

Herkenning en aanpak van eet- en gewichtsproblemen

Draaiboek voor het CGG

Auteur: Joke Van Hoeck en Rozemarijn Jeannin (kenniscentrum Eetexpert)

Projectcoördinatie: An Vandeputte (kenniscentrum Eetexpert)

Werkgroep: Prof. Dr. Laurence Claes (kenniscentrum Eetexpert, KU Leuven), Lies Depestele (systeemtherapeut, Alexianen Zorggroep Tienen), Nausika Desmet (CGG Noord-West-Vlaanderen), Yvienne Goris (DAGG Lommel), Chris Janssen (CGG Vlaams-Brabant-Oost), Ann Moens (Zorgnet Icuuro).

Dit draaiboek is een realisatie van:



Eetexpert.be vzw
Bergstraat 60
3220 Holsbeek
info@eetexpert.be
www.eetexpert.be

*Met steun van de Vlaamse Overheid,
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Agentschap Zorg en Gezondheid*

Inhoud

Voorwoord	2
Inleiding en handleiding bij het draaiboek.....	3
Wat zeggen de cijfers?	3
1. Welke expertkennis heb je nodig bij de zorg aan mensen met eetstoornissen?.....	4
1.1. Eetstoornissen kennen altijd een somatisch luik: wat is belangrijk om te weten?.....	4
1.2. Eetstoornissen grijpen in op heel veel levensdomeinen: wat is de impact van de eetstoornis op de psychologische en sociale ontwikkeling en bredere context van de cliënt?	8
1.3. Eetstoornissen en comorbiditeiten: Is het een kip of ei verhaal?	11
1.4. Bestaat er een goed verklaringsmodel voor eetstoornissen?.....	16
1.5. Mythes over eten en gewicht.....	18
2. Diagnostisch: handige tools en specifieke aandachtspunten	22
2.1. Kan iemand met een normaal gewicht ook een eetstoornis hebben?	23
2.2. Wat bevraag je bij (het vermoeden van) een eetstoornis?.....	24
2.3. Welke testen zijn nodig? Waar kan je die vinden?	28
3. Behandeling: Wat zijn de specifieke aandachtspunten?.....	30
3.1 Inleiding.....	30
3.2. Een eetstoornis heeft een grote impact op het leven van een cliënt en kent een complex ontstaansmechanisme. Wat komt er aan bod in gerichte zorg op maat?	32
3.3. Zijn er aspecten die voorrang moeten krijgen in de behandeling?.....	38
3.4. Welke plaats heeft het medische/somatische luik in de behandeling?.....	40
3.5. Wanneer is behandeling ambulantly mogelijk? Wanneer is (tijdelijk) opname nodig?	41
3.6. Bijzondere uitdagingen: welke spanningsvelden kan je verwachten?.....	42
4. Multidisciplinaire samenwerking met partners buiten het CGG in het kader van eetstoornissen: is dat realiseerbaar?	44
4.1. Van ideaaltraject naar realiteit.....	44
4.2. Waar vind je collega's die financieel toegankelijker zijn?	46
Bibliografie	47
Bijlagen	64
Bijlage 1. Verklaringsmodellen van eetstoornissen	64
Het Transdiagnostisch Model van eetstoornissen	64
Het Dual Pathway model van boulimia nervosa	66
Bijlage 2: Voorbeeld van een eetdagboek.....	67
Bijlage 3. Overzichtstabel rond etiologie van anorexia nervosa	68
Bijlage 4. Overzichtstabel rond etiologie van boulimische gedragingen (eetbuien/purgeergedrag).....	69
Bijlage 5. Interessante weetjes rond de lichamelijke herstelfase van een eetstoornis	70

Voorwoord

Dit draaiboek voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) is een herwerking van het draaiboek uit 2010 en komt er in opdracht van het Vlaamse Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Afgelopen jaren is er heel wat gewijzigd in het zorglandschap, en is er over eet- en gewichtsproblemen veel nieuwe kennis. Concreet probeert dit draaiboek een antwoord te bieden op de vraag “Wat is er zo eigen aan het werken met personen met een eetstoornis; wat is specifiek aan deze problematiek? Samen met vertegenwoordigers van verschillende CGG werd een praktisch format uitgewerkt om zorg op maat bij eet- en gewichtsproblemen te ondersteunen.

Naast een grondige wetenschappelijke onderbouw¹ sluit het draaiboek ook nauw aan bij de [nieuwe beleidskaders binnen de geestelijke gezondheidszorg](#), zowel voor kinderen en jongeren als voor volwassenen. In sommige CGG's wordt de [CAPA-benadering](#) toegepast. Deze kent enkele raakvlakken met de internationale aanbevelingen rond zorg op maat bij de behandeling van eet- en gewichtsproblemen.

We kregen van diverse CGG-medewerkers feedback en suggesties, maar we danken in het bijzonder: Lies Depestele (systeemtherapeut), Nausika Desmet (CGG Noord-West-Vlaanderen), Yvienne Goris (DAGG Lommel), Chris Janssen (CGG Vlaams-Brabant-Oost), Ann Moens (Zorgnet Icuuro),

Opmerkingen of suggesties zijn welkom bij:

Kenniscentrum Eetexpert
secretariaat@eetexpert.be

Als u dit draaiboek wil citeren, gebruik dan volgende verwijzing:

Eetexpert (2017). *Herkenning en aanpak van eet- en gewichtsproblemen. Draaiboek voor het CGG*. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (verkrijgbaar via www.eetexpert.be)

¹ Waar raakvlakken waren met andere documenten en draaiboeken van Eetexpert, werd deze informatie geïntegreerd.

De relevante wetenschappelijke richtlijnen rond eetstoornissen en obesitas (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen uit 2006, Eetstoornissen bij kinderen en adolescenten van Duodecim uit 2010, de RANZCP richtlijn rond eetstoornissen uit 2014, de WHO richtlijn uit 2009, de richtlijn van Northern Health rond gezondheid, gewicht en obesitas uit 2012 en de NICE richtlijn rond obesitas van 2014) werden geraadpleegd. Bij specifieke thema's werden verdiepende zoekopdrachten uitgevoerd via de verschillende elektronische databanken (*Web of Science, Pub Med, PsychInfo*).

Inleiding en handleiding bij het draaiboek

Dit draaiboek wil specifieke ondersteuning bieden aan de CGG-medewerker bij de onderkenning, verklaring en behandeling van mensen met een eetstoornis, meer concreet anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis². Daar waar het zinvol is, maken we een onderscheid tussen kinderen, jongeren en volwassenen. We belichten bovendien nog een specifieke doelgroep, nl. mensen met overgewicht of obesitas die lijden aan een eetstoornis.

Het draaiboek is opgevat als beknopte **“Vraag en Antwoord”** waarin we de **essentie** hebben gebundeld voor het werken met eetstoornissen binnen een CGG-context. Heb je nood aan meer basiskennis over eetproblemen en –stoornissen, of fris je deze graag even op? Ben je op zoek naar informatie om ouders te kunnen helpen in hun vraag of het eetgedrag van hun kind nog binnen de normale grenzen valt of niet? Vraag je je af wat er al geweten is over risicofactoren voor het ontwikkelen van eet- en gewichtsproblemen? Bij elk onderdeel dat in het draaiboek aan bod komt, staan **verwijzingen naar basiskennis en uitbreidingsmateriaal**, zoals onderaan deze pagina.

Het draaiboek bestaat uit **vier hoofdvragen**:

1. Welke expertkennis heb je nodig bij de zorg rond eetstoornissen?
2. Diagnostiek: wat zijn handige tools?
3. Behandeling: wat zijn specifieke aandachtspunten?
4. Multidisciplinaire samenwerking met partners buiten het CGG in het kader van eetstoornissen: is dat realiseerbaar?

De eerste vraag behandelt de specifieke kennis over eet-en gewichtsproblemen waar je als CGG-medewerker mogelijks minder mee vertrouwd bent, zoals meer achtergrond over de somatische gevolgen van ondergewicht, compensatiegedrag en eetbuien. Het behandelt ook de complexe samenhang tussen eetstoornissen en andere psychiatrische aandoeningen. De tweede vraag biedt concrete handvatten bij het diagnostisch luik bij eetstoornissen. De derde vraag gaat in op de specifieke aspecten en uitdagingen in de behandeling van eetstoornissen. Het laatste deel bekijkt hoe multidisciplinair samenwerken vorm kan krijgen binnen een CGG-context.

Vooraleer we daar op in gaan, zoomen we eerst in op de prevalentiecijfers van eetstoornissen en het gegeven dat weinig mensen tijdig professionele hulp zoeken.

Wat zeggen de cijfers?

Eén op 200 tot één op 20 van de mensen kampt ooit met een eetstoornis [1] [2]. Wanneer we enkel de doelgroep kinderen en jongeren bekijken, liggen de ramingen een stuk hoger. Naar schatting één op de 10 vrouwen tussen 10 en 30 jaar ontwikkelen in die periode een eetstoornis [1] [3] [4]. Anorexia nervosa is de derde meest voorkomende chronische ziekte bij adolescente meisjes [5]. Bovendien zoekt slechts een derde van de personen met een eetstoornis professionele hulp en velen worden niet gedetecteerd [1]. Uit de registratiegegevens van de Vlaamse CGG van 2014 blijkt dat het aandeel cliënten met een eetstoornis slechts 0,75% bedroeg.

² Voor de andere voedings- en eetstoornissen: klik [hier](#)

Eetstoornissen hangen samen met een zware ziektelast op vlak van het gezin, werk, persoonlijk en sociaal leven. Eetstoornissen komen ook vaak samen voor met andere stoornissen, voornamelijk angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en stoornissen in het gebruik van middelen [5]. De mortaliteitscijfers worden geschat op 3 à 6%, de hoogste van alle psychiatrische stoornissen, waarvan een aanzienlijk deel te wijten is aan suïcide [3].

Basiskennis

- Update over de normale ontwikkeling van eetgedrag: [klik hier](#)
- Informatie over de verschillende eetproblemen, eetstoornissen en gewichtsproblemen, inclusief DSM-5-criteria: [klik hier](#)
- Basisvisie op de hulpverlening bij eet- en gewichtsproblemen: klik [hier](#)

Uitbreidingsmateriaal

Gedetailleerde prevalentiecijfers over [eetstoornissen](#) en [gewichtsproblemen](#) bij zowel kinderen, jongeren als volwassenen

1. Welke expertkennis heb je nodig bij de zorg aan mensen met eetstoornissen?

Basiskennis

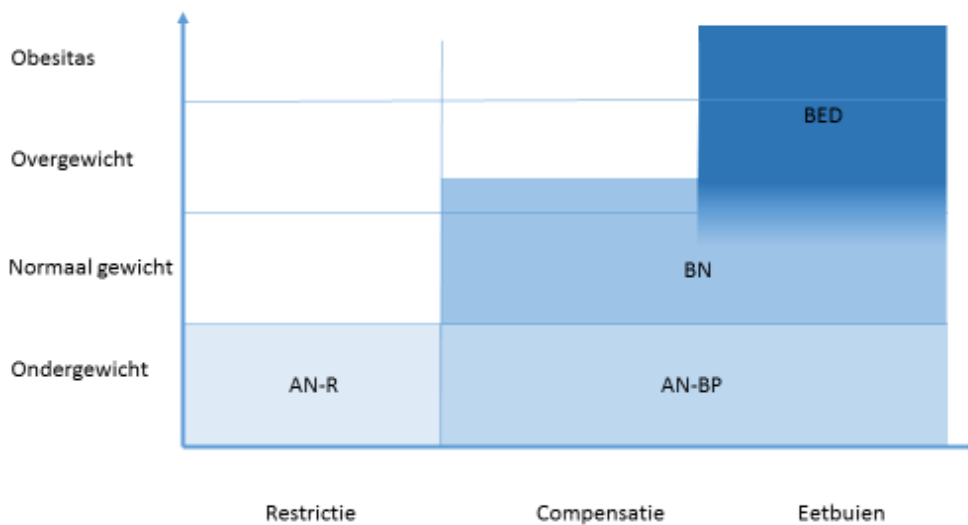
- Update over de normale ontwikkeling van eetgedrag: [klik hier](#)
- Informatie over de verschillende eetproblemen, eetstoornissen en gewichtsproblemen, inclusief DSM-5-criteria: [klik hier](#)

1.1. Eetstoornissen kennen altijd een somatisch luik: wat is belangrijk om te weten?

Je kan er niet omheen. Somatische aspecten zijn een inherent deel van een eetstoornis. Wat is interessant om te weten als CGG medewerker, ook als niet-arts? Enerzijds is het belangrijk om te weten dat heel wat medische gevolgen gelinkt kunnen worden aan de aanpassingen van het lichaam aan de veranderde voedingstoestand. Sommige lichamelijke symptomen van een eetstoornis lijken zelfs op een medische aandoening maar vereisen geen aparte behandeling. Bij herstel van de eetstoornis verdwijnen dan ook de meeste van deze symptomen. Tegelijkertijd veroorzaakt een eetstoornis in een aantal gevallen wel ernstige lichamelijke complicaties waarvan sommige irreversibel zijn en andere levensbedreigend kunnen zijn. Een medische *screening* en *opvolging* zijn dus noodzakelijk bij de opstart van elke behandeling.

Kennis van de medische gevolgen van een eetstoornis heb je als CGG-medewerker nodig bij de diagnostiek en ernstinschatting van de eetstoornis. Het helpt je om de lichamelijke toestand te kunnen inschatten van de persoon met de eetstoornis en tijdig de hulp van de behandelende arts in te roepen. Bovendien biedt het je handvatten voor de behandeling (zie [3.4](#)).

Als we kijken naar de kernsymptomen van de meest voorkomende eetstoornissen zien we restrictief eetgedrag, wat voornamelijk optreedt bij anorexia nervosa, wat leidt tot ondervoeding (1.1.1.). Daarnaast zien we vaak compensatiegedrag optreden, zowel onder de vorm van purgeergedrag (braken, laxeren) als bewegingsdrang. Compensatiegedrag (1.1.2) komt vooral voor bij anorexia nervosa van het eetbuien-purgerende type en bij boulimia nervosa. Eetbuien (1.1.3.) doen zich voor zowel bij anorexia nervosa van het eetbuien-purgerende type, bij boulimia nervosa als bij de eetbuiestoornis. In dit deel bespreken we beknopt de somatische gevolgen van deze kernsymptomen. Voor een uitgebreide versie verwijzen we je naar [specifiek ondersteuningsmateriaal voor \(huis\)artsen](#).



Figuur 1. Kernsymptomen en gewicht als dimensies van eetstoornissen³

1.1.1. Somatische gevolgen van ondervoeding

Ondervoeding (en niet per se het laag gewicht) ligt aan de oorzaak van verschillende van de initiële lichamelijke symptomen bij Anorexia Nervosa. Deze symptomen zijn vaak adaptaties aan het energietekort. Zo verstoort ondervoeding de **stofwisseling (metabolisme)**, omdat het lichaam zijn verbruik aanpast aan de voedselinname. De verlaagde stofwisseling is een beschermingsmechanisme van het lichaam [6]. Bij aanhoudende ondervoeding faalt de adaptatie en weerspiegelen de symptomen de onmogelijkheid van het lichaam om de slechte voedingstoestand te compenseren [7, 8]. Het metabolisme daalt sterk, de lichaamstemperatuur kan niet op peil gehouden worden, en bijna elk orgaansysteem komt onder druk te staan [7]. Ook het honger- en het verzadigingsgevoel, die gestuurd worden vanuit de hypothalamus, geraken hierbij ontregeld. Ondervoeding gaat dus gepaard met heel wat hormonale veranderingen. Sommige gevolgen van de hormonale verstoringen zijn van blijvende aard, zoals osteoporose [8]. De stofwisseling en hormonale verstoringen herstellen zich bij herstel van het eetgedrag.

³ Noot: AN-R = Anorexia Nervosa, Restrictief type; AN-BP = Anorexia Nervosa, Binge/Purge (eetbuien/purgerend type); BN = Boulimia Nervosa; BED = Binge Eating Disorder (Eetbuiestoornis).

Ondervoeding is niet alleen terug te vinden bij patiënten met ondergewicht. Ook cliënten met een normaal gewicht of overgewicht kunnen te maken krijgen met ondervoeding omwille van een onevenwichtig eetpatroon of compensatiegedrag, waardoor ze niet voldoende voedingsstoffen innemen. Hieronder vind je een kort overzicht van de belangrijkste lichamelijke adaptatieprocessen en de gevolgen hiervan.

Lichamelijke adaptatieprocessen bij ondervoeding

Lichamelijke adaptatieprocessen vragen medische monitoring. Doorgaans verdwijnen ze bij herstel van het eetgedrag, maar bij falende adaptatie kunnen ook ernstige complicaties optreden, vandaar het belang van goede opvolging door een arts.

- Bij pre-pubertaire kinderen kan de menarche uitgesteld worden. Bij oudere cliënten kunnen **menstruatiestoornissen** optreden: de menstruatie is erg onregelmatig of blijft uit. Amenorroe kan optreden vóór gewichtsverlies, en de menstruatie hervat niet altijd bij gewichtsherstel.
- Daling van het basaal metabolisme: de **ademhaling** en de **hartslag** worden trager (een polsslag van minder dan 60 per minuut) en de **bloeddruk** daalt. Als gevolg hiervan voelen de cliënten zich dikwijls erg moe, duizelig, lusteloos.
- Het verlaagde metabolisme speelt ook een rol bij **gastro-intestinale problemen**. Vertraagde maaglediging en spijsvertering dragen bij aan een opgeblazen gevoel bij de cliënten en constipatie. Dit kan het herstel van een normaal voedingspatroon hinderen.
- Doordat de stofwisseling vertraagt, daalt de **lichaamstemperatuur**. Hierdoor gaan de handen en de voeten gemakkelijk blauw kleuren en koud aanvoelen.
- Bij een slechte voedingstoestand ziet men uitdroging van de **huid** en verstoring van de **haargroei**: het hoofdhaar valt gemakkelijk uit, terwijl elders sprake is van een donsachtige beharing (gezicht, armen, borst en rug).
- Door de eenzijdige of beperkte voedselinname kan **constipatie** optreden. Hieruit kan een vraag naar laxeremiddelen voortkomen, met mogelijk misbruik hiervan, wat de constipatie nog erger maakt.
- Bepaalde **gedragmatige symptomen** van anorexia nervosa zoals bewegingsdrang, onderdrukking van de eetlust, slaapstoornissen en verminderd libido kennen ook hun oorsprong in de lichamelijke adaptatie aan de ondervoeding.
- Reversibele **cognitieve effecten** van ondervoeding zijn vertraagde informatieverwerking, moeilijkheden met het korte termijn geheugen, verminderde cognitieve flexibiliteit, concentratieverlies en aandachtsproblemen, alsook obsessief denken aan eten. Al blijft dit laatste kenmerk vaak wel lang aanwezig.
- Ook **depressieve symptomen en angstklachten** worden uitgelokt door het effect van ondervoeding op de werking van de hersenen.

Op korte termijn merkbare risico's bij ondervoeding:

- Door het tekort aan voeding (of een te hoog verbruik) kan een **hypoglycemie**, of een te laag suikergehalte in het bloed ontstaan. Deze toestand kan snel gecorrigeerd worden, maar ernstige hypoglycemie die niet tijdig wordt gecorrigeerd, kan dodelijk zijn [9, 10].

Symptomen van hypoglycemie zijn zweten, trillen, verwardheid, duizeligheid, slecht zien, hoofdpijn en irritatie.

- **Uitdroging** kan ook een gevolg zijn van een verminderde vochtinname, omdat cliënten naast hun voedselinname ook vaak hun vochtinname beperken. In ernstige gevallen kunnen cliënten nierschade oplopen [10]. Symptomen van uitdroging zijn droge mond, bloeddrukval bij het opstaan, duizeligheid en flauwvallen. Let op: Sommige patiënten drinken extreem veel water, bijvoorbeeld om hun gewicht te manipuleren. Dit kan gepaard gaan met een **tekort aan natrium**, dat dodelijk kan zijn [10, 7]. Bij hen dient vochtinname in eerste instantie beperkt te worden.
- Er treden frequent **cardiovasculaire symptomen** op zoals hierboven vermeld (lage bloeddruk en lage hartslag). De meeste verdwijnen bij herstel, maar hartgeleidingsproblemen kunnen zich voordoen en worden gezien als de voornaamste directe doodsoorzaak van anorexia nervosa [7]. De meeste patiënten met anorexia nervosa hebben geen duidelijke, progressieve achteruitgang, maar hebben een plotse decompensatie [10]. Dit dient dan ook door een arts opgevolgd te worden.

Irreversibele complicaties van ondervoeding op lange termijn

- Bij jonge kinderen is het grootste risico *groeivertraging* of zelfs het uitblijven van lengtegroei door een te lage calorie-inname en een tekort aan bepaalde mineralen en vitamines.
- Hormonale veranderingen geven aanleiding tot stoornissen in puberteitsontwikkeling en *vruchtbaarheidsproblemen*.
- In combinatie met de hormonale stoornissen is er bij aanhoudende vermagering risico op botontkalking (*osteopenie, osteoporose*) vooral op jonge leeftijd, met groter risico op botbreuken⁴.
- Ook in de *hersenen* worden veranderingen opgemerkt, waarvan de oorsprong niet altijd duidelijk is [6]. Het volume witte stof normaliseert zich bij gewichtsherstel, maar de veranderingen in grijze stof lijken te persisteren [7].

1.1.2. Somatische gevolgen van purgeergedrag

Er wordt in het algemeen een onderscheid gemaakt tussen 3 vormen van purgeergedrag: braken, misbruik van laxemiddelen, en misbruik van diuretica.

- Door braken en laxeren gaat er veel vocht verloren. Dit kan leiden tot uitdrogingsverschijnselen (duizeligheid en flauwvallen) en ook tot *oedeem* (= *vochtophoping*).
- Door braken, laxeren en gebruik van diuretica ontstaan stoornissen in de *elektrolytenhuishouding*, in het bijzonder een tekort aan **kalium**. Dit kan leiden tot nier- en leverbeschadiging, spierkrampen en hartritmestoornissen, en zelfs tot hartfalen.
-> Het kaliumgehalte moet zeker gecheckt worden door een arts bij elk vermoeden van purgeergedrag.

⁴ Langdurige amenorroe is een risicofactor voor **osteoporose**, vooral wanneer de eetstoornis zich op jonge leeftijd ontwikkelt. Gezien de adolescentie een periode is van snelle botvorming, wordt de verwachte piekbotmassa niet gehaald bij anorexia nervosa die voor of tijdens de puberteit ontstaat. Een *botdensiteitsscan* wordt aangeraden vanaf een ondergewicht dat 6 maanden bestaat of bij amenorroe die 6 maanden bestaat [5, 119, 7]. Wanneer de patiënt een botdensiteitsscan heeft gehad, wordt aangeraden dit om de twee jaar te herhalen zolang dit geïndiceerd is [121].

- Het herhaalde contact met het zure braaksel tast het gebit, de keel en de slokdarm aan. Gevolg: aantasting tandglazuur, ontstekingen, keelpijn, heesheid, ...
- Veelvuldig laxeren leidt tot *constipatie* en zo tot de vicieuze cirkel van steeds meer laxeren.
- Gebruik van diuretica leidt tot *uitdroging* en tot *oedeem* en zo tot de vicieuze cirkel van steeds meer plasmiddelen innemen.

1.1.3. Somatische aspecten van een eetbui

Eetbuien kunnen maag- en darmklachten veroorzaken, zoals een opgeblazen gevoel, buikpijn, maagzweren en zweren van de dunne darm. Ook ontsteking van de slokdarm is een mogelijk gevolg. Deze aandoeningen kunnen ernstig zijn (acute maagverwijding of scheur van de maagwand) en kunnen in sommige gevallen (bv. pancreatitis) dringend medisch handelen vereisen. Opvolging door een arts is dan ook altijd aangewezen.

Na het braken stijgt de concentratie endogene opioïden. Dit gaat gepaard met een euforisch gevoel en een stijging in eetlust, wat kan bijdragen tot het ontstaan van een (nieuwe) eetbui [8]. Koolhydraatrijke voeding verhoogt het serotonineniveau in de hersenen, wat een aangenaam gevoel geeft. Anderzijds komt bij een eetbui ook het stresshormoon adrenaline vrij, wat dan weer gepaard gaat met onaangename ervaringen: benauwdheid, snelle hartslag en transpiratie [6].

Uitbreidingsmateriaal

Meer details en toelichting bij de somatische gevolgen van ondervoeding, compensatiegedrag en eetbuien: [klik hier](#)

1.2. Eetstoornissen grijpen in op heel veel levensdomeinen: wat is de impact van de eetstoornis op de psychologische en sociale ontwikkeling en bredere context van de cliënt?

Cliënten met een eetstoornis kampen met meerdere psychologische en sociale problemen. Het gaat om heel wat meer dan een uit de hand gelopen dieet. Bij een eetstoornis staat de beangstigende beleving dat men veel te dik is of dit zal worden (gewichtsfoobie) centraal, ook al is het lichaamsgewicht soms (bij anorexia nervosa) ver beneden het normaal te verwachten peil. Het zelfbeeld en de zelfwaardering hangen onevenredig sterk af van de lichaamsvormen en het gewicht. De eetstoornis functioneert in eerste instantie vaak als 'oplossing' voor verschillende problemen, maar naarmate de eetstoornis zich verder ontwikkelt, wordt de impact zo groot dat de emotionele en psychologische ontwikkeling sterk belemmerd worden. Alle domeinen van het leven worden aangetast: identiteitsontwikkeling, functioneren binnen het gezin, sociale contacten met vrienden en vrijetijdsbesteding, functioneren op school of in de werkcontext,....

In dit stuk willen we je een beeld schetsen van hoe de eetstoornis een rol speelt in het dagdagelijks leven van de cliënt. Voor toelichting bij risico- en onderhoudende factoren, die zich situeren binnen dezelfde domeinen, kan je de online tekst '[Risicoprofiel bij eet- en gewichtsproblemen](#)' raadplegen.

