krijgen van de motivatiefase. Een interview biedt meer gelegenheid om de motivatie te exploreren dan een vragenlijst. Dit kan gezien de complexiteit van gedachten en gevoelens over bereidheid tot verandering noodzakelijk zijn. Er bestaat een aantal niet-gevalideerde Engelstalige instrumenten om motivatie te meten. Nederlandstalige instrumenten om motivatie te meten zijn nog nauwelijks beschikbaar. Er bestaan een paar Nederlandstalige versies van Engelse vragenlijsten, maar deze zijn nog niet onderzocht op hun psychometrische kwaliteiten. De 'Zorgen om Veranderingsschaal' (Bloks & Callewaert, 1998) is een vertaling van de 'Concern about Change Scale' (Vitousek e.a., 1999). De 'Schaal voor Fasen van Verandering' (SFV; Wiseman e.a., 1996; vertaling Bloks & Spaans, 2000) stelt de patiënt een reeks vragen die gerelateerd zijn aan de motivatiefasen en de eetstoornis. Deze schaal geeft uiteindelijk een globaal beeld van de mate waarin men zich in ieder van de motivatiefasen bevindt.

Indien men aan de hand van een interview de motivatie per symptoom wil bepalen en in een cijfer uitdrukken, kan men gebruikmaken van de richtlijnen bij het RMI-interview: 'Readiness and Motivation Interview for Eating Disorders' (Geller & Drab, 1999). Dit interview werd ontwikkeld om samen met de diagnostische vragen van de Eating Disorder Examination (EDE) te gebruiken, zodat voor ieder symptoom zowel informatie over de diagnostiek als over de motivationele toestand kan worden verkregen. Een Nederlandse vertaling hiervan is nog niet beschikbaar.

Conclusie

Niveau 4	Op dit moment zijn nog geen goed gevalideerde Nederlandse instrumenten beschikbaar om op een betrouwbare manier inzicht te krijgen in ziektebesef, ziekte-inzicht en motivatie. Wel zijn er een aantal nog niet gevalideerde Engelstalige instrumenten om de motivatie te meten. D Mening deskundigen
Niveau 3	Motivatie speelt een belangrijke rol bij de behandeling van anorexia nervosa. C Treasure & Ward, 1997; Vitousek e.a., 1998
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat interventies die gericht zijn op het verhogen van de motivatie, deze kunnen versterken. C Feld e.a., 2001, Gowers & Smyth, 2004
Niveau 3	Bij de motivatie kunnen vijf fasen worden onderscheiden. Het is aannemelijk dat interventies die aansluiten aan de motivatiefase waarin de patiënt zich bevindt, effect hebben op het verhogen van de motivatie. C Miller & Rollnick, 1991; Prochaska & Diclemente, 1992; Killick & Allen, 1997; Rollnick e.a., 1993
Niveau 4	Er zijn geen onderzoeken bekend naar het inschakelen van ouders of partner bij het motiveren van patiënten voor behandeling. Bij kinderen kan de motivatie geplaatst worden in de ontwikkelingspsychologische stadia en is het betrekken van ouders op grond daarvan een algemeen basisprincipe. D Mening deskundigen

Overige overwegingen

VERPLEEGKUNDIG PERSPECTIEF

Verpleegkundigen kunnen een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen en instandhouden van de motivatie van patiënten en het thuisfront. Zij kunnen deelnemen aan de systeemtherapie of gezinsbegeleiding. Wanneer dit niet het geval is, moet er sprake zijn van een goede overdracht van kennis en informatie in twee richtingen. Het is een taak van de verpleegkundigen de mate van bereidheid tot veranderen in te schatten en daar de bejegening en interventies op te laten aansluiten. Verpleegkundigen dragen zorg voor en bewaken het leefklimaat: de verpleegkundige zorgt voor een omgeving die waar nodig ondersteunend is en die anderzijds ruimte biedt om spanningen in de relatie met de omgeving te bewerken. Dit leidt tot nieuwe oplossingen en mogelijkheden voor de patiënt. De verpleegkundige moet belevingsgericht werken (aansluiten bij de emoties en mogelijkheden van de patiënt) in plaats van regelgericht of productgericht.

PATIËNTENPERSPECTIEF

Het volgende werkt motivatiebevorderend:

- herkenning vinden bij en contact met lotgenoten: dit kan bijvoorbeeld door voorlichting door ervaringsdeskundigen op school, contact met patiëntenverenigingen en door contact met patiënten met een vergelijkbare ziekteduur bij een langdurige stoornis.

- goede bejegening van hulpverleners door het serieus nemen van het probleem: zo kan het nemen van tijd en het aandacht en respect hebben echt wonderen doen.
- betrekken van ouders/partners als hulpbron: patiënten stimuleren het thuis te vertellen dat ze een eetstoornis hebben (geheimhouding werkt averechts) en hulp bieden als er obstakels zijn om thuis openheid van zaken te geven.

Nadelig voor de motivatie is het bestaan van wachtlijsten. Dit nadeel kan beperkt worden door goede voorlichting over de wachttijd en door wachttijdbegeleiding.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat goed gevalideerde Nederlandstalige instrumenten voor het vaststellen van de motivatie beschikbaar moeten komen.

De werkgroep is van mening dat voorlopig gebruik gemaakt kan worden van nog niet gevalideerde Nederlandstalige instrumenten (De Zorgen om Veranderingsschaal, De Schaal voor Fasen van Verandering) en het Engelstalige Readiness and Motivation Interview for Eating Disorders.

De werkgroep is van mening dat het motiveren van patiënten een belangrijke rol kan spelen bij het tot stand komen van een behandeling.

De werkgroep is van mening dat bij het motiveren rekening gehouden moet worden met de fase waarin patiënt zich bevindt.

De werkgroep is van mening dat bij het motiveren het systeem ingeschakeld kan worden als hulpbron.

Literatuur

- Feld, R., Woodside, D.B., Kaplan, A., Olmsted, M.P., Carter, J.C. (2001). Pretreatment Motivational Enhancement Therapy for Eating Disorders: A Pilot Study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 393-300.
- Geller, J., & Drab, L. (1999). The readiness and motivation interview: a symptom-specific measure of readiness for change in eating disorders. *European Eating Disorder Review*, 7, 259-278.
- Gowers, S.G. & Smyth, B. (2004). The Impact of a Motivational Assessment Interview on Initial Response to Treatment in Adolescent Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 87-93.
- Killick, S., & Allen, C. (1997). Shifting the Balance; Motivational Interviewing to help behaviour change in people with bulimia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 5, 33-41.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1992). The transtheoretical model of change. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Red.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 300-334). New York: Basic Books.
- Rieger, E., Touyz, S., Schotte, D., e.a. (2000). Development of an Instrument to Assess Readiness to Recover in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 387-396.
- Rollnick, S., Kinnnersley, P., & Scott, N. (1993). Methods of helping patients with behaviour change. *British Medical Journal*, 307, 188-190.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health behaviour change. A guide for practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Treasure, J.L., Katzman, M., Schmidt, U., e.a. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first fase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 405-418.
- Treasure, J.L., & Ward, A. (1997). A Practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5, 102-114.
- Vitousek, K., DeViva, J., Slay, J., e.a. (1999). *Concerns about change in the eating and anxiety disorders*. Paper presented at the International Conference on Eating Disorders. London.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391-420.
- Wiseman, S., Sunday, S., & Halmi, K. (2000). Stages of Change scale. Paper presented at the International Conference on Eating Disorders. New York.
- Wolk, S.L., & Devlin, M. (2001). Stage of Change as a Predictor of Response to Psychotherapy for Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 96-100.

9.3 Lichaamsbeleving

In dit hoofdstuk wordt besproken welke therapeutische interventies die gericht op het beïnvloeden van de verstoorde lichaamsbeleving, effectief zijn bij patiënten met eetstoornissen.

Pas de laatste decennia zijn er vanuit verschillende disciplines op basis van diverse theoretische achtergronden programma's ontwikkeld en beschreven om de verstoorde lichaamsbeleving bij eetstoornissen te behandelen. (Rekkers & Schoemaker, 2002). Wat deze programma's gemeen hebben is dat de verstoorde lichaamsbeleving opgevat wordt als een primair en essentieel aspect van de eetstoornis. Het verwerven van een realistische lichaamsbeleving is dan ook een belangrijk herstelcriterium. Diverse auteurs bevestigen dat er prognostisch een terugval te verwachten is als de verstoorde lichaamsbeleving niet behandeld is (Button, 1986; Fairburn e.a., 1993; Freeman e.a., 1985; Garner e.a., 1992; Jansen, 1998). Ook Probst (2002) stelt dat er een terugval te verwachten is bij patiënten die aan het einde van een therapie nog veel moeite hebben met het aanvaarden van het eigen lichaam, nog steeds verlangen naar een (on gezond) ideaalbeeld, of een sterke negatieve lichaamsbeleving behouden. Hoewel er volgens Probst dus voldoende redenen zijn om directe en specifieke therapeutische aandacht aan lichaamsbeleving te besteden, is de literatuur hierover vrij beperkt. Er is weinig geschreven over of onderzoek gedaan naar de therapeutische technieken en methoden die gericht zijn op het beïnvloeden van de verstoorde lichaamsbeleving.

Fernández & Vandereycken (1994) onderscheiden twee specifieke therapeutische benaderingen van het behandelen van de verstoorde lichaamsbeleving. Een non-verbale benadering, te weten psychomotorische therapie (Probst e.a., 1999b; Probst e.a., 1997; Probst, 1999; Rekkers & Schoemaker, 2002; Vandereycken e.a., 1987), en een verbale benadering, te weten cognitieve gedragstherapie (Jansen, 1998; Raich e.a., 1995; Rosen e.a., 1990).

In Nederland worden de therapeutische interventies die gericht zijn op de behandeling van de lichaamsbeleving bij eetstoornissen toegepast door psychomotorische therapeuten, creatief-therapeuten en cognitieve-gedragstherapeuten.

In zelfhulpgroepen wordt lichaamsgerichte therapie regelmatig geadviseerd. De ervaring van patiënten is dat ze er veel baat bij hebben. Lichaamsgerichte therapie helpt om het beeld dat patiënten hebben van hun lichaam te relativiseren en is onontbeerlijk voor het slagen van de behandeling. Het leren kijken naar het eigen lichaam heeft een angstreducerende functie waardoor patiënten beter durven te eten.

9.3.1 Non-verbale benadering

Wetenschappelijk bewijs

Bij een non-verbale therapeutische benadering speelt het lichaam de centrale rol van zowel instrument als van doel van behandeling. Om de verschillende non-verbale benaderingen onder één noemer te brengen, hebben Probst e.a. (1995) de term BOT (body-oriented therapy; lichaamsgeoriënteerde therapie) geïntroduceerd. BOT bevat alle vormen van psychotherapie die het lichaam centraal stellen om het psychisch functioneren te verbeteren. Wat al deze lichaamsgeoriënteerde therapieën bindt, is het gebruik van non-verbale technieken, zoals: relaxatietechnieken, sensory-awareness-technieken, bewegingsvormen, sport- en spelvormen, dans, bio-energeticaoefeningen, geleide-fantasieoefeningen, rollenspel, videoconfrontatie en spiegel oefeningen. De meest directe en specifiek lichaamsgeoriënteerde therapie staat in Nederland en België vooral bekend als psychomotorische therapie (Probst, 2002). Interventies van een non-verbale benaderingswijze zoals psychomotorische therapie zijn gericht op het:

- ontwikkelen van een realistische en positieve lichaamsbeleving
- beteugelen van hyperactief gedrag
- ontwikkelen van sociale vaardigheden op gebied van lichaamstaal en expressie van emoties
- leren genieten van lichamelijke sensaties

De vraag welke interventies van non-verbale benaderingswijzen (BOT) effectief zijn om bovenstaande doelen na te streven, kan meer op basis van klinische evidentie dan op basis van wetenschappelijk onderzoek beantwoord worden. Onderzoek is niet zo makkelijk te realiseren, omdat het bij drie van de vier bovenstaande doelen (met uitzondering van beteugelen van hyperactief gedrag) om kwalitatieve aspecten in een relationeel kader gaat. Het doel 'beteugelen van hyperactief gedrag' is mogelijk het meest kansrijk voor een meer substantieel empirisch onderzoekskader. Wat onderzoek ook lastig maakt, is het feit dat psychomotorische therapie vaak onderdeel is van een multidisciplinaire behandeling.

