Eetstoornissen bij jongeren

Eetstoornissen worden gekenmerkt door een sterke preoccupatie met eten en gewicht en een verstoord lichaamsbeeld. In de Nederlandse vertaling van de Desk Reference To The Diagnostic Criteria From DSM 5 (2014) zijn een aantal voedings- en eetstoornissen opgenomen. In deze bijdrage gaan wij in op Anorexia nervosa, Boulimia nervosa en de Eetbuistoornis. Aan de orde komen de kenmerken en symptomen, de prevalentie, oorzaken, aspecten uit de behandeling en enkele handreikingen voor de school.

Vooraf

Evolutionair gezien, komt lijnen alleen voor bij de mens. Duizenden jaren geleden was er vaker sprake van tijden van voedselschaarste dan van tijden van overvloed. Onze oude genen zijn erop gericht om zo zuinig mogelijk om te gaan met energie. Belangrijk was het om in tijden van voedselovervloed zoveel mogelijk energie op te slaan. Vet was ideaal om een voorraad energie op te slaan. Gedurende de gehele evolutie was er een drive om daar zoveel mogelijk van binnen te krijgen. Een overblijfsel hiervan is dat wanneer er minder vet in het eten zit mensen het minder lekker vinden.

Extra vet opslaan is in onze obesogene (dik makende) omgeving geen nuttige overlevingsstrategie meer.

Steeds vaker wordt dik zijn als ongezond gezien en dikke mensen ziet men als 'zwak van geest'.

Lijnen wordt belangrijk. Tijdens het lijnen/vasten ervaart het lichaam een periode van schaarste. Het slimme lichaam haalt zoveel mogelijk calorieën uit het voedsel. Stopt men weer met lijnen, dan breekt een 'voedselrijke' periode aan. Het lichaam is dan in staat om zoveel mogelijk calorieën uit het voedsel te halen. Bij een volgende 'cyclus' is het lichaam nog slimmer geworden. En er is sprake van het zogenaamde 'jojo-effect'. Hoe meer je lijnt hoe zwaarder je wordt... (Rigter, 2013)

Meiden en jongens

Voor de puberteit is er geen verschil tussen jongens en meiden wat betreft de opslag van vet. Daarna wel. Laten we eens kijken hoe deze 'vetopslag' zich ontwikkelt bij meiden vanaf de puberteit.

In de twee jaar na de eerste menstruatie neemt het vet op het lichaam met zo'n 200 % toe. Tijdens de puberteit 'denkt' het lichaam dat er een voldoende vetvoorraad aanwezig moet zijn voor de toekomstige zwangerschap en het zogen. Als er voldoende vet is opgeslagen wordt door de vetcellen het hormoon leptine afgescheiden. Dit leidt tot de eerste menstruatie. Enige tijd later is er sprake van vruchtbaarheid. Het blijkt dat het tijdstip van rijping afhankelijk is van de beschikbaarheid en de kwaliteit van voedsel (eerste menstruatie in de loop der tijd steeds vroeger). Om het risico op een eetstoornis te verkleinen, is het van belang dat meisjes goed worden voorbereid op deze lichamelijke veranderingen.

Bij jongens en mannen schijnt een eetstoornis veel minder voor te komen. We zien het weinig. Voor zowel Anorexia nervosa als Boulimia nervosa geldt de ratio man : vrouw = 1 : 10. Balletdansers en topsporters behoren tot de risicogroep door hun preoccupatie met gewicht. Het risico een eetstoornis te ontwikkelen is groter bij homoseksuele mannen dan bij heteroseksuele mannen (Beer en Tobias, 2011).

Eetstoornissen bij jongeren

Wij gaan nu in op enkele eetstoornissen zoals we die bij jongeren kunnen aantreffen. De grootste risicogroep voor het ontwikkelen van een eetstoornis wordt gevormd door jonge vrouwen tussen 15 en 25 jaar (Beer en Tobias, 2011). Bij eetstoornissen gaat het om hardnekkige en vaak langdurige psychiatrische stoornissen die moeilijk behandelbaar zijn. 40% van de patiënten geneest, 30% verbetert, 20% ontwikkelt een chronische eetstoornis en 10% overlijdt. Achtereenvolgens komen in deze paragraaf aan de orde Anorexia nervosa, Boulimia nervosa en de Eetbuistoornis (Binge eating disorder). Ten slotte behandelen we ook Obesitas. Dit is geen eetstoornis, maar een eetprobleem dat een negatieve invloed kan hebben op de gezondheid van jongeren.

Bij alle eetstoornissen komen drie kenmerken terug: abnormaal eetgedrag (zoals te veel in te korte tijd, eten gevolgd door overgeven of extreem weinig eten), een negatief lichaamsbeeld

en al dan niet succesvolle pogingen om gewicht te verliezen. Eetstoornissen betreffen in het algemeen stoornissen in het doen, denken en voelen rondom eten en gewicht (Rigter, 2013).
Als oorzaken van de eetstoornissen (anorexia en boulimia) worden vaker genoemd: genetische aanleg, vroege start van puberteit, afwijkende lichaamsprocessen, persoonlijkheidskenmerken (perfectionisme, dwangmatigheid, controlerend, onderdrukken van negatieve emoties, lage eigen waarde en negatief zelfbeeld), gebrek aan autonomie, angst, angststoornissen (vooral obsessief compulsieve stoornis en angst om bij te komen) en een voorgeschiedenis van eetproblemen en lijnen (negatief lichaamsbeeld, obesitas, lijnen, picky eating en spijsverteringsproblemen bij het jonge kind)(Rigter 2013).