1.2.1. Intrapsychische impact

Controle en identiteit

Streng lijngedrag en vermageren levert aanvankelijk sterke gevoelens van **controle** op. Gewichtsverlies geeft 'eindelijk' een gevoel van macht en controle. Gebrek aan zelfvertrouwen en faalangst wordt 'opgelost' door af te vallen en te blijven afvallen. Maar de angst om die controle weer te verliezen is groot. Het paradoxale is dat men op den duur steeds meer de controle verliest over de eigen lichamelijke behoeften en identiteit [11]. Het strenge lijngedrag evolueert tot een oncontroleerbare/alles overheersende angst voor voeding en gewichtstoename.

Sommigen kunnen het strenge lijngedrag niet volhouden en verliezen de controle over hun eetgedrag, wat leidt tot eetbuien. Een eetbui functioneert vaak als stressontlader. Uit angst om bij te komen gebruikt men compensatiestrategieën, zoals braken of laxeren.

Voorafgaande aan het lijngedrag hebben deze personen vaak een ernstig negatieve lichaamsbeleving en laag eigenwaardegevoel. Door te lijnen hopen ze een positievere lichaamsbeleving en een hoger zelfwaardegevoel te krijgen, maar dit gebeurt niet. Ze blijven zich net te dik voelen en zijn daarom geneigd om steeds verder door te gaan met lijnen en afvallen. Het vasthouden aan het extreem lijngedrag wordt op den duur een kernaspect van de identiteit. Een identiteit die zo sterk samenhangt met het eetgedrag en gewicht belemmert de ontwikkeling op andere levensterreinen.

Van cognitieve obsessie tot leidraad voor het dagelijks functioneren

Een effect van lijnen en uithongering is dat men voortdurend in gedachten bezig is met voedsel en eten en vaak over niets anders meer kan praten. Hoe langer men doorgaat met lijnen, hoe meer men geobsedeerd geraakt door eten en gewicht. In 'The Minnesota starvation experiment' [12], waarbij soldaten vrijwillig op de helft van hun rantsoen geplaatst werden gedurende een aantal maanden, steeg ook de obsessie t.a.v. voedsel: ze praatten en fantaseerden uren lang met elkaar wat ze allemaal zouden willen eten. Ook lazen ze opeens boeken over voeding en koken, ook al hadden ze hier voordien totaal geen interesse voor.

Deze obsessie voor eten en gewicht heeft gevolgen op verschillende vlakken. De persoon met een eetstoornis is in gedachten voortdurend en op een dwangmatige manier met eten en gewicht bezig. Dit gaat van zich voortdurend bewust zijn van wat er gegeten wordt, het kennen van de calorie-inhoud van alle voedingsmiddelen, het tellen van calorieën, tot het ontwikkelen van allerlei **rituelen** bij eten. Het eten moet bijvoorbeeld in een bepaalde volgorde worden gegeten, in hele kleine stukjes gesneden worden of bepaalde voedingsmiddelen worden op een bijzondere wijze gegeten (bv. een appel eten met mes en vork). Er ontstaat een zeer uitgesproken **zwart-wit denken** over voeding: bepaalde voedingsmiddelen zijn verboden (voornamelijk zoet en vet) en mogen niet gegeten worden of worden enkel toegestaan tijdens eetbuien.

De **dagstructuur** wordt helemaal gepland rond eten en eetmomenten. Er wordt nagedacht over wanneer er gecompenseerd kan worden of wanneer een eetbui kan plaatsvinden en wanneer de inkopen hiervoor gedaan worden. Soms wordt de dagindeling zo strikt wat betreft eten, studeren/werken, slapen, sporten, dat de persoon in kwestie het niet verdraagt als dit schema verstoord wordt of als anderen hier geen rekening mee houden. Sommige mensen met een langdurige eetstoornis hebben dermate veel dwangrituelen dat ze nog amper tot andere dingen

komen. Deze dwangrituelen gaan vaak gepaard met sterke gevoelens van schaamte, die ze voor de buitenwereld verborgen trachten te houden, wat de stap naar hulpverlening extra moeilijk maakt [11]. Er ontstaat niet alleen dwangmatigheid met betrekking tot voedsel en/of gewicht. Het hele denken wordt gekenmerkt door rigiditeit (wat vaak afneemt eens de cliënt terug aankomt in gewicht of het eetpatroon herstelt).

Mensen met een eetstoornis zijn vaak erg streng voor zichzelf. Ze leggen een grote druk op zichzelf om het goed te doen en ontzeggen zichzelf heel wat. Hierbij wordt er voorbijgegaan aan de eigen noden. Plezier beleven gebeurt nog nauwelijks. Ze kenmerken zich door een perfectionistische houding en zijn zelden tevreden over hun prestaties. Als ze niet aan hun eigen hoge normen voldoen, hebben ze het gevoel te hebben gefaald, waarover ze zichzelf voortdurend verwijten maken. Bij sommige mensen met anorexia nervosa en boulimia nervosa wordt die sterke zelfkritiek gehoord als een innerlijke kritische stem [11].

1.2.2. Sociale impact:

Isolatie en eenzaamheid

Het dagelijks leven wordt beheerst door de gevoelens, het denken en het gedrag rondom eten en gewicht. Dit gaat op den duur ten koste van het sociale leven, immers bij elk contact met anderen bestaat het gevaar dat drinken of eten wordt aangeboden en/of de mogelijkheid tot compensatie niet voorhanden is. Spontaan eten komt steeds minder voor. Er wordt vaak stiekem gegeten, want men wil niet dat anderen op de hoogte zijn van de eetbuien of andere verstoorde eetgedragingen. De sociale gevolgen blijven vaak niet uit: mensen met een eetstoornis wantrouwen anderen, gaan steeds minder uit, verliezen vrienden en vriendinnen, kunnen opleiding of werk niet meer volhouden, geraken geïsoleerd en ervaren grote eenzaamheid. Sommigen leiden jarenlang een soort 'dubbelleven', waarbij het voor de buitenwereld lijkt alsof er niets aan de hand is en ze uit alle macht proberen de eetstoornis en psychische problemen voor andere verborgen te houden [11].

Presteren op school/werk, maar ook sociaal

Het stellen van hoge eisen en zwart-wit denken uit zich niet alleen in het zeer strikte, rigide eetpatroon, maar ook op andere domeinen. Iets is geslaagd of mislukt. Dit kan zich uiten in een sterk perfectionistische houding tijdens het studeren of werken, maar ook in sociale contacten. Er is een groot verlangen om er bij te horen, er wordt een façade opgetrokken om te voldoen aan 'de verwachtingen', men wil graag goed bevonden worden door anderen en als dit niet lukt, voelt men zich verworpen of gefaald.

1.2.3. Impact op gezin

Bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen

De eetstoornis tast niet alleen het dagelijks leven van de cliënt zelf aan, maar grijpt ook in op het leven van zijn/haar directe omgeving. Afhankelijk van de leeftijd van de cliënt spreken we dan over de impact op ouders, partner, kinderen,...

Samen aan tafel zitten tijdens het eten is het moment bij uitstek waarop een gezin samen komt. Een eetstoornis zal dus onvermijdelijk een weerslag hebben op het gezinsleven en omgekeerd. Vaak lopen de spanningen hoog op over het eetgedrag: hoeveelheid, wat, wanneer, wie doet de aankopen, wie maakt het eten klaar,... [6].

De eetstoornis wordt het centraal organiserend principe van het gezinsfunctioneren. De symptomen komen centraal te staan in het gezin dat vaak terecht komt in een modus van overleven in het hier-en-nu. Ouders rapporteren hoe de tijd als het ware tot stilstand is gekomen en alles in hun leven draait rondom de eetstoornis. Het gezin verliest flexibiliteit om met situaties om te gaan. Hierdoor worden dysfunctionele patronen versterkt en worden normale levensfaseproblemen onoverkomelijk. Ouders ervaren een groot gevoel van machteloosheid [13].

Het algemeen gezinsfunctioneren gaat achteruit, maar het is niet zo dat er een specifiek patroon bestaat voor "eetstoornisgezinnen". Ouders ervaren de zorg voor hun kind met een eetstoornis negatiever dan ouders van kinderen met een andere ingrijpende psychiatrische stoornis of een chronische ziekte [14]. Ouders lopen bovendien zelf een groter risico op het ontwikkelen van een psychische problemen.

Bij volwassenen

Bij eetstoornissen denken we vaak in eerste instantie aan adolescenten of jongvolwassenen, maar er is ook een groeiende groep aan volwassenen met een eetstoornis. Het gaat dus over cliënten die mogelijks samenwonen of gehuwd zijn en ook kinderen of kindervens kunnen hebben.

Zwangerschap kan een uitlokkende factor zijn voor het ontstaan of herval van een eetstoornis en deze eetstoornis verhoogt op haar beurt het risico op complicaties tijdens de zwangerschap en de bevalling. Ook de postnatale periode is een kwetsbare fase.

Er is in de literatuur weinig aandacht voor de impact van een eetstoornis op de eigen kinderen. De eetstoornis van een ouder is ook aanwezig aan de gezinstafel en komt tussen in het leren eten van de kinderen. Vaak is het moeilijk voor ouders met een eetstoornis om gepast te reageren op de fysieke noden van hun kind (hoeveelheid en diversiteit aan eten) als op de emotionele noden (emotieregulatie, zelfbeeld, lichaamsbeeld,...). Deze kinderen vormen een risicogroep voor het ontstaan van gedragsmoeilijkheden en om zelf een eetstoornis te ontwikkelen [6].

De invloed van de eetstoornis op de partnerrelatie is een complex gegeven. De onderlinge verhouding tussen de partners, het tijdstip waarop de eetstoornis opduikt in de relatiegeschiedenis, of de partner al dan niet op de hoogte is van de eetstoornis, de eventuele voordelen die de partner haalt uit de stoornis, de wijze waarop het negatief lichaamsbeeld en de angst voor intimiteit doorspeelt in de seksuele relatie, ... zijn allemaal factoren die meespelen [6].

1.3. Eetstoornissen en comorbiditeiten: Is het een kip of ei verhaal?

Eetstoornissen gaan vaak gepaard met andere psychiatrische aandoeningen. Bij 70-80% van de mensen met een eetstoornis is een comorbide stoornis aanwezig (bij mannen en vrouwen). De voornaamste comorbide aandoeningen zijn angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en stoornissen in het gebruik van middelen. De meeste comorbiditeit wordt terug gevonden bij mensen met een eetbuistoornis en boulimia nervosa. [15] [16] [17]. Het tegelijk aanwezig zijn van andere psychiatrische stoornissen is gelinkt aan ernstigere eetstoornispathologie en bijhorend psychisch lijden.

Bij comorbiditeit kan het gaan over: (a) de eetstoornis volgt op de andere stoornis, (b) de eetstoornis gaat aan de andere stoornis vooraf, of (c) de eetstoornis en de andere stoornis zijn ongeveer simultaan gestart.

Stoornissen die ontstaan samen met of kort na de eetstoornis, kunnen soms verdwijnen na opklaring van de eetstoornis (bv., dit zien we soms bij depressie of bepaalde persoonlijkheidskenmerken). De eetstoornis kan namelijk bepaalde psychische functies dermate vervormen of bestaande karaktertrekken zodanig accentueren dat er opvallende gedragingen optreden. Zo kan een introvert meisje door een ontwikkelende anorexia nervosa een sterk schizoïde indruk geven. Andere cliënten, die voorheen al perfectionistisch waren, blijken bij toenemende vermagering allerlei dwanghandelingen en obsessies te ontwikkelen (bv. veelvuldig wassen, alles ordenen).

Verstoord eetgedrag (en negatief affect) komt ook bij diverse psychologische/emotionele en psychiatrische problemen voor. Vaak wordt er aan het eetprobleem te weinig aandacht geschonken omdat men het een bijkomstig probleem acht en het slechts als een ‘secundair symptoom’ beschouwt. Toch kan het verstoord eetgedrag tot een ‘echte’ eetstoornis ontwikkelen (verstoord eetpatroon en negatief affect zijn beide belangrijke risicofactoren voor de ontwikkeling van een eetstoornis [18]). Dergelijk verloop zien we bijvoorbeeld bij depressie en bij angststoornissen [17] [19].

Het is dus niet altijd eenvoudig om vast te stellen of er sprake is van comorbiditeit, de aanwezigheid van twee psychiatrische stoornissen, dan wel of alle symptomen verklaard kunnen worden door één van de twee aandoeningen. De relatie tussen verstoord eetgedrag en psychische symptomen is vaak bidirectioneel, wat (differentiaal)diagnose bemoeilijkt.

Aangezien dit alles implicaties heeft voor zowel de diagnostiek als de behandeling van eetstoornissen gaan we hieronder in op de meest voorkomende comorbide stoornissen. Het gaat hier over psychiatrische stoornissen die frequent behandeld worden binnen een CGG-context. We bespreken hoe de eetstoornis en de comorbide psychiatrische stoornis met elkaar interageren.

1.3.1. Stemmingsstoornissen

De comorbiditeitsgraad van een eetstoornis met een stemmingsstoornis varieert van 31% tot 89% [16]. Het percentage ligt hoger bij cliënten die opgenomen zijn. Majeure depressie is de meest voorkomende comorbide stemmingsstoornis.

Depressie is een typisch voorbeeld van hoe er een bidirectionele relatie is tussen eetgedrag en psychische symptomen en hoe dit de (differentiaal diagnose) bemoeilijkt. Bij een majeure depressie wordt verstoord eetgedrag (zowel verminderde eetlust als teveel eten) gezien als een teken of gevolg van de verstoord stemming en men verwacht dat het eetgedrag zal normaliseren zodra de depressie is opgeklaard. Anderzijds kunnen depressieve symptomen (geïrriteerd zijn, geheugenproblemen, moeilijkheden met concentratie en vermoeidheid) veroorzaakt worden door uithongering bij een eetstoornis. Een depressief gemoed komt ook vaak voor na een eetbui. De aanwezigheid van depressieve symptomen kan dan het resultaat zijn van opkomende boulimische symptomen [17]. En sommige symptomen komen zowel bij anorexia nervosa als bij depressie voor, zoals gewichtsverlies, verlies in interesse en verminderd libido. Dit alles maakt het stellen van een diagnose moeilijk [17] [20] [12] [21].

Met het oog op behandeling (en het al dan niet combineren van psychotherapie met psychofarmaca) is het belangrijk om bij comorbiditeit van een eetstoornis met een depressieve stoornis zicht te

krijgen op de ontstaansgeschiedenis van de beide stoornissen. In 1/3 van de gevallen zijn de eetstoornis en de depressieve stoornis simultaan gestart. De depressie is dan gerelateerd aan de fysiologische effecten van de ondervoeding. Depressieve klachten zullen verdwijnen bij het opklaren van de eetstoornis. Bij 1/3 van de cliënten was de depressieve stoornis al (minstens een jaar) aanwezig vóór de eetstoornis. Bij ongeveer 1/5 ontstaat een depressieve stoornis na het ontstaan van de eetstoornis. De depressieve stoornis wordt dan gezien als een gevolg van het leven met een chronische ziekte of herval van een vroegere depressieve episode [17].

1.3.2. Angststoornissen

Bijna de helft van de cliënten met een eetstoornis heeft ook een angststoornis, waarbij de gegeneraliseerde angststoornis het vaakst voorkomt [16]. Omgekeerd is bij meer dan 10% van de cliënten met een angststoornis ook een eetstoornis aanwezig [19].

Een obsessieve compulsieve stoornis (OCD) komt twee keer zo vaak voor bij AN dan bij BN. Anderzijds is er steeds het risico tot overdiagnosticering omdat AN ook veel obsessieve-compulsieve symptomen kent die eigen zijn aan de eetstoornis: strakke/strikte dagindeling waarbij angst/boosheid optreedt als het anders loopt, veel (zoniet alles) punctueel afwerken, in gedachten voortdurend en dwangmatig bezig zijn met eten,... Indien de obsessieve-compulsieve symptomen enkel van toepassing zijn op eetgerelateerd gedrag mag de diagnose van OCD niet gesteld worden.

Sociale fobie komt ook frequent voor, zelfs wanneer angstsymptomen die gerelateerd zijn aan de eetstoornis buiten beschouwing worden gelaten, zoals alleen eten, zich terugtrekken uit sociale contacten met vrienden en familie, sociale (eet-)situaties vermijden, oppervlakkige contacten, schrik om afgewezen te worden,... [19].

Patiënten met een eetstoornis, vooral eetstoornissen van het eetbuien/purgerende type, vertonen ook opvallend hogere prevalentiecijfers van huidige en vroegere post-traumatische stress-stoornis. Personen die een traumatische gebeurtenis meemaken, en hierbij een post-traumatische stress-stoornis ontwikkelen, hebben een hoger risico om een eetstoornis te ontwikkelen. Een verklaring hiervoor ligt in de dissociërende eigenschappen van (voornamelijk) purgeergedrag, waardoor het als (maladaptief) copinggedrag kan fungeren om de emotionele pijn van het trauma te ontvluchten [22, 23, 24].

1.3.3. Persoonlijkheidsfactoren

Perfectionisme en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidstrekken

Kinderen en jongeren met perfectionistische persoonlijkheidstrekken zijn kwetsbaarder voor verschillende vormen van psychische problemen, waaronder ook eetstoornissen. Perfectionisme wordt typisch geassocieerd met restrictieve eetstoornissen, maar kan ook een rol spelen in het ontstaan of behoud van andere eetstoornissen [25, 26, 27]. Zo kunnen faalervaringen triggers zijn voor eetbuien.

Deze perfectionistische persoonlijkheidstrekken, waarbij extreem hoge eisen opgelegd worden aan zichzelf op vlak van prestaties en sociaal functioneren, zien we ook terugkomen in persoonlijkheidsstoornissen van Cluster C. Deze worden gekenmerkt door overgevoeligheid voor het oordeel van anderen, angst voor afwijzing, afhankelijkheid en geremdheid in gedrag en sociale relaties. Dit verklaart de comorbiditeit tussen eetstoornissen en bepaalde persoonlijkheidsstoornissen.

Perfectionisme is ook typerend voor obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstijl (OCPS). Kinderen met OCPS lopen meer risico om later een eetstoornis te ontwikkelen, vooral dan anorexia nervosa, restrictieve type.

Impulsiviteit

Impulsiviteit wordt typisch geassocieerd met *eetbuien en purgeergedrag* [28] en kan zo aanleiding geven tot het ontwikkelen van BN of BED. Impulsiviteit en *perfectionisme* kunnen ook gelijktijdig voorkomen [29]. Het gelijktijdig voorkomen van beide persoonlijkheidskenmerken verklaart waarom heel wat patiënten met een restrictieve eetstoornis evolueren naar een eetbuien/purgerend patroon [29]. De combinatie van impulsieve en perfectionistische karaktertrekken geeft doorgaans een ernstiger beeld [29].

Impulsiviteit wordt ook gelinkt aan *obesitas*. Zowel bij kinderen als volwassenen met obesitas kunnen we twee subgroepen onderscheiden worden op basis van temperament: een goed functionerende, weerbare groep, en een emotioneel onregelde groep met weinig zelfcontrole. Deze laatste groep wordt gekenmerkt door een hogere prevalentie van eetbuien, angst en depressie, ADHD, vermijdingsgedrag, inadequate coping-strategieën, en verzwakking in het neurocognitief functioneren [30].

Uit onderzoek blijkt dat tot 72% van de mensen met een eetstoornis *zelfverwondend gedrag* stelt. Tussen 25 en 54% van de personen die zelfverwondend gedrag stelt, rapporteert ook verstoord eetgedrag [22]. Dergelijke vorm van comorbiditeit kan beschouwd worden als teken van een algemeen falende impulscontrole. Men kan dan ook denken aan de mogelijkheid van een persoonlijkheidsstoornis, met name van het borderline type, die vooral wordt gekenmerkt door een opvallende wisselvalligheid in stemming, gedragingen en relaties. Daarnaast kan het geheel van de problematiek van eetstoornis en zelfverwonding ook toe te schrijven zijn aan een psychische traumatisering, meer bepaald een geschiedenis van ernstig fysiek geweld of seksueel misbruik, gekoppeld aan een negatief zelfbeeld. Maar het blijft belangrijk om de functie en betekenis van zelfverwonding na te gaan in het hele verhaal van de cliënt.

Ook *compulsief koopgedrag* komt vaker voor bij personen met een eetstoornis, vooral bij deze met eetbuien en/of purgeergedrag. Compulsief koopgedrag blijkt samen te hangen met een lage capaciteit tot zelfregulatie [31].

1.3.4. Misbruik van alcohol en/of drugs

De combinatie van eetstoornissen en misbruik van alcohol en/of drugs is de laatste jaren bekender geworden. Vaak wordt vergeten om bij cliënten met alcoholproblemen te vragen naar eetproblemen, net zoals bij eetstoornissen het gebruik van alcohol/drugs over het hoofd wordt gezien.

Naar schatting 10% van de mensen met een eetstoornis lijdt aan een stoornis in het gebruik van middelen. Dit is waarschijnlijk een onderschatting omdat patiënten vaak geen alcohol- of drugsmisbruik mogen hebben om te mogen starten met een gespecialiseerde behandeling voor de eetstoornis. Middelenmisbruik komt vaker voor bij BN dan bij AN [17] [16].

Misbruik van genotsmiddelen (alcohol, drugs) kan gepaard gaan met gestoorde voedselinname. Alcoholmisbruik kan tot voedingstekorten leiden, maar kan ook een compensatie zijn van eetbuien:

de eetdrang onderdrukken door drinken. Alcohol vervangt dan de eetbui. Ook heel wat stimulerende drugs (amfetamines, ecstasy, cocaïne) kunnen de eetlust onderdrukken en zo gebruikt worden als middel tot gewichtscontrole. In het geval van boulimia nervosa wordt alcohol vaak gemixt met eetbuivoedsel om het purgeren nadien te vergemakkelijken.

Uit recent onderzoek naar temperament (de interindividuele verschillen in reactiviteit en regulatie) blijkt dat mensen met een verlaagde zelfcontrole meer vatbaar zijn voor controleverlies, onder meer tijdens eten en drinken [32]. Bovendien heeft de overconsumptie van voedsel rijk aan vet en suiker invloed op de werking van de hersenen. Zo worden allerlei cognitieve processen beïnvloed die negatief inwerken op de zelfcontrole alsook op de processen die betrokken zijn in het regelen van je eetgedrag wat leidt tot nog meer eten [33] [34] [35] [36] [37].

1.3.5. *Ontwikkelingsstoornissen*

Autismespectrumstoornis (ASS)

De meerderheid van de kinderen met een stoornis binnen het autismespectrum vertonen verstoord eetgedrag. Dit is vaak gelinkt aan een strak beeld over hoe voedsel eruit moet zien, of een hyper- of hypogevoeligheid voor geur, smaak en textuur van voedsel [38]. Heel wat kinderen met ASS vertonen dan ook een verhoogde neofobie en zijn erg selectief of kieskeurig in het voedsel dat ze aanvaarden. Selectief eetgedrag komt vijf keer zo vaak voor bij kinderen met ASS dan bij kinderen die een normale ontwikkeling doormaken [39]. Selectief eetgedrag maakt kinderen zowel kwetsbaar voor ondergewicht als voor overgewicht.

Daarnaast vormen de medicatie om het gedrag van kinderen met autisme te reguleren (antipsychotica zoals risperdal, dipiperon), en bepaalde genetische afwijkingen die gepaard kunnen gaan met autisme, bijkomende kwetsbaarheden voor overgewicht. Een andere gedeelde risicofactor tussen ASS en obesitas zijn slaapproblemen. Heel wat kinderen met ASS hebben een minder goede slaapkwaliteit⁵, en dit blijkt geassocieerd te zijn met een hogere prevalentie van overgewicht en obesitas bij deze subgroep. Deelname aan gezinsmaaltijden en aan fysieke activiteit, wat beschermende factoren zijn, is ook minder evident bij kinderen met ASS [40].

ASS (en ASS-trekken) worden ook gelinkt aan anorexia nervosa. ASS lijkt een rol te spelen in therapieresistentie en wordt dan ook gelinkt aan langdurige eetstoornissen [41, 42].

ADHD

De kenmerkende impulsiviteit en onoplettendheid kan zich uiten in eetbuïen en in een onregelmatig eetpatroon (maaltijden overslaan door gebrek aan planning of onvoldoende aandacht hiervoor), die kunnen leiden tot overgewicht of obesitas. ADHD kan ook gepaard gaan met een verstoord slaap-waak-ritme en slaaptkort, hetgeen gelinkt wordt aan een verstoorde regulatie van eetlust. Verschillende kenmerken van ADHD maken de jongere dus vatbaarder voor het ontwikkelen van obesitas. We zien dan ook dat jongeren met ADHD 40% meer kans hebben op obesitas dan jongeren zonder ADHD. Bij volwassenen loopt dit zelfs op tot 70% meer kans.

We zien omgekeerd ook dat naarmate de BMI hoger is, ADHD vaker voorkomt [43, 44]. Zo is de kans op ADHD bij overgewicht en obesitas respectievelijk 27% en 42 % terwijl die kans binnen de

⁵ Slaapkwaliteit is een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl. Slaapkwaliteit speelt dan ook vaak een rol in heel wat psychische, psychiatrische en andere problemen. Gebrekkige slaapkwaliteit hangt samen met meer piekeren, depressieve klachten, moeilijker emotieregulatie, agitatie bij kinderen,... Het is dus belangrijk hier steeds oog voor te hebben.

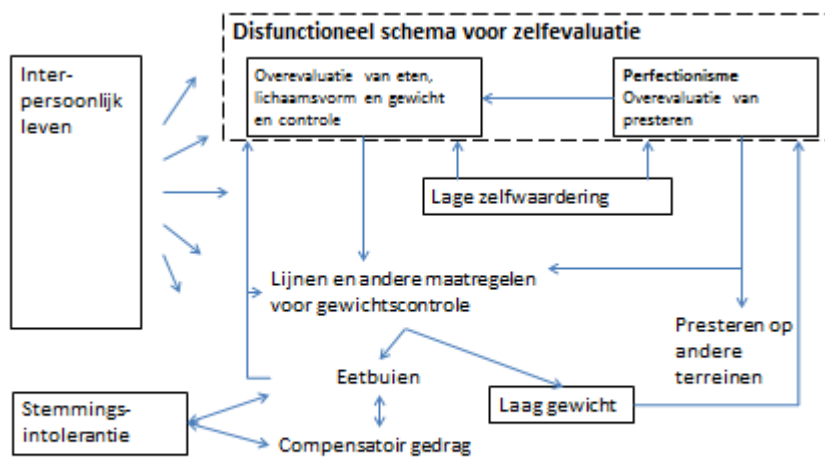
algemene bevolking slechts 5% bedraagt [45]. Het is dus belangrijk om in het geval van overgewicht ook na te gaan of ADHD, en meer specifiek, de impulsiviteit of beloningsgevoeligheid, niet mee aan de basis ligt van het overgewicht waardoor impulscontrole ook dient mee opgenomen te worden in de behandeling.