9.3.1.1 Interventies voor het ontwikkelen van een realistische en positieve lichaamsbeleving

VIDEOCONFRONTATIE

Wetenschappelijk bewijs

Een veelgebruikte interventie om een realistische en positieve lichaamsbeleving te bewerkstelligen, is videoconfrontatie of videofeedback. De videoconfrontatie is oorspronkelijk ontwikkeld voor patiënten met anorexia nervosa (Probst e.a., 1986). Er worden videobeelden gemaakt van patiënt in badpak of bikini in een gestandaardiseerde opstelling. De opname wordt daarna bekeken door de patiënt in gezelschap van medepatiënten. Na het kijken wordt de patiënt uitgenodigd om gedachten en gevoelens bij het zien van de beelden te verwoorden. Hoewel door de auteurs onderzocht is of deze methode gebruikt kan worden als evaluatiemethode ten aanzien van veranderingen in lichaamsbeleving (Probst e.a., 1997), is er nog weinig onderzoek verricht naar de therapeutische effecten van videoconfrontatie. Uitzondering hierop zijn de onderzoeken van Fernández & Vandereycken (1994) en van Rushford & Ostenmeyer (1997). Rushford & Ostenmeyer beschrijven de resultaten van twee videofeedbacksessies. Fernández & Vandereycken vergelijken de lichaamsbeleving van twee groepen patiënten met anorexia nervosa, waarbij de ene groep een eenmalige videoconfrontatiesessie krijgt en de andere groep niet.

Conclusie

Niveau 3	Na een videofeedbacksessie nemen patiënten met een eetstoornis zichzelf realistischer waar, worden affectieve reacties op het eigen lichaam normaler en wordt het eigen lichaam minder vergeleken met dat van anderen. B Rushford & Ostenmeyer, 1997
Niveau 3	Videoconfrontatie heeft als effect dat patiënten met anorexia nervosa hun lichaam realistischer (dunner en actiever) beoordelen. Of dit een blijvend effect is, is niet onderzocht. B Fernández & Vandereycken, 1994
Niveau 4	De videoconfrontatie blijkt vaak een krachtige confrontatie te zijn voor patiënten met anorexia nervosa die hun vermagering minimaliseren of ontkennen. Op deze manier werkt zij als katalysator in het therapeutische proces. D Probst, 2002 >>

Niveau 4	<p>Videoconfrontatie kan positieve effecten hebben bij patiënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa, mits deze methode geïntegreerd is in een bredere therapeutische context, dat wil zeggen deel uitmaakt van een breder non-verbaal therapeutisch aanbod.</p> <p>D Probst e.a., 1997; Rekkers & Schoemaker, 2002</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Vanuit patiëntenperspectief is aangegeven dat patiënten, die een meerdaagse behandeling gericht op hun eetstoornis hadden, de videoconfrontatie als positief hebben ervaren. Ze leerden daardoor met afstand naar zichzelf kijken (letterlijk), en observeerden weer andere aspecten dan bij spiegelconfrontatie. De afstand heeft dikwijls een relativerende werking, wat de behandeling als geheel en de lichaamsbeleving specifiek ten goede komt. Een ander positief en leerzaam aspect van videoconfrontatie is het bekijken van de video met andere patiënten: men neemt sneller het advies aan en feedback komt eerder binnen.

Aanbeveling

<p>Videoconfrontatie lijkt een waardevolle interventie om irrationele cognities over lichaamsomvang bij patiënten met anorexia nervosa uit te dagen en bij te stellen. Hierbij is het van belang dat de videoconfrontatie deel uitmaakt van een breder non-verbaal behandelingsaanbod.</p>
--

SPIEGELOEFENINGEN

Wetenschappelijk bewijs

Het doel van spiegel oefeningen is op een constructieve wijze leren omgaan met het eigen fysieke voorkomen (Probst, 2002). Hierbij gaat het niet alleen om de perceptie, maar ook om de betekenisverlening.

Er wordt in de klinische praktijk van de psychomotorische therapie vaak standaard gewerkt met spiegel oefeningen. In de literatuur zijn verschillende vormen van spiegel oefeningen beschreven, zoals statisch en dynamisch spiegelen, gedragsexperimenten met verschillende soorten kleding (Rekkers & Schoemaker, 2002); spiegelen met neutrale blik (Probst, 2002), en spiegelen met andere patiënten (Probst, 1999).

Wanneer spiegel oefeningen herhaaldelijk worden uitgevoerd, kunnen ze opgevat worden als lichaams-exposure met desensitisering. Deze exposure helpt dan om een realistisch beeld van zichzelf op te bouwen en een veranderend lichaam (bijvoorbeeld door gewichtstoename bij patiënten met anorexia nervosa) te aanvaarden (Probst, 2002).

Onderzoek naar de therapeutische effecten van lichaams-exposure met spiegel oefeningen is voor het eerst gedaan door Norris (1984). Zij deed onderzoek naar de effecten van spiegelconfrontatie op het schatten van eigen lichaamsafmetingen bij patiënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa. Zij concludeerde uit de resultaten dat spiegelconfrontatie een positieve invloed heeft op bekwaamheid van patiënt om eigen lichaamsomvang te schatten.

Volgens Krueger & Schofield (Probst, 2001) en Feedman (Probst, 2001) zou het spiegelen bijdragen tot de vorming van een meer stabiele geïntegreerde mentale representatie van het eigen lichaam. Goldsmith & Thompson (1989) deden onderzoek naar het effect van spiegelconfrontatie bij gezonde vrouwen die de neiging hadden om de omvang van hun lichaam te overschatten. Het resultaat van dit onderzoek was dat de vrouwen in de experimentele groep (behandeling spiegelconfrontatie) zichzelf minder overschatten dan de vrouwen in de controlegroep (behandeling: discussie over gezonde gewoonten).

Een onderzoek van Key e.a. (2002) bevestigt niet alleen de bevindingen van Norris, maar beschrijft ook een verbetering van lichaamstevredenheid en een significante af-

name van lichaamsangst en vermijdingsgedrag. Key e.a. stellen dat spiegelconfrontatie een sterke emotionele respons uitlokt, waardoor het een effectieve vorm van exposure is, wat een succesgevoel kan opleveren. Wel wordt toegevoegd dat bij patiënten met een achtergrond van ervaringen met (seksueel) geweld, het zaak is dat deze patiënten niet overweldigd worden door deze respons.

Er zijn in de literatuur meer waarschuwendende geluiden over negatieve impact van spiegel oefeningen op zelfbeleving (Probst, 1999, 2002). Recent onderzoek (Jansen e.a., in druk) bevestigt deze waarschuwendende geluiden. Het blijkt erg belangrijk om te weten wat er gebeurt tijdens exposure door middel van beelden van het eigen lichaam. Patiënten met eetstoornissen bleken hun aandacht selectief te richten op de negatief beleefde lichaamsdelen. En deze selectieve aandacht resulteerde in een significante stemmingsdaling na afloop van de exposure.

Conclusie

Niveau 3	Spiegelconfrontatie heeft een positieve invloed heeft op de bekwaamheid van patiënt om hun eigen lichaamsomvang te schatten B Norris, 1984
Niveau 3	Lichaams-exposure met behulp van spiegel oefeningen kan leiden tot verbetering van tevredenheid over het eigen lichaam en tot afname van lichaamsangst en vermijdingsgedrag met betrekking tot het eigen lichaam. B Key e.a., 2002
Niveau 3	De stemming van patiënten met eetstoornissen kan door lichaams-exposure met spiegel oefeningen sterk negatief beïnvloed worden, doordat zij zich voornamelijk richten op lichaamsdelen die zij als negatief beleven. B Jansen e.a. , 2005

Overige overwegingen

Vanuit het patiëntenperspectief is aangegeven dat patiënten die spiegel oefeningen hadden gedaan, in eerste instantie erg gefixeerd waren op bepaalde lichaamsdelen. Maar ze gaven tegelijkertijd aan, dat ze dat toch al deden. Een goede begeleiding door de therapeut om de aandacht gaandeweg van lichaamsdelen naar het gehele lichaam te brengen, vinden patiënten belangrijk. Veiligheid in deze opdrachten is een must. De toestemming om alleen of met kleding aan te spiegelen bevordert de vertrouwensband. Het meest slechte spiegel moment is voor patiënten net na de maaltijd. De fixatie op moeilijke lichaamsdelen is dan het grootst.

'VISUAL SIZE ESTIMATION' OEFENINGEN

Er is geen onderzoek verricht naar therapeutische effect van deze oefeningen, maar in de klinische praktijk worden ze veelvuldig gebruikt. Voorbeelden van deze oefeningen zijn lichaamstekeningen en het schatten van de omtrek van lichaamsdelen met behulp van touwen. Bij beide vormen gaat het om het vergelijken van drie omtrekken. De beleefde omtrek, de gewenste omtrek en de reële omtrek. De volgorde waarin de omtrekken getekend of neergelegd moeten worden, is belangrijk. Eerst de beleefde omtrek, daarna de gewenste ideale omtrek en als laatste wordt de reële omtrek omlind of gemeten.

Veelal blijkt de reële omtrek kleiner dan de gewenste omtrek, wat veel verwarring en ongeloof oproept. Op deze manier kunnen deze oefeningen een krachtig middel zijn om irrealistische cognities en gevoelens over lichaamsafmetingen uit te dagen.

Conclusie

Niveau 4	'Visual size estimation' oefeningen kunnen gebruikt worden om irreële cognities ten aanzien van lichaamsbeleving uit te dagen en bij te stellen. D Werkgroep
-----------------	---

9.3.1.2 Interventies voor het beteugelen van hyperactief gedrag en het leren genieten van bewegen

Hyperactief gedrag of bewegingsdrang komt vooral voor bij anorexia nervosa en, hoewel vaak minder opvallend, ook bij boulimia nervosa.

Bewegingsdrang kan allerlei vormen aannemen:

- Vrijwillige verhoging van lichamelijke activiteit: het sporten of het bewegen wordt opgevoerd vanwege de wens tot afvallen dan wel verbranden van calorieën. Vaak zie je hierbij een verschuiving optreden van sociale of competitieve sportbeoefening (waar redenen als recreatie, plezier of fitness een rol speelden) naar solitaire, zich herhalende activiteiten. Sporten of bewegen krijgt ook vaak de rol van schuld inlossen ('debtting'). Pas als de patiënt voldoende fysiek actief is geweest, mag er gegeten worden. Of andersom: na een maaltijd moet de patiënt fysiek actief zijn.
- Onvrijwillige drang om te bewegen: vanuit een innerlijke gejaagdheid kan er niet gerust, stilgezeten of überhaupt gezeten worden. Patiënten blijven bijvoorbeeld staan tijdens het eten of therapie sessies, kauwen de hele dag kauwgom of trappelen met hun benen als ze moeten zitten.
- Onvoldoende gevoel voor signalen van vermoeidheid of pijn bij blessure: patiënten lijken geen vermoeidheid te voelen en bewegen vaak door, ongeacht hardnekkige sportblessures.
- Activiteiten krijgen een obsessief-compulsief patroon: bijvoorbeeld het ontwikkelen van rigide trainingsschema's of dagelijkse bewegingsrituelen om een onverdraaglijke toename van spanning te voorkomen.

In de literatuur wordt aangegeven dat psycho-educatie over de relatie tussen bewegen en voedselinname en over een gezonde manier van bewegen van belang is (Beumont e.a., 1994; Probst, 1999b, 2002).

Beumont e.a. (1994) geven op basis van klinische ervaring de volgende doelen voor deze therapie aan:

- leren weer sociaal te gaan sporten
- leren om te genieten van het bewegen zelf in plaats van zich te helemaal te richten op het effect
- leren een balans te creëren tussen relaxatie en bewegen

Om bovenstaande doelen te verwezenlijken, hebben Beumont e.a. (1994) een gecontroleerd progressief bewegingsprogramma ontwikkeld. De rationale van dit programma is dat een totaal verbod van fysieke activiteit niet alleen moeilijk uitvoerbaar is, maar ook kan leiden tot een destructieve behandelingsrelatie (strijdrelatie) met de patiënt. Tevens geldt dat psycho-educatie op dit gebied noodzakelijk is, mede omdat het verschil tussen kliniek en buitenwereld groot is wat betreft omgevingsprikkelers (reclame, media, voorlichting) die immers oefeningen, sporten en bewegen promoten als zeer gezond gedrag.

Het ontwikkelde programma is gebaseerd op conclusies van klinische ervaringen en is nog niet onderzocht. De evaluaties van patiënten en therapeuten zijn echter positief. De sessies worden ervaren als prettig, sociaal, angstreducerend en stemmingsverbeterend. Het programma kan functioneren als een belangrijke beloning voor gewichtstoename, als educatiemoment en als transfer naar het dagelijks leven na ontslag. er wordt geadviseerd om het programma vanaf een BMI van 14 aan te bieden.

