



in gesprek over:

Eetstoornissen

Een uitgave van:



Nederlandse
Vereniging
voor
Psychiatrie

Colofon

Auteur:

H.W. Hoek

Redactie:

W. Smith-van Rietschoten (eindredacteur)

J.L.M. van der Beek

E.A.M. Knoppert-van der Klein

R.B. Laport

C.R. van Meer

E. Olivier

M. van Verschuer

Publicatie:

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Drukkerij en distributie:

Secrass, Schoolstraat 24, 3451 AD Vleuten

Grafisch ontwerp:

Studio PXL, Maastricht, info@studiopxl.nl

Copyright ©

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 1997

Eetstoornissen

Mensen met een eetstoornis hebben een gestoord eetgedrag. Ze eten niet als ze honger hebben, leggen zichzelf strenge dieetregels op die schadelijk zijn voor hun lichaam, of verzwelgen in een opwelling grote hoeveelheden - meestal ongezond en calorierijk - voedsel. Alles wat met eten en voedsel te maken heeft, is voor hen beladen. Hun leven wordt beheerst door (de gedachte aan) eten.

De meest voorkomende eetstoornissen zijn anorexia nervosa en bulimia nervosa. Bij anorexia nervosa is er sprake van een enorme angst om dik te worden, terwijl men juist weinig weegt. Bij bulimia nervosa heeft men regelmatig vreetbuien en probeert men gewichtstoename te voorkómen door zelfopgewekt braken of gebruik van laxeermiddelen. De laatste jaren is er toenemende aandacht voor de eetbuistoornis, ook wel vreetbuistoornis of Binge Eating Disorder genoemd. De eetbuistoornis lijkt op bulimia nervosa, maar dan zonder het schadelijke compensatiegedrag, zoals braken en gebruik van laxeermiddelen.

Anorexia nervosa en **bulimia nervosa** komen vooral bij vrouwen voor. Slechts één op de tien tot twintig patiënten is een man. De ziekte begint meestal in of vlak na de puberteit.

Anorexia nervosa en Bulimia nervosa zijn ernstige eetstoornissen. Bij anorexia doen patiënten extreem aan de lijn, bij bulimia zijn er onbedwingbare vreetbuien.

Verschijnselen

Anorexia nervosa betekent letterlijk "gebrek aan eetlust door een nerveuze oorzaak". Dit is echter een ongelukkige benaming, omdat mensen met anorexia nervosa wel eetlust hebben, maar die het grootste deel van de tijd negeren. Ze eten weinig, omdat ze bang zijn dik te worden. Anorexia nervosa patiënten hebben geleerd om signalen van honger te negeren of niet meer te voelen. De stoornis zou beter "lijnziekte" genoemd kunnen worden, want patiënten willen zo

weinig mogelijk calorieën naar binnen krijgen, met andere woorden: ze vasten. Ze slaan maaltijden over, gooien hun lunchpakket weg of schuiven het eten 's avonds heen en weer op hun bord zonder er veel van te nemen. Het weinige dat ze eten, verloopt vaak volgens een vast, dwangmatig patroon; ze knabbelen bijvoorbeeld om de twee uur op een rauw worteltje, maar kunnen soms ook vreetbuien hebben. Daarnaast doen ze vaak aan sport om zodoende nog meer gewicht te verliezen. Anorexia nervosa patiënten zijn dan ook in de regel extreem mager. Patiënten met anorexia hebben een verstoord beeld van hun eigen lichaam. Ze vinden zichzelf te dik, ook al zijn ze broodmager. Omdat de omgeving er meestal erg op aandringt dat ze meer moeten eten, terwijl dat de patiënten juist erg tegenstaat, komt het vaak voor dat anorexia patiënten voor de omgeving verbergen dat ze zo weinig eten. Ze halen daarvoor soms allerlei trucs uit, zoals stiekem gaan braken, eten weggooien, zeggen dat ze net al gegeten hebben, enzovoorts. Ze weten, trouwens net als bulimia nervosa patiënten, meestal alles af van diëten en calorieën, en zijn daar een groot deel van de dag in hun gedachten dwangmatig mee bezig. Dit wordt vaak als een grote last ervaren, omdat het weinig ruimte laat voor gewone of plezierige gedachten en bezigheden.