Impulsiviteit speelt ook een rol bij compensatiegedrag. Hierdoor bestaat er een link tussen ADHD en eetstoornissen van het purgerende type. De kans om op latere leeftijd boulimia nervosa (BN) te ontwikkelen ligt acht keer hoger voor kinderen met ADHD. De kans op comorbiditeit met ADHD ligt hoger bij BN in vergelijking met de andere eetstoornissen [7].

1.4. Bestaat er een goed verklaringsmodel voor eetstoornissen?

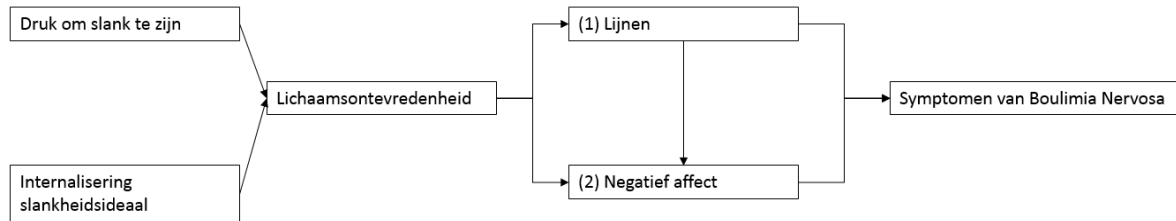
Een eetprobleem ontstaat niet door één oorzaak of risicofactor. Eetstoornissen ontwikkelen zich door een samenspel van persoonlijke en omgevingsfactoren. Wil je meer lezen over de factoren die een rol spelen in het ontstaan van eetstoornissen, verwijzen we je naar de tekst '[Risicoprofiel bij eet- en gewichtsproblemen](#)', waarbij de belangrijkste risico- en beschermende factoren verder worden uitgediept. In deze tekst beperken we ons tot de meest toonaangevende modellen die aan handvat kunnen bieden bij diagnostiek en behandeling van eetstoornissen.

Pennesi en Wade analyseerden [46] de bestaande modellen rond verstoord eetgedrag, om de modellen te identificeren die geleid hebben tot effectieve interventies. Van de 54 modellen die ze identificeerden, weerhielden ze tien modellen, waarvan slechts twee modellen voldeden aan alle kwaliteitscriteria en getest werden buiten de eigen onderzoeksgroep van de modelontwikkelaars. Het gaat over het [Transdiagnostisch Model van eetstoornissen](#) van Fairburn, Cooper en Shafran [47], en het [Dual Pathway model van Boulimia Nervosa](#) van Stice [48].



Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003

Figuur 2. Transdiagnostisch model van eetstoornissen (Fairburn et al., 2003)



Figuur 3. Dual Pathway model van Boulimia Nervosa (Stice, 2001)

Pennesi en Wade destilleerden hierbij vijf kernfactoren die verantwoordelijk geacht worden voor de ontwikkeling van eetpathologie:

1. **Preoccupatie met gewicht en lichaamsvormen**, zoals zorgen over gewicht en lichaamsvormen, preoccupatie met slankheid, verstoord lichaamsbeeld en lichaamsontevredenheid
2. **Negatief affect**, zoals depressieve klachten en angstklachten
3. **Problemen in het zelfbeeld**, zoals laag zelfbeeld, gevoelens van ineffectiviteit, en zelfbewustzijn als aversief ervaren
4. **Gebrekkige emotieregulatie** zoals stemmingsintolerantie, emotionele instabiliteit en emotioneel eten
5. **Interpersoonlijke problemen**, zoals sociale afhankelijkheid, problemen in het gezinsfunctioneren, (negatieve) reacties van de directe omgeving

De eerste twee factoren, preoccupatie met gewicht en lichaamsvormen en negatief affect, worden beschouwd als de belangrijkste risicofactoren [46].

Heel wat van deze factoren kunnen zowel leiden tot eetstoornissen als tot gewichtsproblemen. Zo wijst onderzoek op volgende gemeenschappelijke kernfactoren bij eetproblemen (eetbuien, compensatiegedrag inclusief purgeren) en overgewicht bij adolescenten [49]:

1. Zorgen over gewicht en lichaamsvormen/lichaamsontevredenheid
2. Gewichtsgerelateerd pestgedrag (in het bijzonder door ouders)
3. Lijnen

Uitbreidingsmateriaal

Risicoprofiel bij eet- en gewichtsproblemen: [klik hier](#)

Het Transdiagnostisch model van eetstoornissen: [klik hier](#)

Het Dual Pathway model van Boulimia Nervosa: [klik hier](#)

1.5. Mythes over eten en gewicht

Mythes bij de cliënt

“Dik zijn is een teken van zwakte”

Teveel of te weinig eten speelt een belangrijke rol in over- en ondergewicht, maar is niet de enige bepalende factor. Verschillende biopsychosociale factoren hebben een invloed op de regulatie van het eet- en beweeggedrag, maar het vooroordeel blijft zowel bij anderen als bij cliënten zelf dat overgewicht een teken van zwakte is. Wat weten we intussen over de biologische impact op het ontstaan van overgewicht, en omgekeerd, over de invloed van overgewicht op de werking van de hersenen? Waar moeten we met andere woorden mee rekening houden als we gaan ingrijpen op het eet- en beweeggedrag van de cliënt?

Bij kinderen zien we, dat het ene kind gevoeliger is voor beloningen dan het andere kind. Beloningsgevoelige kinderen hebben een voorkeur voor voedsel rijk aan suiker en vet. Deze kinderen laten zich sterker leiden door de externe voedselprikkels, zoals geur en visuele aantrekkelijkheid, dan door interne gevoelens van honger en verzadiging [50]. Deze aangeboren preoccupatie met en hypergevoeligheid voor voedingsprikkels kan disfunctioneel eetgedrag zoals eetbuien veroorzaken en in stand houden [51].

Ook verminderde beloningsgevoeligheid kan een risico zijn op overeten [52]. Als (obese) kinderen lange tijd erg veel belonende voedingsmiddelen eten, geraken de beloningscentra in de hersenen overprikkeld en heeft het voedsel niet meer hetzelfde belonende effect. Er treedt habituering op. Obese kinderen met een deficiënte beloningsgevoeligheid eten meer om het gevoel van beloning te proberen terugkrijgen. Ze overeten zich en worden nog zwaarder [52].

Bij beloningsgevoelige kinderen kan overeten ook veroorzaakt worden door een gebrek aan zelfregulatievaardigheden. Bij een gebrek hieraan kan men de verleiding van voedsel en beloning niet weerstaan. Overeten en eetbuien kunnen dus het resultaat zijn van een combinatie van verhoogde gevoeligheid voor beloning en een gebrek aan zelfregulatievaardigheden [53, 54].

Bovendien is een normaal - ‘niet-dik’- gewicht niet per definitie een gezond gewicht, als het op een risicovolle manier of door middel van ongezonde strategieën behaald wordt. Niet dik zijn wil dus niet per se zeggen dat de persoon in kwestie gezond is. Dit maakt dat cliënten met boulimia nervosa met een normaal gewicht heel vaak niet opgemerkt worden.

“Lijnen is dé oplossing voor overgewicht”

Lijnen heeft **ongewenste neveneffecten**. Dieetgedrag lokt overeten en eetbuien uit. Hierbij spelen twee mechanismen een rol. Ten eerste negeren mensen die lijnen meestal hun fysiologische behoefte aan energie. Dit voedingstekort leidt vaak tot een hunkering naar voedsel. Ten tweede denken mensen die lijnen vaak zwart/wit in ‘gezonde’ en ‘ongezonde’ voedingsmiddelen. Hierbij ontzeggen ze zich ‘verboden voedsel’. Hierdoor wordt dit voedsel net aantrekkelijker.

Bovendien schakelt het lichaam over op een lager energieverbruik in tijden van lagere energie-inname, waardoor energie sneller opgeslagen wordt. Dit veranderde metabolisme zorgt ervoor dat we sneller bijkomen van zodra er weer gewoon wordt gegeten. Dit mechanisme leidt tot gewichtsschommelingen of het **jojo-effect**. Op een ongezonde manier gewicht verliezen, door maaltijden over te slaan, minder te eten, maaltijdvervangers te gebruiken, het innemen van

dieetpillen,...kan dus op lange termijn leiden tot gewichtstoename, een gewichtstoename die groter is dan mensen die deze ongezonde eetgedragingen niet stellen [55] [56].

Lijnen wordt dan ook beschouwd als een **risicofactor** voor zowel overgewicht als eetstoornissen [55] [9]. Niet iedereen die bewust omgaat met voeding ontwikkelt verstoord eetgedrag. Aspecten die het lijngedrag doen onttaarden zijn onder meer de rigiditeit van het gedachtepatroon rond eten: alles- of niets denken, zwart-wit denken tussen 'gezond' en 'ongezond' voedsel, strenge dieetregels. Hierbij denken we aan extreem lijngedrag zoals maaltijden overslaan, een gelimiteerd eetpatroon, etc. Dit creëert gevoelens van deprivatie en vroeg of laat faalt de zelfregulatie binnen dit strikte denken. Daartegenover staat een meer flexibele, gematigde houding waarbij bepaald voedsel in minder grote hoeveelheid gegeten wordt, zonder deze van het menu te schrappen. Dit is vergelijkbaar met wat men ziet binnen de behandeling van overgewicht en obesitas d.m.v. een evenwichtige leefstijl of eventueel een energiebeperkt dieet, waarvan onderzoek toont dat het gepaard gaat met *minder* risico op eetbuien [57].

Daarom wordt de focus bij de begeleiding van gewichtsproblemen zo sterk gelegd op een gezonde leefstijl en niet op gewichtsdoelen.

“Na bariatric komt alles in orde”

Ook al is bij sommige personen een heelkundige ingreep om gezondheidsredenen aangewezen, toch is de bariatrische geneeskunde **geen wondermiddel** dat obesitas geneest. Het is een manier om levensstijlaanpassingen te kunnen doorvoeren. Simpelweg de absorptiecapaciteit van het spijsverteringsstelsel verminderen heeft geen blijvend effect op het gewicht. Bariatrische chirurgie dient daarom steeds te kaderen binnen een multidisciplinair leefstijlprogramma en vraagt om deskundige begeleiding [58].

Bariatrische chirurgie brengt **risico's** met zich mee en vereist lange termijn gedragsveranderingen. De mortaliteit na bariatrische chirurgie is laag, maar complicaties zouden voorkomen bij 10% tot 20% van de cliënten, op korte en op lange termijn. Zo is er een beduidend risico op nutritionele tekorten, zeker bij voedselopname-beperkende (of malabsorptieve) ingrepen. Door de bariatrische ingreep verandert ook de farmacokinetiek, waardoor de opname van geneesmiddelen gewijzigd wordt [59]. Bovendien wordt in ongeveer 25% van de gevallen niet de voorspelde gewichtsevolutie bereikt, hetzij door een beperkt gewichtsverlies, hetzij door een hernieuwde gewichtstoename enkele jaren na de ingreep [60]. Verschillende studies tonen ook aan dat bij een significante groep cliënten psychologische problemen ontstaan, zoals depressie, verstoord eetgedrag, lichaamsontevredenheid, en middelenmisbruik [61] [62] [63]. Onderzoek toonde ook aan dat heel wat patiënten onrealistische verwachtingen hebben over het mogelijke gewichtsverlies door de ingreep, en dat de therapietrouw ten opzichte van het post-operatieve dieet beperkt is [64] [65].

Alle cliënten hebben **levenslange follow-up** nodig na bariatrische chirurgie, waaronder psychologische nazorg. Naast de positieve gevolgen zoals (een bepaalde mate van) gewichtsreductie en cognitieve verbeteringen zijn er anderzijds ook enkele merkwaardige vaststellingen: (1) na bariatric is er een verhoogd risico op het ontwikkelen van alcoholmisbruik; (2) 2 à 3 jaar na de ingreep is er een verhoogde prevalentie van suïcide (dit ondanks een verbetering in depressieve klachten in de groep als geheel). Ook moet in rekening gebracht worden dat groot gewichtsverlies op korte tijd gepaard gaat met heel wat overtollige huid, wat op zijn beurt de levenskwaliteit kan verminderen.

Het verhoogd risico op het ontwikkelen van **alcoholmisbruik** heeft te maken met het feit dat alcohol op een andere manier door het lichaam verwerkt wordt na bariatric, in het bijzonder bij malabsorptie-ingrepen (bv. RYGB). Na gastric bypass bereiken alcoholniveaus een snellere en hogere piek, en alcohol blijft langer in het lichaam [66] met mogelijks een risico op toxiciteit [67]. De snelle en hoge piek heeft bovendien een belonend effect [66]. Het risico op een alcoholprobleem is dubbel zo groot na een gastric bypass in vergelijking met een restrictieve procedure [68].

In het voorkomen van eetbuien is een verbetering merkbaar na bariatrische chirurgie (omdat een eetbui hebben fysiek onmogelijk is geworden), maar **controleverlies** tijdens het eetgedrag komt nog steeds voor door bijvoorbeeld de hele dag door kleine hoeveelheden te eten ('grazen'). Controleverlies dat na de ingreep ontstaat, gaat gepaard met een minder gunstige gewichtsevolutie.

De bariatrische ingreep heeft daarnaast tot gevolg dat eten en verteren anders verloopt, en patiënten heel wat lichamelijke ongemakken kunnen ondervinden. Ondanks het overgewicht is de meerderheid van de patiënten **ondervoed** (door onevenwichtige calorierijke voeding of door diëten met een inname van minder dan 1500 kcal), met name op vlak van vitamines, mineralen en sporenelementen zelfs voor de operatie. Bariatrische chirurgie induceert vervolgens een beperkte opname van nutriënten, waardoor deze nutritionele tekorten erger kunnen worden.

Angstklachten veranderen weinig door de ingreep [69]. **Depressieve klachten** dalen beduidend in het eerste jaar na de ingreep, maar kunnen nadien terug toenemen. Dit kan te maken hebben met verschillende factoren, zowel met medische (verandering in de werking van antidepressiva, hypoglycemie...), als met psychosociale factoren (depressie kan een terugkerend patroon hebben, ontgoocheling in esthetiek (overschot huid)). De achteruitgang kan ook gewichts- of eetgerelateerd zijn, bijvoorbeeld door gevoelens van teleurstelling over gewichtsverlies, of door het ontstaan van verstoord eetgedrag ten gevolge van veranderingen in het verteringsproces.

Mythes bij de hulpverlener

Cliënten met een eetstoornis zijn niet gemotiveerd om te veranderen

Miller en Rollnick vertrekken van volgend standpunt: "Elke patiënt is gemotiveerd. De uitdaging is te weten waarvoor." En motivatie is vaak een ambivalent gegeven voor cliënten met een eetstoornis. Het verstoord eetgedrag fungeert vaak als oplossingsstrategie voor verschillende problemen en zorgt dan voor controle en houvast. Dit gevoel van controle wordt niet graag opgegeven (zie ook [1.2.](#) en [3.5.](#)). Het is dan ook belangrijk om de Ideas, Concerns en Expectancies (ICE) van de cliënt te verkennen.

Uitbreidingsmateriaal

Voor meer informatie over de verschillende stadia van motivering: [klik hier](#)

Overgewicht heeft de cliënt aan zichzelf te danken.

Onderzoek naar de invloed van stigmatisering toont aan dat er sterke vooroordelen aanwezig zijn, zelfs bij hulpverleners die gespecialiseerd zijn in de aanpak van obesitas, dat de cliënt met overgewicht of obesitasdom, onsuccesvol, lui en onaangenaam zijn en een gebrek aan zelfcontrole hebben [70] [71].

De impact van gewichtsgelateerde stigmatisering door hulpverleners op de fysieke en mentale gezondheid van personen met obesitas is groot. Cliënten met overgewicht en obesitas zijn meer geneigd om gezondheidsgerelateerde afspraken af te zeggen of uit te stellen dan cliënten zonder overgewicht. Gewichtsgelateerde stigmatisering leidt tot uitstel van essentiële preventieve zorg, tot een verhoogde kwetsbaarheid voor depressie, laag zelfbeeld, negatief lichaamsbeeld en andere psychologische problemen, tot een toename van ongezond verstoord eetgedrag, tot een vermindering van het gevoel van zelfdoeltreffendheid in het controleren van voedselinname en een vermindering van sport [70, 72].

In de paragraaf over *“Dik zijn is een teken van zwakte”*, kan je lezen hoe sommige kinderen dubbel benadeeld kunnen zijn door verhoogde beloningsgevoeligheid en beperkte zelfregulatievaardigheden waardoor ze extra kwetsbaar zijn voor overgewicht.

Bovendien blijkt uit recent onderzoek dat het eten van voedsel rijk aan vet en suiker invloed heeft op de werking van de hersenen en dit op verschillende manieren. Zo heeft het een negatief effect op allerlei cognitieve functies zoals geheugen, werkgeheugen, aandacht en gedragsinhibitie. Onderzoek suggereert dat het de werking van de beloningsprocessen verandert op een manier die sterk lijkt op wat er gebeurt bij verslavingsprocessen en we dus zouden kunnen spreken van ‘voedselverslaving’ met bijhorend gedrag. Bijkomend zorgt de inname van voedsel rijk aan vet en suiker voor neurologische veranderingen in de hippocampus. Op die manier worden allerlei cognitieve processen beïnvloed die betrokken zijn in het regelen van hoeveel je eet, wanneer je begint te eten (en dus hoe vaak je eet) en wanneer je stopt met eten. Het disfunctioneren van de hippocampus als gevolg van het teveel aan vetrijk en suikerhoudende voeding leidt tot nog meer eten. Dit kan ertoe leiden dat de persoon met obesitas in een vicieuze cirkel terecht komt [33] [34] [35] [36] [37].

Dit proces kan tot heel wat frustratie leiden bij zowel therapeut als cliënt, aangezien beide tijdens de behandeling kunnen vastlopen: niet omwille van een niet willen veranderen, maar een niet zomaar kunnen veranderen.

Kennis over problematisch eetgedrag en de negatieve gevolgen ervan zal de cliënt wel doen veranderen: een gewaarschuwde man/vrouw is er twee waard.

We weten het eigenlijk wel, enkel uitleg over de negatieve gevolgen van een bepaald soort gedrag zet mensen niet aan om te veranderen. Het is een natuurlijke reflex om vooral de argumenten ‘voor’ verandering in de verf te zetten en uit te leggen waarom verandering belangrijk is. Voor de professionele hulpverlener hebben Miller en Rollnick de Motiverende Gespreksvoering uitgewerkt als kapstok om mensen te begeleiden in een veranderingsproces. Bovendien heeft elk pathologisch gedrag ook voordelen. Deze voordelen dient men ook in kaart te brengen, wat vaak vergeten wordt. Wat is de winst van het symptoom of met andere woorden wat houdt het pathologisch gedrag in stand? Als een bepaald symptoom alleen maar negatieve gevolgen zou hebben, dan zou het uit zichzelf verdwijnen. Het feit dat bepaald pathologisch gedrag aanwezig blijft, wil zeggen dat de cliënt er op een of andere manier winst uit haalt, een winst die misschien niet onmiddellijk zichtbaar of duidelijk is. In functie van de behandeling is belangrijk hier een goed zicht op te krijgen.

Ook vanuit preventief oogpunt gaan we voor het brede publiek (bijv. schoolcontext, opvoedingscontext) niet zomaar problematisch eetgedrag en de negatieve gevolgen ervan in de schijnwerpers zetten. Onderzoek toont aan dat men voorzichtig moet omspringen met het belichten van symptomen of effecten van eetstoornissen, net omdat het de prevalentie ervan kan doen

toenemen. Regelmatige aandacht voor symptomen van psychopathologie en ziek gedrag kunnen uiteindelijk normatief en zelfs ziekmakend werken [73].

Binnen een preventief kader gaan we ons niet richten op probleemgedrag, maar wel elementen van gezond gedrag versterken door ons bij jongeren te richten op: (1) uitbouwen van een positief zelfbeeld (2) verhogen van mediaweerbaarheid en (3) versterken van contacten met leeftijdsgenoten en gevoelens van verbondenheid. Deze drie aspecten zijn belangrijk ter preventie van zowel overgewicht als eetproblemen, maar natuurlijk ook voor heel wat andere geestelijke gezondheidsproblemen [74].

Uitbreidingsmateriaal

Motiverende Gespreksvoering: [klik hier](#)




Stigmatisering: [klik hier](#)

Gewichtsproblemen: [klik hier](#)

2. Diagnostisch: handige tools en specifieke aandachtspunten

Cliënten melden zich vaak niet rechtstreeks aan met een eet- of gewichtsprobleem. Anderzijds vragen ouders, huisartsen (of andere verwijzers) zich vaak af of er een eet- of gewichtsprobleem of – stoornis aanwezig is. Vraag je je af hoe hier aan te beginnen? Wil je meer weten over op welke signalen je kan letten tijdens de intakefase? Zoek je screeningtools voor eetstoornissen bij een eerste contact? Vraag je je af of je ook bij kinderen al signalen kunt waarnemen van een mogelijke eetstoornis? Onderstaande links bieden hier een antwoord op.

Basiskennis

- Algemene informatie over screening en oriëntatie:
 - o [Verkenning](#) van de aanmelding en van de hulpvraag
 - o Rechtstreekse en onrechtstreekse klachten van een eetstoornis bij aanmelding: 
 - o Zichtbare en onzichtbare signalen van een eetstoornis: 
 - o [Screening](#) van een eetstoornis: 
- [Risiko- en beschermende factoren](#)
- Vroegdetectie van eet- en gewichtsproblemen:
 - o [Vroegdetectiesignalen](#)
 - o [Vroegdetectie bij kinderen en jongeren - waarom een uitdaging?](#)

2.1. Kan iemand met een normaal gewicht ook een eetstoornis hebben?

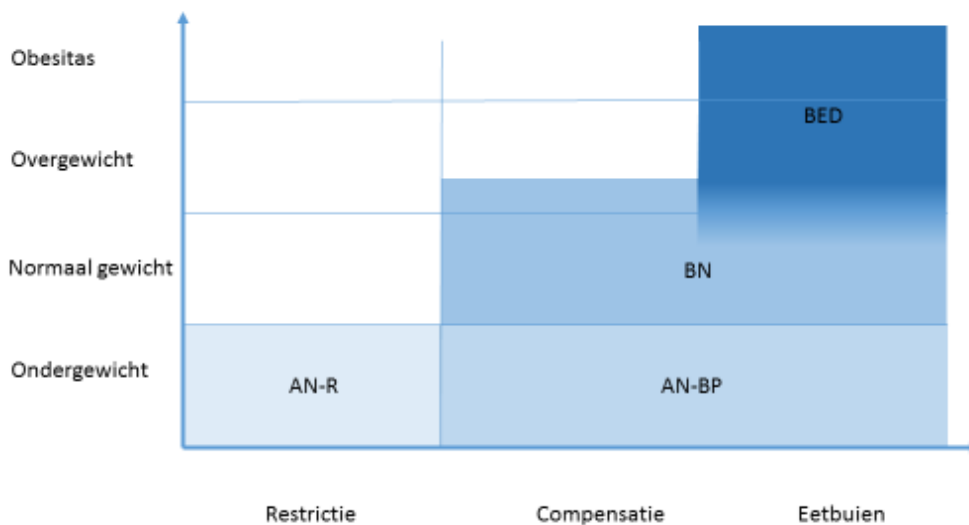
Eetstoornissen en gewichtsproblemen zijn niet hetzelfde. Verstoord eetgedrag en gewicht zijn twee dimensies van een eetstoornis waarbij het een het ander niet uitsluit. **Een normaal gewicht**⁶ is namelijk **niet per definitie gezond** wanneer het op een risicovolle manier behaald of behouden wordt. Daarom is het ook belangrijk om, naast aandacht voor het gewicht en gewichtsgeschiedenis, door te vragen naar de manier waarop er gegeten wordt, en hoe eten ervaren wordt. Zo bestaat er enerzijds het risico op onderschatting van het eetprobleem bij mensen met normaal gewicht. Anderzijds zien we een grote overlap tussen overgewicht/obesitas en eetstoornissen. Opsporen van een onderliggend psychisch lijden, een functionele beperking, een eetstoornis,... zijn uitermate belangrijk om een gewichtsprobleem in een ruimer biospsychosociale context te plaatsen.

Als we kijken naar de meest voorkomende eetstoornissen wordt anorexia nervosa van het restrictieve type gekenmerkt door restrictief eetgedrag, een sterke controledrang en vaak ook overmatig bewegen. Bij anorexia nervosa van het eetbuien-purgerende type, en boulimia nervosa, zijn er twee verstoorde eetgedragingen, namelijk purgeergedrag en eetbuien. Bij de eetbuistoornis zien we enkel de eetbuien. Verder wordt nog een onderscheid gemaakt tussen objectieve en subjectieve eetbuien. Bij subjectieve eetbuien treedt er controleverlies op, maar de hoeveelheid voedsel die gegeten wordt is geen objectief grote hoeveelheid. Bij objectieve eetbuien treedt er controleverlies op én wordt een objectief grote hoeveelheid voedsel gegeten. Indien er ook compensatiegedrag (bv. braken, laxeren, overmatige beweging,...) aanwezig is, kan het gewicht normaal blijven [75].

Eetstoornissen kunnen dus gepaard gaan met ondergewicht, een normaal gewicht of met overgewicht/obesitas, zie figuur 4. Bij anorexia nervosa is er ondergewicht, boulimia nervosa kan voorkomen bij een normaal gewicht of kan gepaard gaan met overgewicht, de eetbuistoornis gaat vaak gepaard met overgewicht of obesitas. Verder zien we bij al deze eetstoornissen een verstoord lichaamsbeeld, waarbij de zelfevaluatie overdreven beïnvloed wordt door het gewicht en de lichaamsvormen [75].