Conclusie

Niveau 4	Psycho-educatie over de relatie tussen bewegen en voedselinname en over een gezonde manier van bewegen is van belang. D Beumont e.a., 1994; Probst, 1999b, 2002
Niveau 4	Het ontwikkelde gecontroleerde progressieve bewegingsprogramma geeft op basis van klinische ervaring positieve resultaten. D Beumont, 1994

Overige overwegingen

Het bewegingsprogramma van Beumont e.a. (1994) is goed te combineren en te integreren met interventies die binnen de psychomotorische therapie gehanteerd worden om hyperactief gedrag te behandelen. Het aanleren van een balans tussen bewegen en ontspanning kan verwezenlijkt worden door middel van het aanbieden van ontspanningstechnieken ademhalingsoefeningen; aanrakings- en massagevormen; en sensory-awareness-training (Probst, 1999b, 2002; Rekkers & Schoemaker, 2002). Het leren genieten van bewegen en het stimuleren van sociaal in plaats van solitair bewegen kan verwezenlijkt worden door het aanbieden van sociale bewegingsactiviteiten, dans en creatieve beweging, en door te richten op plezierbeleving in het bewegen (De Nooy e.a. 2002; Probst, 1999b).

Van het gecontroleerde progressieve bewegingsprogramma van Beumont e.a. (1994) is geen Nederlandse versie. Tevens zou het belangrijk zijn om dan onderzoek te verrichten binnen de Nederlandse setting naar het bewegingsprogramma van Beumont. Vanuit het patiëntenperspectief wordt aangegeven dat patiënten het belangrijk vinden dat er aandacht is voor omgang met bewegingsdrang. Wanneer patiënten moeten aankomen, wordt vaak de drang om te bewegen groter. Naast overmatig bewegen steken ook andere vormen van dwang, vaste patronen, rituelen meer de kop op, naarmate de angst rond aankomen/meer eten groter en meer voelbaar wordt. In een behandeling zou er daarom voldoende aandacht moeten worden besteed aan (het loslaten van) rituelen rond de eetstoornis.

Conclusie

Niveau 4	Therapeutische interventies uit de psychomotorische therapie zijn goed bruikbaar om hyperactief gedrag te behandelen. D Probst, 1999b, 2002; Rekkers & Schoemaker, 2002
-----------------	--

Andere, nog niet onderzochte, interventies zijn:

- Hyperthermie: Na elke maaltijd moeten patiënten verplicht een uur rusten in een warme kamer (temperatuur kan naar eigen inzicht verhoogd worden tot 40 graden Celsius). Patiënten liggen op een elektrische deken en/of hebben door batterijen verwarmde jacks aan (Huysen, 2003).
- Pedometer: Deze meter maakt de patiënt bewust van hoeveelheid fysieke activiteit gedurende een dag (Beumont e.a., 1994).

Conclusie

Niveau 4	Het lijkt waarschijnlijk dat verplicht rusten na een maaltijd en het gebruik van pedometers van invloed kunnen zijn op hyperactief gedrag. D Beumont e.a., 1994
-----------------	--

Aanbeveling

Het gecontroleerde progressieve bewegingsprogramma van Beumont e.a. (1994) dient bewerkt te worden naar een Nederlandse versie.

9.3.1.3 Interventies voor verschillende aspecten tegelijk van een verstoorde lichaamsbeleving

De laatste jaren wordt er in de literatuur wel meer geschreven wordt over lichaams- en bewegingsgerichte methodieken en/of programma's die een positieve invloed zouden hebben op verschillende aspecten van een verstoorde lichaamsbeleving tegelijk (Jasper & Maddocks, 1992; Hutchinson, 1992; Jarry, 1998; Probst, 1999, 2002; Rekers & Schoemaker, 2002). Dergelijke programma's zijn echter niet of nauwelijks onderzocht.

Laumer e.a. (1997) onderzochten het effect van een vijf weken durend Feldenkrais-groepsaanbod 'Bewustzijn door beweging', van totaal negen uur, op lichaamsbeleving (tevredenheid, acceptatie, vertrouwdheid) en bewegingsgedrag van patiënten met eetstoornissen. Het programma werd aangeboden aan groep patiënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa, naast het normale klinische therapieaanbod. Een controlegroep van patiënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa kreeg het extra Feldenkrais-programma niet.

Hoewel de uitkomsten bij de Feldenkrais-groep gemiddeld beter of gunstiger waren vergeleken met de controlegroep, waren veel verschillen niet significant. Bovendien was de steekproef klein en was er sprake van een te kort therapieaanbod. Verder onderzoek van een langduriger therapieaanbod zou zinvol zijn (Laumer e.a., 1997).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de uitkomsten bij de Feldenkrais-groep gemiddeld beter of gunstiger zijn voor de lichaamsbeleving en bewegingsdrang van patiënten met een eetstoornis. B Laumer e.a., 1997
-----------------	--

Fernández e.a. (1995) vergeleken twee behandelingen in Duitsland en Spanje. De behandeling in Duitsland bevatte cognitieve gedragstherapie (CGT) en lichaamsgerichte therapie. De lichaamsgerichte therapie bestond voornamelijk uit psychomotorische therapie en videoconfrontatie. De behandeling in Spanje bevatte gedragstherapie en gezinstherapie en geen directe of indirecte therapie ten aanzien van de lichaamsbeleving. Achtendertig klinische patiënten met anorexia nervosa werden vergeleken voor en na de behandeling en er was een follow-upmeting na een jaar. Hoewel de CGT-groep een beter herstel vertoonde, werden er geen significante verschillen gevonden tussen beide behandelingen wat betreft lichaamsbeleving. De onderzoeksresultaten geven de suggestie dat lichaamsgerichte therapie geen specifiek effect heeft op lichaamsontevredenheid, en dat tevredenheid over het lichaam vanzelf groter wordt bij algemene verbetering van gewicht en eetpatroon.

Een punt van kritiek op dit onderzoek is echter het gebruikte instrument om de lichaamsbeleving te beoordelen. Alleen de subschaal van de Eating Disorder Inventory

(EDI), 'ontevredenheid met het lichaam', is gebruikt om een indicatie te geven van de lichaamsbeleving. Lijsten als de lichaamsattitudevragenlijst (LAV) en de Body Shape Questionnaire (BSQ) geven een vollediger en uitgebreider beeld van de mate van verstoring van de lichaamsbeleving. Juist omdat zij een beeld geven van de verschillende aspecten (fysiologische, perceptuele, affectieve, cognitieve) van de lichaamsbeleving, die eventueel wel of niet veranderd kunnen zijn.

Conclusie

Niveau 3	De onderzoeksresultaten geven de suggestie dat lichaamsgerichte therapie geen specifiek effect heeft op lichaamsontevredenheid, en dat tevredenheid over het lichaam vanzelf groter wordt bij algemene verbetering van gewicht en eetpatroon. Het is echter discutabel of het gebruikte instrument om lichaamsbeleving te meten wel een goed beeld geeft van de diverse aspecten van de lichaamsbeleving.
	B Fernández e.a., 1995

Probst e.a. (1999a) deden een grootschalig onderzoek naar de lichaamsbeleving van 290 patiënten met een eetstoornis voor en na een intensieve klinische behandeling van 6 maanden. De behandeling bestond uit zowel verbale onderdelen (psychotherapie, seksualiteitseducatiegroep, systeemtherapie), als non-verbale onderdelen (psychomotorische therapie met videoconfrontatie, creatieve therapie). Als meetinstrumenten voor de mate van verstoring van de lichaamsbeleving werden de LAV en twee subschalen van de EDI2 (EDI-DT=wens om slank te zijn; EDI-BD = ontevredenheid met het lichaam) gebruikt. Vergeleken met de scores bij opname vertoonden alle onderzochte patiënten significant minder tekenen van lichaamsontevredenheid. Ook Hartley (1995) onderzocht, in een klein pilot-onderzoek, of een begeleid zelfhulp-programma met daarin onder meer psycho-educatie (over lichaamsattitude en lichaamsperceptie) en relaxatietraining, de lichaamsbeleving kan veranderen bij vrouwen die een behandeling voor hun eetstoornis achter de rug hebben. Als meetinstrumenten werden onder andere de BSQ, de Body Cathexis Scale (BCS) en de Body-Size Estimation Test gebruikt. Na een periode van een half jaar bleek bij vijf van de zes deelnemers de lichaamsbeleving verbeterd volgens alle gebruikte meetinstrumenten. Een significante verbetering werd echter alleen gevonden bij de Body-Size Estimation Test.

Conclusie

Niveau 3	Hoewel na klinische behandeling of deelname aan zelfhulp-groep de lichaamsbeleving bij de onderzochte groepen patiënten met een eetstoornis ten positieve veranderd is, kan er (nog) niet geconcludeerd worden dat de non-verbale onderdelen zoals psychomotorische therapie of relaxatietraining van bovenstaande behandelingen hier een bepalende rol in hebben gespeeld.
	C Probst, 1999; Hartley, 1995

Overige overwegingen

Rekkers & Schoemaker (2002) beschrijven programma's en modules die vanuit de psychomotorische therapie zijn ontwikkeld om de verstoorde lichaamsbeleving van patiënten met eetstoornissen te behandelen. Deze programma's en modules zijn vanuit de klinische praktijk ontwikkeld en nog niet op effectiviteit onderzocht. Per module wordt echter wel aangegeven hoe en met welke middelen effectonderzoek kan plaatsvinden.

De beschreven modules richten zich op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. Zo zijn er: de module lichaamsbeleving, waarvan videoconfrontatie en spiegelconfrontatie onderdeel kunnen zijn; de module bewegingsactivering voor patiënten met ernstig overgewicht; de module psychomotorische therapie voor patiënten met een eetbuistoornis; en het (ver)wenprogramma voor patiënten met ernstig ($BMI \leq 13$) ondergewicht. Het (ver)wenprogramma bevat uitgebalanceerde inspannings- en ontspanningsonderdelen naast psycho-educatieve informatie over gezond bewegen en het effect van gewichtstoename op het bewegingspatroon. Dit programma kan plaatsvinden voorafgaand aan het bewegingsprogramma van Beumont e.a. (1994) dat vanaf een BMI van 14 geïndiceerd is.

Ook wordt een module beschreven die gericht is op de preventie van een verstoorde lichaamsbeleving bij kinderen in de prepuberteit (Munck & Roedelof, 2002).

Conclusie

Niveau 4	Op basis van klinische evidentie zijn er binnen de psychomotorische therapie programma's en modules ontwikkeld en beschreven om de verstoorde lichaamsbeleving te behandelen. Deze programma's zijn echter nog niet getoetst op effectiviteit. D Rekkers & Schoemaker, 2002
-----------------	--

Aanbeveling

Op basis van klinische evidentie wordt aangeraden om modulen uit de psychomotorische therapie in te zetten om de verstoorde lichaamsbeleving te behandelen. Hierbij wordt echter de kanttekening gemaakt dat er nog nauwelijks onderzoek is gedaan naar de werkzaamheid van zowel specifieke lichaamsgerichte interventies als een meer gevarieerd psychomotorisch aanbod. Grondig onderzoek op dit gebied is dan ook zeer gewenst. Waarbij vragen als: wat werkt wel, wat werkt niet en hoe werkt het een antwoord behoeven.

9.3.2 Verbale benadering

Wetenschappelijk bewijs

Cognitieve gedragstherapie die gericht is op verandering van het eetgedrag én van de lichaamsbeleving blijkt aanzienlijk effectiever dan een gedragstherapie die uitsluitend gericht is op het eetpatroon (Fairburn e.a., 1993, 1995). Volgens Jansen (1998) vereist effectieve lichaamsbeeldtherapie dat de patiënt actief participeert. Deze actieve participatie kan bevorderd worden door patiënt enige autonomie te geven en veel oefeningen te laten doen. Zij stelt dat binnen de cognitieve gedragstherapie dit verwezenlijkt kan worden door zowel het aanbieden van cognitieve herstructurering als gedragsexperimenten en exposure. Bij cognitieve herstructurering gaat het om het uitdagen en veranderen van specifieke gedachten rondom het lichaamsbeeld. Er wordt gebruikgemaakt van een lichaamsbeelddagboek en voor het uitdagen worden verbale technieken zoals de socratische dialoog gebruikt. Gedragsexperimenten en exposure worden in de vorm van huiswerkopdrachten beoefend.

Raich e.a. (1995) onderzochten het effect van een cognitief-gedragstherapeutisch programma van 8 weken (sessies van 2 uur) bij vrouwelijke studenten met ernstige ontevredenheid over het eigen lichaam. Het aangeboden programma was specifiek gericht op drie facetten van lichaamsbeleving (perceptie, cognitie en gedrag). Ingrediënten van het programma waren educatie, cognitieve herstructurering en huiswerkopdrachten in de vorm van exposure en gedragsexperimenten. Aan het eind van de behandeling bleek de behandelde groep een significant positievere lichaamsbeleving te hebben (zowel qua perceptie, cognitie als gedrag) vergeleken bij de controlegroep. Ook Grant & Cash (1995) deden onderzoek bij vrouwelijke studenten met ernstige lichaamsbelevingsproblematiek. Zij vergeleken een intensieve cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling (11 sessies) met een programma dat de studenten zelf thuis konden uitvoeren, aangevuld met enkele therapeutische contacten. Beide behandelingen hadden als focus de lichaamsbeleving. Beide behandelingen bewerkstelligden statistische en klinische significante verbeteringen in diverse aspecten van de lichaamsbeleving. Er werd geen bewijs gevonden dat er verschillen waren in effectiviteit tussen de twee behandelingen.