Anorexia nervosa

Bij Anorexia nervosa is er sprake van een (over)gewichtsfobie. Een irreële angst om aan te komen. Deze patiënten kunnen en willen de drang om mager te willen zijn niet weerstaan. Zij negeren de eetlust. Opvallend is dat de patiënten de problematiek ontkennen. De piek van het ontstaan van de klachten ligt tussen de 14 en 18 jaar (NJI, 1917)
Er worden twee typen onderscheiden: het beperkende subtype (vasten en veel bewegen) en het eetbuien purgerende type (na eetbui zelf opgewekt braken en gebruik van laxeermiddelen). Dit laatste type lijkt vaak op de in de volgende paragraaf te behandelen stoornis Boulimia nervosa. Het verschil is dat de patiënten al vermagerd zijn. Psychische kenmerken van deze patiënten zijn: het moeite hebben met emoties. Er is sprake van perfectionisme en dwangmatig gedrag. Het ziektegevoel ontbreekt (Rigter, 2013). Anorexia patiënten ervaren hun lichaam als veel zwaarder. Zij bewegen zich ook alsof ze dikker zijn. Ze draaien bijvoorbeeld hun schouders wanneer zij door een poortje moeten waar zij makkelijk doorheen kunnen. Tussen de 0,3 en 0,4 % van de vrouwen tussen de 15 en 30 jaar heeft deze stoornis (5000 to 6000 vrouwen) ontwikkeld. Tegenwoordig wordt anorexia al op veel jongere leeftijd ontdekt.

Gevolgen

Zorgwekkend zijn de psychologische, sociale en lichamelijke gevolgen van Anorexia Nervosa. De stoornis beïnvloedt het gedrag, de gedachten en gevoelens meer dan men zou denken. De Nederlandse Academie voor Eetstoornissen beschrijft op haar portal uitvoerig de psychologische-, sociale en lichamelijke gevolgen van Anorexia nervosa (NAE, 2017).
Psychologische gevolgen: De patiënt komt in een vicieuze cirkel terecht. Door lijnen meent men meer beheersing over zich zelf te krijgen. Door de uithongeringstoestand treden er concentratieproblemen op waardoor men de controle op zich zelf weer verliest. *Gevolg*: aantasting van gevoel van eigenwaarde. Dus: nog meer gaan lijnen. Werkelijkheid en fantasie kunnen moeilijker uit elkaar gehouden worden. Men meent een beter gevoel te krijgen door te lijnen. Dat is niet zo. Ook de waarneming van het eigen lichaam raakt steeds meer verstoord. Dit heeft men zelf niet in de gaten. Het emotionele leven raakt in de war. De patiënt kan erg weinig of juist zeer heftige gevoelens ervaren (angst, somberheid, hopeloosheid). Ook kan Anorexia leiden tot depressiviteit of dwang- of angststoornissen. Deze verdwijnen vaak wanneer het gewicht wordt hersteld.
Sociale gevolgen: De omgang en contacten met anderen worden ongunstig beïnvloed. Door ondervoeding weinig energie. Opzien tegen sociale activiteiten. Onbereikbaar worden voor anderen. Gevoelens worden minder gedeeld en zijn oppervlakkig. Terugtrekken leidt tot afname vriendschappen en sociaal isolement. Activiteiten in de vrije tijd worden verwaarloosd. De relatie met vrienden en gezinsleden komen onder druk te staan. Vaak ruzie over eten. Er wordt niet meer samen gegeten (uitvluchten om niet meer mee te hoeven eten). Veel aandacht door de ouders kan leiden tot conflicten met broers en zussen. Steeds minder zin in seksueel contact en het risico onvruchtbaar te worden is aanwezig.
Lichamelijke gevolgen: Deze zijn afhankelijk van hoe laag het gewicht is, hoe snel men is afgevallen, de sekse en de leeftijd. Het lichaam gaat zich aanpassen om te overleven. Dat betekent: een lage lichaamstemperatuur, lage bloeddruk en verlaagde hartslag, veranderingen in de schildklier en veranderingen van de huid (droog, haargroei in gezicht, bovenarmen en rug). Er is sprake van verstoppingen en het gevoel snel vol te zitten. Ook is er sprake van een opgeblazen gevoel. Hierdoor gaat men nog minder eten. Hartklachten kunnen ontstaan door een tekort aan natrium en kalium in het bloed als gevolg van veelvuldig braken en gebruik van laxeermiddelen. Het lichaam droogt uit. Hierdoor kunnen problemen met de nieren ontstaan. Oedeem (vocht vasthouden) en nierstenen kunnen het gevolg zijn. Ook vaak veel water drinken is niet goed. Anorexia op jonge leeftijd kan leiden tot een verstoorde ontwikkeling van het lichaam (minder hard groeien, uitblijven van de puberteit, afname botmassa, onvruchtbaarheid). Door een daling van de bloedsuikerspiegel gaat de patiënt beven en zweten. Ook ontstaan hartkloppingen en een wazig zien. De bloeddruk gaat omlaag waardoor de patiënt bij opstaan uit stoel of bed duizelig wordt. Een onregelmatige hartslag kan bewusteloosheid veroorzaken.

Door het braken wordt het glazuur van de tanden aangetast. Door de lage lichaamstemperatuur heeft de patiënt het vaak koud en is er sprake van blauwe handen en voeten.