⁶ Kwantitatief is een gewicht normaal te noemen zolang het niet te sterk afwijkt van de verwachte normen met in achtneming van geslacht en leeftijd. Om te beoordelen of een bepaald gewicht "normaal" is, moet het in verhouding staan tot de lengte. Deze verhouding wordt uitgedrukt in termen van "Body Mass Index" (BMI): $BMI = \text{gewicht (kg)} / (\text{lengte (m)} \times \text{lengte (m)}) = \dots \text{ kg/m}^2$

Men spreekt van een normaal gewicht bij een BMI tussen 18,5 en 25. Deze volwassen grenswaarden mogen niet worden toegepast voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar. Hiervoor moet men gebruik maken van leeftijds- en geslachtsspecifieke referentiecurven van de BMI (<http://www.vub.ac.be/groecurven>).



Figuur 4. Kernsymptomen en gewicht als dimensies van eetstoornissen⁷

2.2. Wat bevaagt je bij (het vermoeden van) een eetstoornis?

Bij (het vermoeden van) een eetstoornis worden de belangrijkste symptomen geïnventariseerd. Deze bevinden zich op vijf domeinen:

- **Gewicht:**
Huidig gewicht (in verhouding tot lengte: (adjusted) BMI), gewichtsschommelingen, minimum- en maximumgewicht tijdens de voorbije jaren.
- **Betekenis en beleving** van eigen uiterlijk en gewicht:
Overbezorgdheid, sterke preoccupatie, angst om dik te worden, ontkenning van magerheid.
- **Eetpatroon:**
Frequentie van maaltijden, selectief eten (vermijden van vetten en zoetigheden, enkel “gezonde” voedingsmiddelen eten), eetbuien of controleverlies tijdens het eten.
- **Compenserende maatregelen** om het gewicht onder controle te houden:
overmatig bewegen, zelf opgewekt braken, gebruik van laxemiddelen, diuretica (plaspillen) of afslankmiddelen.
- **Lichamelijke tekenen of klachten:**
koude-gevoel, vermoeidheid, uitblijven van de menstruaties,...(zie ook [1.1.](#)).

De inventarisatie van de symptomen gebeurt best op verschillende manieren en bij de ruimere omgeving van de cliënt (ouders, partner, school,...) omdat niet eerlijk rapporteren vaak een onderdeel vormt van het pathologisch gedrag. Doorheen de behandeling zie je dan ook vaak een stijging in het symptoomgedrag omdat de cliënt eerlijker gaat rapporteren.

⁷ Noot: AN-R = Anorexia Nervosa, Restrictief type; AN-BP = Anorexia Nervosa, Binge/Purge (eetbuien/purgerend type); BN = Bulimia Nervosa; BED = Binge Eating Disorder (Eetbuiestoornis). De typologie van de verschillende eetstoornissen is niet gebaseerd op onderliggende ontstaansmechanismen. Onderzoek toont dat er een gedeeltelijke overlap bestaat in risicofactoren en comorbiditeiten tussen enerzijds AN en BN, en anderzijds BN en BED. Ook zien we dat er symptoomverschuivingen optreden tussen AN en BN en tussen BN en BED, maar dat een evolutie van restrictieve anorexia nervosa naar de eetbuiestoornis of andersom eerder zeldzaam is [26]. Daarom pleiten sommige auteurs om een risicoanalyse te maken van de (kern)symptomen in plaats van de diagnostische categorieën.

Onderstaande checklist kan je helpen bij het systematisch inventariseren van de verschillende symptomen op deze vijf domeinen.

Om deze te downloaden: [klik hier](#)

Om de checklist online in te vullen: [klik hier](#)

Checklist voor symptoominventarisatie

1. Lichamelijke signalen

Een eerste belangrijk lichamenlijk signaal is een verandering in gewicht: een vermagering, een toename in gewicht of een schommeling in gewicht.

Andere lichamelijke signalen van een (beginnende) eetstoornis zijn:

- vage klachten zoals hoofdpijn, moeheid, lusteloosheid
- onregelmatig worden of uitblijven van de menstruaties
- keelpijn, heesheid, zwelling van de speekselklieren
- aantasting van gebit of tandvles (door overmatig braken)
- snel koud hebben; koude handen en voeten; blauwe vingers, lippen of wintertenen
- maag/darmklachten (buikpijn, misselijkheid, zuurbranden, obstipatie)
- spierslapte, duizeligheid, flauwte
- wondjes op rug van vingers en handen (door geforceerd braken)
- slaapproblemen
- verslapping en uitdroging van de huid, gele huid
- overmatige haaruitval
- donshaartjes op het gezicht
- na toiletbezoek bloeddorlopen ogen (door braken)
- vertraging van lengtegroei bij kinderen
- concentratie- en coördinatieproblemen
- hartritmestoornissen (door kaliumtekort)

2. Voeding en eetgedrag

- overdreven bezig zijn met voeding
 - voortdurend bezig zijn met eten, lijnen en calorieën tellen
 - bezoeken van allerlei websites over eten en lijnen
 - overheersende wens te vermageren
 - piekeren over eten, schuldgevoel over 'te veel' eten
- te weinig eten
 - maaltijden overslaan
 - stiekem weggooien van eten
 - vaak aangeven 'geen honger' te hebben
 - herhaalde excuses om niet te hoeven eten
 - vermijden van sociale situaties waarin gegeten wordt
 - treuzelen of 'spelen' met eten tijdens maaltijden
 - langzaam eten en lang kauwen
 - veel water drinken (om honger te stillen)

- te veel eten
 - eten van abnormaal grote hoeveelheden voedsel
 - vaak veel sneller eten dan normaal
 - gevoel eten niet meer onder controle te hebben, met schuld- of onrustgevoelens achteraf
 - vinden van lege verpakkingen, 'verdwenen' voedsel (bv. uit koelkast)
 - stiekem hamsteren van voedsel (bv. op eigen kamer)
 - na het eten naar het toilet gaan (om te braken)
 - stiekem gebruik van laxeremiddelen, plas- of dieetpillen
- selectief eten
 - caloriearm eten en drinken
 - gewoon eten 'te vet' vinden
 - overdreven veel light-producten
 - vermijden van vet en zoet voedsel

3. Beweeggedrag

- overdreven veel bewegen/sporten
 - beweging interfereert met belangrijke activiteiten
 - bewegen op ongepaste tijdstippen of in ongepaste settings
 - blijven bewegen ondanks blessures of ziekte
 - zelden gaan zitten of rust nemen
- bewegen of sporten als middel om lichaamsvorm of gewicht te veranderen
 - rond etenstijd sporten
 - onvoldoende rekening houden met signalen van vermoeidheid of pijn
 - veelvuldig intensieve lichaams oefeningen doen om calorieën te verbranden
 - steeds verder opvoeren van intensiteit en frequentie
 - rigide oefenschema
 - schuldig voelen wanneer beweging niet kan doorgaan

4. Psycho-sociale signalen

- lage zelfwaardering, gebrek aan zelfvertrouwen
- negatief lichaamsbeeld
 - zichzelf lelijk en dik voelen
 - bang zijn om dik te worden
 - herhaaldelijk voor de spiegel of op de weegschaal staan of niet voor de spiegel of op de weegschaal durven staan
 - veel bezig zijn met gewicht en figuur
 - gewicht bepaalt humeur
 - denken en doen wordt gedomineerd door de wens slank te zijn
 - onvrede met of schaamte over het eigen lichaam
 - verhullende kleding dragen
- faalangst, perfectionisme en prestatiedrang (bv. in sport, studie of werk)
- sterke stemmingswisselingen, prikkelbaarheid
- somberheid en negatieve kijk op zichzelf en de toekomst

- toenemend sociaal isolement
- stelen van voedsel of geld (om voedsel of afslankmiddelen te kopen)
- problemen op school of werk

Eenvoudige registratieopdrachten door de cliënt kunnen ook helpen om zicht te krijgen op het eet- en bewegingspatroon in het dagelijkse leven. Een voorbeeld van een registratieopdracht is het eetdagboek, waarbij de cliënt systematisch registreert: tijdstip, situatie, soort en hoeveelheid van eten; eventueel braken, laxeren of extra bewegen; gevoelens en gedachten vooraf en achteraf, eventueel alternatieve copinggedragingen ([voorbeeld](#)).

Het correct invullen van (een deel van) zo'n eetdagboek is vaak al een (tussen)doelstelling op zich en moet door de cliënt ervaren worden als een hulpmiddel voor zichzelf en geen controlemiddel voor de hulpverlener. Uiteraard moet er al voldoende probleembesef zijn voor men dergelijke opdracht geeft.

Daarnaast is het ook belangrijk om een ernstinschatting te maken van de eetstoornis.

Ernstinschatting

Inschatting van de ernst van het probleem is belangrijk voor de indicatiestelling en uitwerking van prioriteiten in het behandelplan, met name de vraag naar dringendheid en noodzaak van gespecialiseerde hulp en/of opname (zie meer hierover in [3.5.](#)). En op deze manier plaats je de eetstoornis ook in de ruimere psychosociale context van de cliënt.

- **Medische ernstinschatting:**
Bij eet- en gewichtsproblemen spelen uiteraard lichamelijke factoren een grote rol. Hiervoor is inschatting door een arts aangewezen. Welke lichamelijke gevolgen zijn aanwezig? Een heel aantal somatische klachten verdwijnen bij herstel van het gewicht. Andere gevolgen zijn onomkeerbaar (bv. Osteoporose) of zelfs levensbedreigend (bv. kaliumtekort). Zie ook [1.1.](#)
- **Duur en voorgeschiedenis:**
Hoe langer de eetstoornis al aanwezig is, des te moeilijker is het herstel.
- **Comorbiditeit:**
Optreden van andere problemen naast het eet/gewichtsprobleem, met name misbruik van alcohol/drugs, ernstige stemmingsstoornis (suïcidaliteit), persoonlijkheidsstoornis, PTSD, angststoornissen. Zie ook [1.3.](#)
- **Wat is de impact van de eetstoornis op het psychosociaal functioneren?**
Hoe meer dit verstoord is, hoe ernstiger de problematiek.
Hoe centraal staat de eetstoornis bij de omgeving? Hoe is het met de draagkracht van het gezin/de omgeving? Zie ook [1.2.](#)
- **Motivatie tot verandering:**
Niet zelden treedt ontkenning of minimalisering op bij ernstige problemen.
Hoe staat de cliënt tegenover behandeling/verandering? In de beginfase van een eetstoornis neemt het zelfvertrouwen en gevoel van controle sterk toe. Lijnen en afvallen is op dat moment nog een 'efficiënte oplossing' om met allerlei moeilijkheden om te gaan die een cliënt niet zomaar zal loslaten. De meeste cliënten met een eetstoornis geraken pas gemotiveerd als ze geconfronteerd worden met allerlei ongewenste lichamelijke, psychische, sociale en financiële gevolgen [15]. De motivatie blijkt nog wel een lange tijd ambivalent

omdat de cliënt vaak nog erg bang is om de ‘oplossing’ los te laten. Voldoende erkenning en oprecht begrip voor deze gehechtheid aan het symptoom zijn belangrijk.

- **Eerdere behandelingspogingen:** wat werd er reeds aan aanpak geprobeerd, wat werkte, wat niet en waarom?
- **Beschermende factoren:** zijn er ‘buffers’?

Uitbreidingsmateriaal

- Multidisciplinaire inventarisatie: klik [hier](#)
 - met voorbeelden van anamneseformulieren voor arts, diëtist, psycholoog
 - anamnese en klinisch onderzoek bij eetstoornissen door de arts: klik [hier](#)
- Inschatting motivatie
 - [motivatiekaders](#)
 - In hoeverre is de cliënt bereid om gedrag te veranderen?
 - Hoe kunnen we de kwaliteit van de motivatie verhogen?
 - Welke gesprekstechnieken kunnen we gebruiken?
 - online tool: zie online draaiboek
- In functie van probleemsamenhang:
 - het [Transdiagnostisch Model van eetstoornissen](#)
 - [Kwetsbaarheden, triggers, en onderhoudende factoren bij anorexia nervosa](#)
 - [Kwetsbaarheden, triggers en onderhoudende factoren bij boulimische gedragingen](#)

2.3. Welke testen zijn nodig? Waar kan je die vinden?

De diagnose van anorexia nervosa, boulimia nervosa of eetbuistoornis is een gedragsdiagnose op basis van een klinisch oordeel. Testen zijn hulpmiddelen om relevante beschermende, risico- en onderhoudende factoren in kaart te brengen (zie ook [1.4.](#)). Om een daadwerkelijke diagnose te stellen, is de SCID-5, het gestructureerd klinisch interview van de DSM-5, de gouden standaard.

[2.2.](#) gaat verder in op wat je bevroegt bij (een vermoeden van) een eetstoornis. De checklist voor symptoominventarisatie kan hierbij een handig instrument zijn. Er bestaan ook enkele vragenlijsten die hierbij kunnen helpen. Je dient zoals reeds aangegeven zowel de cliënt als de omgeving te bevragen en waar mogelijk op verschillende manieren.

Vanuit handelingsgericht oogpunt kunnen onderstaande specifieke testen een meerwaarde zijn. Dit is geen exhaustief overzicht van alle mogelijke relevante meetinstrumenten. Daarvoor verwijzen we je naar www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/measuringinstruments.

Symptomen in kaart brengen:

- **Verstoord eetgedrag en verstoorde cognities:**
 - In functie van diagnostiek en ernstinschatting:
 - Eating Disorder Examination Questionnaire - *EDE-Q, Fairburn & Beglin, 1994*

- [Vragenlijst Eetproblemen](#) – vertaling EF Furth (2000): **gratis**
Eetvragenlijst voor kinderen (*chEDE-Q*) – vertaling Mulken& Jansen (2007) – 8 tot 18 jaar: **gratis** op te vragen bij lien.goossens@ugent.be
 - [Inventarisatie van eetstoornissymptomen](#) - *EDI-3*, Garner & Van Strien, 2016 – 13 tot 39 jaar
 - **Eetstijl (bij overgewicht):**
Bijkomend informatie over de eetstijl geeft handvatten voor de behandeling: bij iemand met een emotionele eetstijl ga je werken aan alternatieve copingstrategieën; bij iemand met een externe eetstijl komen zelfcontrole en contact maken met lichaamssignalen rond honger en verzadiging aan bod. Bij iemand met een lijngerichte eetstijl ga je onder meer in op het zwart-wit denken over gezondheid.
 - [Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag](#) *NVE, Van Strien, 1986, 12 – 70 jaar* maakt onderscheid tussen emotioneel eten, extern eten en lijngericht eten.
 - [Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag bij Kinderen](#) ... *NVE-K, 1997, Van Strien, 7 – 12 jaar*
 - **Eetdagboek:**
Voor een voorbeeld: [klik hier](#)

Comorbiditeit op vlak van As I en As II klachten:

- **Internaliserende en externaliserende gedragsproblemen:**
 - [Symptom Checklist](#) *SCL-90-R, 2003, vanaf 12 jaar*
 - [Brief Symptom Inventory](#) *BSI, verkorte versie van SCL-90-R, 2011, vanaf 18 jaar*
 - [Child Behavior Checklist](#) *CBCL, 1,1/5-5 jaar, 6-18 jaar, 18+*
 - [Strengths and difficulties Questionnaires](#), **gratis** te downloaden, 2-4 jaar, 4-17 jaar, 18+
 - Nederlandstalige versie vragenlijsten: [klik hier](#)
 - Nederlandstalige handleiding: [klik hier](#)
- **Persoonlijkheid:**
Er is een hoge comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen en eet- en gewichtsproblemen. De mate van impulsiviteit en/of rigiditeit vragen elk een andere aanpak. Controlegedrag en impulsiviteit komen ook vaak samen voor. Dit patroon zien we bijvoorbeeld bij patiënten met boulimia nervosa, waarbij controle gezocht wordt in restrictie van eetgedrag, na eetbuien die gekenmerkt worden door impulsiviteit. Daarbij is het als hulpverlener vooral zaak de ‘wipplankbeweging’ van eetbuien naar restrictie en omgekeerd te proberen beperken.
 - [Quick Big Five persoonlijkheidstest](#) *QBF, Vermulst and Gerris 2005, +18j*

Coping:

- **Copingstrategieën:**
Gebrekkige emotieregulatie is een belangrijke risicofactor voor eet- en gewichtsproblemen. Aanleren van adequate coping strategieën maakt doorgaans deel uit van de behandeling.
 - [Utrechtse Copinglijst](#) – *UCL, 1993* – vanaf 14 jaar

Gezinscontext en ruimere context:

- **Gehechtheid:**

De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie is zowel een risicofactor als een belangrijke factor in de ernst van de problematiek. Het dient dan ook meegenomen te worden in de behandeling.

 - [Experiences in Close Relationships Questionnaire](#) – ECR, Fraley, Waller & Shaver (2000) – [vertaling Buysse & Dewitte \(2004\)](#) – gratis, [scoring](#)
 - People in my life, PIML, 10-11j
 - Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA, 12-19j
 - [My memories on upbringing](#), EMBU
- **Ruimere context:**
 - [Vragenlijst Belastende Ervaringen](#) – VBE, Nijenhuis et al (2002), vertaling van Traumatic Experience Checklist.
 - [Zelfinventarisatie Posttraumatische stressstoornis](#) – ZIL, Hovens et al. (2001)

Uitbreidingsmateriaal

- De invloed van [temperamentsfactoren](#) op de ontwikkeling van eetstoornissen.

3. Behandeling: Wat zijn de specifieke aandachtspunten?

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de elementen die aan bod komen in de behandeling van eetstoornissen (AN, BN, BED, subklinische eetstoornissen). Waar wetenschappelijke consensus over is, geven we concrete handvatten mee. We werken een basissjabloon uit waar iedere therapeut vanuit zijn eigen therapeutisch kader mee aan het werk kan. Vanuit de verschillende therapeutische stromingen zijn hier heel wat publicaties voor voorhanden.

Er wordt in dit draaiboek geen onderverdeling gemaakt per eetstoornis. De elementen die aan bod komen, bouwen verder op de transdiagnostische componenten Pennesi en Wade [46], gebaseerd op het transdiagnostisch model van Fairburn et al. [47], en het dual pathway model van Stice [48]. Afhankelijk van de aard van de eetstoornis en specifieke symptomen bij de cliënt zullen bepaalde elementen uit dit basissjabloon meer of minder aan bod komen in de behandeling.

3.1.1. Herstel

De behandeling van eetstoornissen is meestal een langdurig en intensief proces. Het volledig herstelproces duurt verschillende jaren. Een ambulante behandelingstraject (in een CGG) is daar een belangrijk onderdeel van alsook een noodzakelijk onderdeel voor én na een tijdelijke residentiële behandelingsfase. Follow-up gesprekken en hervalpreventie zijn sterk aangewezen. Recente onderzoeken geven aan dat ongeveer 70% volledig herstelt [2] [15], maar een volledig herstel, fysiek, psychologisch en sociaal, wordt niet noodzakelijk bereikt op het einde van de behandeling in het CGG, en wel in de periode nadien. Factoren die een gunstige invloed hebben op herstel, zijn snelle en gepaste behandeling na diagnose, vroegtijdige detectie bij adolescenten en goede nazorg [5] [9] [76].

3.1.2. Motivationale processen ter ondersteuning van het therapeutisch proces

Verbondenheid: Aandacht aan de therapeutische relatie

Om drop-out en niet-succesvolle behandeling te voorkomen moet er in de eerste plaats veel aandacht besteed worden aan de therapeutische relatie [77].

Hindernissen zoals het niet eerlijk rapporteren van symptoomgedrag en het zich te afhankelijk opstellen tegenover de therapeut, kunnen de behandeling doen mislukken. Daarom is het belangrijk bij aanvang van de behandeling te investeren in de therapeutische relatie en deze regelmatig te evalueren. Binnen een veilige therapeutische relatie kan “niet altijd eerlijk rapporteren” aan bod komen. Omdat cliënten (zeker met boulimia nervosa en eetbuistoornis), zich vaak schamen en schuldig voelen, kan het moeilijk zijn voor hen om eerlijk en open te zijn over hun gedrag. Maar ook te afhankelijk opstellen kan een groeithema worden. Mede door hun negatief zelfbeeld zijn sommige cliënten geneigd zich te afhankelijk op te stellen tegenover een deskundige therapeut. Cliënten zelfstandig leren omgaan met hun probleem is dus een belangrijke onderdeel van de behandeling.

Competentie: succeservaringen opdoen

Naast veel aandacht besteden aan de therapeutische relatie is het ook om belangrijk hoop op verandering te blijven opwekken. Als cliënten reeds vele jaren onder hun eetstoornis lijden, kunnen ze bij de zoveelste behandeling hopeloos worden en dit kan een risico geven op drop-out. Daarom is het belangrijk dat de therapeut de kwaliteiten van de cliënt blijft benadrukken en alert is voor elke kleine stap die de cliënt in de goede richting zet. De zelfkritische ingesteldheid vormt ook een belangrijke valkuil bij de behandeling. Cliënten kunnen dan te veeleisend zijn en te snel te grote veranderingen verwachten, wat dan de zoveelste ervaring van mislukking uitlokt. De therapie moet er daarom mee voor zorgen dat cliënten nieuwe positieve ervaringen opdoen. Veranderingen plannen via haalbare stappen en met maximale slaagkansen is cruciaal. De kans op bevestiging zal ook vergroten als cliënten voldoende sociale contacten hebben.

Autonomie: oog voor de doelstellingen van de cliënt

Om drop-out te voorkomen is het belangrijk om zich als therapeut flexibel op te stellen. Wanneer tijdens de behandeling blijkt dat de doelstellingen of verwachtingen van cliënt en therapeut niet overeenstemmen, kan dit voor frustraties zorgen en vormt dit mogelijk een bedreiging voor een goede samenwerking. Om mislukking van de therapie te vermijden, dient de therapeut hier oog voor te hebben en dit bespreekbaar te maken en tegelijkertijd het kader te bewaken waarbinnen gewerkt wordt.

Aan de motivatie van de cliënt moet gedurende de hele behandeling aandacht geschonken worden. Cliënten met een eetstoornis tonen vaak een ambivalentie tegenover verandering. Het is zowel voor deze cliënten als voor de therapeut erg belangrijk om die ambivalentie scherp te stellen, bespreekbaar te maken en de nodige erkenning te geven om de kans op een succesvolle behandeling te verhogen.

3.2. Een eetstoornis heeft een grote impact op het leven van een cliënt en kent een complex ontstaansmechanisme. Wat komt er aan bod in gerichte zorg op maat?

Herstellen van een eetstoornis situeert zich op verschillende vlakken die hand in hand gaan met elkaar. Er is het somatische, het psychische en het sociale domein. Gezien de ingrijpende gevolgen van het verstoord eetgedrag en eetpatroon op die drie domeinen (zie [1.1.](#) en [1.2.](#)) krijgt het herstellen van dit eetpatroon een centrale plaats in de behandeling van eetstoornissen [78]. Daarnaast komen nog heel wat andere doelstellingen met betrekking tot het biopsychosociaal functioneren aan bod in de behandeling.

We ordenen de belangrijkste domeinen van het biopsychosociaal functioneren waarbinnen veel voorkomende doelstellingen bij eet-/gewichtproblemen gesitueerd worden. Op basis van de gegevens die tijdens de intakefase verzameld werden, kunnen een probleemsamenhang en diverse doelstellingen voor het behandeltraject besproken worden met de cliënt, en met hem/haar afgestemd worden. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de voor het CGG vertaalde *Bern Inventory of Treatment Goals* – Checklist behandeldoelen. Het is bovendien essentieel oog te hebben voor eventuele comorbiditeit (zoals misbruik van alcohol of drugs, stemmings-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen). Voor de timing van de verschillende aspecten van de behandeling verwijzen we naar vraag [3.3.](#) waar we verder in gaan op de aspecten die voorrang dienen te krijgen.

3.2.1. Eetgedrag en eetpatroon

Strikte diëten en/of eetbuien gaan gepaard met een verstoring van het eetgedrag en het eetpatroon. Een normalisering van eetgedrag en eetpatroon is essentieel bij cliënten met eet- en gewichtproblemen. Velen ervaren geen normaal honger- of verzadigingsgevoel meer en het (niet) eten wordt vooral bepaald door emoties en gedachten in plaats van door gezonde behoeften van het lichaam. Doelstellingen richten zich op het stapsgewijs uitbouwen en handhaven van een regelmatig eetpatroon. Hiertoe behoort uiteraard de [directe aanpak van eetbuien, braken of laxeren](#). Uit onderzoek blijkt dat cliënten die erin slagen tijdens de eerste twee maanden van de behandeling het aantal eetbuien en purgeergedrag (braken en laxeren) significant te verminderen, een veel grotere kans hebben op een goed behandelresultaat [79].

Door de verstoring in het normale honger- en verzadigingsgevoel kunnen de meeste cliënten niet rekenen op de signalen van hun lichaam om te bepalen wat, hoeveel en wanneer ze moeten eten. Voor het herstel van een gezond bioritme is het nodig een regelmatig eetpatroon op te bouwen. Als leidraad wordt uitgegaan van een dagstructuur met 3 hoofdmaaltijden en 2 à 3 tussendoortjes, wat neerkomt op ongeveer 3 uur rust tussen de maaltijdmomenten. Bij voorkeur worden met behulp van een gespecialiseerde diëtist afspraken gemaakt over tijdstip, plaats, hoeveelheid en kwaliteit van het voedsel. Maar ook het eetgedrag zelf wordt besproken: snel, schrokken, doorslikken zonder te proeven, of heel traag, met kleine hapjes...

Een bijkomende uitdaging is dat vele cliënten met een verstoord eetpatroon, vaak ook zeer rigide en zwart/wit denken over voeding: ‘gezond’ vs. ‘ongezond’, ‘verboden’ voedsel,... wat soms leidt tot extreme angst voor bepaalde voedingsproducten. Het doorbreken van dit zwart/wit denken en het uitbouwen van een gevarieerd ... komen dan ook aan bod, maar dit eerder later in de behandeling. Het herstellen van een regelmatig eetpatroon gaat voor op wat er precies gegeten wordt.