Cash (1997) heeft vanuit de cognitieve gedragstherapie een zelfhulpboek geschreven voor mensen met problematiek op het gebied van lichaamsbeleving. Het beschreven programma is dus niet specifiek voor patiënten met een eetstoornis ontwikkeld, maar Cash geeft wel aan dat patiënten met eetstoornissen tot de doelgroep behoren waar dit programma voor ingezet kan worden. Het zelfhulpprogramma van Cash is een integratie van psychologische theorievorming, onderzoek en klinische ervaring. Delen van het programma zijn onderzocht door Raich e.a. (1995), Grant & Cash (1995) (zie boven) en Lavalley (1996). Deze onderzoeken bevestigden de effectiviteit van een zelfhulpprogramma voor individuen met een negatieve lichaamsbeleving.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie die specifiek gericht is op de lichaamsbeleving, bij vrouwen met ernstige problematiek op het gebied van lichaamsbeleving gunstige resultaten heeft. B Raich e.a., 1995 C Grant & Cash, 1995
Niveau 4	Hoewel het zelfhulpprogramma van Cash niet specifiek ontwikkeld is voor patiënten met eetstoornissen, kunnen delen van het programma ingezet worden om negatieve lichaamsbeleving te veranderen. D Cash, 1997

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat cognitief-gedragstherapeutische programma's die specifiek gericht zijn op het behandelen van de negatieve lichaamsbeleving effectief kunnen zijn.

De werkgroep raadt aan om het zelfhulpprogramma van Cash (1997) te bewerken naar een Nederlandse versie die specifiek gericht is op patiënten met eetstoornissen.

Literatuur

- Beumont, P.J.V., Arthur, B., Russell, J.D., e.a. (1994). Excessive Physical Activity in Dieting Disorder patients: Proposals for a Supervised Exercise Program. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 21-36.
- Button, E. (1986). Body size perception and response to outpatient treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 617-629.
- Cash, T.F. (1997). *The body image workbook. An 8-step program for learning to like your looks*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Fairburn, C.G., Peveler, R.C., Jones, R., e.a. (1993). Predictors of twelvemonth outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 696-698.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., e.a. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the longterm effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Fernández, F., & Vandereycken, W. (1994). Influence of Video Confrontation on the Self-Evaluation of Anorexia Nervosa patients: A Controlled Study. *Eating Disorders*, 2, 135-139.
- Fernández, F., Turón, J., Siegfried, J., e.a. (1995). Does Additional Body Therapy Improve the Treatment of Anorexia Nervosa? A Comparison of Two Approaches. *Eating Disorders*, 3, 158-164.
- Freeman, R.J., Beach, B., Davis, R., e.a. (1985). The prediction of relapse in bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 349-353.
- Garner, D.M., Garner, M.V., & van Egeren, L.F. (1992). Body dissatisfaction adjusted for weight: the body illusion index. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 263-271.
- Goldsmith, D., & Thompson, J.K. (1989). The effect of mirror confrontation and size estimation feedback on perceptual inaccuracy in normal females who overestimate body size. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 437-444.
- Grant, J.R., & Cash, T.F. (1995). Cognitive-Behavioral Body Image Therapy: Comparative Efficacy of Group and Modest-Contact Treatments. *Behavior Therapy*, 26, 69-84.
- Hartley, P. (1995). Changing Body Image through Guided Self-Help: A Pilot Study. *Eating Disorders*, 3, 165-174.
- Hutchinson, M.G. (1992). *Kom thuis in je lichaam*. Cothen: Service Uitgevers.
- Huysen, C. (2003). De Mandometer-methode: een nieuwe behandelvorm voor eetstoornissen. *Kind en adolescent praktijk*, 3, 38-39.
- Jansen, A. (1998). Lichaamsbeeldtherapie. In A. Jansen & A. Meyboom (Red.), *Behandelingsstrategieën bij bulimia nervosa* (pp. 72-83). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jansen, A., Nederkoorn, C., & Mulken, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*.
- Jarry, J.L. (1998). The Meaning of Body Image for Woman With Eating Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 367-374.
- Jasper, K., & Maddocks, S.E. (1992). Body Image Groups. In H. Harper-Giuffre & K. RoyMackenzie (Red.), *Group psychotherapy for eating disorders* (pp.295-306). New York: The Guilford Press.
- Key, A., George, C.L., Beattie, D., e.a. (2002). Body Image Treatment Within an Inpatient Program for Anorexia Nervosa: The Role of Mirror Exposure in the Desensitization Process. *Eating Disorders*, 31, 185-190.
- Laumer, U., Bauer, M., Fichter, M., e.a. (1997). Therapeutische effekte der Feldenkrais-Methode "Bewusstheit durch Bewegung" bei patienten mit Essstörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 47, 170-180.
- Lavallee, D.M. (1996). The comparative efficacy of two self-help programs for a negative body image. (Doctoraalscriptie). Virginia Virginia Beach, VA: Consortium for Professional Psychology.
- Munck, A. de, & Roedelof, A. (2002). Module gericht op preventie van een verstoorde lichaamsbeleving bij kinderen in de prepuberteit. In M. Rekkers & E. Schoemaker (Red.). *Gewichtige lichamen, lichaamsbeleving en eetstoornissen* (pp. 171-186). Leuven: ACCO.
- NICE (2004).
- Nooy, I. de, Roedelof, A., & midt, R. (2002). Module Psychomotorische Gedragstherapie met anorexia nervosa en boulimia nervosa patiënten. In M. Rekkers & E. Schoemaker (Red.). *Gewichtige lichamen, lichaamsbeleving en eetstoornissen* (pp. 121-135). Leuven: ACCO.
- Norris, D.L. (1984). The effects of mirror confrontation on self estimation of body dimensions in anorexia nervosa, bulimia and two control groups. *Psychological Medicine*, 14, 835-842.
- Probst, M. (2002). Lichaamsbeleving. In W. Vandereycken & G. Noordenbos (Red.), *Handboek eetstoornissen* (pp.233-248). Utrecht: De Tijdstroom
- Probst, M. (1999). Psychomotorische therapie bij anorexia nervosa en boulimia nervosa: een mogelijke benadering. In J.A. Bloks, E.F. van Furth & H.W. Hoek (Red.), *Behandelingsstrategieën bij anorexia nervosa* (pp. 80-94). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Probst, M., van Coppennolle, H., & Vandereycken, W. (1995). Body Experience in Anorexia Nervosa patients: An Overview of Therapeutic Approaches. *Eating Disorders*, 3, 145-157.
- Probst, M., Van Coppennolle, H., & Vandereycken, W. (1997). Body experience in anorexia nervosa: the use of video confrontation in psychomotor therapy. In A. Vermeer, R.J. Bosscher & G. D. Broadhead (Red.), *Movement therapy across the lifespan* (pp. 123-137). Amsterdam: VU University Press.
- Probst, M., van Coppennolle, H., Vandereycken, W., e.a. (1986). Het lichaamsbeeld van anorexia nervosa patiënten bij videoconfrontatie. *Bewegen en Hulpverlening*, 4, 267-276.
- Probst, M., Vandereycken, W., van Coppennolle, H., e.a. (1999a). Body experience in eating disorders before and after treatment: a follow-up study. *European Psychiatry*, 14, 333-340.

- Probst, M., Vanderlinden, J., Vandereycken, W., e.a. (1999b). Over bewegingsdrang en psychomotorische therapie bij anorexia nervosa-patiënten. *Directieve therapie*, 19, 260-275.
- Raich, R.M., Soler, A., & Mora, M. (1995). A Cognitive-Behavioral Approach to the Treatment of Body Image Disorder: A Pilot Study. *Eating disorders*, 3, 175-182.
- Rekkers, M., & Schoemaker E. (2002). *Gewichtige lichamen, Lichaamsbeleving en eetstoornissen*. Leuven: ACCO.
- Rosen, J. C., Cado, S., Silberg, N.T., e.a. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 481-498.
- Rushford, N., & Ostenmeyer, A. (1997). Body image disturbances and their change with videofeedback in anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 389-398.
- Schoemaker, E. (2002). Module Lichaam(ver)wenprogramma voor patiënten met een ernstig ondergewicht. In M. Rekkers & E. Schoemaker (Red.). *Gewichtige lichamen, lichaamsbeleving en eetstoornissen* (pp. 136-147). Leuven: ACCO.
- Vandereycken, W., Depreitere, L., & Probst, M. (1987). Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 252-259.

9.4 Zelfhulp

In deze richtlijn wordt uitgegaan van de definitie van zelfhulp zoals beschreven in het Handboek Eetstoornissen (Vandereycken & Noordenbos, 2002).

Zelfhulp

Zelfhulp valt onder het overkoepelende begrip van lotgenotencontact, dat alle vormen van steun omvat die mensen met eenzelfde problematiek elkaar bieden. Lotgenotencontact is niet per definitie zelfhulp. Zelfhulp betekent hulp aan elkaar door mensen die eenzelfde probleem hebben, zonder tussenkomst van professionele hulpverleners. In een zelfhulpgroep helpen mensen met eenzelfde probleem elkaar bij het oplossen van dat probleem, vooral door er met elkaar over te praten. Van een begeleide zelfhulpgroep wordt gesproken als voor de begeleiding van een dergelijke groep ervaringsdeskundigen worden ingeschakeld.

Ervaringsdeskundige

Een ervaringsdeskundige is iemand die zelf de betreffende problematiek, in dit geval een eetstoornis, heeft ervaren en het verwerkingsproces hiervan heeft doorgemaakt. De ervaringsdeskundige heeft inzicht verworven in het ontstaan ervan en vaardigheden geleerd om de eetstoornis te overwinnen en kan met gezonde afstand vertellen over de eigen eetstoornis (Spanjers & Wagter, 2001).

Zelfhulpboek

Een zelfhulpboek is een boek dat geschreven is met de bedoeling dat iemand aan de hand daarvan zelf aan het betreffende probleem kan werken. Zo kan het boek op zich al een behandeling zijn. Een zelfhulpboek is meestal een zeer concreet boek, duidelijk gericht op een welbepaalde problematiek. Naast algemene informatie over wat de ziekte of het probleem inhoudt, bevat het boek zelfhulptechnieken: hulpmiddelen om zelf iets aan de problematiek te kunnen doen (Denef, 2000).

In dit hoofdstuk worden richtlijnen geformuleerd ten aanzien van de volgende onderwerpen: de effectiviteit van zelfhulpgroepen en zelfhulpboeken bij patiënten met een eetstoornis; het effect van zelfhulp op de ontwikkeling van motivatie voor behandeling; het aanbieden van zelfhulp naast professionele hulpverlening – grenzen en de mogelijkheden; de risico's van zelfhulp via internet.

Daarbij is gebruikgemaakt van het Handboek Eetstoornissen (Vandereycken & Noordenbos, 2002). Voor dit handboek is een uitgebreid literatuuronderzoek gedaan. In de rapportages en scripties is ook literatuuronderzoek gedaan en de gebruikte artikelen stonden vermeld op de literatuurlijsten. Daarnaast is systematisch gezocht naar literatuur betreffende zelfhulp in de databases van Pubmed en Chinal, met de volgende zoektermen: 'anorexia nervosa', 'boulimia nervosa', 'bulimia nervosa', 'binge eating disorder', 'eating disorders', 'self-help groups', 'self-esteem', 'self-confidence', 'interpersonal distrust', 'guided self-help', 'unguided self-help', 'frequency of binges', 'professional treatment', 'additional self-help weight gain', 'motivation for treatment', 'risks', 'self-help'.

Dit leverde 36 titels op, waarna de zoekcriteria nader zijn gespecificeerd. Hierbij zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd: zelfhulp, zelfhulpgroepen, zelfhulpboeken, telefonische zelfhulp, psycho-educatie/zelfhulp via internet/computer, zelfhulp begeleid door hulpverleners. Deze selectie heeft 10 relevante artikelen opgeleverd. Hierbij geldt als kanttekening dat de Engelstalige artikelen nooit handelen over zelfhulp (groepen) die door ervaringsdeskundigen worden begeleid. Er bestaan evenwel diverse artikelen met betrekking tot zelfhulpboeken en begeleiding daarbij door al dan niet gespecialiseerde (professionele) hulpverleners. Gezien de aard en het onderwerp van onderhavige richtlijn zijn artikelen betreffende zelfhulp aangaande andere aandoeningen dan eetstoornissen uitgesloten. Er is geen informatie gevonden over de risico's van zelfhulp via internet.

9.4.1 Effectiviteit van zelfhulp

Wetenschappelijk bewijs

In de Nederlandse situatie (Janssen & Geelen, 1996; Muntendam, 1997, 1998) zijn vooral ervaringen met zelfhulp beschreven en is de effectiviteit hiervan nog onvoldoende onderzocht. Uit deze beschrijvingen over zowel de psychiatrie als de ervaringen binnen zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen is gebleken dat sleutelbegrippen van ervaringen met zelfhulp zijn: herkenning, erkenning, steun, begrip en gelijkwaardigheid van de deelnemers.