Behandeling

Bij de behandeling van Anorexia nervosa wordt op grond van het (beperkte) aanwezige onderzoek *psycho-educatie* als een belangrijk onderdeel van het zorgaanbod gezien (NJI, 2017). Psycho-educatie is voorlichting over de verschijnselen die horen bij eetstoornissen zoals de lichamelijke en geestelijke gevolgen, de behandelmogelijkheden, het belang van het voortzetten van een behandeling en de risico's op herhaling van de problemen. Psycho-educatie kan groepsgewijs of individueel worden aangeboden. Ook de partner en familieleden komen in aanmerking voor psycho-educatie.

Bij de behandeling speelt motivering van de patiënt om aan het probleem te gaan werken een belangrijke rol. Het besef van 'ziek zijn' ontbreekt immers. Door motiverende gespreksvoering tracht de behandelaar de patiënt te brengen tot het nemen van de juiste beslissingen. Kort samengevat komt deze gespreksvoering op het volgende neer. Na een fase waarin het opbouwen van de relatie tussen cliënt en behandelaar centraal staat, volgt een fase waarin de focus komt te liggen op de richting van een mogelijke verandering. Hierbij ontlokt de behandelaar redenen voor verandering en keuzes voor doelen. Dit kan leiden tot een veranderplan en hoop. Van belang is dat de behandelaar niets oplegt, maar de cliënt aanvaardt zoals deze is, ruimte biedt en autonomie respecteert. Ook dat hij of zij het recht van de cliënt erkent om niet te veranderen. Door deze benadering kan er ruimte ontstaan voor verandering. De behandelaar speelt bij deze motiverende gespreksvoering in feite de rol van gids. Hierbij staat het welzijn van de cliënt steeds voorop.

De behandeling van de anorexia nervosa (NJI, 2017) is vervolgens gericht op het herstellen van het gewicht. Een belangrijke parameter hierbij is het terugkeren van de menstruatie. Er wordt gewerkt aan het normaliseren van het eetpatroon en eventueel aanwezige lichamelijk complicaties worden behandeld. Er wordt een poging gedaan om met behulp van cognitief therapeutische interventies de anorectische cognities te bewerken (ter discussie stellen van niet helpende dwingende gedachten die een negatieve invloed hebben op het gevoel en het gedrag). Achterliggende problemen met betrekking tot sociale vaardigheden en copingstijl worden aangepakt. Ook worden andere psychische problemen als depressie, obsessieve of fobische klachten behandeld. Ook maakt het normaliseren van het gezinsfunctioneren deel uit van de behandeling.

Beloop: Deze ernstige ziekte kan jaren duren. Ongeveer 45% van de patiënten geneest volledig, 35% gedeeltelijk en 20% geneest niet. Het is een psychiatrische ziekte met het hoogste sterftepercentage: 5 – 10% overlijdt eraan. Men vermoedt dat eerdere signalering leidt tot een grotere kans op genezing (NAE, 2017)

Boulimia Nervosa

Bij Boulimia is sprake van eetbuien waarbij de patiënten de controle over hun eetgedrag zijn kwijt geraakt (NAE, 2017).Na afloop voelt men zich schuldig en probeert men het eten weer kwijt te raken. Er is geen sprake van een enorme eetlust. De drang om in korte tijd veel te eten is een onbeheersbaar

Tabel 1: Gebaseerd op Criteria Anorexia nervosa, Desk Reference To The Diagnostic Criteria From DSM 5, 2014

A. Het beperken van de energie-inname ten opzichte van de energiebehoefte, resulterend in een significant te laag lichaamsgewicht voor de leeftijd, de sekse. de groeicurve en de lichamelijke gezondheid. Een significant te laag gewicht wordt gedefinieerd als een gewicht dat lager is dan het minimale normale gewicht of, bij kinderen en adolescenten, een lager gewicht dan wat minimaal wordt verwacht. B. Een intense vrees om aan te komen of dik te worden, of persisterend gedrag dat gewichtstoename verhindert, zelfs al heeft betrokkene een significant te laag gewicht. C. Een stoornis in de manier waarop de betrokkene zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm ervaart, een oneven-redig grote invloed van het lichaamsgewicht of lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf of persisteren om het niet onderkennen van de ernst van het actuele lage lichaamsgewicht.
Specificeer of: **Restrictieve type:** Gedurende de afgelopen drie maanden is de betrokkene niet gedurende recidiverende episoden bezig geweest met eetbuien of purgeergedrag (zelf opgewekt braken of misbruik van laxantia, diuretica of klysma's). Dit subype is beperkt tot klinische beelden waarbij het gewichtsverlies voornamelijk tot stand komt door dieet houden, vasten en/of overmatige lichaamsbeweging. **Eetbuien / purgerend type:** Gedurende de afgelopen drie maanden is de betrokkene gedurende recidiverende episoden bezig geweest met eetbuien of purgeergedrag (zelf opgewekt braken of misbruik van laxantia, diuretica of klysma's).

gevoel. Patiënten met Boulimia ervaren weinig plezier aan een eetbui. Ze proeven het eten niet eens. Ze schamen zich voor hun eetverslaving en hebben deze eetbuien altijd alleen en in het geheim. Het braken en gebruik van laxeermiddelen ter compensatie lijkt veel op het purgerend type bij Anorexia. Boulimiapatiënten laten een sterke preoccupatie en onvrede zien t.a.v. hun uiterlijk. Hun stemming wordt sterk bepaald door hun gewicht. Omdat patiënten met Boulimia meestal een vrij normaal gewicht hebben, is de kans op ontdekking hiervan veel kleiner dan bij Anorexia. 1,5 % van de vrouwen tussen de 15 en 30 jaar heeft deze stoornis ontwikkeld. Het gaat om een absoluut aantal van 20.000. 5 tot 10% is man.