Uitbreidingsmateriaal

- Aanbevelingen wat betreft evenwichtige voeding: klik [hier](#). Zie ook www.gezondleven.be.

- Leeftijdsspecifieke adviezen op vlak van evenwichtige voeding en beweging: zie [tool](#) in het online draaiboek)
- Toelichting bij het gebruik van een eetdagboek: klik [hier](#)

3.2.2. Lichamelijk functioneren

Het is eigen aan eet- en gewichtsproblemen dat het *lichamelijk functioneren* in belangrijke mate verstoord kan zijn (zie ook [1.1.](#)). Deze kunnen te wijten zijn aan onder- of overgewicht ten gevolge van de eetstoornis, en aan de compensatiemechanismen van eetbuien (braken, laxeren...). Hieruit kunnen gerichte doelstellingen voortkomen (bv. herstel van verstoorde elektrolytenbalans ten gevolge van braken en/of laxeren).

Bij het bepalen van *doelen rond gewichtsherstel* gaat men bij kinderen en jongeren uit van het normale groeiproces (ontwikkeling lengte en gewicht over jaren). Groeicurves geven een duidelijk overzicht en worden bijgehouden door elk CLB (op verzoek van de ouders te verkrijgen) of door Kind en Gezin (bij jonge kinderen). ‘Normale’ gewichtsgrenzen worden bepaald in functie van geslacht, leeftijd en lengte. Bij kinderen en jongeren is het vrijwaren of herstellen van de normale groei het uitgangspunt. Bij volwassenen gebruikt men de Body Mass Index, met als streefdoel een BMI tussen 18,5 en 25.

Bij *overgewicht* blijft het hoofddoel het aanleren van een gezondere levensstijl. Hiertoe behoort een evenwichtig eetpatroon en genoeg beweging. Bij kinderen (<12 jaar) met overgewicht die nog niet volgroeid zijn, is gewichtsstagnatie een belangrijke eerste stap omdat ze dan door de normale groei geleidelijk weer tot een normaal gewicht kunnen evolueren. Gewichtscntrole kan ook betekenen, relatief minder in gewicht toenemen dat in lengte, waardoor de mate van overgewicht minder wordt. In geval van obesitas kan geleidelijk en verantwoord gewichtsverlies een (secundair) doel zijn, dit echter steeds binnen een leefstijlbehandeling waarbij gezondheidswinst primair is. Hiervoor kan een diëtiste en/of psychologe worden ingeschakeld en is samenwerking met de huisarts aanbevolen.

In geval van ernstig *ondergewicht* kan het nodig zijn een minimum toename binnen een vaste periode af te spreken. Ook wordt vooraf afgesproken wat de mogelijke gevolgen zijn als dit doel niet tijdig wordt bereikt (of als de cliënt verder achteruit gaat). Bij ernstig ondergewicht (< BMI 16,5 of het equivalente percentiel voor ernstig ondergewicht bij jongeren) kan dit betekenen dat fysieke inspanningen (fietsen, sporten, fitness) beperkt of gestopt worden tot een bepaald minimaal gewicht bereikt is. Aanbevolen wordt dit soort afspraken schriftelijk vast te leggen en bij kinderen en jongeren de ouders te betrekken in deze overeenkomsten.

Er dient steeds een arts betrokken te worden voor de somatische opvolging. Specifieke richtlijnen hierover zijn terug te vinden in de ondersteuningstekst voor (huis)artsen rond [de somatische opvolging van eetstoornissen](#).

Uitbreidingsmateriaal

- Voor leeftijds- en geslachtsspecifieke referentiecuren voor kinderen en jongeren: klik [hier](#)
- Het gebruik van [medicatie](#) tijdens de behandeling van eetstoornissen.

- [Somatische opvolging eetstoornissen](#). Er dient steeds een arts betrokken te worden voor de somatische opvolging. Specifieke richtlijnen hierover zijn terug te vinden in de ondersteuningstekst voor (huis)artsen rond de somatische opvolging van eetstoornissen.

3.2.3. Psychosociaal functioneren

Hieronder bouwen we verder op de componenten van Pennesi en Wade [46] besproken, gebaseerd op het [transdiagnostisch model van Fairburn](#) et al. [47], en het [dual pathway model van Stice](#) [48]. Voor specifieke antecedenten, triggers en gevolgen van anorexia nervosa en boulimische gedragingen verwijzen we naar de afzonderlijke tabellen (zie bijlage 3 en 4). Deze tabellen kunnen helpen om de specifieke functie van het verstoorde eetgedrag en/of purgeergedrag in kaart te brengen en zorg op maat uit te werken.

3.2.3.1. Preoccupatie met gewicht en lichaamsvormen

Mensen met een eetstoornis (en ook bij gewichtsproblemen) hebben vaak een negatieve lichaamsbeleving. Zolang er sprake is van een negatieve waardering van het eigen lichaam, bestaat ook het risico op terugval.

Deze negatieve lichaamsbeleving bevat drie componenten:

- Een cognitief-emotioneel aspect
 - Ontevredenheid
 - Overmatig belang hechten aan gewicht en lichaamsvormen in de zelfwaardering
- Een perceptueel aspect
 - Lichaamsomvang overschatten
- Een gedragsmatig aspect
 - Vermijding
 - “Body checking”
 - Verbergen

Het streven naar een slanker uiterlijk of mooier figuur kan beschouwd worden als een poging om een negatief zelfbeeld te verbeteren vanuit de gedachte: “als ik er beter uitzie dan zal ik me ook beter voelen”. Ook los van het algemeen zelfwaardegevoel vormt de (her)opbouw van een realistischer lichaamsbeeld in vele gevallen een centrale doelstelling in de behandeling van eet- en gewichtsproblemen. Velen hebben een vervormde perceptie van hun lichaam en/of schuwen lichaamscontact. Relaxatietraining en het stimuleren van ontspannende fysieke activiteiten (‘sport voor plezier’) kunnen bijdragen tot een positievere lichaamsbeleving.

Veel mensen met een eetstoornis blijken hun lichaam niet meer te kunnen of te willen voelen. Ze sluiten zich af voor allerlei lichamelijke sensaties, niet alleen voor honger en verzadiging, maar ook voor warmte en kou, vermoeidheid en pijn. Voor herstel is het van groot belang dat cliënten weer in contact komen met hun lichaam en de lichamelijke sensaties [11, 23].

Een negatieve lichaamsbeleving en dissociatie van de signalen die het lichaam uitzendt kan het resultaat zijn van een negatieve leergeschiedenis: een kille opvoeding en/of fysiek en seksueel misbruik zorgen voor negatieve associaties [22, 23]. Verwerking hiervan staat dan ook voorop zodra de cliënt lichamenlijk en psychisch hiertoe in staat is. De angst voor seksualiteit kan ook een uiting zijn

van een meer algemene angst voor volwassenheid (mogelijk binnen een separatie-individueelproces eigen aan de adolescentie). Deze thematiek kan dus zowel voorwerp zijn van een individuele therapie als aanleiding vormen om het relatiesysteem (ouders, partner) bij de behandeling te betrekken.

3.2.3.2. Negatief affect en gebrekkige emotieregulatie

Personen met een angstig/depressief reactiepatroon lopen een groter risico om een eetstoornis te ontwikkelen. We zien dit ook in de hoge comorbiditeit met angst- en stemmingsstoornissen, en in perfectionistische persoonlijkheidskenmerken bij de eetstoornispopulatie [80]. Eén van de mechanismen die eetstoornissen onderhoudt is een gebrekkige emotieregulatie [47]. Vaak zien we dat niet eten of eetbuien functioneren als een manier om met een aantal problemen of moeilijke gevoelens om te gaan. Zo kunnen boulimische symptomen (eetbuien, purgeergedrag) dienen als afleiding van of troost bij negatief affect [81, 23]. Uitbreiden van het copingrepertoire met een aantal 'gezondere' strategieën kan een belangrijke doelstelling worden.

Omdat een eet- of gewichtsprobleem vaak een rol speelt bij coping met allerlei gevoelens of emoties (onzekerheid, eenzaamheid, verdriet, kwaadheid) [47] [82] is bewustwording van eigen emoties en stemmingswisselingen belangrijk om vervolgens gepaste copingstrategieën te kiezen. Dit geldt ook voor de subgroep kinderen met overgewicht die emotioneel eten hanteren als copingstijl om met angst om te gaan, bij gebrek aan andere emotieregulatiemechanismen.

3.2.3.3. Problemen in het zelfbeeld

Bij cliënten met een eet- of gewichtsprobleem blijkt vaak een laag zelfbeeld of gering zelfwaardergevoel voor te komen. Deze kan zowel oorzaak als gevolg zijn van het eet- of gewichtsprobleem. Een negatieve zelfbeoordeling staat vaak centraal: in vergelijking met anderen voelt men zich meestal de mindere. Typisch komt dit tot uiting in negatief gekleurde denkpatronen. Kenmerkend is ook dat stemming en zelfwaardering kunnen schommelen volgens het gewicht op de weegschaal.

Doelstelling is dan het ontwikkelen van een positiever zelfbeeld en een betere zelfwaarde. Het verkennen en corrigeren van dergelijke cognitieve disfuncties vormt een belangrijke component van de behandeling. In het algemeen gaat het om de ontwikkeling van een realistischer (genuanceerder en positiever) beeld van de eigen persoon (identiteit, eigenwaarde) zoals dat ook weerspiegeld kan worden in het lichaamsbeeld. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan het stimuleren van verschillende domeinen van het zelfbeeld (bv. werk, relaties, hobby's...). Zelfaanvaarding is één van de belangrijke factoren voor herstel van een eetstoornis [83].

3.2.3.4. Interpersoonlijk functioneren

Familiecontext

Men heeft lang gezocht naar specifieke aspecten in het gezinsfunctioneren die het ontstaan van de eetstoornis zouden kunnen verklaren (bv. het psychosomatisch gezin; Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Wetenschappelijk bewijs voor een specifiek "eetstoornisgezin" werd nooit gevonden. Momenteel gaat men er vanuit dat eetstoornissen kunnen ontstaan in zeer diverse families. De zoektocht naar een oorzakelijk model heeft plaatsgemaakt voor de ontwikkeling van een

behandelingsgericht model waarbij de eetstoornis beschreven wordt als het centraal organiserend principe van het gezinsfunctioneren [13]. Dit model beschrijft hoe symptomen steeds meer het gezinsleven gaan domineren en hoe het gezin verstrikt geraakt in een negatieve vicieuze cirkel die symptomen mogelijks versterken of verder onderhouden. Deze manier van kijken biedt aangrijpingspunten voor specifieke gezinsinterventies bij eetstoornissen [84].

Hieruit kunnen enkele belangrijke aandachtspunten worden afgeleid:

De stem van de ouders: Hoe jonger de patiënt, des te belangrijker de rol van de ouders wordt. In de klinische praktijk wordt vaak een dubbel traject gehanteerd: een individueel parcours met de jongere zelf naast een traject waar ouders regelmatig gezien worden al dan niet samen met de jongere. Hierbij moet uiteraard ook rekening gehouden worden met de veiligheid van het kind binnen het gezin, bv. in situaties van mishandeling of misbruik.

De stem van de patiënt: Over het 'hoe' kan je onderhandelen met de cliënt: heeft de cliënt de voorkeur om samen met de ouders op gesprek te komen of om bij oudergesprekken niet aanwezig te zijn. Indien de jongere zich verzet tegen betrokkenheid van de ouders is het goed om uit te zoeken wat de redenen hiervoor zijn en wat wel/niet haalbaar is voor de jongere. Ook bij veel negatieve kritiek van ouders naar de jongere toe is het aangewezen om ouders afzonderlijk van de jongere te zien [85].

Wat kan ouder- of gezinsbegeleiding bij een eetstoornispatiënten inhouden?

- Naast **voorlichting en informatie** over het behandelbeleid hebben ouders vaak nood aan **concrete handvatten in het omgaan met eetstoornissymptomen** in de thuissituatie. Ouders kunnen het herstel van het kind immers op zeer concrete wijze ondersteunen maar hiervoor is dialoog met alle partijen nodig. Ouders moeten leren onderscheid te maken tussen hun kind en het eetstoornisgedrag. Hiervoor hebben ze informatie nodig en ook dialoog met hun kind kan hierin helpen. Daarnaast kunnen ze bijvoorbeeld een belangrijke rol spelen in het helpen structureren van de maaltijden (werken met 6 maaltijden), het opvangen van moeilijke momenten, inbouwen van veiligheidsgedrag bij controleverlies, etc. In dit alles is essentieel dat zij hun eigen emoties kunnen reguleren en een consequente aanpak proberen na te streven.
- In een volgende fase, wanneer symptomen gestabiliseerd zijn, kunnen meer **relationele en gezinsspecifieke aspecten** besproken worden (o.a. ontwikkelingstaken als adolescent) en kan er gepraat worden over de betekenis/functie van de eetstoornis.
- In een laatste afrondende fase, kan het gezin betrokken worden in het uitwerken van een **toekomst- en een terugvalpreventieplan** [13].

Algemeen zetten ouders best in op 'contact' met hun zoon of dochter. Daarvoor is het noodzakelijk dat ze een goed evenwicht vinden tussen 'sturen' en 'steunen'. Enerzijds is het helpend dat ouders duidelijke lijnen uitzetten (bv. we verwachten dat je aan tafel komt) maar anderzijds moet een eindeloze strijd die vaak eindigt in verwijt of zelfs agressie vermeden worden. Concreet betekent dit dat ouders hun kind kunnen aanmoedigen om te eten maar dat ze best discussie proberen te vermijden.

Doorgaans gaan ouders door een helse periode. De behandelende therapeut dient hier oog voor te hebben: hoe kunnen ouders in deze periode overleven? De kans op de ontwikkeling van psychische problemen (bv. angst- en depressie) bij deze ouders is immers zeer reëel [86].

Vrienden en relaties

Het aanleren van sociale vaardigheden komt ook vaak aan bod omdat eet- en gewichtsproblemen kunnen voortkomen uit, of aanleiding geven tot, het vermijden van sociale omgang. Veel cliënten met een eet- of gewichtsprobleem geraken mettertijd sociaal geïsoleerd. Schaamte, gebrekkig zelfvertrouwen of pesterijen kunnen bijdragen tot een verder isolement en afbrokkelen van het steunnetwerk. Bovendien is het samen eten juist een veel voorkomende sociale activiteit.

Niet alleen de uitbreiding van sociale vaardigheden, maar ook de (her)opbouw van ondersteunende sociale contacten zijn dan kerndoelstellingen. Men zal daadwerkelijk moeten zorgen voor een actieve inschakeling in sociale activiteiten. Klasgenoten of collega's op het werk kunnen invloedrijke modellen van sociaal gedrag zijn maar ook fungeren als vertrouwenspersonen of steunfiguren. Zoals bij psychische problemen in het algemeen geldt ook voor eet- en gewichtsproblemen dat de kansen op herstel groter zijn naarmate er een constructief sociaal netwerk beschikbaar is.

Maar ook het durven aangaan van betekenisvolle en intieme relaties is een belangrijk aandachtspunt. Het durven aangaan van meer intieme relaties veronderstelt ook een stuk zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde. Opnieuw kan het eet- en gewichtsprobleem hier een hindernis zijn, zeker als een negatieve lichaamsbeleving in het spel is of problemen met seksualiteit. Heeft de cliënt een vaste partner dan kan overwogen worden welke plaats deze in de behandeling kan innemen zowel ten aanzien van specifieke aspecten (bv. eetpatroon) als de onderlinge communicatie en lichamelijke omgang. In andere gevallen, zoals bij een geschiedenis van negatieve seksuele ervaringen, moet de cliënt juist leren tijdig afstand te houden en grenzen aan te geven.

Werk- en leefklimaat

Het uitbouwen van een zinvolle dagactiviteit, van studeren tot een vaste job, en een voldoening gevend vrijetijdsleven zijn belangrijk in het uitbouwen van zelfwaarde en sociale contacten.

Sommigen hebben hier te weinig energie in geïnvesteerd en worden met een dagelijkse leegte geconfronteerd. Studeren, werken en vrije tijd bieden heel wat kansen tot het uitbouwen van een sociaal netwerk. Daarnaast zijn het domeinen waarin men een identiteit kan ontwikkelen, wat zeker bij adolescenten een belangrijk gegeven is in hun individuatieproces. Daarom blijven ook deze beide domeinen essentiële doelstellingen voor herstel.

Studie of werk zijn ook vaak het toneel van spanningen die mogelijk met het eet- en gewichtsprobleem in een vicieuze cirkel zitten. Bekend is de faalangst die samenhangt met een perfectionistische neiging en kan leiden tot overdreven veeleisendheid of tot compleet vermijdingsgedrag.

Een te sterke prestatiedrang houdt niet alleen het gevaar in dat men zelden tevreden over zichzelf is. Het kan ook betekenen dat men zoveel tijd en energie in werken of studeren steekt, dat de vrije tijd en ontspanning opgeofferd worden. Hetzelfde geldt voor de vrijetijdsactiviteit op zich: ook deze kan door prestatiedrang of competitie ontsporen (bv. overdreven sporten). Als men sterk begaan is met het eigen fysieke voorkomen zijn bepaalde activiteiten of milieus een potentieel risico, zoals fitness

en ballet, waar men voortdurend met zichzelf geconfronteerd wordt, veelal zelfs letterlijk in de spiegel.

Ook de concrete leef- en woonsituatie kan een belangrijk aandachtspunt zijn. Vooral in het kader van zelfstandigheid is het beschikken over een eigen inkomen (van vakantiejob tot vast betaald werk) een concreet doel. In bepaalde gevallen hoort bij de ontwikkeling van autonomie ook de mogelijkheid alleen te wonen (van studentenkot tot eigen appartement). Anderen kunnen dit juist niet aan omdat daardoor het sociale isolement in de hand wordt gewerkt, zodat beter gezocht wordt naar een woonvorm die directe contacten met anderen bevordert.

3.3. Zijn er aspecten die voorrang moeten krijgen in de behandeling?

Onderstaande aspecten hebben het meeste kans op succes bij een stevige therapeutische relatie, zoals ook besproken wordt in de [inleiding](#) van dit hoofdstuk. Daarnaast staat het onder controle krijgen van het symptoomgedrag voorop. Bij de volgorde of timing van aanpak spelen o.a. volgende factoren een rol:

- Purgeergedrag afbouwen
- Herstel evenwichtig eetpatroon
- In functie van comorbiditeiten
 - Herstel eetgedrag en eetpatroon alvorens behandeling van depressie/dwang/persoonlijkheidsproblemen (tenzij suicidaliteit overheerst)
 - Eerst middelenmisbruik aanpakken, dan eetpatroon en gewichtsherstel
 - Ondersteuning voorzien bij ADHD of ASS; interfereert met behandeling van problematisch eetgedrag
 - Aandacht voor symptoomverschuiving

3.3.1. Compensatiegedrag stoppen

Aangezien elke vorm van purgeergedrag (braken, laxeren, diuretica) [ernstige medische gevolgen](#) heeft, dient het stoppen van purgeergedrag voorrang te krijgen. Dit is de eerste stap om het medisch risico te beperken (kaliumgehalte, etc) .

Cliënten die er reeds in de eerste fase van de behandeling in slagen om gewichtsreducerende strategieën zoals braken en laxeren drastisch te verminderen, hebben meer kans op een succesvolle behandeling. De therapeut moet de cliënt hierover goed inlichten. Pas als de cliënt bereid is om hiermee te stoppen, is een positief behandelresultaat mogelijk. Soms zitten cliënten zo vast in deze gedragspatronen dat ze een zeer grote ambivalentie vertonen ten aanzien van het stopzetten van deze compenserende maatregelen. Indien er na drie maanden behandeling geen enkele vooruitgang is geboekt op dit vlak, wordt dan ook aangeraden de ambulante behandeling tijdelijk 'on hold' te zetten, en hindernissen en behandelalternatieven te bespreken [77].

Aangeraden wordt om snel en kordaat te stoppen met het gebruik van laxeremiddelen en diuretica. Meestal moeten laxeremiddelen en diuretica niet afgebouwd worden, het gebruik kan dus van de ene dag op de andere gestopt worden. Maar er zijn uitzonderingen, dus doktersadvies is nodig.

Doordat het lichaam tijdens het purgeren (misbruik van laxeremiddelen/diuretica, braken) geleerd heeft om vocht vast te houden, treedt vaak een sterk reflexmatige vochtophoping (oedeem) op na

stoppen met purgeergedrag. Na enkele dagen tot een tweetal weken verdwijnt dit oedeem. Het kan helpen om niet te veel zout te eten. Sommige patiënten moeten vaak plassen, ook 's nachts.

Bij het stoppen met laxeremiddelen kunnen constipatieklachten optreden. Ook deze zijn meestal na één à twee weken terug verdwenen. Het helpt om voldoende vezels te eten (groenten en fruit, volkoren brood), voldoende te drinken, en (matig) te sporten.

Aangezien het gaat om lastige en vaak beangstigende gevolgen is het belangrijk de cliënt hier goed op voor te bereiden, bv. door [psycho-educatie](#).

3.3.2. Herstel evenwichtig eetpatroon

Herstel van een evenwichtig eetpatroon is een voorwaarde voor herstel van het gewicht en mogelijke lichamelijke gevolgen. Een gezond eetpatroon van 3 maaltijden en 2 à 3 tussendoortjes verspreid over de dag, krijgt hierbij voorrang op wat er precies gegeten wordt.

Herstel van het eetpatroon werkt ook ondersteunend voor de aanpak van eetbuien. Vaak gaan cliënten, naast het gebruik van compensatiemiddelen, de eetbui compenseren door een maaltijd over te slaan. Dit op zich kan een volgende eetbui uitlokken.

Zie ook [3.2.1](#)

3.3.3. In functie van comorbiditeiten

Een ernstig ondergewicht kan **obsessieve gedachten en gedragingen** versterken, prikkelbaarheid vergroten en de stemming vervlakken of terneerdrukken. Daarom verdient een verbetering van het gewicht voorrang te krijgen in plaats van te snel een behandeling te starten voor een mogelijks aanwezige depressie of dwangstoornis.

Boulimia nervosa kan gepaard gaan met **grote stemmingswisselingen** en problemen in **impulscontrole**. In dergelijke gevallen tracht men eerst wat meer stabiliteit in het eetpatroon te brengen in plaats van overhaast interventies te voorzien voor een veronderstelde bipolaire stoornis of borderline-persoonlijkheidsstoornis.

In het kader van het voorkomen van drop-out of mislukken van een behandeling is het belangrijk om steeds opmerkzaam te zijn voor de impact van een psychotrauma. Uit onderzoek blijkt dat 20-40% van de cliënten met boulimia nervosa een **posttraumatische stresstoornis** heeft. Wanneer blijkt dat de eetstoornis duidelijk verband houdt met een traumatische levenservaring, wordt toch aangeraden om in de eerste fase van de behandeling te werken aan normalisering van het eetgedrag. Pas als de cliënt voldoende zelfcontrole herwonnen heeft, kan in een tweede fase ingegaan worden op de verwerking van de traumatische ervaring. Anders dreigt de cliënt overspoeld te worden en vormt dit een risico voor drop-out of het mislukken van de behandeling [77].

Bij **ernstig misbruik van alcohol en drugs** krijgt de aanpak hiervan voorrang op therapeutische maatregelen gericht op het eetgedrag of gewicht.

Omwille van de gebrekkige impulscontrole en zelfregulatie die typerend is voor kinderen met **ADHD** zijn deze kinderen vaak ook gevoeliger om overgewicht te ontwikkelen. Weerstand bieden tegen verleidingen is voor hen moeilijker. Indien het overgewicht of obesitas tezamen voorkomt met ADHD geeft dit minder goede therapieresultaten: langere therapieduur, minder gewichtsverlies, meer herhaal. Daarom is het belangrijk om ook de ADHD-symptomen te behandelen. Indien er geen

symptoombehandeling van ADHD wordt voorzien, vermindert dit de kans op een succesvolle leefstijlbehandeling.

Mensen met **ASS** kunnen zowel hyper- als hypogevoelig zijn voor smaakprikkelers. Bovendien hebben ze vaak een strak beeld over hoe voedsel er dient uit te zien, te smaken, te ruiken. Hier dient rekening mee gehouden te worden.

Wees aandachtig voor **symptoomverschuiving**: bv. (toename in) zelfverwonding, compulsief kopen, alcoholmisbruik, dwanghandelingen... [22, 31, 16]

Uitbreidingsmateriaal

- Vragenlijst rond eetproblemen bij autisme: klik [hier](#)
- Extra tips en uitleg (Participate!): klik [hier](#).

3.4. Welke plaats heeft het medische/somatische luik in de behandeling?

Het medisch/somatisch luik is inherent verbonden aan de behandeling van cliënten met een eetstoornis. In [1.1.](#) hebben we meer in detail besproken wat de somatische gevolgen zijn van ondergewicht, compensatiegedrag en eetbuien. Opvolging door een (huis- of gespecialiseerde) arts is dan ook een noodzakelijk onderdeel van de behandeling van een cliënt met een eetstoornis. Voor artsen hebben we apart [ondersteuningsmateriaal](#) hierrond.

In [3.5.](#) komt aan bod hoe lichamelijke factoren bepalen of een behandeling (nog langer) ambulante kan gebeuren dan wel of een tijdelijke opname aangewezen is. Regelmatig leeft toch de bezorgdheid of het wel (medisch) veilig is om een cliënt met een eetstoornis ambulante te behandelen. Wat zijn dan de belangrijkste factoren om mee rekening te houden tijdens de behandeling?