In 2001 is een quasi-experimenteel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen (Beij-van den Berg, 2001). Er was een experimentele groep van 39 personen en een controlegroep van 29 personen. De patiënten kwamen uit 6 zelfhulpgroepen in Nederland. De zelfhulpgroepen werden begeleid door ervaringsdeskundigen en hielden wekelijkse bijeenkomsten van 2,5 uur in, van september t/m juni. Er werd gewerkt met diverse thema's en huiswerkopdrachten. Er was een duidelijke significante daling van de scores te zien op de Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) en op de Beck Depression Inventory (BDI). Er waren vooral verbeteringen opgetreden rondom het piekeren over eten, gewicht en lichaamsvormen. Uit dit onderzoek is gebleken dat zelfhulpgroepen een positief effect hebben: deelnemers verbeterden na deelname aan de zelfhulpgroep meer en ervoeren minder depressieve gevoelens dan de personen die op de wachtlijst stonden. Kanttekening hierbij is dat de onderzoeksgroepen van de beperkte omvang waren, waardoor de conclusies wellicht minder representatief zijn. Over effecten van zelfhulpgroepen op langere termijn zijn op basis van dit onderzoek geen uitspraken te doen.

Naast de zelfhulpgroep bestaat de nazorgzelfhulpgroep. Een belangrijke overweging tot deelname hieraan is het contact hebben met lotgenoten. De nazorgzelfhulpgroep is een halfopen groep. Dat betekent dat deelnemers eens per zes weken in of uit kunnen stromen en zo zelf de duur van deelname bepalen. Het zijn tweewekelijkse bijeenkomsten van 2,5 uur. Hierdoor blijven deelnemers alert op 'oude' gewoonten en kan een ernstige terugval voorkomen worden (Muntendam, 1997).

Begeleiding van de zelfhulpgroepen door ervaringsdeskundigen wordt als positief ervaren (Muntendam, 1997, 1998) en lijkt bij te dragen aan de vergroting van de effectiviteit van de zelfhulpgroepen. Het inzetten van ervaringsdeskundigen bij zelfhulpgroepen geeft deelnemers steun en uitzicht op verbetering; het laat zien dat een dergelijk doel nastreven haalbaar is.

Zelfhulpgroepen spelen dus voor veel patiënten een belangrijke rol, met name na afloop van de behandeling. Over het effect van zelfhulpgroepen op bijvoorbeeld een terugval is onvoldoende bekend (Nationale Monitor, Jaarboek 2003).

De effecten van lotgenotencontact in de zelfhulpgroepen kunnen zowel positief als negatief zijn (Janssen & Geelen, 1996). Als positieve effecten worden genoemd: meer zelfvertrouwen en zelfrespect; verbeterd sociaal leven; minder negatieve gevoelens/meer positieve gevoelens; beter en mondiger gebruik van bestaande reguliere hulpverlenende instanties; minder recidive; vermindering van het aantal psychiatrische opnames. Vooral deze laatste effecten gaan gepaard met een kostenbesparing binnen de gezondheidszorg en zijn zo een indirect positief effect van zelfhulp. Eventuele negatieve effecten kunnen bestaan uit het feit dat deelnemers belast worden met

ellende van anderen of blijven hangen in de psychiatrische subcultuur. Deze effecten worden slechts weinig gerapporteerd.

Ook wordt als negatieve factor het risico genoemd dat er een competitie-element in het dun-zijn zou kunnen ontstaan (NICE-richtlijn, 2004).

Walsh (2004) beschreef twee behandelmethodes voor boulimia nervosa: behandeling met fluoxetine enerzijds met en anderzijds zonder begeleide zelfhulp, en behandeling door middel van begeleide zelfhulp zonder medicatie. De zelfhulpvorm die hier werd toegepast al dan niet in combinatie met fluoxetine, leverde geen betere resultaten dan wanneer er geen sprake van zelfhulp was. Dit vonden de onderzoekers (ook) opvallend, aangezien zij zelf in diverse artikelen juist van het tegendeel kennis hadden genomen. Vandaar dat hier aandacht wordt besteed aan de wijze van zelfhulp die gezegd werd.

De zelfhulp bestond eruit dat deelnemers een zelfhulpboek kregen uitgereikt waaruit zij hun hulp moesten halen. De begeleiding vond plaats door verpleegkundigen die hiertoe de deelnemers gedurende 3 maanden 6 tot 8 keer zagen. De sessies duurden ongeveer 30 minuten en waren erop gericht om de deelnemers aan te moedigen het zelfhulpprogramma door te zetten. De verpleegkundigen waren niet bekend met eetstoornissen. Ze hadden nauwelijks tot geen ervaring met het begeleiden van patiënten met een eetstoornis.

De artikelen van Peterson e.a. (1998, 2001) beschrijven vergelijkend onderzoek tussen begeleide en niet-begeleide zelfhulpgroepen. De begeleide groepen krijgen na het gezamenlijke doorwerken van het zelfhulpboek een groepsgebesprek van een half uur met een therapeut. Een jaar later is een follow-uponderzoek gedaan. In beide onderzoeken was er geen significant verschil tussen begeleide en niet-begeleide groepen. Alle groepen verbeterden met behulp van het zelfhulpboek in frequentie en duur van de eetbuien. Een jaar later bleek dat de verbeteringen gehandhaafd waren voor alle groepen. Overigens bestond het (cognitief-gedragstherapeutisch) zelfhulpprogramma uit psycho-educatie in combinatie met groepsdiscussies.

Het bekijken van videobanden, gevolgd door een groepsgebesprek, al dan niet onder begeleiding van een therapeut, kan zinvol en effectief zijn voor de eetbuistoornis (Peterson e.a. 1998). Volgens Peterson helpt niet-begeleide zelfhulp even goed als begeleide zelfhulp, overigens wel binnen een groep. Overigens is het mogelijk om genezen patiënten in te zetten om patiënten in een vroeg stadium te ondersteunen (NICE-richtlijn, 2004).

In de NICE-richtlijn (2004; 2.10, 2.11.5.5, 4.2.2.2., 4.5.1.1. en 6.5.5.) wordt gewezen op het grote belang van deelnemen aan een zelfhulpgroep. Voorzichtig concluderend kan gesteld worden dat zelfhulpgroepen een belangrijke rol kunnen spelen in het genezingsproces van de patiënt.

Overige overwegingen

PATIËNTENPERSPECTIEF

Treasure e.a. (1994, 1996) hebben een onderzoek gedaan naar de effectiviteit van een zelfhulpprogramma, beschreven in het boek 'Getting better bit(e) by bit(e)' van Schmidt & Treasure (1993). Aangenomen mag worden dat de boeken van Spaans & van Vanderlinden een vergelijkbaar effect hebben. De patiënten die het boekje door hadden gewerkt, hadden significant minder problemen dan zij die op de wachtlijst stonden en geen boekje gekregen hadden.

9.4.2 Het effect van zelfhulp op de motivatie voor behandeling

Zelfhulpboeken kunnen motiverend werken om de drempel te verlagen naar het zoeken van adequate behandeling (Treasure, 1994, 1995).

In de patiëntenversie van de Australische richtlijnen (RANZCP-richtlijn, 2003) is hierover het volgende geschreven: zelfhulpgroepen helpen een patiënt ertoe te komen professionele hulp te zoeken, ze moedigen een patiënt aan om vol te houden en ze geven de patiënt informatie over wat ze van een therapie mogen verwachten.

9.4.3 *Zelfhulp naast professionele behandeling*

9.4.3.1 *Zelfhulpgroep naast professionele begeleiding*

Er zijn geen onderzoeksresultaten bekend over de effecten van deelname aan een zelfhulpgroep naast professionele behandeling.

In het onderzoek van Muntendam 1998 is door middel van een schriftelijke enquête en een interview onderzocht hoe hulpverleners kijken naar zelfhulpgroepen. Hulpverleners zien de zelfhulpgroepen als aanvulling op de reguliere hulp, niet als alternatief of concurrentie (Beij-van den Berg 2001; Muntendam, 1998). Uit onderzoek van de la Rie et al (2004) blijkt dat (ex-)patiënten de zelfhulp als meer effectief ervaren dan de bijstand van niet in eetstoornissen gespecialiseerde hulpverleners. Hulpverleners hechten veel belang aan de persoon van de begeleiding, dit bepaalt mede of ze doorverwijzen naar een zelfhulpgroep. Hulpverleners selecteren zelf patiënten die ze attenderen op de zelfhulpgroep (Muntendam, 1998). Ook de NICE-richtlijn (2004) vindt een nauwere samenwerking wenselijk tussen vrijwillige en professionele hulpverlening ten aanzien van (zelfhulp)groepen.

In de patiëntenversie van de Australische richtlijn (RANZCP-richtlijn, 2003) staat genoemd dat het kenniscentrum dient te zorgen voor ondersteuning van de patiënten door bijstand te verlenen aan ondersteuningsgroepen en een telefonische hulplijn.

9.4.3.2 *Zelfhulpboek naast professionele begeleiding*

Bij patiënten met boulimia nervosa leveren zelfhulpboeken in combinatie met begeleiding in de vorm van steun en aanmoediging een significante verbetering op. Het vermindert het aantal eetbuien, het braken en tevens de preoccupatie met het eigen lichaam en gewicht (Cooper e.a., 1994, 1996).

Bij patiënten met eetbuistoornissen is het gebruik van zelfhulpboeken naast telefonische ondersteuning zinvol (Wells e.a., 1997). Zelfhulpboeken al dan niet in combinatie met therapeutische begeleiding leidt tot een duidelijke verandering aangaande eetbuien. Na 12 weken heeft 40% van deze personen geen eetbuien meer, en dat is nog steeds zo bij follow-up (Carter & Fairburn, 1998; Peterson e.a., 1998).

In het algemeen kan worden aangenomen dat een zelfhulpboek leidt tot minder contact met de hulpverlener en de onafhankelijkheid van de patiënt vergroot (Treasure e.a., 1994). Een zelfhulpboek vormt echter geen vervanging van de hulpverlening (Denef, 2000).

Uit de onderzoeken van Treasure e.a. (1994, 1996) blijkt dat een zelfhulpboek een nuttige aanvulling kan zijn bij een reeks van mogelijke interventies bij de behandeling van boulimia nervosa. Dit kan plaatsvinden in de eerste fase van de behandeling of naast behandelingen die reeds zijn ingezet.

Uit onderzoek is gebleken dat zelfhulp die specifiek volgens cognitief-gedragstherapeutische methodes werkt, met aansluitend 8 weken cognitieve gedragstherapie (CGT) in samenwerking met een psychotherapeut, even effectief blijkt als een standaard-CGT van 16 weken. Bij patiënten met boulimia nervosa was in dergelijke gevallen 30% van hen hierna vrij van eetbuien en had 14% geen CGT meer nodig en dat bleek 20% zelfs geen therapeut meer nodig te hebben (Treasure e.a., 1996; Thiels e.a., 1998).

Loeb e.a. (2000) vergeleken het effect van CGT-groepen die door een cognitief-gedragstherapeut werden geleid met CGT-groepen die niet gesuperviseerd werden. Beide groepen gebruikten het zelfhulpboek Fairburn (1995). Beide groepen boekten significante resultaten: 55% eetbuireductie in de niet-gesuperviseerde groep en 68% reductie in de door een therapeut geleide groep. Dit verschil was significant: de gesuperviseerde groep bereikte een sterkere daling van het aantal mensen met eetbuien dan de niet-gesuperviseerde groep. Beide groepen verbeterden even sterk in de specifieke eetpsychopathologie (disfunctionele cognities) en algemene psychopathologie. Na 6 maanden bleef dit effect behouden. Het gewicht van de patiënten veranderde niet.

9.4.3.3 Aan te bevelen zelfhulpboeken

- Bisschop Boele, D (2005) Hulpboek Eetstoornissen. Amsterdam, Boom. ISBN 90 8506 040 0
- Schmidt, U., & Treasure, J. (Vert (1997). *Beetje bij beetje beter*. Utrecht: SWP. ISBN 90 66 65 23 30.
- Spaans, J. (1998). *Slank, slanker, slankst. Over anorexia nervosa en wat je er aan kunt doen*. Amsterdam: Boom. ISBN 90 53 52 34 13.
- Spaans, J. (1999). *Ik eet als niemand het weet. Over boulimia nervosa en wat je er aan kunt doen*. Amsterdam: Boom. ISBN 90 53 52 45 84.
- Vanderlinden, J. (2005). *Anorexia nervosa overwinnen in 13 stappen*. Tielt: Lannoo. ISBN 90 20 960210.
- Vanderlinden, J. (2001). *Boulimie en eetbuien overwinnen. Een gids voor patiënt, gezin en hulpverlener*. Tielt: Lannoo. ISBN 90 20 94 32 43.
- Meerum Terwogt-Reinders, C., & Koster-Kaptein, L. (2001). *Werkboek anorexia en boulimia nervosa*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 9031335770.