Gevolgen (NAE, 2017)

Psychologische gevolgen: Vertroebeling van zicht op eigen gedrag, gedachten en gevoelens. Er kan zich een onjuist beeld van het eigen functioneren ontwikkelen. Er ontstaan steeds terugkerende negatieve gevoelens zoals schaamte, verdriet en eenzaamheid. Deze stoornis leidt ertoe dat het gevoel van zelfwaardering afneemt en dat men labiel wordt. Gedachten gaan enkel nog over gewicht en figuur. Men ervaart verlies van controle over emoties en gedachten. De stoornis kan tot gevolg hebben dat men situaties met anderen die met eten en het laten zien van je lichaam te maken hebben uit de weg gaat. Dit samen met ´het geheimhouden´ van de problemen leidt tot eenzaamheid. Patiënten met deze eetstoornis kunnen depressief worden of een angststoornis krijgen. Ook sociale fobieën, borderline persoonlijkheidsproblemen komen voor in combinatie met Boulimia en de eetbuistoornis (verderop behandeld in deze bijdrage). Te zwaar zijn leidt tot afname gevoel van zelfwaardering. Hetgeen weer leidt tot een eetbui. Op deze wijze ontstaat een vicieuze cirkel.

Sociale gevolgen: De omgang en contacten met anderen kunnen zich als gevolg van deze stoornis ongunstig ontwikkelen. Er kunnen problemen ontstaan in relaties, in het gezin, op school of op het werk. Ook kunnen er financiële problemen ontstaan. De 'eetbuien' kosten geld. De schaamte voor het eigen lichaam heeft tot gevolg dat men seksuele contacten gaat mijden. Herstellen van deze eetstoornissen leidt vaak tot een herstel van contacten met vrienden en collega's. Bij een zwangerschap blijft een verhoogd risico op een miskraam bestaan.

Over de auteurs
Do Quekel en John Jeninga zijn als docenten verbonden aan de Opleiding tot Master Educational Needs van Fontys Hogescholen. Beiden zijn gespecialiseerd in gedragsproblemen en –stoornissen.

Lichamelijke gevolgen: Met name de gevolgen van braken, laxeren of misbruik van andere geneesmiddelen zijn ernstig. Vaak braken leidt tot uitdroging en een tekort aan natrium en kalium in het bloed. Hierdoor kunnen hartklachten ontstaan. Verder kan de patiënt last krijgen van duizeligheid, flauwvallen, maag- een darmklachten. Braken en laxeermiddelen helpen niet om af te vallen, maar leveren veel gevaren op voor de gezondheid.

Beloop: Het gaat om een ernstige ziekte waarvan de weg naar genezing lang kan zijn. De helft van de patiënten met Boulimia geneest. Een kwart gedeeltelijk en een kwart niet. Het sterftepercentage is lager dan bij Anorexia. Ongeveer 1 % van de patiënten overlijdt eraan.

Uit onderzoek van psychiater Frédérique Smink, promotie september 2017 aan de Rijksuniversiteit Groningen, blijkt dat de afgelopen dertig jaar het aantal nieuwe gevallen van *Boulimia nervosa* sterk is afgenomen (NAE, 2017). Het

Tabel 2: Gebaseerd op Criteria Boulimia nervosa, Desk Reference To The Diagnostic Criteria From DSM 5, 2014

A. Recidiverende eetbui-episodes. Een eetbui-episode wordt gekenmerkt door beide volgende kenmerken: (1) Het in een afzonderlijke tijdsperiode (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan die de meeste mensen binnen dezelfde tijd, onder vergelijkbare omstandigheden zouden eten. (2) Het gevoel tijdens de episode geen beheersing te hebben over het eten (bijvoorbeeld de betrokkene heeft het gevoel niet te kunnen stoppen met eten, of zelf niet te kunnen beheersen wat en hoeveel hij of zij eet). B. Recidiverend inadequaat compensatoir gedrag om gewichtstoename tegen te gaan, zoals zelf opgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of andere medicatie, vasten; of overdadige lichaamsbeweging. C. Zowel de eetbuien als het inadequate compensatoire gedrag doen zich gedurende drie maanden gemiddeld minstens eenmaal per week voor. D. De lichaamsvorm en het lichaamsgewicht hebben een onevenredige grote invloed op het oordeel over zichzelf. E. De stoornis treedt niet uitsluitend op tijdens episoden van anorexia nervosa.
Opmerking: Er wordt in de DSM 5 nog een specificatie gegeven: Gedeeltelijk in remissie en Volledig in remissie. Respectievelijk: Nog wel sommige maar niet alle criteria, en Gedurende langere periode geen van de criteria meer. Verder wordt een specificatie van ernst gegeven: Licht (gemiddeld 1-3 episoden met inadequaat compensatoir gedrag per week, Matig (idem, 4-7 keer), Ernstig (8-13 keer), en Zeer ernstig (14 keer of meer week).

aantal nieuwe gevallen van *Anorexia nervosa* daarentegen blijft stabiel. Mogelijke verklaring is dat boulimia gevoeliger is voor socioculturele veranderingen zoals een toename van overgewicht in de samenleving. Verder constateert zij dat er goed uitzien als jonge adolescent (11-13) beschermt tegen latere eetproblemen. Aardig gevonden worden door veel klasgenoten kwam juist naar voren als een voorspeller.