- Waar ben je als CGG-medewerker van op de hoogte en wat dient opgevolgd te worden door een gespecialiseerde arts/huisarts/kinderarts?
 - Door braken, laxeren en gebruik van diuretica ontstaan stoornissen in de *elektrolytenhuishouding*, in het bijzonder een tekort aan *kalium en magnesium*. Kaliumtekort bevat het risico op acute hartstilstand. Magnesiumtekort kan leiden tot verwardheid, spierzwakte, spierkrampen en hartritmestoornissen. Bij vermoeden van regelmatig braken, gebruik van diuretica en laxeren is regelmatige opvolging door een arts vereist.
 - Ondervoeding kan aanleiding geven tot *hypoglycemie, uitdroging en cardiovasculaire aandoeningen*.
 - Sommige patiënten drinken te weinig water, anderen drinken erg veel water om hun gewicht te manipuleren voor een weegmoment. Hierdoor kan het natriumgehalte in het bloed gevaarlijk laag worden.
 - Gewicht en gewichtsevolutie: het is belangrijk om heldere afspraken te maken met de cliënt (en de ouders van de cliënt) wie het gewicht opvolgt: huisarts, kinderarts, diëtist,... of te kiezen om dit door het CGG te laten gebeuren. Het gewicht dient opgevolgd te worden in functie van de somatische gevolgen ten gevolge van onder- en ook overgewicht. Het is ook een van de factoren die mee een rol speelt in de inschatting of ambulante behandeling (nog langer) mogelijk is.

- Waar kan je zelf op letten in de sessie?
 - Signalen van braken:
 - Wondjes op de rug van de hand
 - Ontstekingen tandvlees, tong, mond
 - Hese stem
 - Duizeligheid en flauwvallen door uitdroging (uitdroging kan ook door misbruik laxeermiddelen en diuretica)
- Bespreek de risico's van braken en moedig de patiënt aan om contact op te nemen met de (huis)arts zodat kalium opgevolgd kan worden
 - Symptomen van hypoglycemie
 - Zweeten
 - Beven
 - Geeuwen
 - Plots hevig hongergevoel
 - Verwardheid
 - Duizeligheid
 - Hoofdpijn
- Stop eventuele fysieke activiteit en geef snel oplosbare suikers (bv. suikerhoudende frisdrank, gesuikerde melk) en een boterham
 - Symptomen van uitdroging
 - Droge mond
 - Duizeligheid en flauwvallen
- Geef een zoute drank bv. (instant)soep

3.5. Wanneer is behandeling ambulante mogelijk? Wanneer is (tijdelijk) opname nodig?

Mede vanuit het *stepped care* model wordt (gespecialiseerde) ambulante behandeling verkozen boven een residentiële behandeling: er wordt bij voorkeur gekozen voor de minst ingrijpende vorm van hulp voor cliënt, zo dicht mogelijk bij het gewone leef-, leer- of werkmilieu [87] [9]. Een cliënt met een eetstoornis komt bij voorkeur eerst voor behandeling in een ambulante setting vooraleer hulp gezocht wordt in een residentiële setting en wordt best nadien ook weer ambulante opgevolgd.

Gezien de complexiteit van de problematiek en de inherente somatische component is het niet altijd evident om weten of een cliënt met een eetstoornis (nog) steeds ambulante kan behandeld worden dan wel of tijdelijk een intensievere behandeling noodzakelijk is. Om een inschatting te maken wanneer bij eetstoornissen een psychiatrische en/of medische opnamefase aangewezen is, worden volgende aspecten mee in rekening gebracht (risicotaxatie) [2]:

- BMI <15
- Snel gewichtsverlies

- Zweeten, trillen, verwardheid
- Zelfverwonding, suiciderisico
- Ongecontroleerd purgeren, extreme beweegactiviteit
- Overschrijden draagkracht systeem
- Geen evolutie na 3 maanden ambulante zorg





De beoordeling gebeurt op basis van de evolutie en combinatie van de verschillende factoren. Een arts dient betrokken te zijn voor de opvolging van de medische indicatoren, zoals hartslag, lichaamstemperatuur, bloeddruk, kalium, natrium,...

Daarnaast is het ook belangrijk om het algemeen psychosociaal functioneren te beoordelen. Indien dit zo ernstig verstoord is dat de ontwikkeling van de cliënt helemaal stagneert, is dat een indicatie voor opname, ook los van fysieke risico's. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een 16-jarige die reeds een significante periode niet meer naar school gaat, geen hobby's heeft, geen sociale contacten heeft en met een depressief beeld thuis zit.

Bij een BMI van minder dan 13 of bij een gewichtsverlies van meer dan 1 kg/week of meer dan 30% gewichtsverlies op 6 maanden tijd of ernstige medische complicaties is een urgente medische opname aangewezen, met input vanuit psychiatrie, tot medische stabiliteit hersteld is [88, 89, 9].

Een inschatting van het algemeen gezondheidsrisico staat ook voorop in het geval van obesitas. Het Edmonton Obesity Staging System (EOSS), [90, 91] is een recent en belangrijk klinisch hulpmiddel bij de inschatting van de ernst bij overgewicht en obesitas. De EOSS koppelt zorgtoewijzing aan het ruimere 'gezondheidsrisico' in plaats van enkel het medisch risico en de BMI stadiëring. Aan- of afwezigheid van risicofactoren op medische vlak, mentaal vlak (bv. aanwezigheid van eetbuistoornis, ADHD, depressie...) en functionaliteit komen hierbij aan bod, bij patiënten met een BMI vanaf 30. Hierbij worden vijf stadia onderscheiden die niet alleen verwijzen naar gradatie in ernst, maar ook een bijhorende indicatie voor het type behandeling aangeven. De EOSS is in die zin ook een handig klinisch instrument binnen een CGG-context om de inschatting te maken naar waar de cliënt best wordt doorverwezen voor de behandeling van het gewichtsprobleem, alsook hoe en wanneer het CGG best wel betrokken is in de behandeling.

Uitbreidingsmateriaal

- Meer over risicotaxatie door arts: klik [hier](#)
- Multidisciplinaire eetstoornisklinieken in Vlaanderen:
 - voor kinderen tot 12 jaar: 
 - voor jongeren tussen 12 en 18 jaar: 
 - voor volwassenen: 
- Tekst rond zorgtoewijzing obesitas vanuit eerste lijn: 
- Meer over EOSS: klik [hier](#).
- Informatie over zelfhulp en referenties van zelfhulpboeken: klik [hier](#).

3.6. Bijzondere uitdagingen: welke spanningsvelden kan je verwachten?

Ik heb misschien een eetstoornis, maar ik ben geen eetstoornis...

Krachtgericht werken is de gouden standaard. Ook al heeft iemand een eetstoornis, men is geen eetstoornis. Naast de eetstoornis is er heel wat kracht en gezonde ontwikkeling aanwezig bij de cliënt. Dit versterken is niet alleen één van de krachtigste hefboomen in herstel, het zou de weg naar herstel afremmen als hulpverleners overnemen wat cliënten zelf kunnen doen. Daarom spreekt het voor zich dat de hulpverlener tijdens de intake inzoomt op wat cliënten goed doen, waar talenten en hulpbronnen liggen, en nauwkeurig be vraagt wat ze zelf al geprobeerd hebben. In een omgeving waar omstanders vooral inzoomen op wat hen onmacht geeft, op wat niet goed gaat, zien cliënten onvoldoende wat zij wel goed doen en wat 'normale' groeithema's zijn. Zeker vanuit een aanwezig 'zwart-wit' denken, raken cliënten dan ontmoedigd. Het is bijzonder versterkend voor cliënten als hulpverleners hen helpen te zien en versterken wat ze goed aanpakken, welke deelstappen in hun herstelproces ze wel al zelf gezet hebben en hoe ze van deze stappen kunnen vertrekken om de volgende stap te zetten. Vaak hebben cliënten zelf al 3/5 van hun herstel afgelegd, maar hebben ze te vroeg opgegeven waardoor ze geen resultaat van hun herstelwerk zien. Bovendien is het voor hulpverleners veel makkelijker te versterken wat al ingezet werd, dan nieuw gedrag te initiëren.

Iedereen gemotiveerd ?

'Iedereen is gemotiveerd, de vraag is alleen voor wat...' zegt Miller [92]. Daarmee ligt de bal in het kamp van de hulpverlener: achterhalen waarvoor een cliënt bereid is te veranderen, geeft de hulpverlener een eerste stand van zaken. Alert reageren op onbewuste verandertaal en bespreekbaar maken van ambivalentie zijn enkele van de volgende stappen in het motiveringsgebeuren. Tegelijkertijd werkt het ondersteunend om als hulpverlener weerstand en niet veranderen proberen te begrijpen als copingstrategie van cliënten met hun angst voor verandering, onmacht, en radeloosheid.

Mo(e)tiveren ?

Kunnen we iemand met weinig motivatie motiveren? Dit is een mogelijke valkuil. Indien we niet scherp stellen wat cliënten zelf willen, wordt motiveren door hen als 'moet' iveren ervaren, en dat leidt eerder tot weerstand dan tot verandering. Ryan en Deci [93] gaan in hun motivatiekader een stap verder: zij onderzochten wat een kwalitatief betere motivatie bij cliënten kan uitlokken. Een eetstoornis dwing je niet. Dit geeft alleen meer druk op cliënten, en dat leidt nauwelijks tot langdurige verandering. Motor voor verandering is contact maken met wat cliënten zelf willen, met hun psychologische basisnoden. Dat is voor alle mensen in alle culturen hetzelfde: het gaat om de behoefte aan A(utonomie), B(elonging) of verBondenheid en C(ompetentie). Het gaat om versterken van autonomie (zelf kunnen bepalen wat belangrijk voor je is), in verbondenheid met omstanders (onvoorwaardelijk aanvaard worden door de hulpverlener), en inzetten op competentieontwikkeling (leren kennen van haalbare tussenstappen). Motiveren doe je niet van buitenaf, integendeel. De uitdaging is om cliënten in hun wil tot veranderen te ondersteunen en een stap terug te zetten als er weerstand komt.

Fragiele momenten in het herstelproces

Ook al willen cliënten graag veranderen, herstellen gaat niet vanzelf. Meer nog: een parcours zonder ambivalenties moet tot nadenken stemmen. Gedrag dat heel lang functioneel was, geeft veiligheid op momenten van meer spanning en daar wordt automatisch naar teruggegrepen. Herstellen geeft behoorlijk wat spanning en brengt cliënten in nieuwe situaties. Hoe gemotiveerd iemand ook is, het traject blijft de eerste maanden (en jaren) doorspekt met fragiele momenten waarin cliënten om diverse redenen teruggrijpen naar de veilige houvast van hun symptoomgedrag. Bespreken van deze momenten met omstanders is voor de meeste cliënten aanvankelijk onhaalbaar. Het 'goed' willen

doen staat zo op de voorgrond dat er geen plaats is voor 'momenten van zwakte'. Normaliseren van deze ambivalente momenten kan de bespreekbaarheid vergemakkelijken, en het sterke prestatiedenken corrigeren. 'Je doet het goed ook al is er een stuk van je dat af en toe wil teruggrijpen.' Het is belangrijk om cliënten te leren dat terugval onderdeel is van een normaal herstelproces en dat leren omgaan met terugval essentieel is en dit op ieder moment in het herstelproces:

- In de beginfase voelt het voor cliënten erg onveilig om 'symptoomgedrag' los te laten. Het geeft hen vaak al een tijd 'invulling' en 'houvast' om met moeilijke momenten om te gaan. Dit loslaten voelt nieuw en onbeschermd.
- In de euforie van het herstellen, genieten velen in de eerste weken sterk van het 'ik kan het!'-gevoel. Wanneer de vaart wat vermindert, komt er onzekerheid en angst. In het herstelproces van velen horen we na enkele weken de vraag 'waar ben ik eigenlijk mee bezig?' en de vertwijfeling of het allemaal wel zin heeft. Zwart-wit denken speelt hen parten. 'Dat zal me nooit lukken', en net deze negatieve *self-talk* doet hen vaak grijpen naar het bekende en vaak troostende symptoomgedrag.
- Maar ook enkele maanden later wanneer symptoomgedrag losgelaten wordt en verandering doorvoeren niet vanzelf gaat, grijpen velen terug naar oud symptoomgedrag. Dit werkt erg beschamend. Het voelt aan alsof ze –ondanks alle inzet- weer helemaal staan waar ze voor de therapie stonden.
- En ook na doorvoeren van verandering en herstel in de verschillende levensdomeinen, zijn verborgen uitlopers van het vroegere 'veiligheidsgedrag' vaak nog aanwezig. Opruim van deze laatste ankers in het vroegere symptoomgedrag is een moeilijke maar erg belangrijke overwinning naar herstel.

Het is dus belangrijk het thema van terugval/herval ter sprake te brengen als onderdeel van het therapieproces. Er dient dan onder meer te worden meegegeven dat terugval/herval niet betekent dat de cliënt "terug naar af" is, ook al ervaart die dat misschien zo. Als door omstandigheden de stress hoog genoeg is, is het een kwetsbaarheid van de cliënt om terug te grijpen naar het bekende symptoomgedrag. Maar de cliënt heeft al veel vaardigheden geleerd in therapie. Het is wel belangrijk om bij herval zich professioneel te laten begeleiden en dus de cliënt aan te leren om aandacht te hebben voor signalen van herval en dan de stap te zetten naar hulp.

4. Multidisciplinaire samenwerking met partners buiten het CGG in het kader van eetstoornissen: is dat realiseerbaar?

4.1. Van ideaaltraject naar realiteit

Zowel eet- als gewichtsproblemen zijn gekenmerkt door een complexe interactie van somatische, sociale en psychische factoren. Dit vraagt om een **biopsychosociale visie** die vertaald is in een multidisciplinaire aanpak met een voedings-, bewegings-, en psychologisch luik gericht op verandering van levensstijl [87] [9].

Dit vraagt dus om een **integrale aanpak**. Te vaak zien we nog een opsplitsing tussen medische en psychosociale benadering, terwijl de behandeling van eet- en gewichtsproblemen in essentie gaat om een multidisciplinaire aanpak. Eet- en gewichtsproblemen kenmerken zich in een verstoord eet- en beweeggedrag en het lichamelijk functioneren kan in belangrijke mate verstoord zijn. Anderzijds

hangen deze problemen vaak samen met een laag zelfbeeld, een verstoord lichaamsbeeld of een negatieve lichaamsbeleving en een gebrekkige sociaal-emotionele ontwikkeling.

Daarom pleiten we voor een verkenning en behandeling op drie vlakken: voeding (incl. eetgedrag), somatisch functioneren en het bredere psychosociaal functioneren. In de praktijk is een samenwerking tussen een medicus (huisarts, endocrinoloog), een gespecialiseerde diëtist, een bewegingsdeskundige/kinesist en een GGZ-specialist (psycholoog, psychiater, orthopedagoog) daarom aangewezen. Bij kinderen impliceert dit ook dat bekeken wordt hoe bovendien de brede context kan betrokken worden, zoals de thuisomgeving, zorgleerkracht en/of CLB, sportclub,... De zorg voor eet- en gewichtsproblemen vraagt een multidisciplinaire samenwerking die continuïteit in zorg waarborgt.




Dit bereiken binnen een CGG context is vaak niet zo eenvoudig. Er is een beperkte mogelijkheid van terugbetaling door het RIZIV van de uren die gaan naar een multidisciplinair overleg (MDO), maar het vraagt vooral een serieuze tijdsinvestering die niet in elk CGG zomaar mogelijk is.

Het CGG-team bestaat onder meer uit psychiaters die ingeschakeld kunnen worden voor zowel medicamenteuze als psychotherapeutische begeleiding. De psychiater moet goed inschatten in hoever hij/zij als medicus zelf voldoende in staat is om het somatische aspect op zich te nemen, dan wel of hier een belangrijke samenwerking met de huisarts aangewezen is, een traditie die reeds in vele CGG aanwezig is. Want ook tijdens het verloop van een behandeling is medische opvolging meestal nodig (bv. regelmatige bloedcontroles om het kaliumgehalte te bepalen in geval van purgeergedrag). Met het oog op continuïteit van zorg (ook na de behandeling in het CGG) is de huisarts vaak de meest aangewezen figuur om in te schakelen.

Zoek je collega's om mee samen te werken of naar door te verwijzen?

De [verwijshulp](#) van Eetexpert kan hierbij een hulp zijn. Met deze tool kunt u op zoek gaan naar een hulpverlener voor eet- en gewichtsproblemen in de buurt van de cliënt. Je kan niet alleen zoeken op regio, maar ook op andere criteria zoals leeftijd doelgroep, discipline en behandelvorm. In onze verwijshulp kan u ook gespecialiseerde psychiaters terug vinden die ambulant werken rond eet- en gewichtsproblemen.

Is een (tijdelijke)psychiatrische en/of medische opnamefase aangewezen? Hier vind je een lijst van het gespecialiseerd residentieel aanbod in Vlaanderen:

- voor kinderen tot 12 jaar: 
- voor jongeren van 12 tot 18 jaar: 
- voor volwassenen: 

Uitbreidingsmateriaal

- Voorbeeld stappenplan samenwerking CGG - arts: klik [hier](#)
- Voorbeelddocumenten multidisciplinair samenwerken/documenten per discipline: klik [hier](#).

Deze documenten werden in eerste instantie ontwikkeld in kader van zorg op maat bij overgewicht en obesitas, maar de anamneseformulieren zijn evenwel inzetbaar voor eetproblemen.

- Anamnese en klinisch onderzoek door (huis-)arts bij eetstoornissen: klik [hier](#)

4.2. Waar vind je collega's die financieel toegankelijker zijn?

Onderstaande centra worden hier vermeld omdat zij financieel toegankelijker zijn dan de hulpverlening in het private circuit. We weten niet in welke mate de expertise rond de behandeling van eetstoornissen aanwezig is bij deze diensten. Hulpverleners (artsen, diëtisten, kinesisten,...) kunnen wel steeds bij Eetexpert terecht indien zij hierbij ondersteuning wensen.

Op de [verwijshulp](#) van Eetexpert kan u hulpverleners terug vinden die aangeven expertise te hebben rond de behandeling van eetstoornissen en/of gewichtsproblemen. Een groot deel van hen is werkzaam in het private circuit, maar ook alle gespecialiseerde centra, diensten en ziekenhuis(-afdelingen) zijn hierin opgenomen.

- Verbonden aan wijkgezondheidscentra:
Een [wijkgezondheidscentrum](#) biedt lokaal financieel toegankelijke gezondheidszorg aan. Het zorgteam bestaat minstens uit een huisarts, een verpleegkundige en een discipline die de functie van maatschappelijk werk aanbiedt, en dit onder 1 dak. Waar nodig en mogelijk wordt dit team uitgebreid met onder meer diëtist, kinesitherapeut, rookstopbegeleider,... Om de zorg financieel toegankelijk te maken, werken ze via het forfaitair betalingsstelsel.
- Verbonden aan een instelling hoger onderwijs:
De meeste Vlaamse instellingen voor hoger onderwijs hebben via een dienst studentvoorzieningen een ondersteunend aanbod voor studenten. Vaak kunnen ze in eerste instantie gratis terecht bij een studentenbegeleider. Sommige instellingen hoger onderwijs hebben ook een uitgebreid aanbod waarbij studenten aan een gereduceerd tarief beroep kunnen doen op huisartsen, psychologen en psychiaters.
- Verbonden aan een groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk:
 - [Geneeskunde voor het Volk](#): staan voor gratis geneeskunde en werken daardoor ook meestal volgens het forfaitair betalingsstelsel.
 - Diëtisten: In sommige van de groepspraktijken kan men een diëtiste raadplegen. Hiervoor hoeft men geen vaste patiënt te zijn van Geneeskunde voor het Volk. Omdat er voor voedingsadvies geen terugbetaling is voorzien vanuit de overheid vragen ze een bijdrage van 20 euro voor de eerste raadpleging (40 minuten) en 10 euro voor de aansluitende raadplegingen (20 minuten).
- Wit-Gele kruis:
 - www.witgelekruis.be/thuisverpleging-en-thuishulp/voedingsadvies: bovenaan de pagina dien je de provincie aan te duiden opdat meer informatie over de werking en de tarieven zichtbaar worden.
 - In de provincie Antwerpen en Limburg is een voedings- en dieetdienst aanwezig. Voedingsadvies en –begeleiding gebeurt in een van hun centra of aan huis. De tarieven liggen iets lager dan bij zelfstandig gevestigde diëtisten.
 - De provincie Oost-Vlaanderen beschikt over een apart thuisverplegingsteam voor thuiszorg bij psychiatrische problemen en kan ondersteuning bieden bij bijvoorbeeld

het structureren van dagdagelijkse activiteiten.

- Terugbetaling door mutualiteiten:
 - Mensen met een verhoogde tegemoetkoming betalen ook voor consultaties bij een door het RIZIV erkende kinesist minder remgeld.
 - Consultaties bij een gespecialiseerde psychiater of kinderarts vallen natuurlijk ook onder terugbetaling door de mutualiteiten (via onze verwijshulp kan u op diploma 'Licentiaat/Master in de geneeskunde' zoeken om deze vlotter te kunnen terug vinden).
 - Aanvullende verzekering: heel wat mutualiteiten bieden aan hun klanten via de aanvullende verzekering extra tegemoetkomingen aan voor voedings- en dieetadvies, alsook voor psychotherapie.

Bibliografie

- [1] A. Preti en e. al., „The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project.,” *Journal of Psychiatric Research*, vol. 43, nr. Aangevuld met niet-gepubliceerde gegevens over België en Nederland verkregen van de auteurs, met dank aan Giovanni de Girolamo., p. 1125–1132, 2009.
- [2] P. Hay, D. Chinn, D. Forbes, S. Madden, R. Newton, L. Sugenor, S. Touyz en W. Ward, „Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders,” *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 48, nr. 11, pp. 977-1008, 2014.
- [3] K. Campbell en R. Peebles, „Eating disorders in children and adolescents: State of the art review,” *Pediatrics*, vol. 134, pp. 582-592, 2014.
- [4] E. Stice, N. Marti en P. Rohde, „Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women,” *Journal of abnormal psychology*, vol. 122, nr. 2, pp. 445-457, 2013.
- [5] P. Hay, D. Chinn, D. Forbes, S. Madden, R. Newton, L. Sugenor, S. Touyz en W. Ward, „Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders,” *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 48, pp. 977-1008, 2014.
- [6] W. Vandereycken en G. Noorderbos, *Handboek eetstoornissen*, Utrecht: de Tijdstroom, 2008.
- [7] D. S. Rosen, „Clinical report: Identification and management of eating disorders in children and adolescents,” *Pediatrics*, vol. 126, pp. 1240-1253, 2010.
- [8] G. Scanelli, P. Schlagenauf en L. Degli Esposti, „Endocrine abnormalities in eating disorders,” in *R. Strumia (ed.), Eating Disorders and the Skin*, Berlin Heidelberg, Springer-Verlag, 2013, pp. 31-36.
- [9] Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; Trimbos-instituut, „Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen,”

Trimbos-instituut in opdracht van Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ , Utrecht, 2006.

- [10] J. Athey, „Medical complications of anorexia nervosa,” *Prim Care Update Ob/Gyns*, vol. 10, pp. 110-115, 2003.
- [11] G. Noordenbos, *Gids voor herstel van eetstoornissen*, Utrecht: De Tijdstroom, 2007.
- [12] A. Keys, J. Brožek, A. Henschel, O. Mickelsen en H. L. Taylor, *The biology of human starvation*. (2 vols)., Oxford: University of Minnesota Press , 1950.
- [13] I. Eisler, „The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa,” *Journal of Family Therapy*, vol. 27, p. 104–131, 2005.
- [14] L. Depestele, L. G. M. D., E. Dierckx, I. Baetens, K. Schoevaerts en L. Claes, „The Role of Non-suicidal Self-Injury and Binge-Eating/Purging Behaviours in the Caregiving Experience Among Mothers and Fathers of Adolescents with Eating Disorders,” *European Eating Disorders Review*, vol. 24, p. 257–260, 2016.
- [15] G. Noorderbos, *Een eetstoornis overwinnen, kan dat?*, Utrecht: De Tijdstroom, 2014.
- [16] S. Ulfvebrand, A. Birgegard, C. Norring, L. Hogdahl en Y. von Hauswolff-Juhlin, „Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a larg clinical database,” *Psychiatry Research*, vol. 230, pp. 294-299, 2015.
- [17] N. Godart, L. Radon, F. Curt, J. Duclos, F. Perdereau, F. Lang, J. Venisse, O. Halfon, P. Bizouard, G. Loas, M. Corcos, P. Jeammet en M. Flament, „Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of onset,” *Journal of affective disorders*, vol. 185, pp. 115-122, 2015.
- [18] Eetexpert, „Risicoprofiel bij eet- en gewichtsproblemen,” Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw), Brussel, 2016.
- [19] J. Swinbourne, C. Hunt, M. Abbott, J. Russell, T. St Clare en S. Touyz, „The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample,” *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 46, nr. 2, pp. 118-131, 2012.
- [20] L. Mattar, C. Huas, J. Duclos, A. Apfel en N. Godart, „Relationship between malnutrition and depression or anxiety in Anorexia Nervosa: A critical review of the literature,” *Journal of affective disorders*, vol. 132, pp. 311-318, 2011.
- [21] K. Meehan, K. Loeb, C. Roberto en E. Attia, „Mood change during weight restoration in patients with anorexia nervosa,” *International journal of eating disorders*, vol. 39, nr. 7, pp. 587-589, 2006.
- [22] L. Claes en J. Muehlenkamp, „Non-suicidal self-injury and eating disorders: dimensions of self-harm,” in *Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders*, Berlin Heidelberg, Springer-Verlag, 2014, pp. 3-18.