Conclusie

Niveau 1	<p>CGT-zelfhulpgroepen (puur of met facilitator, maar zonder gekwalificeerde cognitief-gedragstherapeut) zijn effectief in de vermindering van specifieke eetpsychopathologie en algemene psychopathologie.</p> <p>Groepen onder leiding van een gekwalificeerde cognitief-gedragstherapeut verbeteren significant meer dan groepen die niet gesuperviseerd werden.</p> <p>A2 Carter & Fairburn, 1998; Peterson e.a., 1998; Loeb e.a., 2000</p>
Niveau 3	<p>De belangrijkste effecten van zelfhulpgroepen zijn: het vinden van herkenning, erkenning, steun, begrip en gelijkwaardigheid.</p> <p>C Janssen & Geelen, 1996; Muntendam, 1997, 1998</p>
Niveau 3	<p>Een belangrijk effect van een zelfhulpgroep voor eetstoornissen is een significante daling van de score op de EDE-Q en de BDI. Er zijn minder piekergedachten over eten, gewicht en lichaamsvormen.</p> <p>B Beij-van den Berg, 2001</p>
Niveau 2	<p>Het gebruik van (CGT-)zelfhulpboeken is effectief bij mensen met boulimia nervosa en eetbuistoornissen. Dergelijke boeken kunnen in de eerste fase van de behandeling of naast reeds ingezette behandelingen gebruikt worden.</p> <p>B Treasure e.a., 1994); Carter & Fairburn, 1998 D NICE-richtlijn, 2004 >></p>

Niveau 2	<p>Een (CGT-)zelfhulpboek in combinatie met ondersteunende begeleiding (steun en bemoediging door middel van onder meer persoonlijke/telefonische gesprekken, videomateriaal, discussie) kan een waardevolle methode zijn bij de reeks van mogelijke interventies bij de behandeling van boulimia nervosa en eetbuistoornissen.</p> <p>B Carter & Fairburn, 1998; Peterson e.a., 1998; Peterson e.a., 2001 C Cooper e.a., 1994, 1996; Wells e.a., 1997 B Beij-van den Berg, 2001 C Treasure e.a., 1994; Muntendam, 1997,1998</p>
Niveau 3	<p>Zelfhulp (groep of boek) kan een hulpmiddel zijn om de drempel te verlagen naar het zoeken van behandeling.</p> <p>C Treasure e.a., 1994; Muntendam, 1998</p>
Niveau 3	<p>Een sequentiële benadering voor behandeling van boulimia nervosa (eerst zelfhulpboek, gevolgd door CGT-sessies indien nodig) kan even effectief zijn als standaard-CGT. Een deel van de patiënten heeft voldoende aan het boek en verder geen gespecialiseerde hulp meer nodig. Daarnaast kan deze benadering de hoeveelheid benodigde contacten met de therapeut doen dalen. Hierdoor kan men veel geld en tijd besparen.</p> <p>C Treasure e.a., 1996</p>
Niveau 3	<p>Niet-begeleide zelfhulp werkt even goed als begeleide zelfhulp, overigens wel binnen een groep. Ook hier lijkt de steun, de herkenning en de erkenning door anderen belangrijker dan de aanwezigheid van een therapeut.</p> <p>B Peterson e.a., 1998</p>
Niveau 4	<p>Het is een mogelijkheid om genezen patiënten in te zetten om patiënten in een vroeg stadium te ondersteunen. Voorzichtig concluderend kan gesteld worden dat zelfhulpgroepen een belangrijke rol kunnen spelen in het genezingsproces van de patiënt.</p> <p>D NICE-richtlijn, 2004</p>

Overige overwegingen

Het is aannemelijk dat de huidige zelfhulpboeken (Spaans, 1998, 1999; Vanderlinden, 2000, 2001) een zelfde effect hebben als de zelfhulpboeken die onderzocht zijn.

De zelfhulpgroepen in Nederland vinden plaats in een andere setting dan beschreven in de artikelen die besproken zijn (Walsh, 2004; Peterson e.a., 1998, 2001). Allereerst geschiedt de begeleiding door daartoe speciaal getrainde personen die zelf ook een eetstoornis hebben (gehad), zodat zij bekend zijn met het fenomeen eetstoornis. De bijeenkomsten zijn gedurende een jaar op wekelijkse basis en duren 2,5 uur. De deelnemers krijgen gerichte informatie in de vorm van bijvoorbeeld artikelen over onderwerpen die aan de orde komen tijdens de zelfhulp. Zij moeten ook wekelijks huiswerkopdrachten maken. Er wordt gewerkt volgens een zelfhulpprogramma, beschreven in het 'Werkboek Zelfhulp' (Spanjers e.a., 2003).

Zelfhulp in de vorm van boeken, video's, groepen, telefonisch contact of internet, kan als startinterventie overwogen worden als moedgevende en motiverende kracht. Zelfhulp kan gebruikt worden in het voortraject van gespecialiseerde behandeling, bijvoorbeeld ter overbrugging van een eventuele wachttijd.

De voordelen hiervan zijn:

- zelfhulp wordt ervaren als een laagdrempelige vorm van hulpverlening
- de kosten van zelfhulp zijn meestal laag
- er zijn minder professioneel opgeleide therapeuten nodig om een en ander in werking te zetten
- zelfhulp kan tijdsbesparend werken
- zelfhulp is in hoge mate flexibel en klantgericht

Het is niet bekend of een zelfhulpboek in combinatie met ondersteunende begeleiding (steun en bemoediging door middel van onder meer persoonlijke gesprekken, telefonisch contact, videomateriaal, discussie) bij patiënten met anorexia nervosa tot hetzelfde gewenste resultaat kan leiden als bij patiënten met boulimia nervosa en eetstoornissen.

De meerwaarde van deelname aan een zelfhulpgroep, eventueel in combinatie met het gebruik van zelfhulpboeken, kan liggen in de onderlinge steun en begrip, de herkenning, erkenning en de gelijkwaardigheid van de medegroepsleden.

Door de krachten van professionele hulpverleners en ervaringsdeskundige begeleiders al dan niet in combinatie met het gebruik van zelfhulpboeken te bundelen, kunnen de ervaringen en kwaliteiten worden gekoppeld. Dit kan zowel in het traject voorafgaand aan de behandeling, gedurende de behandeling, maar ook volgend op (terugvalpreventie) de behandeling van de eetstoornis.

Een kritische kanttekening is echter op zijn plaats. Er dient op enigerlei wijze een vorm van kwaliteitsbewaking plaats te vinden, aangezien niet elke ex-patiënt inzetbaar is als ervaringsdeskundige (begeleider). Mede daarom is er ook nader onderzoek gewenst. Het is nodig een vorm te vinden waarin een en ander organisatorisch ingebed kan worden, zodat duidelijk is wie, wat, waar, wanneer en hoe de professionele hulpverlening in samenwerking met de zelfhulp plaats kan vinden.

Een risico van het deelnemen aan een zelfhulpgroep is dat deelnemers een competitie in het dun-zijn aangaan (NICE-richtlijn, 2004, 6.5.5). Maar geldt dat niet voor alle groepstherapieën? Ook hierbij wordt een beroep gedaan op de deskundigheid van de groepsbegeleider om dit thema bespreekbaar te maken.

Patiëntenperspectief

De ervaring van de zelfhulpgroepen is dat deelnemers vaak starten in de zelfhulpgroepen met het idee dat het met de ernst van de eetstoornis wel meevalt en dat ze het zelf kunnen oplossen. Ze willen en durven vaak de stap niet te zetten naar professionele hulpverlening. In de zelfhulpgroep worden deelnemers bewust van hun eetstoornis, krijgen ze inzicht in de ernst en raken ze gemotiveerd om de stap te nemen naar de hulpverlening. Hierbij krijgen ze steun en informatie van mededeelnemers en de groepsbegeleiders.

Uit de praktijk in Nederland blijkt dat er veel patiënten zijn die naast zelfhulp ook individuele hulp hebben. De ervaring is dat individuele hulp, naast een zelfhulpgroep, positief werkt. Individuele hulp betreft meestal psychotherapie, het consulteren van een diëtist en een lichaamsgerichte therapeut.

Patiënten geven aan bij terugval op zoek te gaan naar extra hulp. Vaak is dit in de vorm van een nazorgzelfhulpgroep en/of een andere vorm van individuele hulp. Het meeste loopt men tegen knelpunten aan zoals leren opkomen voor jezelf, zelfvertrouwen, leren ombuigen van negatieve gedachten, eetpatroon (weer) oppakken. Tot slot geven patiënten aan gebaat te zijn bij de nazorgzelfhulpgroepen die een bijdrage kunnen leveren tot resocialisatie.

Over het algemeen geven deelnemers aan dat de nazorgzelfhulpgroep een positieve bijdrage levert aan hun welzijn:

- voor zichzelf leren zorgen zonder schuldgevoel
- een veilige plek waar niets gek gevonden wordt
- niet alleen te (hoeven) worstelen
- steun en herkenning bij mededeelnemers en ervaringsdeskundige begeleiders

- zichzelf leren accepteren
- een aanzet om weer (aanvullende) hulp te gaan zoeken
- nee leren zeggen
- leren omgaan met reacties en opmerkingen uit de omgeving
- opnieuw oppakken van een (normaal) eetpatroon
- een terugval herkennen en hanteren

Tevens wordt door de patiënten ook aangegeven dat het een voordeel is dat de begeleiders ervaringsdeskundig zijn, omdat dit sneller leidt tot openheid en die bevordert weer erkenning en inzicht in de problemen.

Zelfhulp via internet

Internet heeft tal van mogelijkheden. Er staat veel informatie over eetstoornissen (zowel juiste als onjuiste informatie) en het biedt mogelijkheden om ervaringen uit te wisselen met lotgenoten (prikborden, chatten) en om persoonlijk e-mailcontact te hebben met een ervaringsdeskundige. Het grote voordeel is de laagdrempeligheid, vanuit elke gewenste locatie kunnen mensen anoniem en snel informatie opzoeken. Het grote nadeel is dat er erg veel informatie op internet staat, waarbij het niet altijd duidelijk is welke informatie betrouwbaar en onbetrouwbaar is.

Er zijn geen onderzoeksgegevens bekend wat de effecten en/of de risico's zijn van het gebruik van internet bij de zelfhulp gericht op eetstoornissen. Zelfhulp via internet is echter meer dan informatie opzoeken via internet of ervaringen uitwisselen.

De mogelijkheden van internet zijn sterk in ontwikkeling. Het zou een optie zijn om een zelfhulpprogramma te ontwikkelen, waarbij mensen vanuit huis kunnen werken aan opdrachten, waarbij er begeleiding is per e-mail of in een chatsessie. Deze gestructureerde vorm van zelfhulp via internet is er nog niet of in ieder geval niet bekend bij de werkgroep.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat huisartsen/schoolartsen en eerstelijnspsychologen/ diëtisten en andere hulpverleners patiënten met boulimia nervosa een zelfhulpboek kunnen adviseren, al dan niet naast andere vormen van therapie.

De werkgroep is van mening dat huisartsen/schoolartsen een eerstelijnspsychologen/ diëtisten en andere hulpverleners patiënten met anorexia nervosa (in de motivatiefase) een zelfhulpboek kunnen adviseren, in combinatie met andere hulp.

Het kan worden overwogen om patiënten voor een behandeling eerst te laten starten in een zelfhulpgroep voor het bereiken van bewustwording, ziekte-inzicht en motivatie tot verandering.

De werkgroep is van mening dat begeleide zelfhulp(-groepen) een goede aanvulling kan vormen op professionele behandeling. Dit kan zowel in het traject voorafgaand aan de behandeling, gedurende de behandeling, maar ook volgend op (terugvalpreventie) de behandeling van de eetstoornis.

De werkgroep adviseert een kwaliteitskeurmerk in te stellen voor zelfhulporganisaties. Professionals kunnen dan verwijzen naar dergelijke instellingen.