Bulimia nervosa betekent letterlijk: "honger hebben als een rund". Ook deze benaming klopt niet helemaal, omdat de patiënten in een korte periode heel veel eten en daarmee doorgaan, ook als ze geen honger meer hebben. Iemand met bulimia nervosa lijdt aan vreetbuien. De patiënte voelt dat als een tekort aan zelfbeheersing. Om niet te dik te worden door de vreetbuien wekken bulimia nervosa patiënten vaak zelf braken op, misbruiken ze soms laxeermiddelen of doen aan extreme lichaams oefeningen. Zij kunnen heftig lijden onder het idee dat zij te dik zijn of dat hun lichaam niet mooi genoeg is, ook als daar objectief geen aanleiding voor is. Eten en lichaamsgewicht zijn een obsessie voor hen. Ze tobben over wat ze wel en wat ze niet moeten eten en wat daarvan de gevolgen voor hun uiterlijk zullen zijn. Hierdoor kunnen ze zich moeilijk op andere dingen concentreren, wat ook gevolgen heeft voor hun sociale leven. Tegelijkertijd doen ze enorm hun best om de buitenwereld niets te laten merken van hun getob en hun problemen.

Anorexia nervosa en bulimia nervosa zijn ernstige ziekten, die iemands psychische en sociale leven volkomen kunnen ontwrichten.

Oorzaken

Over de oorzaken van anorexia nervosa en bulimia nervosa is nog maar weinig bekend. Wel wordt verondersteld dat biologische, sociale en psychologische factoren van invloed kunnen zijn. Er zijn aanwijzingen dat erfelijkheid een rol speelt. Daarnaast komt het voor dat ernstige traumatische ervaringen in de jeugd, zoals bijvoorbeeld incest, ten grondslag kunnen liggen aan de eetproblemen.

De in onze maatschappij geldende norm "slank is mooi" legt een grote druk op vrouwen om aan dit ideaalbeeld te voldoen. In westerse landen hebben de meeste vrouwen wel eens aan de lijn gedaan. Anorexia nervosa begint vaak met gewoon lijnen bij een normaal gewicht. Vroeger werd wel gedacht dat de oorzaak of "schuld" lag bij ouders of opvoeding. Daar is men op teruggekomen.

Gevolgen

De psychische verschijnselen die zich voor kunnen doen, zijn somberheid, eenzaamheid, gevoel van nutteloosheid en een gering gevoel van eigenwaarde. Daarnaast zijn er ook belangrijke lichamelijke gevolgen, zoals het uitblijven van de menstruatie (uiteindelijk soms blijvende onvruchtbaarheid), botafbraak (osteoporose - vaak onherstelbaar), chronische vermoeidheid en spierzwakte, aantasting van het gebit (door veelvuldig braken) en hartritme stoornissen (door kaliumtekort als gevolg van braken en laxeren). De ziekte kan een zeer ernstig beloop hebben: twintig jaar na het begin van anorexia nervosa is 10% van de patiënten door uitputting of door zelfdoding overleden. Anorexia nervosa en bulimia nervosa zijn niet zeldzaam. Naar schatting komen anorexia nervosa en bulimia nervosa bij ongeveer 2% van de jonge vrouwen voor. Lichtere vormen van eetstoornissen, zoals de eetbuistoornis, komen waarschijnlijk nog vaker voor.

Vaak hebben patiënten zelf niet in de gaten dat ze aan een ernstige stoornis lijden. Soms houden ze het ook bewust verborgen. In een aantal gevallen zoeken patiënten in de eerste plaats hulp vanwege de lichamelijke gevolgen, en niet vanwege hun afwijkende eetpatroon.

Wat is een normaal gewicht?

Met de Body Mass Index (BMI), ook wel Quetelet Index (de QI) genoemd, kan men nagaan of het gewicht binnen de norm valt. De BMI wordt als volgt berekend: het aantal kilo's gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte in meters. Iemand van 65 kilo met een lichaamslengte van 1,70 meter heeft een Quetelet Index van $65 : (1,70 \times 1,70) = 22,5$.

Bij een normaal gewicht wordt een BMI tussen de 19 en 25 gevonden.