Behandeling

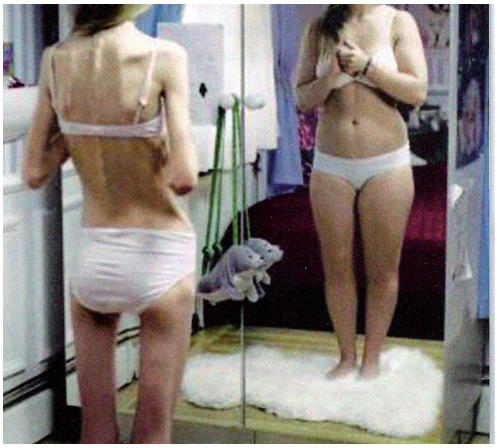
Naar de effectiviteit van psychotherapie bij patiënten met Boulimia is meer onderzoek gedaan dan bij patiënten met Anorexia (Ince, 2013). Met name cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie lijken te leiden tot de beste resultaten. Cognitieve gedragstherapie (CGT) richt zich op het ontwikkelen van een regelmatig en normaal eetpatroon en een afname van disfunctionele cognities (niet helpende- en dwanggedachten) over eetgedrag, lichaamsvormen, lichaamsgewicht en zelfwaardering. Deze therapie kan zowel groepsgericht als individueel plaatsvinden. Voor een uitvoerige beschrijving van de cognitieve gedragstherapie bij eetstoornissen verwijzen wij naar de publicatie van Renée Beer en Karin Tobias: *Cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een eetstoornis. Eten zonder angst.* (Houten 2011).

Beschikbaar onderzoek laat zien dat ook *Interpersoonlijke therapie* (IPT) positieve resultaten oplevert. De resultaten laten echter langer op zich wachten dan die van CGT. IPT gaat er van uit dat de eetproblemen van de patiënt voortvloeien uit de interpersoonlijke omstandigheden van de patiënt. Tijdens de therapie leren de patiënten interpersoonlijke problemen te ontdekken en te veranderen. Zo kunnen er nieuwe vaardigheden worden aangeleerd m.b.v. rollenspel en worden succesvolle strategieën in kaart gebracht. Er is geen specifieke aandacht voor eetproblemen, piekeren over uiterlijk en gewicht, eetbuien, purgeren en lijngedrag.

Naast deze beide therapievormen wordt ook gebruik gemaakt van psycho-educatie.

Eetbuistoornis (Binge eating disorder (BED))

Deze stoornis lijkt op Boulimia. Maar er is een groot verschil. Patiënten met een eetbuistoornis proberen na de eetbui het voedsel niet kwijt te raken (dus geen compensatiegedrag. Een groot verschil met Boulimia en Anorexia). Hierdoor neemt hun gewicht toe. Zij proppen zich in korte tijd vol met een grote hoeveelheid voedsel (snacks, chocolade en ander vet voedsel). Ze proeven het niet eens. In een hoog tempo kunnen deze



patiënten binnen twee uur een enorme hoeveelheid voedsel opeten. Na afloop van zo'n eetbui voelt men zich vooral schuldig en zwak. Omdat de patiënten zich schamen voor hun gedrag hebben ze deze eetbuien in het geheim en wanneer ze alleen zijn.

Deze stoornis komt voor bij 1 tot 2 % van de volwassen bevolking. Een verdeling over de leeftijd is nog niet bekend. De verdeling over jongens en meisjes is

Tabel 3: Gebaseerd op Criteria Eetbuistoornis, Desk Reference To The Diagnostic Criteria From DSM 5, 2014

A. Recidiverende eetbui-episodes. Een eetbui-episode wordt gekenmerkt door beide volgende kenmerken: (1) Het in een afzonderlijke tijdsperiode (bijvoorbeeld binnen een periode van twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan die de meeste mensen binnen dezelfde tijd, onder vergelijkbare omstandigheden zouden eten. (2) Het gevoel tijdens de episode geen beheersing te hebben over het eten (bijvoorbeeld de betrokkene heeft het gevoel niet te kunnen stoppen met eten, of niet te kunnen beheersen wat of hoeveel hij of zij eet). B. De eetbui-episodes hangen samen met drie (of meer) van de volgende kenmerken: (1) Veel sneller eten dan normaal. (2) Dooreten totdat een onaangenaam vol gevoel ontstaat. (3) Grote hoeveelheden voedsel nuttigen zonder lichamelijke trek te hebben. (4) Alleen eten, uit schaamte over de hoeveelheid die de betrokkene nuttigt. (5) Achteraf van zichzelf walgen, zich somber of erg schuldig voelen. C. Er is sprake van duidelijke lijdensdruk door de eetbuien. D. De eetbuien komen gedurende drie maanden gemiddeld minstens eenmaal per week voor. E. De eetbuien gaan niet gepaard met het recidiverend toepassen van inadequaat compensatoir gedrag zoals bij boulimia nervosa, en treden niet uitsluitend op in het beloop van boulimia nervosa of anorexia nervosa.
Specificeer actuele ernst: Licht (1-3 eetbui-episoden per week), Matig (4-7), Ernstig (8-13) en Zeer Emstig (14 of meer).

vermoedelijk 2 staat tot 3. Eetbuistoornissen beginnen vaak in de jongvolwassenheid. Geschat wordt dat er ongeveer 160.000 mensen in Nederland lijden aan de eetbuistoornis. Het is de meest voorkomende eetstoornis terwijl de andere twee veel bekender zijn.

Gevolgen (NAE, 2017, Novarum, 2017)

Psychologische en sociale gevolgen: Vergelijkbaar met Boulimia. Geheimhouding leidt tot eenzaamheid. Afname zelfwaardering.
Mensen met een eetbuistoornis hebben ook vaak een depressie (60%). Het blijkt dat er een relatie bestaat tussen de mate van somberheid en de ernst van de eetbuiten.
Lichamelijke gevolgen: Tijdens de eetbuien kan er sprake zijn van zweetaanvallen, een snelle hartslag en een gevoel van benauwdheid. Te veel vet in de voeding kan leiden tot een hoog cholesterolgehalte. Daarnaast kan er sprake zijn van maag- en buikpijn en een opgeblazen gevoel.
Beloop: Het kan heel lang duren voordat men hulp zoekt. Hierdoor is de duur van de eetstoornis vaak lang.

Behandeling

Er zijn verschillende manieren om BED te behandelen en de controle over eten weer terug te krijgen. De meest effectieve manier is het volgen van cognitieve gedragstherapie. Hierbij worden de eetgewoontes veranderd en manieren aangeleerd om met moeilijke situaties om te gaan, zodat je gevoelens niet meer weg hoeft te eten. 'Cue Exposure Therapy' is ook een manier om BED aan te pakken. Hierbij wordt een eetbui uitgelokt. De bedoeling is om niet toe te geven aan de behoefte om te eten. De koppeling tussen uitlokker en eetbui kan zo verbroken worden. Verder kan de eetbuienstoornis met medicijnen behandeld worden. Middelen tegen epilepsie kunnen bijvoorbeeld werkzaam zijn; uiteraard alleen op voorschrift van de arts (Gezondheidsnet, 2017).

Obesitas

Hoewel obesitas geen eetstoornis (diagnose) is, gaan we er kort op in omdat zich een wereldwijde epidemie lijkt te ontwikkelen (Rigter, 2013) en er sprake is van ernstige gezondheidsrisico's.
Er is sprake van overgewicht en obesitas als er teveel vet in het lichaam is opgestapeld. Overgewicht en obesitas ontstaan als de hoeveelheid energie die iemand binnenkrijgt door eten en drinken voor langere tijd hoger is dan de energie die het lichaam verbruikt.
De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hanteert de volgende definitie voor overgewicht en obesitas: Bij overgewicht en obesitas is sprake van een abnormale of een zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's. Hierbij valt te denken aan: psychosociale problemen (pesten, depressie), gewrichtsproblemen, hypertensie, diabetestype 2, infertiliteit, leververvetting en cardiovasculaire problemen. Naarmate het overgewicht toeneemt en langer bestaat, wordt het risico op deze ziekten over het algemeen groter (NCJ, 2012).
Er zijn twee manieren om overgewicht of obesitas te bepalen. Door meting van de Body Mass Index (BMI) of door de meting van de middelomtrek. Bij meting van de middelomtrek wordt gekeken naar de vetstapeling in de buikholte. Vetstapeling in de buikholte, rondom de organen, brengt een verhoogd gezondheidsrisico met zich mee (Nederlandse Stichting Over Gewicht, 2017).
De Body Mass Index is een indexcijfer dat de verhouding weergeeft tussen lengte en gewicht. De Index is gelijk aan de massa van het lichaam in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meter. BMI = kg/cm^2
Voorbeeld: Voor een vrouw van 1.74 m lang en een gewicht van 67 kg wordt ziet de BMI-formule er als volgt uit: $67 / 1{,}74^2 = 22{,}1$. De BMI is dus 22,1.
Bij volwassenen wordt de indeling in tabel 4 gehanteerd.
De BMI bij kinderen wordt met dezelfde formule als bij volwassenen berekend. Maar omdat kinderen in de groei zijn en minder vetopstapeling hebben zijn de BMI-maten voor overgewicht en obesitas eerder dan bij volwassenen bereikt. Er zijn officiële lijsten ontwikkeld om de BMI van kinderen te kunnen vergelijken met die van volwassenen zodat ook zij in dezelfde classificatie kunnen worden ondergebracht (Meijs, 2012).
Volgens onderzoek (CVZ, 2009) heeft ruim 40% van de volwassen mannen en 30% van de vrouwen overgewicht. En 11% heeft obesitas. Dat is een verdubbeling sinds 1981. En betekent dus 1 : 2 Nederlanders.
Bij kinderen is dezelfde tendens zichtbaar. Uit de vijfde landelijke groeistudie (2010) blijkt dat 14 % van de kinderen overgewicht en 2 % obesitas heeft. Ofwel 1 : 7 kinderen tot 18 jaar is te dik.

Tabel 4: BMI – gewichtsbeoordeling (Meijs, 2012)

body mass index (kg/m^2)	beoordeling gewicht
< 18,5	ondergewicht
18,5 – 24,9	normaal gewicht
25,0 – 29,9	overgewicht
30,0 – 39,9	obesitas 1
≥ 40	ernstige obesitas 2

Tabel 5: signalen van een eetstoornis (Ziezon, 2017)

Ontkenning van een dieet, maar veel erover praten Verandering van eetregels. Bijvoorbeeld vegetariër worden Ontkenning van honger en trek Ruime kleding om gewichtsverlies te verbergen Veel interesse in eten, voedingsmiddelen, recepten, voedsel kopen enz. Langzaam eten met kleine happen Alleen willen zijn, excuses zoals: ik heb al bij die en die gegeten	Dwangmatig gedrag en rituelen rondom eten Terugtrek gedrag, alleen zijn Sombere stemmingen, prikkelbaar Vaak naar de wc gaan, vooral na het eten, vreemde geuren (braaksel) Veel bewegen en oefeningen doen op een dwangmatige manier Zegt minder eten nodig te hebben dan anderen

Ongeveer 13% van de schoolkinderen is te zwaar, ofwel 1 op de 8. Dit is een verdubbeling vergeleken met 20 jaar geleden (Meijs, 2012).
Als oorzaken van Obesitas worden vaker de volgende factoren aangegeven:

- kleinere gezinnen
- laag opleidingsniveau
- laag inkomen van de ouders
- grote beschikbaarheid van zakgeld
- obese ouders
- reeds op zeer jonge leeftijd ernstig overgewicht hebben (43 maanden)
- gebrek aan inzicht in 'gezonde voeding' en 'normale proporties'
- eetgedrag van de ouders
- verwaarlozing
- gebrek aan (ouderlijk) toezicht op eten. Bij zowel het inkopen, bereiden als ook nuttigen
- culturele achtergrond en opvattingen.

De behandeling kan al vroeg beginnen. Tussen de 7 en 12 jaar. Het overgewicht is dan nog niet al te ernstig. Er wordt niet gestreefd naar afvallen, maar wel naar niet verder aankomen (vanwege de groei zal de BMI dalen). Er wordt verder gestreefd naar aanvaarding van het lichaam en het overgewicht. Daarnaast is de behandeling ook gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes.

Wat kan de school doen?

Ziezon (landelijk netwerk voor ziek zijn en onderwijs)(2017) geeft op haar site en in gratis te downloaden brochures handige richtlijnen voor signaleren en ondersteunen van leerlingen met een eetstoornis door school. Wij beschrijven hier enkele:
Opvallende eigenschappen van een leerling met een eetstoornis kunnen zijn: onzekerheid, angst om fouten te maken, gespannenheid, stressgevoeligheid, overambitieus, prestatie gericht zijn, een sterke focus hebben op cijfers en presteren, zeer zelfkritisch zijn en perfectionisme.
Een belangrijke taak van een school is het tijdig signaleren van problematiek bij leerlingen. Ook als het gaat om eetproblematiek. Vermagering, een ander eetpatroon, gewichtsschommelingen, terugtrekken, vaak naar de wc gaan kunnen signalen van een eetstoornis zijn. Vaak hebben de leerlingen in de klas al in de gaten dat er iets niet klopt. Het gedrag van hun medeleerling is veranderd. Afhankelijk van de sfeer in de klas kan gekozen worden voor verschillende manieren om informatie te geven. Altijd in samenspraak met de leerling en de ouders. Informatie kan gegeven worden door de mentor, door de leerling zelf, al dan niet met ondersteuning van een consulent Onderwijsondersteuning Zieke Leerlingen. Communicatie kan leiden tot veel begrip en solidariteit. Wanneer een leerling opgenomen wordt voor behandeling is het belangrijk dat de leerling contact met de klas houdt. Hoe dat contact vormgegeven wordt, kan in overleg met ouders, leerling en de behandelaar.
Wanneer de leerling na afwezigheid voor behandeling opnieuw naar school gaat of tijdens de ziekte naar school blijft gaan zijn de leraren en de mentor verantwoordelijk voor de onderwijsvoortgang van de leerling. Er zullen in het onderwijsaanbod en de toetsing mogelijk aanpassingen worden gedaan. Dit in samenspraak met de ouders, de leerling en de behandelaar. Concrete en haalbare doelen zijn hierbij belangrijk. Korte termijn doelen kunnen overbelasting (neiging van de leerling) voorkomen. Er kan een reïntegratieplan worden opgesteld.
Een respectvolle, open houding van de schoolleiding, mentor en docententeam naar de leerling en de ouders toe is een prima basis voor veiligheid en begrip voor een leerling met een eetstoornis. Maak de klas medeverantwoordelijk voor het welzijn van hun klasgenoot. Betrek hen erbij. Vraag klasgenoten als huiswerkmaatjes en schakel hen in als huiswerkhulp. Zorg dat de leerling een veilig haven heeft op school. Is duidelijk op wie de leerling kan terugvallen als het even moeilijk gaat. Pas op voor valkuilen als: het probleem te bagatelliseren, mee te bewegen in de stoornis (ruimte geven) en te veel bevestigen. Gebruik oren en ogen van leerlingen, collega's en onderwijsondersteunend personeel. Meld opvallende gedragsveranderingen aan ouders. Wees open en eerlijk naar de leerling. De zorg voor een zieke leerling is belastend. Deel daarom de zorg/zorgen met collega's.

Sites/portals voor professionals, leerlingen en ouders

Wij geven hier een opsomming van relevante portals voor ouders, leerlingen (patiënten) en onderwijsprofessionals (zie ook URL's in bronnenlijst).

Tabel 6: Sites/portals eetstoornissen voor ouders jongeren en onderwijsprofessionals.

https://99gram.nl	Bedoeld voor jongeren. Informatie over eetproblemen/-stoornissen. Faciliteiten: forum, mail, chat, zelfhulp, online behandeling,
http://www.naeweb.nl/	*Nederlandse Academie voor Eetstoornissen*. Veel informatie en achtergronden over eetstoornissen voor belangstellenden en professionals
https://overgewichtnederland.org/	*Nederlandse Stichting over gewicht*. Veel informatie over Obesitas. Hulp, zorg, Lifestyle.
http://www.nji.nl/Zoek?q=eetstoornissen	Zoekresultaten *Nederlands Jeugd Instituut wat betreft eetstoornissen*. Veel verwijzingen naar interessante portals.
https://www.novarum.nl/	Portal van het behandelinstituut *Novarum*. Informatie over eetproblemen, waaronder de eetbuistoornis.
http://www.pro-anorexia.nl/ http://www.pro-ana.be/	Bedoeld voor jongeren. Nederlandse en Belgische pro-anasites. Er bestaan er meer. Anorexia wordt hier niet gezien als een ernstige stoornis, maar als een zelfgekozen manier van leven. Op deze sites zijn gevaarlijke tips over afvallen te vinden (braken, geheim houden, pillen, voeding,...). Een pro-anasite kan heel erg verleidelijk en verslavend zijn: zeker wanneer je al met een eetstoornis te maken hebt. Er staan veel foto's en filmpjes op van (extreem) dunne modellen. Inspiratie om dun de te worden: Thinspiration. Sinds 2006 is op deze sites een waarschuwingstekst geplaatst. Lijkt succes te hebben.
http://www.proud2bme.nl/	Bedoeld voor jongeren. Kan gezien worden als een gezond alternatief voor de pro-anasites. Deze site verstrekt objectieve informatie. Tekst van de portal: Op deze site kun je alles vinden over eetproblemen, anorexia, boulimia, eetbuistoornis, gezond eten, lifestyle en vooral over jezelf accepteren zoals je bent. Informatie, forum, chat.

Referenties

American Psychiatric Association (2014) *Beknopt overzicht van de criteria. Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM 5.* Amsterdam: American Psychiatric Association / p/a Uitgeverij Boom

Anorexic Ad (2007) Geraadpleegd op 20-07-2017 https://www.youtube.com/watch?v=gTQpMIUC-78&feature=youtu.be

Beer, R. en Tobias, K. (2011) *Cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een eetstoornis. Eten zonder angst.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Gezondheidsnet (2017) Wat is Binge Eating Disorder (BED)? Geraadpleegd op 14-02017. https://www.gezondheidsnet.nl/eetstoornissen/wat-is-binge-eating-disorder-bed

Ince, D. (2013) *Wat werkt bij eetstoornissen.* Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd 24-07-2017. http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_eetstoornissen.pdf

Meijs, J. (2012) OVERGEWICHT en OBESITAS BIJ KINDEREN en JONGEREN 12 t.b.v. Website Ziezon (Ziek zijn & onderwijs). Ziezon: Nijmegen

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2012) *JGZ Richtlijn Overgewicht*. Geraadpleegd 15-08-2017. http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/JGZ-richtlijn_overgewicht_def11.pdf

Nederlands Jeugd Instituut (2017) *Cijfers over Jeugd en opvoeding. Eetstoornissen.* Geraadpleegd op 20-07-2017. http://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-onderwerp/Eetstoornissen

Rigter, J (2013) *Handboek ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen.* Bussum: Uitgeverij Coutinho

Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (2017) *Eetstoornissen. Gevolgen.* Geraadpleegd op 20-07-2017. http://www.naeweb.nl/belangstellenden/Gevolgen.html

Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (2017) *Eetstoornissen. Anorexia nervosa.* Geraadpleegd op 20-07-2017. http://www.naeweb.nl/belangstellenden/Anorexia-nervosa

Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (2017) *Eetstoornissen. Anorexia nervosa.* Geraadpleegd op 20-07-2017 http://www.naeweb.nl/belangstellenden/Boulimia-nervosa

Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (2017) *Eetstoornissen. Boulimia.* Geraadpleegd op 20-07-2017 http://www.naeweb.nl/Sterke-daling-van-eetstoornis-boulimia-in-Nederland_60_48.html

Nederlandse Stichting Over Gewicht (2017) *Over Gewicht en Obesitas.* Geraadpleegd: 14-08-2017. https://overgewichtnederland.org/voorlichting-informatie-communicatie/wat-is-obesitas/?gclid=Cj0KCQjwlMXMBRC1ARIsAKKGuwjLPs1UpG0KPC6OjT_l1fjmJv95tbvf46kSgwsNT67LVi6gnj6G-PEUaAhFWEALw_wcB

Novarum.nl (2017) *Wat is een eetbuistoornis.* Geraadpleegd op 14-008-2017. https://www.novarum.nl/eetproblemen/wat-is-een-eetbuistoornis/

Ziezon (2017). Een leerling met een eetstoornis. Informatie en advies voor leraren. Geraadpleegd: 15-08-2017. http://www.hco.nl/images/paginas/lerendkind/Extra_ondersteuning/Een_leerling_met_een_eetstoornis_HCO_OZLH_Ziezon.pdf

Ziezon/HCO (2017) Een leerling met een eetstoornis. Geraadpleegd: 15-08-2017. http://ziezon.nl/wp-content/uploads/sites/7/2013/02/ZiezonBrochureLeerlingMetEetstoornis.pdf