Literatuur

- Beij-Van den Berg, C. (2001). *Effectiviteit van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen*. Heerlen: Open Universiteit.
- Carter, J., & Fairburn, C.G. (1998). Cognitive-behavioral self-help for binge-eating disorder: a controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 616-623.
- Cooper, P., Coker, S., & Fleming, C. (1996). An evaluation of the efficacy of supervised cognitive behavioral self-help for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 281-287.
- Cooper, P., Coker, S., & Fleming, C. (1994). Self-help for bulimia nervosa: a preliminary report. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 401-404.
- Denef, (2000). o.l.v. Prof. Dr. W. Vandereycken *Zelfhulpboeken bij eetstoornissen*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, afdeling Psychodiagnostiek en Psychologische Begeleiding.
- Janssen, A, & Geelen, (1996). *Gedeelde smart, dubbele vreugd. Lotgenotencontact in de psychiatrie*. Utrecht: NcGv.
- Loeb, K.L., Wilson, G.T., Gilbert, J.S., e.a. (2000). Guided and unguided self-help for binge eating. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 259-272.
- Muntendam, (1997). *Een evaluatie van de nazorgzelfhulpgroep t.b.v. het project Eetstoornissen*. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting.
- Muntendam, (1998). *Zelfhulp bij eetstoornissen, een aanwinst in zorg. Onderzoek in opdracht van de Ziekenfondsraad*. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting.
- NICE-richtlijn (2004)
- Peterson, C.B., Mitchell, J.E., Engbloom, S., e.a. (2001). Self-help versus therapist-led group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder at follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 363-374.
- Peterson C.B., Mitchell, J.E., Engbloom, S., e.a. (1998). Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: a comparison of therapist-led versus self-help formats. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 125-136.
- RANZCP-richtlijn (2003)
- Rie, S. de la en Libbers, L., 2004, *Zie mij voor vol aan*. Uitgever SWP.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (1993). *Getting Better Bit(e) by Bit(e): Survival Kit for Sufferers of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorders*. [London/NewYork]: Psychology Press.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (1997). *Beetje bij beetje beter*. Utrecht: SWP.
- Spaans, J. (1998). *Slank, slanker, slankst. Over anorexia nervosa en wat je er aan kunt doen*. Amsterdam: Boom.
- Spaans, J. (1999). *Ik eet als niemand het weet. Over boulimia nervosa en wat je er aan kunt doen*. Amsterdam: Boom.
- Spanjers, E, & Wagter, (2002). Zelfhulp. In W. Vandereycken & G. Noordenbos (Red.), *Handboek Eetstoornissen* Utrecht: De Tijdstroom.
- Spanjers, E, Weidema, N, Nooteboom (2003). Werkboek Zelfhulp. Handleiding voor het begeleiden van zelfhulpgroepen voor mensen met een eetstoornis. Zutphen, ZieZo.
- Thiels, C., Phil, M., Schmidt, U., e.a. (1998). Guided self-change for bulimia nervosa incorporating use of a self-care manual. *American Journal of Psychiatry*, 155, 947-953.
- Treasure, J., Schmidt, U., Troop, N., e.a. (1994). First step in managing bulimia nervosa: controlled trial of therapeutic manual. *British Medical Journal*, 308, 686-689.
- Treasure, J., Schmidt, U., Troop, N., e.a. (1996). Sequential treatment for bulimia nervosa incorporating a self-care manual. *British Journal of Psychiatry*, 168, 94-98.
- Trimbos-instituut. (2003). Nationale monitor.
- Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (Red.). (2002). *Handboek Eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vanderlinden, J. (2000). *Anorexia nervosa overwinnen. Een gids voor patiënt, gezin en hulpverlener*. Tiel: Lannoo.
- Vanderlinden, J. (2001). *Boulimie en eetbuien overwinnen. Een gids voor patiënt, gezin en hulpverlener*. Tiel: Lannoo.
- Walsh, B.T. (2004). Treatment of Bulimia Nervosa in a Primary Care Setting. *American Journal of Psychiatry*, 161, 556-561.
- Wells, A., Garvin, V., Dohm, F., e.a. (1997). Telephone-based guided self-help for binge eating disorder: a feasibility study. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 341-346.

10 Organisatie van de zorg

Veel aanbevelingen in deze richtlijn kunnen alleen in de praktijk worden toegepast als is voldaan aan een aantal voorwaarden met betrekking tot de organisatie van de zorg. Goede afspraken en communicatie tussen alle betrokken hulpverleners is onontbeerlijk, zodat duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de somatische diagnostiek en behandeling.

De klinische behandeling van eetstoornissen in Nederland varieert momenteel van behandeling op algemene somatische afdelingen waar psychiatrische consultatie mogelijk is, tot opname in gespecialiseerde psychiatrische klinieken waar somatische consultatie voorhanden is. Kinderen worden meestal opgenomen op kinderafdelingen van algemene ziekenhuizen waar lang niet altijd de mogelijkheid van kinderpsychiatrische consultatie aanwezig is. Dergelijke lokale variabelen moeten in de besluitvorming betrokken worden.

Aangezien veel patiënten met eetstoornissen gedurende jaren in behandeling zijn, zullen zij vaak van primaire naar secundaire en tertiaire zorg overgaan. Deze grensovergangen zullen zorgvuldig en effectief bewaakt moeten om de continuïteit van de zorg niet in gevaar te brengen. Hetzelfde geldt voor de overgang van het somatische naar het psychiatrische behandelcircuit en de overgang van de kinderpsychiatrie naar de volwassenenpsychiatrie. Bij al deze overgangen kunnen regionale protocollen en afspraken waarin de communicatielijnen en verantwoordelijkheden beschreven staan behulpzaam zijn.

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de adviezen van de Stuurgroep Eetstoornissen Nederland en van de aanbevelingen die door de werkgroep zijn geformuleerd met het oog op verbetering van de organisatie van de zorg. Omdat dit niet is gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing is de vormgeving van dit hoofdstuk afwijkend van de voorgaande hoofdstukken.

10.1 Adviezen van de Stuurgroep Eetstoornissen Nederland

De Stuurgroep Eetstoornissen Nederland heeft in 1998 een advies uitgebracht, waarin over de organisatie van de zorg de volgende punten zijn aangegeven.

- De behandeling van patiënten met een eetstoornis vereist een specifieke deskundigheid. Door het relatief geringe aantal patiënten, krijgt niet elke behandelaar voldoende ervaring op dit gebied. Hierdoor kan de behandeling aan kwaliteit inboeten en/of meer tijd vergen, wat tot een hogere kans op recidive van de eetstoornis en tot hogere kosten leidt. Het bundelen van de kennis en ervaring in centra met een gespecialiseerde behandeling levert een toename van de kwaliteit en een besparing van de kosten van de behandeling op. Niet elke hulpverlener kan de benodigde gespecialiseerde behandeling uitvoeren. Wel zal elke hulpverlener voldoende kennis over de stoornis moeten hebben voor een goede signaleringsfunctie, snelle herkenning en adequate verwijzing.
- Gespecialiseerde centra dienen poliklinische, dagklinische en klinische capaciteit beschikbaar te stellen ten behoeve van de behandeling van patiënten in homogene groepen. Er dient sprake te zijn van een specifiek op de behandeling van patiënten met een eetstoornis gericht multimodaal behandelprogramma. Daarbij dient het behandelteam multidisciplinair te zijn samengesteld en is een zeer ruime kennis, ervaring en affiniteit met het behandelen van patiënten met een eetstoornis in het gehele team vereist.
- Een topreferentcentrum dient, evenals een gespecialiseerd centrum, poliklinische, dagklinische en klinische capaciteit beschikbaar te stellen ten behoeve van de behandeling van patiënten in homogene groepen. Daarnaast dient een topreferentcentrum te kunnen beschikken over speciale voorzieningen, bijvoorbeeld voor patiënten met ernstige comorbiditeit, mogelijkheden voor crisisinterventie, en een behandelprogramma dat is aangepast aan de beperkingen van de groep patiënten

met ernstige problematiek. Als toegevoegde taken, ten aanzien van het gespecialiseerde centrum, gelden de coördinatie van het overleg tussen de centra met gespecialiseerde behandeling, en het onderhouden van geformaliseerde afspraken over wetenschappelijk onderzoek, opleiding en consultatie met een academisch centrum.

- Een belangrijk knelpunt in de organisatie van zorg bij eetstoornissen is de strikte scheiding van de psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren enerzijds en volwassenen anderzijds. Deze scheiding kan de continuïteit van behandeling bij eetstoornissen belemmeren.

10.2 Adviezen van de werkgroep

10.2.1 Gespecialiseerde eetstoornisklinieken

Gespecialiseerde eetstoornisklinieken dienen voldoende mogelijkheden voor somatische behandeling te hebben.

Daarbij moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan:

- het behandelend team moet in staat zijn op de somatische complicaties van de eetstoornis te anticiperen, deze te diagnosticeren en zo nodig te behandelen; hiervoor is regelmatige controle van de patiënt noodzakelijk.
- er bestaat de mogelijkheid tot behandeling met sondevoeding.
- er zijn protocollen voor:
 - herkennen, diagnosticeren en behandelen van hypoglykemieën
 - herkennen, diagnosticeren en behandelen van hypokaliëmie
 - herkennen, diagnosticeren en handelwijze bij refeedingsyndroom
 - handelwijze bij een hypoglykemisch coma
 - reanimatie

Gespecialiseerde eetstoorniscentra dienen een samenwerkingsverband te hebben met interne afdelingen en kinderafdelingen van een naburig algemeen ziekenhuis met protocollen voor intraveneuze behandeling met kalium en overname bij klinische verslechtering/calamiteiten

Gespecialiseerde eetstoorniscentra dienen de mogelijkheid hebben patiënten met een BOPZ-maatregel (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) op te nemen.

10.2.2 Opname op een interne afdeling of kinderafdeling

Er dienen protocollen ontwikkeld te worden betreffende overplaatsingscriteria van somatische risicopatiënten tussen de instellingen. In bijlage 3 is een voorbeeld van een protocol opgenomen die is ontwikkeld door de werkgroep jeugd van de SEN 2001.

Voorwaarden voor opname op een interne (of kinder) afdeling zijn:

- de diagnose anorexia nervosa moet gesteld zijn of ter plekke gesteld worden door een op het gebied van eetstoornissen deskundig (kinder- en jeugd)psychiater.
- de medebehandelende (kinder- en jeugd)psychiater onderschrijft de indicatie voor de somatische opname.
- de verwijzende instantie draagt zorg voor een adequate vervolgbehandeling poliklinisch, klinisch, of op de dagbehandeling van een psychiatrische instelling met deskundigheid op het gebied van eetstoornissen .
- op indicatie is klinische behandeling binnen een eetstoorniskliniek noodzakelijk.
- het doel van de opname is van tevoren duidelijk met de volwassen patiënt/ ouders en kind besproken.

10.2.3 Eisen aan een interne afdeling of kinderafdeling

Tussen de interne (kinder)afdeling (van het algemene ziekenhuis) en medebehandelend (kinder- en jeugd)psychiater op deze afdeling bestaat een goed overleg en overeenstemming over:

- de aard van de somatische behandeling
- beleid ten aanzien van voeding
- beleid ten aanzien van gewichtstoename
- beleid ten aanzien van lichaamsbeweging
- beleid ten aanzien van bewegingsvrijheid
- criteria voor opname en ontslag
- afspraken over vervolgbehandeling
- verantwoordelijkheid voor de psychiatrische behandeling op de interne afdeling
- motivatietechnieken en handelwijze bij non-compliance van de patiënt
- overdracht bij opname en ontslag
- regelmatige multidisciplinaire evaluatiemomenten
- ouderbegeleiding
- een heldere taakverdeling tussen de verschillende disciplines.

10.2.4 Zelfhulp

De werkgroep adviseert een kwaliteitskeurmerk in te stellen voor zelfhulporganisaties. Professionals kunnen dan verwijzen naar dergelijke instellingen.