Bij een BMI van 15 of lager is er sprake van extreme vermagering.

Dat is bij iemand van 1,70 meter lang bij 43 kilo.

Bij een BMI van 30 of meer is er sprake van obesitas (ernstig overgewicht), boven de 40 wordt van morbide obesitas (ziekelijk overgewicht) gesproken. Voor iemand van 1,70 meter spreekt men bij 87 kilo van een ernstig overgewicht en bij 116 kilo van een ziekelijk overgewicht.

Body Mass Index of Quetelet Index is het lichaamsgewicht in kilo's, gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte in meters.

Bij een normaal gewicht is de Body Mass Index tussen de 19 en 25.

Behandeling

Hoe korter de eetstoornis bestaat en hoe jonger de patiënte is, des te groter is de kans op herstel. Het is echter moeilijk om op eigen kracht van een ernstige eetstoornis te genezen. Daarom is het belangrijk om hulp te zoeken.

De behandeling bestaat uit verschillende onderdelen en verloopt in fasen. In de eerste plaats dient de patiënte en eventueel de familie goede voorlichting te krijgen over de ziekte. Aan de ene kant moeten de directe problemen worden opgelost door het herstellen van het

eetpatroon. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de verstoorde lichaamsbeleving. Aan de andere kant moet gezocht worden naar manieren om om te gaan met spanningen, onzekerheden en verdriet.

Bij ernstige ondervoeding voelen patiënten weinig of weten ze niet wat ze voelen. Psychotherapie kan daarom pas succes hebben als de patiënte in een redelijke lichamelijke conditie verkeert.

De meest toegepaste vormen van psychotherapie zijn cognitieve gedragstherapie, gezinstherapie en groepstherapie. Vooral cognitieve gedragstherapie blijkt volgens wetenschappelijk onderzoek zeer succesvol bij met name bulimia nervosa en de eetbuistoornis.

Cognitieve gedragstherapie richt zich vooral op het eetgedrag. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan de onderliggende emoties en gedachten, om zo het ziekte-inzicht van de patiënte te vergroten. Vaak stelt de gedragstherapeut concrete doelen die binnen een bepaalde tijdsperiode bereikt moeten worden. De patiënten dienen tijdens de behandeling probleemgebieden aan te geven en praktische stappen te noemen om hierin verandering te brengen. Voorbeelden van probleemgebieden zijn eetgedrag, zelfbeleving en relaties.

Gezinstherapie is met name geschikt bij jonge patiënten die nog bij hun ouders wonen en bij wie de ziekte nog maar kort bestaat. De therapie wordt in veel gevallen gecombineerd met individuele therapie voor de patiënte.

Groepstherapie blijkt met name voor bulimia patiënten geschikt. Ze voelen zich door hun symptomen vaak geïsoleerd en het praten in een groep met medepatiënten helpt. Het leidt soms al snel tot een vermindering van het aantal vreetbuien. Het blijkt dat patiënten vaak meer openstaan voor uitleg en kritiek van andere groepsleden dan van de therapeut. Omdat de andere patiënten het eetprobleem zelf aan den lijve ondervinden, durven zij ondanks hun schaamte elkaars problemen en gedrag eerder te bespreken. Met andere woorden: de kracht van het groepsproces kan genezend werken. Daarnaast is de groep een veilige plek om nieuwe sociale rollen te oefenen. De patiënten kunnen hier in een veilige en niet-bedreigende omgeving oefenen in het uiten van kritiek en het uitkomen voor eigen meningen.

Herstel van zelfvertrouwen en zelfrespect, en een vermindering van de faalangst en het negatieve zelfbeeld zijn het gevolg.

Bij de behandeling van anorexia nervosa en bulimia nervosa is in de eerste plaats goede voorlichting aan de patiënt en de familie van belang.

Medicijnen

Voor anorexia nervosa zijn er op dit moment geen echt werkzame medicijnen bekend. Sommige antidepressiva hebben op de korte termijn een gunstig effect bij de behandeling van bulimia nervosa. Het verdient echter de voorkeur om een eventuele behandeling met antidepressiva te combineren met psychotherapie.

Tips voor anorexia nervosa patiënten

- De belangrijkste tip is: erken dat je een ernstig eetprobleem hebt en accepteer professionele hulp.
- Houd zelf een eetdagboek bij. Noteer hierin wat je hebt gegeten en gedronken en ook wanneer je een maaltijd hebt overgeslagen. In je dagboek kun je ook beschrijven wat je dacht en hoe je je voelde tijdens het eten (of niet eten); dit kun je bespreken met je hulpverlener.
- Eet drie maaltijden per dag en eet ook dingen uit het vuistje en tussendoortjes.
- Beperk niet het aantal calorieën. Beperk desgewenst fruit en groenten, omdat de vezels die daarin zitten maken dat je maag langzamer leeg wordt. Daardoor kun je een opgeblazen gevoel krijgen.
- Drink niet te veel cafeïne houdende dranken (koffie, cola), omdat die stof je normale eetlust kan verstoren.
- Lees een boek of laat je informeren over de ernstige lichamelijke gevolgen van anorexia nervosa.

Tips voor bulimia nervosa patiënten

- Bespreek met (voor jou belangrijke) anderen dat je een ernstig eetprobleem hebt. Je schaamte erover en het verbergen van je eetgedrag belemmeren het oplossen van je problemen.
- Braken en laxeren zijn veel schadelijker voor je gezondheid dan vreetbuien. Zij kunnen (door kaliumverlies) zelfs leiden tot levensgevaarlijke hartritmestoornissen.
- Laxeermiddelen en plaspillen leiden niet tot calorieverlies. Het gewicht dat je ermee kwijtraakt, is alleen maar een tijdelijk gevolg van vochtverlies. Met braken kun je weliswaar wat van de genuttigde calorieën kwijtraken, maar je bereikt er nooit een stabiel gewichtsverlies mee.
- Houd zelf een eetdagboek bij. Noteer hierin je vreetbuien. Wees in ieder geval eerlijk tegen je dagboek. Om met behulp van je dagboek greep te krijgen op je eetgedrag is het belangrijk op te schrijven wat er vooraf ging aan de vreetbui. In je dagboek kun je ook beschrijven wat je dacht en hoe je je voelde tijdens de vreetbui of het overslaan van een maaltijd; dit kun je bespreken met je hulpverlener.
- Eet drie maaltijden per dag in plaats van meerdere kleinere maaltijden. Meestal wordt het aantal vreetbuien minder als je niet voortdurend met voedsel in aanraking komt.
- Zorg er voor dat je per maaltijd verschillende soorten voedsel eet, met name ook koolhydraatrijk voedsel. Gebruik bij elke maaltijd ook voedsel met een laag aantal calorieën, zoals groente, soep, sla en/of fruit. Zo duurt je maaltijd langer.
- Eet voedsel waarbij je een mes, vork of lepel nodig hebt in plaats van eten uit het vuistje. Zo doe je langer over het eten en heb je eerder het idee dat je verzadigd bent.
- Vermijd voedsel dat je aan vreetbuien doet denken. Later kun je het wel weer met mate toevoegen, maar begin met volwaardige voedingsmiddelen die toch lekker zijn en iets "snoeperigs" hebben.

Boeken over eetstoornissen

Hoek, H.W. Omgaan met eetproblemen. Een leidraad voor patiënten en hun omgeving.

Kosmos-Z&K Uitgevers, Utrecht; ISBN 90 215 9409 9. Nog beperkt leverbaar via de Stichting Anorexia en Bulimia Nervosa te Velp (zie hieronder) of te leen bij bibliotheken.

Schmidt, U. en Treasure, J. Beetje bij beetje beter. Een overlevingspakket voor mensen met bulimia nervosa en vreetbuistoornissen.

(Nederlandse vertaling door S. van Hemert-Glaubitz.)

Uitgeverij SWP, Utrecht; ISBN 90 6665 233 0.

Spaans, J. Slank, slanker, slankst. Over anorexia nervosa en wat je er aan kunt doen. Boom, Amsterdam; ISBN 90 5352 341 3.

Spaans, J. Ik eet als niemand het weet. Over bulimia nervosa en wat je er aan kunt doen. Boom, Amsterdam; ISBN 90 5352 458 4.

Vandereycken, W. Eetstoornissen. Immerc, Wormer; ISBN 90 6611 493 2.

(Een handig boekje in de serie 'Spreekuur Thuis' met veel bruikbare informatie.)

Belangrijke adressen

Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland

Het Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland heeft als doel de kwaliteit van zorg voor patiënten met eetstoornissen te verbeteren door het ontwikkelen, bundelen en verspreiden van kennis en is daarmee hét informatieplatform voor professionals, cliënten en geïnteresseerden.

Postbus 422, 2260 AK Leidschendam

Tel. (070) 444 10 85

E-mail: info@eetstoornis.info

Internet: www.eetstoornis.info

Voedingscentrum

Postbus 85700, 2508 CK Den Haag

Tel. (070) 306 88 88 (09.00 - 17.00 u)

Internet: www.voedingscentrum.nl

Patiëntenorganisaties

Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa
Postbus 67, 6880 AB Velp
Tel. 0900 8212433 (€ 0,20 per minuut)
E-mail: info@sabn.nl
Internet: www.sabn.nl

Nederlandse Obesitas Vereniging
Stationsplein 6, 3818 LE Amersfoort
Tel. (033) 422 40 31
E-mail: informatie@dikke-mensen.nl
Internet: www.dikke-mensen.nl

Algemene patiëntenorganisaties:

Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg
Meerkoethof 50, Postbus 645, 3500 AP Utrecht
Tel: (030) 252 1812 (advies en infolijn)
E-mail: info@clientsbond.nl
Internet: www.clientsbond.nl

Stichting Pandora
2e Constantijn Huygensstraat 77, 1054 CS Amsterdam
Tel: (020) 685 11 71 (10.00 - 13.00 u)
Tel: 0900 612 09 09 (depressielijn € 0,10 per minuut)
E-mail: info@stichtingpandora.nl
Internet: www.stichtingpandora.nl

Gereformeerde Patiëntenvereniging "De Wegwijzer"
Postbus 85275, 3508 AG Utrecht
Tel: (030) 236 37 42 (ma t/m vr, 09.30 - 12.30 u)

Stichting Labyrint / In Perspectief
Postbus 12132, 3501 AC Utrecht
Tel: (030) 254 68 03 (secretariaat)
Tel: 0900 254 66 74 (hulplijn € 0,20 per minuut)
E-mail: secretariaat@labyrint-in-perspectief.nl
Internet: www.labyrint-in-perspectief.nl

Deze folder maakt deel uit van een serie folders, bedoeld om informatie te geven over psychiatrische ziekten en de behandeling ervan.

Deze serie is bestemd voor mensen met psychiatrische klachten, voor mensen uit hun omgeving en hulpverleners. Bekendheid met psychiatrische problematiek kan leiden tot een meer gerichte hulpvraag. Het kan ook helpen taboes rond psychiatrische ziekten te doorbreken.

Door de beperkte omvang kan deze folder geen uitvoerige informatie over de ziekte geven. Praat er daarom verder over met uw behandelend arts.



Uitgave 2003

Beschikbare titels in de serie “In gesprek over.....” zijn:

- Als uw kind te druk is (ADHD)
- ADHD bij volwassenen
- Autisme
- Borderline persoonlijkheidsstoornis
- Delier (acute verwardheid)
- Dementie
- Depressie
- Dwangstoornis
- Eetstoornissen
- Elektroconvulsietherapie (ECT)
- Gegeneraliseerde angststoornis
- Manisch-depressieve stoornis
- Medicijnen tegen angststoornissen
- Medicijnen tegen depressies
- Paniekstoornis en agorafobie
- Posttraumatische stress-stoornis
- Psychose
- Schizofrenie
- Slaapstoornissen
- Sociale fobie
- Stemmingsstabilisatoren
- Verslaving

Bestelinformatie

De verschillende folders zijn los of als serie bestelbaar. Ze kunnen schriftelijk, per fax of per e-mail worden aangevraagd bij:

Secrass, Schoolstraat 24, 3451 AD Vleuten, fax 030-6776376,

e-mail: secrass@xs4all.nl.

Prijs per folder € 0,35 incl. BTW en excl. verpakkings- en portokosten.