- [23] G. Waller, M. Babbs, F. Wright, C. Potterton, C. Meyer en N. Leung, „Somatoform dissociation in eating-disordered patients,” *Behaviour Research and Therapy*, vol. 41, pp. 619-627, 2003.
- [24] T. D. Brewerton, „The links between PTSD and eating disorders: Diagnostic and treatment implications,” *Psychiatric Times*, vol. 25, pp. 43-45, 2008.
- [25] L. Boone, B. Soenens, M. Vansteenkiste en C. Braet, „Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms,” *Appetite*, vol. 59, pp. 531-540, 2012.
- [26] A. Hilbert, K. M. Pike, A. B. Goldschmidt, D. E. Wilfley, C. G. Fairburn, F. Dohmf, B. T. Walsh en R. Striegel Weissman, „Risk factors across the eating disorders,” *Psychiatry Research*, nr. 220, pp. 500-506, 2014.
- [27] J. Luo, K. Forbush, A. Williamson, K. Markon en L. Pollack, „How specific are the relationships between eating disorder behaviors and perfectionism?,” *Eating Behaviors*, vol. 14, pp. 291-294, 2013.
- [28] L. Claes, M. D. Robinson, J. J. Muehlenkamp, W. Vandereycken en P. Bijttebier, „Differentiating bingeing/purging and restrictive eating disorder subtypes: The roles of temperament, effortful control, and cognitive control,” *Personality and Individual Differences*, vol. 48, pp. 166-170, 2010.
- [29] L. Boone, L. Claes en P. Luyten, „Too strict or too loose? Perfectionism and impulsivity: The relation with eating disorder symptoms using a person-centered approach,” *Eating Behaviors* 15, vol. 15, pp. 17-23, 2014.
- [30] A. Müller, L. Claes, T. Wilderjans en M. de Zwaan, „Temperament subtypes in treatment seeking obese individuals: A latent profile analysis,” *European Eating Disorders Review*, vol. 22, pp. 260-266, 2014.
- [31] L. Claes, P. Bijttebier, J. Mitchell, M. de Zwaan en A. Mueller, „The relationship between compulsive buying, eating disorder symptoms, and temperament in a sample of female students,” *Comprehensive Psychiatry*, vol. 52, pp. 50-55, 2011.
- [32] L. Claes, J. E. Mitchell en W. Vandereycken, „Out of control? Inhibition processes in eating disorders from a personality and cognitive perspective,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 45, pp. 407-414, 2012.
- [33] M. J. Morris, J. E. Beilharz, J. Maniram, C. A. Reichelt en R. F. Westbrook, „Why is obesity such a problem in the 21st century? The intersection of palatable food, cues and reward pathways, stress, and cognition,” *Neuroscience and biobehavioral reviews*, vol. 58, pp. 36-45, 2015.
- [34] E. S. Kanoski en T. L. Davidson, „Western diet consumption and cognitive impairment: Links to hippocampal dysfunction and obesity,” *Physiology and behavior*, vol. 103, pp. 59-68, 2011.
- [35] Z. A. Cordner en K. L. Tamashiro, „Effects of high-fat diet exposure on learning and memory,” *Physiology and behavior*, vol. 152, pp. 363-371, 2015.

- [36] M. B. Parent, J. N. Darling en Y. O. Henderson, „Remembering to eat: hippocampal regulation of meal onset,” *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*, vol. 306, pp. R701-R713, 2014.
- [37] H. Francis en R. Stevenson, „The longer-term impacts of Western diet on human cognition and the brain,” *Appetite*, vol. 63, pp. 119-128, 2013.
- [38] T. V. E. Kral, M. C. Souders, V. H. Tompkins, A. M. Remiker, W. Eriksen en J. Pinto-Martin, „Child eating behaviors and caregiver feeding practices in children with autism spectrum disorders,” *Public Health Nursing*, vol. 32, pp. 488-497, 2014.
- [39] K. Tanner, J. Case-Smith, M. Nahikian-Nelms, K. Ratliff-Schaub, C. Spees en A. Darragh, „Behavioral and physiological factors associated with selective eating in children with autism spectrum disorder,” *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 69, 2015.
- [40] K. E. Zuckerman, A. P. Hill, K. Guion, L. Voltolina en E. Fombonne, „Overweight and obesity: Prevalence and correlates in a large clinical sample of children with autism spectrum disorder,” *J Autism Dev Disord*, vol. 44, pp. 1708-1719, 2014.
- [41] V. Huke, J. Turk, S. Saeidi, A. Kent en J. Morgan, „Autism spectrum disorders in eating disorder populations: A systematic review,” *Eur. Eat. Disorders Rev.*, vol. 21, pp. 345-351, 2013.
- [42] M. Odent, „Autism and anorexia nervosa: Two facets of the same disease?,” *Medical Hypotheses*, vol. 75, pp. 79-81, 2010.
- [43] S. Kooij, „ADHD and obesity,” *Am J Psychiatry*, vol. 173, pp. 1-2, 2016.
- [44] S. Cortese, C. Moreira-Maia, D. St. Fleur, C. Morcillo-Penalver, L. Rohde en S. Faraone, „Association between ADHD and Obesity: A systematic review and meta-analysis,” *Am J Psychiatry*, vol. 173, pp. 34-42, 2016.
- [45] S. Verbeken, „Werken met ADHD bij kinderen met overgewicht.,” Leuven, 2014.
- [46] J. Pennesi en T. Wade, „A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions?,” *Clinical Psychology Review*, vol. 43, pp. 175-192, 2016.
- [47] C. G. Fairburn, Z. Cooper en R. Shafran, „Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment,” *Behaviour Research and Therapy*, nr. 41, pp. 509-528, 2003.
- [48] E. Stice, „A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect,” *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 110, pp. 124-135, 2001.
- [49] J. Haines, K. P. Kleinman, S. Rifas-Shiman, A. E. Field en B. Austin, „Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents,” *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 164, pp. 336-343, 2010.
- [50] H. M. Snoek, R. C. M. E. Engels, T. van Strien en R. Otten, „Emotional, external and restrained eating behaviour and BMI trajectories in adolescence,” *Appetite*, vol. 67, pp. 81-87, 2013.

- [51] K. Brenninkmeijer en R. Jeannin, „De psychologische benadering van eetgedrag bij obese kinderen - European Childhood Obesity Group Paper,” *Psychopraktijk*, vol. 6, pp. 28-31, 2014.
- [52] S. Verbeken, C. Braet, J. Lammertyn, L. Goossens en E. Moens, „How is reward sensitivity related to bodyweight in children?,” *Appetite*, vol. 58, pp. 478-483, 2012.
- [53] J. L. Bakalar, L. Shank, A. Vannucci, R. M. Radin en M. Tanofsky-Kraff, „Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders,” *Curr Psychiatry Rep*, nr. 17, pp. 41-50, 2015.
- [54] P. A. Graziano, S. D. Calkins en S. P. Keane, „Toddler self-regulation skills predict risk for pediatric obesity,” *International Journal of Obesity*, vol. 34, pp. 633-641, 2010.
- [55] D. Neumark-Sztainer, M. Wall en M. Story, „Dieting and Unhealthy Weight Control Behaviors During Adolescence: Associations With 10-Year Changes in Body Mass Index,” *Journal of Adolescent Health*, vol. 50, p. 80–86, 2012.
- [56] T. van Strien, P. Herman en M. W. Verheijden, „Dietary restraint and body mass change. A 3-year follow up study in a representative Dutch sample,” *Appetite*, vol. 76, pp. 44-49, 2014.
- [57] K. Schaumberg, D. Anderson, L. Anderson, E. Reilly en S. Gorrell, „Dietary restraint: what's the harm? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology,” *Clinical Obesity*, vol. 6, pp. 89-100, 2016.
- [58] G. S. Matharoo, E. Renick, J. N. Afthinos, T. Straker en K. E. Gibbs, „Preoperative Evaluation of Bariatric Surgery Patients,” in *Chih-Kun Huang (Ed.) Essentials and Controversies in Bariatric Surgery*, 2014.
- [59] H. Van den Hout, A. Smorenberg en M. Klemm-Kropp, „ Langetermijncomplicaties van bariatrische chirurgie: Het mes snijdt aan twee kanten.,” *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 158, nr. A7559, 2014.
- [60] C. Johnson Stoklossa en S. & Atwal, „Nutrition care for patients with weight regain after bariatric surgery,” *Gastroenterology research and practice*, vol. 2013, nr. Article ID 256145, 2013.
- [61] E. Conceição en e. al, „Eating disorders after bariatric surgery: A case series,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 46, nr. 3, pp. 274-279, 2013.
- [62] K. Järholm, T. Olbers, C. Marcus, S. Marild, E. Gronowitz, P. Erlberg en e. al., „Short-term psychological outcomes in severely obese adolescents after bariatric surgery,” *Obesity*, vol. 20, pp. 318-323, 2011.
- [63] D. B. Sarwer en A. N. Fabricatore, „Psychological issues before and after bariatric surgery,” in *M. Dietl, M. Gagner, J. Dixon, J. Himpens, & A. Madan (Eds.), Handbook of obesity surgery*, Canada, FD-Communications, 2010.
- [64] M. A. White, R. M. Masheb, B. S. Rothschild, C. H. Burke-Martindale en C. M. Grilo, „Do patients’ unrealistic weight goals have prognostic significance for bariatric surgery?,” *Obesity Surgery*, vol. 17, pp. 74-81, 2007.

- [65] B. L. Wolfe en M. L. Terry, „Expectations and outcomes with gastric bypass surgery.,” *Obesity Surgery*, vol. 16, pp. 1622-1629, 2006.
- [66] A. B. Cuellar-Barboza en e. al, „Change in consumption patterns for treatment-seeking patients with alcohol use disorder post-bariatric surgery,” *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 78, pp. 199-204, 2015.
- [67] P. S. Bagdade en B. Grothe, „Psychosocial Evaluation, Preparation, and Follow-Up for Bariatric Surgery Patients,” *Diabetes Spectrum*, vol. 25, pp. 211-216, 2012.
- [68] M. P. Ostlund en e. al., „Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared with restrictive bariatric surgery,” *JAMA Surg*, vol. 148, p. 374–377, 2013.
- [69] J. Karlsson, C. Taft, A. Rydén¹, L. Sjöström en M. Sullivan, „Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study,” *International Journal of Obesity*, vol. 31, pp. 1248-1261, 2007.
- [70] R. M. Puhl en C. A. Heuer, „The stigma of obesity: A review and update,” *Obesity*, vol. 17, nr. 5, pp. 941-964, 2009.
- [71] R. M. Puhl en C. A. Heuer, „Obesity stigma: Important considerations for public health,” *American Journal of Public Health*, vol. 100, nr. 6, pp. 1019-1028, 2010.
- [72] B. Major, J. M. Hunger, D. P. Bunyan en C. T. Miller, „The ironic effects of weight stigma,” *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 51, pp. 74-80, 2014.
- [73] J. O'Dea, „School-based interventions to prevent eating problems: first do not harm,” *Eating Disorders*, nr. 8, pp. 123-130, 2000.
- [74] S. M. Wilksch, S. J. Paxton, S. M. Byrne, S. B. Austin, S. A. McLean, K. M. Thompson, K. Dorairaj en T. D. Wade, „Prevention across the spectrum: a randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity,” *Psychological Medicine*, vol. 45, p. 1811–1823, 2015.
- [75] L. Goossens, A. Jansen en C. Braet, „Eetproblemen in de adolescentie,” in P. Prins & C. Braet (Eds). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Revisie*, Houten, Nederland, Van Loghum, 2014, pp. 443-466.
- [76] H.-C. Steinhausen, „The outcome of anorexia nervosa in the 20th century,” *American journal of psychiatry*, vol. 159, pp. 1284-1293, 2002.
- [77] J. Vanderlinden en J. Norré, „ Behandeling van cliënten met boulimia nervosa.,” in P. Emmelkamp & K. Hoogduin (eds.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie.*, Amsterdam, Boom, 2013, pp. 369-386.
- [78] J. Yager, D. M. J., K. A. Halmi, D. B. Herzog, J. E. Mitchell III, P. Powers en K. J. Zerbe, „Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition.,” *Guideline Watch*, 2015.

- [79] Marronne, M. J. S., R. Crosby, S. Wonderlich en T. Jollie-Trottier, „Predictors of response to cognitive behavioral treatment for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face.,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 42, pp. 222-227, 2009.
- [80] M. Levine, N. Piran en K. Jasper, „Eating disorders,” in *T.P. Gullotta et al. (eds.), Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*, New York, Springer Science+Business Media, 2015, pp. 305-328.
- [81] F. Puccio, M. Fuller-Tyszkiewicz, D. Ong en I. Krug, „A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 49, pp. 439-454, 2016.
- [82] C. Braet en M. van Winckel, *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- [83] C. R. Espindola en S. L. Blay, „Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: a metanalysis of qualitative studies,” *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 21, pp. 38-48, 2009.
- [84] J. Whitney en I. Eisler, „Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The recognition of family life and interpersonal maintenance factors,” *Journal of Mental Health*, vol. 14, pp. 575-585, 2005.
- [85] I. Eisler, C. Dare, M. Hodes, G. Russell, E. Dodge en D. Le Grange, „ Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions,” *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 41, pp. 727-736, 2000.
- [86] A. R. Sepúlveda, D. Anastasiadou, Y. Pellegrin, P. Andrés, M. Graell, J. A. Carrobes en G. Morandé, „Impact of caregiving experience on mental health among caregivers: a comparison of eating disorder patients with purging and non-purging behaviors,” *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, vol. 19, pp. 31-39, 2014.
- [87] World Health Organization, „Improving Health systems and services for mental health,” World Health Organization, Genève, 2009.
- [88] Royal College of Psychiatrists and Royal College of Physicians, „Marsipan: Management of really sick patients with anorexia nervosa,” MARSIPAN group, UK, 2010.
- [89] National Institute for Clinical Excellence, „Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders,” The British Psychological Society and Gaskell, UK, 2004.
- [90] A. Sharma en R. Kushner, „Review: A proposed clinical staging system for obesity,” *International Journal of Obesity*, nr. 33, pp. 289-295, 2009.
- [91] Canadian Obesity Network, „5As of obesity management,” Canadian Obesity Network, Canada, 2012.
- [92] W. R. Miller en S. Rollnick, *Motiverende gespreksvoering (3de editie). Mensen helpen veranderen.*, Nederland: Ekklesia, 2014.

- [93] R. M. Ryan en E. L. Deci, „ Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being,” *American Psychologist*, vol. 55, pp. 68-78, 2000.
- [94] S. Woerwag-Mehta en J. Treasure, „Causes of anorexia nervosa,” *Psychiatry*, vol. 7, pp. 147-151, 2008.
- [95] G. Waller en A. Sheffield, „Causes of bulimic disorders,” *Psychiatry*, vol. 7, pp. 152-155, 2008.
- [96] J. M. E. Walsh, M. E. Wheat en K. Freund, „Detection, evaluation, and treatment of eating disorders: The role of the primary care physician,” *Journal of General Internal Medicine*, vol. 15, pp. 577-590, 2000.
- [97] S. Mari-Bauset, A. Llopis-Gonzalez, I. Zazpe-Garcia, A. Mari-Sanchis en M. Morales-Suarez-Varela, „Nutritional status of children with autism spectrum disorders (ASDs): A case-control study,” *J Autism Dev Disord*, vol. 45, pp. 203-212, 2015.
- [98] E. W. Evans, A. Must, S. E. Anderson, C. Curtin, R. Scampini, M. Maslin en L. Bandini, „Dietary patterns and body mass index in children with autism and typically developing children,” *Research in Autism Spectrum Disorders*, vol. 6, pp. 399-405, 2012.
- [99] B. Turner, L. Claes, T. Wilderjans, E. Pauwels, E. Dierckx, A. Chapman en K. Schoevaerts, „Personality profiles in eating disorders: Further evidence of the clinical utility of examining subtypes based on temperament,” *Psychiatry Research*, vol. 219, pp. 157-165, 2014.
- [100] N. Micali, K. Hilton, E. Natatani, I. Heyman, C. Turner en D. Mataix-Cols, „Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study,” *Psychological Medicine*, vol. 41, pp. 2507-2513, 2011.
- [101] S. Bratman en D. Knight, *Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*, New York: Broadway Books, 2000.
- [102] M. Varga, B. Thege, S. Dukay-Szabó, F. Túry en E. van Furth, „When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary,” *BMC Psychiatry*, vol. 14, p. 11p, 2014.
- [103] N. Koven en A. Abry, „The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives,” *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, vol. 11, pp. 385-394, 2015.
- [104] L. Boone, B. Soenens, C. Braet en L. Goossens, „An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms,” *Behaviour Research and Therapy*, vol. 48, pp. 686-691, 2010.
- [105] S. E. Cassin en K. M. von Ranson, „Personality and eating disorders: A decade in review,” *Clinical Psychology Review*, vol. 25, pp. 895-916, 2005.
- [106] G. Milos, V. Baur, S. Muehlebach en A. Spindler, „Axis-I comorbidity is linked to prospective instability of diagnoses within eating disorders,” *BMC Psychiatry*, vol. 295, nr. 13, pp. 1471-244x, 2013.

- [107] H. Bruch, *Als een mus in een gouden kooi. Achtergronden van anorexia nervosa.*, Baarn: In den Toren, 1980.
- [108] R. M. Puhl en K. D. Brownell, „Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults,” *Obesity*, vol. 14, nr. 10, pp. 1802-1815, 2006.
- [109] M. B. Schwartz, H. O'Neal Chambliss, K. D. Brownell, S. N. Blair en C. Billington, „Weight bias among health professionals specializing in obesity,” *Obesity Research*, vol. 11, nr. 9, pp. 1033-1039, 2003.
- [110] Dietitians Association of Australia, „DAA Best practice guidelines for the treatment of overweight and obesity in adults.” DAA, Canberra, 2012.
- [111] Northern Health, „Position on health, weight and obesity. An integrated population health approach,” Northern Health, Canada, 2012.
- [112] S. Wang, K. Brownell en T. Wadden, „The influence of the stigma of obesity on overweight,” *International Journal of Obesity*, vol. 28, p. 1333–1337, 2004.
- [113] Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, „Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen,” Van Zuiden, Utrecht, 2008.
- [114] R. Padwal, N. Pajewski, D. Allison en A. Sharma, „Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity,” *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, nr. 14, pp. E1059-E1066, 2011.
- [115] K. Flegal, B. Kit, H. Orpana en B. Graubard, „Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review,” *Journal of American Medical Association*, vol. 309, nr. 1, pp. 71-82, 2013.
- [116] A. C. Ciao, E. C. Accurso, E. E. Fitzsimmons-Craft, J. Lock en D. Le Grange, „Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 48, pp. 81-90, 2015.
- [117] J. Lock, D. Le Grange, W. S. Agras, A. Moye, S. W. Bryson en B. Jo, „Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa,” *Archives of General Psychiatry*, vol. 67, p. 1025–1032, 2010.
- [118] D. Le Grange, J. Lock, W. S. Agras, S. W. Bryson en B. Jo, „Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa,” *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 54, pp. 886-894, 2015.
- [119] P. M. Williams, J. Goodie en C. D. Motsinger, „Treating eating disorders in primary care,” *American Academy of Family Physicians*, vol. 77, pp. 187-197, 2008.
- [120] A. Vermassen, J. Vanderlinden en G. Pieters, „Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk: diagnose en behandeling,” *Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 68, pp. 1035-1049, 2012.

[121] M. Vandewoude, P. De Cort, M. Eneman, A. Haekens en H. Jorens, „Anorexia Nervosa: Het somatisch onderzoek en de nutritionele ondersteuning bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis,” *Psychiatrie & Verpleging*, vol. 86, pp. 201-209, 2010.

[1] Preti, A. et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1125-1132. Aangevuld met niet-gepubliceerde gegevens over België en Nederland verkregen van de auteurs, met dank aan Giovanni de Girolamo.

[2] Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S. & Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 977-1008.

[3] Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. *Pediatrics*, 134, 582-592.

[4] Stice, E., Marti, N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 445-457.

[5] Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (2008). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom.

[6] Rosen, D. S. (2010). Clinical report: Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126, 1240-1253.

[7] Scanelli, G., Schlagenauf, P., & Degli Esposti, L. (2013). *Endocrine abnormalities in eating disorders*. In R. Strumia (ed.), *Eating Disorders and the Skin* (pp. 31-36). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

[8] Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; Trimbos-instituut. (2006). *Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut in opdracht van Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ .

[9] Athey, J. (2003). Medical complications of anorexia nervosa. *Primary Care Update OB/GYNS*, 10, 110-115.

[10] Noordenbos, G. (2007). *Gids voor herstel van eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

[11] Keys, A., Brožek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation (2 vols)*. Oxford: University of Minnesota Press.

[12] Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104–131.

[13] Depestele, L., Lemmens, G. M., Dierckx, E., Baetens, I., Schoevaerts, K., & Claes, L. (2016). The role of non-suicidal self-injury and binge-eating/purging behaviours in the caregiving experience

among mothers and fathers of adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 24, 257–260.

[14] Noordenbos, G. (2014). *Een eetstoornis overwinnen, kan dat?* Utrecht: De Tijdstroom.

[15] Ulfvebrand, S., Birgegard, A., Norring, C., Hogdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230, 294-299.

[16] Godart, N., Radon, L., Curt, F., Duclos, J., Perdereau, F., Lang, F., . . . Flament, M. (2015). Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of onset. *Journal of Affective Disorders*, 185, 115-122.

[17] Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., & Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 118-131.

[18] Mattar, L., Huas, C., Duclos, J., Apfel, A., & Godart, N. (2011). Relationship between malnutrition and depression or anxiety in Anorexia Nervosa: A critical review of the literature. *Journal of affective disorders*, 132, 311-318.

[19] Meehan, K., Loeb, K., Roberto, C., & Attia, E. (2006). Mood change during weight restoration in patients with anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*, 39, 587-589.

[20] Claes, L., & Muehlenkamp, J. (2014). *Non-suicidal self-injury and eating disorders: dimensions of self-harm*. In L. Claes & J. Muehlenkamp (eds.). *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (pp. 3-18). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

[21] Waller, G., Babbs, M., Wright, F., Potterton, C., Meyer, C., & Leung, N. (2003). Somatoform dissociation in eating-disordered patients. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 619-627.

[22] Brewerton, T. D. (2008). The links between PTSD and eating disorders: Diagnostic and treatment implications. *Psychiatric Times*, 25, 43-45.

[23] Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Braet, C. (2012). Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite*, 59, 531-540.

[24] Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohmf, F., . . . Striegel Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220, 500-506.

[25] Luo, J., Forbush, K., Williamson, A., Markon, K., & Pollack, L. (2013). How specific are the relationships between eating disorder behaviors and perfectionism? *Eating Behaviors*, 14, 291-294.

[26] Claes, L., Robinson, M. D., Muehlenkamp, J. J., Vandereycken, W., & Bijttebier, P. (2010). Differentiating bingeing/purging and restrictive eating disorder subtypes: The roles of temperament, effortful control, and cognitive control. *Personality and Individual Differences*, 48, 166-170.

[27] Boone, L., Claes, L., & Luyten, P. (2014). Too strict or too loose? Perfectionism and impulsivity: The relation with eating disorder symptoms using a person-centered approach. *Eating Behaviors*, 15, 17-23.

- [28] Müller, A., Claes, L., Wilderjans, T., & de Zwaan, M. (2014). Temperament subtypes in treatment seeking obese individuals: A latent profile analysis. *European Eating Disorders Review*, *22*, 260-266.
- [29] Claes, L., Bijttebier, P., Mitchell, J., de Zwaam, M., & Müller, A. (2011). The relationship between compulsive buying, eating disorder symptoms, and temperament in a sample of female students. *Comprehensive Psychiatry*, *52*, 50-55.
- [30] Claes, L., Mitchell, J. E., & Vandereycken, W. (2012). Out of control? Inhibition processes in eating disorders from a personality and cognitive perspective. *International Journal of Eating Disorders*, *45*, 407-414.
- [31] Morris, M. J., Beilharz, J. E., Maniram, J., Reichelt, C. A., & Westbrook, R. F. (2015). Why is obesity such a problem in the 21st century? The intersection of palatable food, cues and reward pathways, stress, and cognition. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *58*, 36-45.
- [32] Kanoski, E. S., & Davidson, T. L. (2011). Western diet consumption and cognitive impairment: Links to hippocampal dysfunction and obesity. *Physiology and Behavior*, *103*, 59-68.
- [33] Cordner, Z. A., & Tamashiro, K. L. (2015). Effects of high-fat diet exposure on learning and memory. *Physiology and Behavior*, *152*, 363-371.
- [34] Parent, M. B., Darling, J. N., & Henderson, Y. O. (2014). Remembering to eat: hippocampal regulation of meal onset. *American Journal of Physiology. Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, *306*, 701-713.
- [35] Francis, H., & Stevenson, R. (2013). The longer-term impacts of Western diet on human cognition and the brain. *Appetite*, *63*, 119-128.
- [36] Kral, T. V., Souders, M. C., Tompkins, V. H., Remiker, A. M., Eriksen, W., & Pinto-Martin, J. (2014). Child eating behaviors and caregiver feeding practices in children with autism spectrum disorders. *Public Health Nursing*, *32*, 488-497.
- [37] Tanner, K., Case-Smith, J., Nahikian-Nelms, M., Ratliff-Schaub, K., Spees, C., & Darragh, A. (2015). Behavioral and physiological factors associated with selective eating in children with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, *69*.
- [38] Zuckerman, K. E., Hill, A. P., Guion, K., Voltolina, L., & Fombonne, E. (2014). Overweight and obesity: Prevalence and correlates in a large clinical sample of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*, 1708-1719.
- [39] Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A., & Morgan, J. (2013). Autism spectrum disorders in eating disorder populations: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, *21*, 345-351.
- [40] Odent, M. (2010). Autism and anorexia nervosa: Two facets of the same disease? *Medical Hypotheses*, *75*, 79-81.
- [41] Kooij, S. (2016). ADHD and obesity. *American Journal of Psychiatry*, *173*, 1-2.
- [42] Cortese, S., Moreira-Maia, C., St. Fleur, D., Morcillo-Penalver, C., Rohde, L., & Faraone, S. (2016). Association between ADHD and Obesity: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *173*, 34-42.
- [43] Verbeken, S. (2014). *Werken met ADHD bij kinderen met overgewicht*. Leuven (presentatie kennisdag Eetexpert).

- [44] Pennesi, J., & Wade, T. (2016). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions? *Clinical Psychology Review*, *43*, 175-192.
- [45] Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-528.
- [46] Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 124-135.
- [47] Haines, J., Kleinman, K. P., Rifas-Shiman, S., Field, A. E., & Austin, B. (2010). Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *164*, 336-343.
- [48] Snoek, H. M., Engels, R. C., van Strien, T., & Otten, R. (2013). Emotional, external and restrained eating behaviour and BMI trajectories in adolescence. *Appetite*, *67*, 81-87.
- [49] Brenninkmeijer, K., & Jeannin, R. (2014). De psychologische benadering van eetgedrag bij obese kinderen - European Childhood Obesity Group Paper. *Psychopraktijk*, *6*, 28-31.
- [50] Verbeken, S., Braet, C., Lammertyn, J., Goossens, L., & Moens, E. (2012). How is reward sensitivity related to bodyweight in children? *Appetite*, *58*, 478-483.
- [51] Bakalar, J. L., Shank, L., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, *17*, 41-50.
- [52] Graziano, P. A., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2010). Toddler self-regulation skills predict risk for pediatric obesity. *International Journal of Obesity*, *34*, 633-641.
- [53] Neumark-Sztainer, D., Wall, M., & Story, M. (2012). Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: Associations with 10-year changes in Body Mass Index. *Journal of Adolescent Health*, *50*, 80-86.
- [54] van Strien, T., Herman, P., & Verheijden, M. W. (2014). Dietary restraint and body mass change. A 3-year follow up study in a representative Dutch sample. *Appetite*, *76*, 44-49.
- [55] Schaumberg, K., Anderson, D., Anderson, L., Reilly, E., & Gorrell, S. (2016). Dietary restraint: what's the harm? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology. *Clinical Obesity*, *6*, 89-100.
- [56] Matharoo, G. S., Renick, E., Afthinos, J. N., Straker, T., & Gibbs, K. E. (2014). *Preoperative evaluation of bariatric surgery patients*. In Chih-Kun Huang (Ed.) *Essentials and controversies in bariatric surgery*. InTech.
- [57] Van den Hout, H., Smorenberg, A., & Klemm-Kropp, M. (2014). Langetermijncomplicaties van bariatrische chirurgie: Het mes snijdt aan twee kanten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *158*.
- [58] Johnson Stoklossa, C., & Atwal, S. (2013). Nutrition care for patients with weight regain after bariatric surgery. *Gastroenterology Research and Practice* (Article ID 256145).

- [59] Conceição, E., et al. (2013). Eating disorders after bariatric surgery: A case series. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 274-279.
- [60] Järholm, K., et al. (2011). Short-term psychological outcomes in severely obese adolescents after bariatric surgery. *Obesity*, 20, 318-323.
- [61] Sarwer, D. B., & Fabricatore, A. N. (2010). *Psychological issues before and after bariatric surgery*. In M. Dietl, M. Gagner, J. Dixon, J. Himpens, & A. Madan (Eds.), *Handbook of obesity surgery*. Canada: FD-Communications.
- [62] White, M. A., Masheb, R. M., Rothschild, B. S., Burke-Martindale, C. H., & Grilo, C. M. (2007). Do patients' unrealistic weight goals have prognostic significance for bariatric surgery? *Obesity Surgery*, 17, 74-81.
- [63] Wolfe, B. L., & Terry, M. L. (2006). Expectations and outcomes with gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 16, 1622-1629.
- [64] Cuellar-Barboza, A. B., & al, e. (2015). Change in consumption patterns for treatment-seeking patients with alcohol use disorder post-bariatric surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 199-204.
- [65] Bagdade, P. S., & Grothe, B. (2012). Psychosocial evaluation, preparation, and follow-up for bariatric surgery patients. *Diabetes Spectrum*, 25, 211-216.
- [66] Ostlund, M. P., et al. (2013). Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared with restrictive bariatric surgery. *JAMA Surgery*, 148, 374-377.
- [67] Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal of Obesity*, 31, 1248-1261.
- [68] Puhl, R., & Heuer, C. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17, 941-964.
- [69] Puhl, R., & Heuer, C. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100, 1019-1028.
- [70] Major, B., Hunger, J. M., Bunyan, D. P., & Miller, C. T. (2014). The ironic effects of weight stigma. *Journal of Experimental Social Psychology*, 51, 74-80.
- [71] O'Dea, J. (2000). School-based interventions to prevent eating problems: first do not harm. *Eating Disorders*, 8, 123-130.
- [72] Wilksch, S. M., Paxton, S. J., Byrne, S. M., Austin, S. B., McLean, S. A., Thompson, K. M., . . . Wade, T. D. (2015). Prevention across the spectrum: a randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity. *Psychological Medicine*, 45, 1811-1823.
- [73] Goossens, L., Jansen, A., & Braet, C. (2014). *Eetproblemen in de adolescentie*. In P. Prins & C. Braet (Eds). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Revisie* (pp. 443-466). Houten, Nederland: Van Loghum.

- [74] Vanderlinden, J., & Norré, J. (2013). *Behandeling van cliënten met boulimia nervosa*. In P. Emmelkamp & K. Hoogduin (eds.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 369-386). Amsterdam: Boom.
- [75] Yager, J., J., D. M., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell III, J. E., Powers, P., & Zerbe, K. J. (2015). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition*. Guideline Watch.
- [76] Marronne, S., Mitchell, J., Crosby, R., Wonderich, S., & Jollie-Trottier, T. (2009). Predictors of response to cognitive behavioral treatment for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *International Journal of Eating Disorders, 42*, 222-227.
- [77] Levine, M., Piran, N., & Jasper, K. (2015). *Eating disorders*. In T.P. Gullotta et al. (eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 305-328). New York: Springer Science+Business Media.
- [78] Puccio, F., Fuller-Tyszkiewicz, M., Ong, D., & Krug, I. (2016). A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *International Journal of Eating Disorders, 49*, 439-454.
- [79] Braet, C., & van Winckel, M. (2001). *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- [80] Espindola, C. R., & Blay, S. L. (2009). Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: a metasynthesis of qualitative studies. *Annals of Clinical Psychiatry, 21*, 38-48.
- [81] Whitney, J., & Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The recognition of family life and interpersonal maintenance factors. *Journal of Mental Health, 14*, 575-585.
- [82] Ciao, A. C., Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J., & Le Grange, D. (2015). Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 48*, 81-90.
- [83] Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 67*, 1025–1032.
- [84] Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. W., & Jo, B. (2015). Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*, 886-894.
- [85] Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 727-736.
- [86] Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., Pellegrin, Y., Andrés, P., Graell, M., Carrobes, J. A., & Morandé, G. (2014). Impact of caregiving experience on mental health among caregivers: a comparison of eating disorder patients with purging and non-purging behaviors. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 19*, 31-39.

- [87] World Health Organization. (2009). *Improving health systems and services for mental health*. Genève: World Health Organization.
- [88] Royal College of Psychiatrists and Royal College of Physicians. (2010). *Marsipan: Management of really sick patients with anorexia nervosa*. UK: MARSIPAN group.
- [89] National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. UK: The British Psychological Society and Gaskell.
- [90] Sharma, A., & Kushner, R. (2009). Review: A proposed clinical staging system for obesity. *International Journal of Obesity*, 33, 289-295.
- [91] Canadian Obesity Network. (2012). *5As of obesity management*. Canada: Canadian Obesity Network.
- [92] Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering (3de editie). Mensen helpen veranderen*. Nederland: Ekklesia.
- [93] Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- [94] Woerwag-Mehta, S., & Treasure, J. (2008). Causes of anorexia nervosa. *Psychiatry*, 7, 147-151.
- [95] Waller, G., & Sheffield, A. (2008). Causes of bulimic disorders. *Psychiatry*, 7, 152-155.
- [96] Walsh, J. M., Wheat, M. E., & Freund, K. (2000). Detection, evaluation, and treatment of eating disorders: The role of the primary care physician. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 577-590.
- [97] Mari-Bauset, S., Llopis-Gonzalez, A., Zazpe-Garcia, I., Mari-Sanchis, A., & Morales-Suarez-Varela, M. (2015). Nutritional status of children with autism spectrum disorders (ASDs): A case-control study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 203-212.
- [98] Evans, E. W., Must, A., Anderson, S. E., Curtin, C., Scampini, R., Maslin, M., & Bandini, L. (2012). Dietary patterns and body mass index in children with autism and typically developing children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 399-405.
- [99] Turner, B., Claes, L., Wilderjans, T., Pauwels, E., Dierckx, E., Chapman, A., & Schoevaerts, K. (2014). Personality profiles in eating disorders: Further evidence of the clinical utility of examining subtypes based on temperament. *Psychiatry Research*, 219, 157-165.
- [100] Micali, N., Hilton, K., Natatani, E., Heyman, I., Turner, C., & Mataix-Cols, D. (2011). Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. *Psychological Medicine*, 41, 2507-2513.
- [101] Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books.
- [102] Varga, M., Thege, B., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. (2014). When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*, 14.

- [103] Koven, N., & Abry, A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 385-394.
- [104] Boone, L., Soenens, B., Braet, C., & Goossens, L. (2010). An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 686-691.
- [105] Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, *25*, 895-916.
- [106] Milos, G., Baur, V., Muehlebach, S., & Spindler, A. (2013). Axis-I comorbidity is linked to prospective instability of diagnoses within eating disorders. *BMC Psychiatry*, *13*.
- [107] Bruch, H. (1980). *Als een mus in een gouden kooi. Achtergronden van anorexia nervosa*. Baarn: In den Toren.
- [108] Puhl, R., & Brownell, K. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, *14*, 1802-1815.
- [109] Schwartz, M., O'Neal Chambliss, H., Brownell, K., Blair, S., & Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, *11*, 1033-1039.
- [110] Dietitians Association of Australia. (2012). *DAA Best practice guidelines for the treatment of overweight and obesity in adults*. Canberra: DAA.
- [111] Northern Health. (2012). *Position on health, weight and obesity. An integrated population health approach*. Canada: Northern Health.
- [112] Wang, S., Brownell, K., & Wadden, T. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight. *International Journal of Obesity*, *28*, 1333-1337.
- [113] Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2008). *Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen*. Utrecht: Van Zuiden.
- [114] Padwal, R., Pajewski, N., Allison, D., & Sharma, A. (2011). Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. *Canadian Medical Association Journal*, *183*, 1059-1066.
- [115] Flegal, K., Kit, B., Orpana, H., & Graubard, B. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review. *Journal of American Medical Association*, *309*, 71-82.

Bijlagen

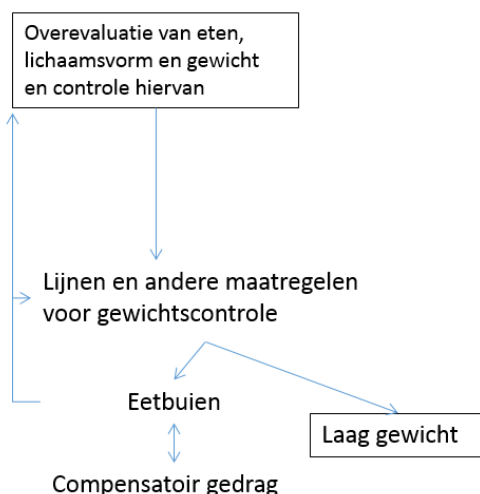
Bijlage 1. Verklaringsmodellen van eetstoornissen

Het Transdiagnostisch Model van eetstoornissen

Fairburn, Cooper en Shafran [47] ontwikkelden een transdiagnostische benadering van eetstoornissen, die verschillende klinische verschijningsvormen van eetstoornissen (anorexia nervosa, boulimia nervosa) verklaart door gelijkaardige psychopathologische processen. Het is een typisch model binnen de eetstoornisliteratuur.

Het model vertrekt van een overwaardering van gewicht en lichaamsvormen in de zelfbeoordeling, met bijhorende attitudes en gedragingen. De meeste mensen beoordelen hun zelfwaarde aan de hand van verschillende domeinen (werk, relaties, sportieve vaardigheden...). Bij mensen met een eetstoornis is de zelfbeoordeling bijna exclusief gebaseerd op eetgewoonten, gewicht, of lichaamsvormen en de mogelijkheid om deze onder controle te houden. Dit gaat gepaard met gedachten en gedragingen die gefocust zijn op lijnen en gewichtsverlies. Dit extreme lijngedrag kan leiden tot het overschrijden van de eigen strenge dieetregels, wat geïnterpreteerd wordt als gebrek aan zelfcontrole en op zijn beurt kan leiden tot eetbuien. Hiervoor kan dan weer gecompenseerd worden door misbruik van laxeremiddelen, braken, overmatig bewegen...

Welke diagnose er uiteindelijk gesteld wordt, hangt af van de balans tussen lijngedrag, eetbuien en compensatiegedrag, die een impact heeft op het gewicht van de patiënt. De kernaspecten van psychopathologie worden dus gedeeld bij boulimia nervosa en anorexia nervosa, maar bij anorexia nervosa is er sprake van ondergewicht. Anorexia nervosa patiënten vertonen hierbij fysieke en mentale symptomen die gepaard gaan met een toestand van uithongering ('uithongeringssyndroom'). Dit zijn o.m. lethargie, concentratieproblemen, ontwikkelen van voedingsrituelen, preoccupatie met voeding, haaruitval...



Figuur 7. Het Transdiagnostisch Model van Fairburn, gebaseerd op Fairburn et al. [47]

De auteurs stelden zich ook de vraag hoe het komt dat een eetstoornis vaak blijft bestaan, ondanks therapie. Ze beschreven in dit verband 4 bijkomende onderhoudsmechanismen: (1) een extreem perfectionistische houding, (2) een laag algemeen zelfwaardegevoel, (3) stemmingsintolerantie, en (4) interpersoonlijke problemen. Bij sommige patiënten kan één of meerdere van deze mechanismen interageren met de kernmechanismen die hierboven werden beschreven, en belemmeren therapiesucces.

(1) extreem perfectionistische houding

Dit wordt gedefinieerd als het overmatig belang hechten aan het streven naar en bereiken van hoge doelstellingen, ondanks negatieve gevolgen. Deze personen kampen met faalangst en een zelfkritische houding. Dit kan zich uiten in het eetgedrag, waarbij falen overeenkomt met gewichtstoename.

(2) laag algemeen zelfwaardegevoel

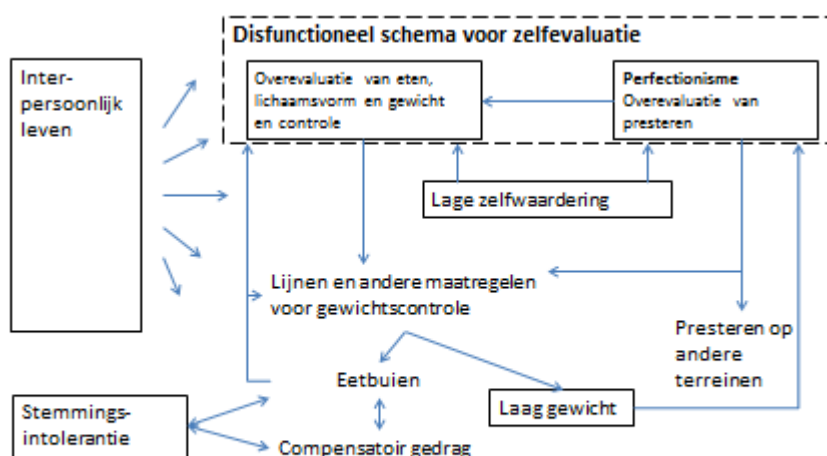
Bij sommige patiënten hangt een negatief zelfbeeld niet enkel samen met het falen in gewichtscntrole, maar overheerst het op alle domeinen en maakt deel uit van de persoonlijkheid van de patiënt. Ze hebben een negatieve attributiestijl waarbij faalervaringen gegeneraliseerd worden.

(3) stemmingsintolerantie

Sommige patiënten kunnen niet omgaan met bepaalde (doorgaans negatieve) emoties en stemmingen en ontwikkelen disfunctionele copingmechanismen die de stemming neutraliseren of hiervan afleiden. Het kan hier gaan om automutilatie of middelenmisbruik, maar ook om eetbuien, purgeergedrag, of intensief sporten. Vaak denken ze dat ze niet met deze emoties om zullen kunnen.

(4) interpersoonlijke problemen

Interpersoonlijke problemen kunnen controlegedrag en eetbuien uitlokken en het zelfbeeld ondermijnen. Het kan gaan om een drang naar en nood aan controle ten gevolge van gezinsspanningen, opgroeien in een omgeving die veel druk legt op slankheidsidealen, overgevoelig zijn in het contact met anderen. Interpersoonlijke problemen kunnen ook het zelfbeeld ondermijnen.



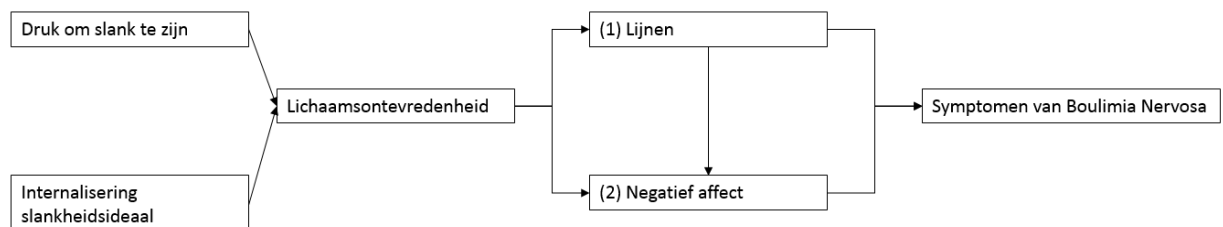
Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003

Figuur 8. Het transdiagnostisch model van de instandhouding van eetstoornissen, gebaseerd op Fairburn et al. [47]

Hoewel het model zich in de eerste plaats richt op instandhoudende factoren, wordt erkend dat ontstaansfactoren en instandhoudende factoren kunnen overlappen [46].

Het Dual Pathway model van boulimia nervosa

Het tweede toonaangevende model dat weerhouden werd door Pennesi en Wade [46], is het Dual Pathway Model van Stice. Eric Stice [48] stelt dat symptomen van Boulimia Nervosa zich volgens twee paden kunnen ontwikkelen. Beide vertrekken vanuit lichaamsontevredenheid, die ontstaat door druk om slank te zijn of internalisering van het slankheidsideaal. Volgens een eerste verklaringsmechanisme leidt lichaamsontevredenheid tot lijngedrag of restrictie, gezien de aanname onder de algemene bevolking dat lijnen gewichtsverlies met zich meebrengt. Dit lijngedrag lokt vaak negatief affect uit, enerzijds door faalervaringen, anderzijds door de effecten die calorie-beperking heeft op stemming en gedachten. De faalervaringen kunnen te maken hebben met de ineffectiviteit van lijnen als gewichtscontrolestrategie (bv. jojo-effect), of met het doorbreken van het 'dieetplan'. Door hongergevoelens te negeren en strenge, cognitieve regels op te leggen, verliest de persoon het contact met het honger- en verzadigingsgevoel, en kunnen stressmomenten gepaard gaan met overeten en controleverlies (eetbuien). Volgens een tweede pad lokt lichaamsontevredenheid negatief affect uit, en wordt eetgedrag gebruikt als copingmechanisme om met dit negatief affect om te gaan. Hier zien we emotioneel eetgedrag verschijnen, vanuit het geloof dat eten troost en afleiding biedt. Het model stelt dus dat zowel lijngedrag als negatief affect, of een combinatie van beide, boulimische symptomen kan uitlokken.



Figuur 9. Het Dual Pathway Model, gebaseerd op Stice [48].

Bijlage 2: Voorbeeld van een eetdagboek

Tijdstip en plaats	Voedsel en drank	Eetbui	Braken / laxeren	Plaats en omstandighed en	Gedachten en gevoelens		Alternatieve gedragingen geprobeerd ?
					Vooraf	Nadien	

Bijlage 3. Overzichtstabel rond etiologie van anorexia nervosa

Vertaling van Woerwag-Mehta & Treasure (2008) [94] p. 148.

	Fysiek	Psychologisch	Sociaal
<i>Kwetsbaarheid</i>	Genetische factoren	OCS/OCPS	Isolatie
	Epigenetische effecten	Angststoornissen	Werksetting (topsport, ballet...)
	Bevallingscomplicaties	Vermijdende copingstijl	Misbruik
	Prematuriteit	Cognitieve gebreken	Overbeschermd opvoeding
	Voedingsproblemen in het eerste levensjaar	Negatieve zelfevaluatie	Hechtingsproblemen
	Gebreken in de HPA-as	Laag zelfbeeld	
<i>Antecedenten/triggers</i>	Puberteit	Stress	Ingrijpende gebeurtenissen
		Lijnen	Culturele waarden
<i>Onderhoudende factor</i>	Gastro-intestinale veranderingen	OCS/OCPS	Gezinsdynamieken
	Lage serotonine	Cognitieve veranderingen (bv. rigiditeit)	Kritische omgeving
	Lage dopamine	Angst	Sociale isolatie
	Lage BDNF	Depressie	
	Veranderingen in de HPA-as		
	Lage leptine en adiponectine		

Bijlage 4. Overzichtstabel rond etiologie van boulimische gedragingen
(eetbuien/purgeergedrag)

Vertaling van Waller & Sheffield (2008) [95] p. 154

<i>Kwetsbaarheden</i>	Genetische factoren (bv. erfelijkheid van purgeergedrag) Gezinsfactoren (bv. emotionele invalidatie) Trauma (bv. seksueel misbruik, pestgedrag rond uiterlijk) Socioculturele factoren (bv. media) Fysiologie (bv. serotonineniveaus)
<hr/>	
<i>Antecedenten</i>	
<i>Lange termijn</i>	Overwaardering van eetgedrag, gewicht en lichaamsvormen Onderdrukking van emoties
<i>Triggers</i>	Uithongering (bv. hunkering naar voedsel) Emotionele arousal (bv. serotonineniveau) Rigide/permissieve gedachten Sociale triggers Blootstelling aan (eetbui)voedsel Ontremming (bv. dissociatie, alcoholgebruik)
<hr/>	
<i>Onderhoudende factoren</i>	Gevolgen van de eetbui (emotieregulatie, angst voor controleverlies, vrijkomen van insuline) Gevolgen van compensatiegedrag (uithongering, psychische stress) Gedrag rond lichaamsbeeld (bv. 'body checking', spiegel vermijden, sociale vergelijking)

Bijlage 5. Interessante weetjes rond de lichamelijke herstelfase van een eetstoornis

De eerste fase van de behandeling focust zich op herstel van een normaal eet- en beweegpatroon, en op bijhorend gewichtsherstel. Het klinkt misschien vreemd, maar ook de herstelperiode van een eetstoornis houdt een aantal **risico's** in. **Het is daarom erg belangrijk dat een arts deze fase mee begeleidt**, en regelmatig een bloedcontrole kan uitvoeren. Waarom dit zo belangrijk is, lees je hier:

Hoe verloopt het gewichtsherstel?

- Gewichtsherstel gebeurt best geleidelijk (aan een tempo van ongeveer een halve kilogram per week), zodat het lichaam zich kan aanpassen aan de grotere energie-inname om deze op een goede manier te kunnen verwerken.
- Om het lichaam hierin te ondersteunen, is het goed om extra eiwitrijke voedingsmiddelen te eten (melkproducten, vlees, vis, peulvruchten, noten, en volkoren producten). Deze bevatten stoffen die helpen bij de verwerking van energie door het lichaam (fosfaat).
- Wanneer teruggekeerd wordt naar een regelmatig eetpatroon, hebben de meeste (ondervoede) patiënten last van hun spijsvertering (bv. misselijkheid, krampen..), omdat het lichaam niet meer gewoon is om een normale hoeveelheid voedsel te verteren. Door de ondervoeding krimpen de ingewanden ook enigszins, en het vraagt even tijd om hun normale functionaliteit terug te krijgen. Een regelmatig eetpatroon is hiervoor het beste medicijn. Na een tweetal weken verdwijnen deze klachten doorgaans.
- Door de ondervoeding kan de stofwisseling verstoord zijn. Hierdoor heeft het lichaam een grotere energiebehoefte, er moet dus in verhouding meer gegeten worden om bij te komen dan zonder deze verstoring. Dit kan verschillende maanden duren, en patiënten kunnen in die periode ook last hebben van zweten en het te warm hebben. De hogere calorie-inname wordt best stapsgewijs opgebouwd, en gebeurt onder begeleiding van een diëtist.
- Een gezond eetpatroon bestaat uit een regelmatig eetpatroon, met 3 hoofdmaaltijden en 2 à 3 tussendoortjes, met voldoende variatie, en een evenwichtige keuze van voedselgroepen. De 'actieve voedingsdriehoek' geeft aanwijzingen over de verhouding van voedingsmiddelen.
- Beweging maakt deel uit van een gezonde levensstijl, maar te veel beweging, zeker zonder voldoende energie- en vochtinname, is schadelijk voor de gezondheid.

Purgeergedrag is ineffectief!

- Bij braken en misbruik van laxemiddelen wordt het grootste deel van het voedsel toch nog verteerd.
- Bij gebruik van diuretica is er enkel vochtverlies, geen vetverlies.
- Het is belangrijk dat het purgeergedrag zo snel mogelijk gestopt wordt.

Waarom is het vanuit medisch oogpunt belangrijk om te stoppen met vasten en met purgeergedrag (braken, misbruik van laxemiddelen/diuretica)?

- Het hart komt onder druk te staan doordat het lichaam kalium verliest. Kalium beïnvloedt de werking van de spieren, en ook het hart is een spier.
- Verschillende organen kunnen het moeilijk krijgen, bijvoorbeeld de nieren.
- Ondergewicht en uitblijven van de maandstonden werken botontkalking in de hand.
- De groei kan verstoord geraken.
- Heel wat "kwaaltjes" kunnen ontaarden in complicaties.

Wat zijn de lichamelijke gevolgen van stoppen met purgeergedrag?

- Meestal moeten laxeermiddelen en diuretica niet afgebouwd worden, het gebruik kan dan van de ene dag op de andere gestopt worden. Maar er zijn uitzonderingen, dus doktersadvies is nodig.
- Doordat het lichaam tijdens het purgeren (misbruik van laxeermiddelen/diuretica, braken) geleerd heeft om vocht vast te houden, treedt vaak een sterk oedeem op na stoppen met de middelen. Na enkele dagen tot (een tweetal) weken verdwijnt dit oedeem. Het kan helpen om niet te veel zout te eten. Sommige patiënten moeten vaak plassen, ook 's nachts.
- Bij het stoppen met laxeermiddelen kunnen constipatieklachten optreden. Ook deze zijn meestal na één à twee weken terug verdwenen. Het helpt om voldoende vezels te eten (groenten en fruit, volkoren brood), voldoende te drinken, en (matig) te sporten.

Deze informatiefiche vervangt geen medische opvolging. Vraag steeds raad aan je arts!