Bijlage 1 Somatische gevolgen van anorexia nervosa

Algemeen

- ondergewicht of onvoldoende gewichtstoename
- gestoorde lengtegroei met eventueel korte gestalte
- uitputting
- verlaagd basaal metabolisme
- gestoorde aanpassing aan warmte en koude

(Neuro-)endocrien

- vertraagde puberteitsontwikkeling of verlies secundaire seksuele kenmerken
- irreversibele atrofie gonaden, (hypogonadotroop hypogonadisme)
- verhoogd groeihormoon, verlaagd IGF-1 (insulinegeijkende groeifactor)
- hypercortisolisme
- euthyroid sick syndrome
- verlaagd leptine
- SIADH (syndroom of inappropriete Antidiuretic Hormone secretion)

Metabool

- hypoglykemie
- laag zinkgehalte
- hypercholesterolemie

Cardiovasculair

- hypotensie
- bradycardie
- acrocyanose
- ECG-afwijkingen, waaronder QTc-verandering
- ritmestoornissen
- afname hartgrootte
- mitralisinsufficiëntie
- pericardeffusie
- arteria-mesenterica-superior-syndroom
- cardiomyopathie op basis van emetinotoxiciteit
- decompensatio cordis
- acute hartdood

Bewegingsapparaat

- osteopenie
- osteoporose
- osteoporetische fracturen
- krampen, tetanie, spierzwakte

Immunologie/Hematologie

- pancytopenie
- neutrofiële disfunctie
- afwijkingen complementsysteem
- gestoorde immunoglobolinesynthese
- gestoorde cellulaire immuniteit
- stijging Hb-F

Neurologie/psychologie

- atrofie (pseudo-atrofie) cerebrum met afname grijze en witte stof en vergroting liquorroimtes
- cognitieve disfunctie
- EEG-afwijkingen
- convulsies
- compressie perifere zenuwen
- stoornissen autonoom zenuwstelsel

Tractus digestivus

- buikpijn
- vertraagde maagontleding
- acute maagdilatatatie, zelden maagruptuur
- pancreatitis
- invaginatie
- ernstige obstipatie
- darmobstructie
- irritable bowel syndrome
- leverfunctiestoornissen
- necrotiserende colitis
- galstenen
- smaakstoornis
- bij braken: periorale stomatitis, cariës, erosie tandglazuur, gezwollen speekselklieren (amylaseverhoging), oesofagitis, Mallory-Weis-syndroom, oesofagus- en (zelden) maagruptuur, Barrett-oesofagus, stoornissen in de vocht-, zuur-base- en elektrolythuishouding
- bij laxantia: slijmvlieslaesies colon, hematochezia, pseudomelanosis coli, megacolon, cathartisch colon, stoornissen in de vocht-, zuur-base- en elektrolythuishouding, trommelstokvingers

Renaal

- prerenale nierinsufficiëntie
- partiële diabetes insipidus
- glomerulaire nierfunctiestoornissen
- nierstenen
- acute en chronische nierinsufficiëntie

Huid

- droge huid
- hypercarotinemie
- lanugo-beharing
- bleke huid
- Russells sign
- pitting oedeem

Vocht-, zuur-base- en elektrolythuishouding

- hypokaliëmie hypochloremische metabole alkalose bij braken
- hyperchloremische metabole acidose bij laxantia
- hypokaliëmie bij braken en laxantia
- hyponatriëmie
- laag Mg, Ca, fosfaat
- dehydratie
- rebound oedeem
- (fatale) waterintoxicatie

Refeeding syndroom

- decompensatio cordis
- hyperglykemie
- hyperosmotisch non-ketotisch coma
- plotselinge dood
- hypokaliëmie
- hypomagnesiëmie
- hypofosfatemie (→ weefselhypoxie, rhabdomyolyse, decompensatio cordis, neurologische stoornissen, acute respiratoire insufficiëntie, hartritmestoornissen, acute dood)

Bijlage 2 Lacunes in kennis

Inleiding

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn 'diagnostiek en behandeling van eetstoornissen' is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen voor de beantwoording van de uitgangsvragen. Een deel van de uitgangsvragen is met het resultaat van de zoekacties te beantwoorden, het overgrote deel echter niet. Door gebruik te maken van de Evidence Based Systematiek is duidelijk geworden, of liever gezegd bevestigd, dat binnen het zorgterrein van de eetstoornissen nog lacunes in kennis aanwezig zijn. Om deze reden zijn de aanbevelingen die de werkgroep heeft geformuleerd op het gebied van onderzoek onder elkaar gezet om inzicht te geven op welke vlakken onderzoek gewenst is. De volgorde van deze opsomming zegt niets over de prioriteit van de onderwerpen.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van eetstoornissen in Nederland verricht zou moeten worden.

De werkgroep raadt aan onderzoek te verrichten naar het voorkomen van eetstoornissen bij kinderen tussen 8 en 12 jaar.

De werkgroep raadt aan onderzoek te verrichten naar het verband tussen gestoord eetgedrag in de kindertijd en de ontwikkeling van een eetstoornis op latere leeftijd.

De werkgroep raadt aan meer onderzoek te verrichten naar aan eetstoornissen verwante stoornissen in de lichaamsbeleving bij jongens en naar geassocieerde gedragingen, bijvoorbeeld extreem joggen, muscle dysmorphia om spiermassa te vergroten en anorexia athletica.

De werkgroep raadt aan epidemiologisch, psychologisch en kwalitatief onderzoek te verrichten in multiculturele populaties naar de oorzakelijke factoren en onderlinge relaties bij de processen die tot eetstoornissen kunnen leiden.

De werkgroep is van mening dat onderzoek naar de positieve en negatieve langetermijneffecten van preventieprogramma's op scholen noodzakelijk is.

De werkgroep is van mening dat onderzoek naar vroegtijdige signalering en vroegtijdige interventie van eetstoornissen wenselijk is.

De werkgroep is van mening dat vanuit huisartsgeneeskundig perspectief onderzoek naar het vergroten van de effectiviteit van herkenning van eetstoornissen wenselijk is.
De Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) heeft een Nederlandse vertaling en Nederlandse normgegevens.

De werkgroep is van mening dat validatieonderzoek van de Body Shape Questionnaire (BSQ) en de Body Attitude Questionnaire (BAQ) gewenst is. >>

De werkgroep is van mening dat onderzoek naar de toepassing van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) en naar de gedwongen behandeling in het kader van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en het effect hiervan bij anorexia nervosa in de Nederlandse situatie aan te bevelen is.

De werkgroep raadt aan om onderzoek te doen naar een meer betrouwbare formule om de energiebehoefte te bepalen.

De werkgroep acht het raadzaam verder onderzoek te verrichten naar een verband tussen het tempo van gewichtstoename en de kans op terugval.

De werkgroep is van mening dat er wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling van patiënten met anorexia nervosa dient te worden gedaan.

De werkgroep beveelt aan dat er onderzoek wordt gedaan naar manieren om langdurig het gewicht te beheersen, dit in relatie tot de behandeling van de eetbuistoornis en overgewicht op de lange termijn.

De werkgroep is van mening dat onderzoek naar de werking van olanzapine bij anorexia nervosa patiënten gewenst is.

De werkgroep is van mening dat gerandomiseerde placebogecontroleerde onderzoek zou moeten plaatsvinden naar zinksuppletie bij de behandeling van anorexia nervosa.

De werkgroep is van mening dat onderzoek naar de mogelijkheden om de botafbraak bij anorexia nervosa tegen te gaan wenselijk is.

De werkgroep is van mening dat onderzoek zou moeten plaatsvinden naar ondansetron bij de behandeling van boulimia nervosa.

De werkgroep is van mening dat onderzoek zou moeten plaatsvinden naar de werking van de Mandometer.

De werkgroep is van mening dat goed gevalideerde Nederlandstalige instrumenten voor het vaststellen van de motivatie beschikbaar moeten komen.

Op welke wijze spiegel oefeningen in de vorm van lichaams-exposure positieve therapeutische effecten kunnen bewerkstelligen, dient verder onderzocht te worden.

Onderzoek naar therapeutisch effect van 'visual size estimation' oefeningen is wenselijk.

Het gecontroleerde progressieve bewegingsprogramma van Beumont e.a. (1994) dient bewerkt te worden naar een Nederlandse versie.

Aanvullend onderzoek binnen de Nederlandse setting naar het bewegingsprogramma van Beumont e.a. (1994) is aan te bevelen.

Onderzoek naar het effect van hyperthermie en het gebruik van de pedometer op hyperactief gedrag bij eetstoornissen is aan te bevelen.

Op basis van klinische evidentie wordt aangeraden om modulen uit de psychomotorische therapie in te zetten om de verstoorde lichaamsbeleving te behandelen. Grondig onderzoek naar de werkzaamheid van zowel specifieke lichaamsgerichte interventies als een meer gevarieerd psychomotorisch aanbod is zeer gewenst.

De werkgroep raadt aan om het zelfhulpprogramma van Cash (1997) te bewerken naar een Nederlandse versie die gericht is op patiënten met eetstoornissen.

De werkgroep adviseert onderzoek naar de effectiviteit van zelfhulpaanbod via het internet.

Bijlage 3 Verslag werkzaamheden werkgroep jeugd van de SEN 2001

Er zijn drie bijeenkomsten geweest in 2001, waaraan o.a. hebben deelgenomen: Annemarie van Elburg, Mariette Robbe, Elis Stevelmans, Willy Janssen, Cathrien Reichart, Chaim Huizer, Han Mandema, Rianne Teeuw, en Sonja Fleminger.

Een eerste doelstelling was om een basisvisie te ontwikkelen met betrekking tot die jeugdige eetstoornispatiënten die zowel somatische als psychiatrische bijzondere zorg nodig hebben.

Er werd geconstateerd dat er landelijk veel verschillen zijn in de manier van behandelen van deze problematiek. Dit is echter op zich geen slechte zaak, elk instituut heeft specifieke sterke en minder sterke kanten. Een centraal punt is dat in de onderlinge samenwerking tussen kinderafdeling en psychiatrische afdeling goede afspraken te maken zijn. Met betrekking tot deze afstemming werd geconstateerd dat er een grijs gebied ligt tussen de twee professies, waar de zorg van kindergeneeskunde en jeugdpsychiatrie elkaar overlappen. In het overleg werd benoemd dat goed overleg, het afspreken van de te volgen gezamenlijke strategie en het met elkaar afwegen van de haalbaarheid van afspraken noodzakelijk is om dit grijze gebied in te vullen. De psychiaters durven meer aan met een goede back-up door de kinderarts, en omgekeerd kunnen de kinderartsen hun professionele verantwoordelijkheid duidelijker nemen als er een goed plan ligt vanuit de psychiatrisch gespecialiseerde afdeling. De werkgroep is uiteindelijk gekomen tot de volgende aanbeveling:

Richtlijn voor somatische opname van jeugdige eetstoornispatiënten

Het streef of ideaalgewicht voor patiënten zal in het algemeen de P50 zijn t.o.v. lengte, tenzij het kind niet gegroeid is vanwege de eetstoornis. In dat geval moet voor de leeftijd gecorrigeerd worden, opdat een mogelijke inhaal van lengtegroei mogelijk is. Voor het vaststellen van het streefgewicht wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van het groene boekje waarin vanaf de geboorte lengte en gewichtstoename zijn bijgehouden. De ontwikkelingslijn wordt dan 'geplot' op de nieuwste curven. (1997). Het gewicht moet niet te laag worden vastgesteld, vanwege o.a. de kans op herstel of begin van de menstruatie.

Opname op een kinderafdeling is noodzakelijk bij:

- 1 Gewicht onder 70% van het ideaalgewicht, na afspraken vooraf met kind/ gezin/ KJP/ kinderarts over het doel en de evaluatiemomenten en de manier waarop de behandeling plaatsvindt. Ontslag na 3 weken als het beoogde doel niet wordt gehaald.
- 2 Gewicht onder de 60% van het ideaalgewicht: opname waarbij gedwongen wordt gevoed.
- 3 Dehydratie door weigering te drinken: opname voor rehydratie, daarna ontslag
- 4 Somatische complicaties die ernstig genoeg zijn om opname te rechtvaardigen:
 - puls onder 30/min
 - hypoglycaemie
 - ritmestoornis
 - verlengde QTc tijd
 - nierfunctiestoornis
 - ernstige pancreatitis
 - hypothermie onder 33 grad C
 - collaps
 - coma
 - ernstige infectie

Boven de 70% van het ideaalgewicht is opname op een kinderafdeling niet nodig, tenzij iedereen die erbij betrokken is het eens is over de noodzaak tot opname.



Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ



Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Postbus 20064

3502 LB Utrecht

E-mail mwr@cbo.nl

www.cbo.nl

Trimbos- instituut

*Netherlands Institute
of Mental Health
and Addiction*



Trimbos-instituut

Secretariaat Landelijke Stuurgroep

Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Postbus 725

3500 AS Utrecht

Telefoon (030) 297 1131

E-mail ggzrichtlijnen@trimbos.nl

www.ggzrichtlijnen.nl

www.trimbos.nl



Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ



Het is voor het eerst dat er een evidence based multidisciplinaire richtlijn voor eetstoornissen verschijnt. De richtlijn geeft adviezen, aanbevelingen en handelingsinstructies voor diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. De adviezen en aanbevelingen worden niet alleen in de GGZ gebruikt, maar zijn ook bruikbaar voor de huisarts, de internist, de jeugdarts en de diëtist. De richtlijn is ook een beslissingsondersteunend instrument voor patiënten. De inhoud van de richtlijn is gebaseerd op het best beschikbare bewijs uit wetenschappelijk onderzoek (evidence based), aangevuld met overige overwegingen, op basis van overeenstemming van professionals en ervaringsdeskundigen. De beoogde effecten van het handelen in de praktijk blijven echter het belangrijkste criterium.

Na een algemene inleiding waarin de werkwijze wordt verantwoord, komen de volgende onderdelen aan de orde:

- risico en preventie
- diagnostiek
- uitgangsprincipes bij behandeling eetstoornissen
- behandeling van anorexia, boulimia en eetbuistoornis
- specifieke interventies
- organisatie van de zorg

Patiënten en hun organisaties zijn betrokken bij de totstandkoming van de richtlijn eetstoornissen.

In 2006 verschijnt een samenvatting van deze richtlijn.

Multidisciplinaire richtlijnen

Vanaf januari 1999 bestaat de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Deze stuurgroep, geleid door een onafhankelijk voorzitter, is samengesteld uit vertegenwoordigers van de volgende vijf beroepsverenigingen: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGZ). De Stuurgroep wordt ondersteund door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction.