

# Stappenplan



## Detectie en somatische opvolging van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk

Hoofdstuk 1. Indeling en kenmerken van eetstoornissen

2024

# Inhoudstafel

<b>1</b>	<b>INDELING EN KENMERKEN VAN EETSTOORNISSEN</b>	<b>3</b>
1.1	ANOREXIA NERVOSA	5
1.2	BOULIMIA NERVOSA	6
1.3	EETBUISTOORNIS	8
1.4	VERMIJDENDE/RESTRICTIEVE VOEDSELINNAMESTOORNIS (ARFID)	10
1.5	ANDERE GESPECIFICEERDE VOEDINGS- OF EETSTOORNIS	12
1.6	ONGESPECIFICEERDE VOEDINGS- OF EETSTOORNIS	12

## 1 Indeling en kenmerken van eetstoornissen

Heel wat kinderen en jongeren maken wel eens een tijdelijke hapering door in het eetgedrag, die te plaatsen is binnen een normaal ontwikkelingstraject en specifieke uitdagingen binnen dit traject. Fluctuaties in de voedselinname zijn eigen aan de ontwikkeling van het kind. Deze beschouwen we in deze tekst niet als eetproblemen of -stoornissen.

Een **eetprobleem** is een verstoring in het gezonde eetgedrag, waardoor het eetgedrag niet meer ontspannen en natuurlijk verloopt. Voorbeelden zijn lijngedrag, maaltijden overslaan en overeten. Een eetprobleem kan op zichzelf staan maar ook kaderen binnen een eetstoornis.

Een **eetstoornis** bevat **verschillende componenten**. Hierbij is er niet alleen sprake van een verstoring in het eetgedrag (een eetprobleem), maar ook dikwijls van problemen in sociale omgang, in gedachten en gevoelens (bv. een laag zelfbeeld), fysieke problemen (zoals een te laag of te hoog lichaamsgewicht) en een negatief lichaamsbeeld.

Uit onderzoek van Sciensano (2018) blijkt dat 7,2% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder signalen rapporteert van een eetstoornis. Bij de jongste leeftijdsgroep die ze opnamen, personen tussen 15 en 24 jaar, ligt de prevalentie van eetstoornissignalen het hoogst, met 13,7% in deze leeftijdsgroep. Het onderzoek werd uitgevoerd met een screeningsvragenlijst (de SCOFF), het aantal personen dat in aanmerking komt voor een daadwerkelijke diagnose ligt een stuk lager [8].

Eetstoornissen zijn **ernstige** stoornissen met risico op ingrijpende **fysieke en psychologische gevolgen**. In klinische settings, bij patiënten die hulp zoeken voor hun probleem, blijkt de gemiddelde **duur** van de stoornis **verschillende jaren** te bestrijken. In de algemene populatie ligt dat lager, met een beschrijving van eetstoornisepisodes van een aantal maanden bij jongeren, maar met een hoge kans op herval [9].

De DSM-5 [10] beschrijft volgende eetstoornissen:

1. Anorexia Nervosa
2. Boulimia Nervosa
3. Eetbuistoornis
4. Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis
5. Pica
6. Ruminatiestoornis
7. Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis
8. Ongespecificeerde voedings- of eetstoornis

Deze tekst focust zich op de behandeling van **eetstoornissen bij adolescenten en volwassenen**, meer bepaald Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa, Eetbuistoornis en Vermijdende restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID).

Deze eetstoornissen kennen doorgaans een aanvang in de adolescentie (m.u.v. ARFID dat doorgaans start in de kinderleeftijd, en waarbij er sprake is van ondervoeding, zoals bij AN, maar niet van een verstoord lichaamsbeeld als drijvende kracht), hoewel er gevallen zijn die een vroegere of latere start kennen. Een persoon kan in de loop van de tijd evolueren van het ene naar een ander type eetstoornis, maar de basisproblematiek blijft dezelfde ook al veranderen de uiterlijke kenmerken. Hieronder volgt een beschrijving van de eetstoornissen die deel uitmaken van dit stappenplan. Ruminatie en PICA, die doorgaans in de kindertijd starten, worden beschreven in het document '[Andere eetstoornissen](#)'. De lichamelijke gevolgen van deze eetstoornissen kunnen raakvlakken hebben met de lichamelijke gevolgen van anorexia nervosa of boulimia nervosa.

Verder worden in het dagelijks leven ook eetstoornissen beschreven die niet vallen onder een specifieke DSM-categorie. Denk bijvoorbeeld aan orthorexia nervosa. Ook dit lichten we toe in het document '[Andere eetstoornissen](#)'.

## 1.1 Anorexia nervosa

### Kernwoorden

Beperking energie-inname  
 Angst om bij te komen  
 Verstoord zelfbeeld  
 Restrictief versus eetbuien/purgeren

Ongeveer 1% van de Belgen boven 18 jaar lijdt ooit aan anorexia nervosa, met een hogere prevalentie bij tienermeisjes en jongvolwassen vrouwen (14-20 jaar) [11]. **In DSM-5 [10] worden volgende criteria opgesomd om te zien of iemand voldoet aan de diagnose 'anorexia nervosa' (vrije vertaling van de Engelstalige criteria):**

- **Beperking van de energie-inname** volgens behoefte die leidt tot een opmerkelijk laag lichaamsgewicht gezien de lengte, leeftijd, sekse, ontwikkelingstraject, en lichamelijke gezondheid. Een opmerkelijk laag gewicht wordt gedefinieerd als een gewicht dat lager is dan wat minimaal normaal <sup>1</sup>is, of bij kinderen en adolescenten lager dan wat minimaal verwacht mag worden<sup>2</sup>. Meer recent werden praktijkhandvatten ontwikkeld rond het minimaal gewenst gewicht (MGG) en het optimaal gewicht (OG) [12] (zie deel 4 Behandeling en medische opvolging)
- **Intense angst** om aan te komen in gewicht of om "dik" te worden, of aanhoudend gedrag om toename van gewicht te voorkomen, zelfs bij een opmerkelijk laag gewicht.
- **Verstoring** van de wijze waarop het lichaamsgewicht of het figuur wordt ervaren, onevenredig grote **invloed** van het gewicht of het figuur op de **zelfwaardering**, of een aanhoudend gebrek aan inzicht in de ernst van het lage lichaamsgewicht.

Er worden 2 **types** onderscheiden, namelijk het **eetbuien/purgerende type**, waarbij er sprake is van (objectieve of subjectieve) eetbuien doorgaans in combinatie met purgeergedrag (bv. zelfopgewekt braken, misbruik van laxemiddelen, misbruik van diuretica) en het **restrictieve type**, waarbij eetbuien en purgeergedrag niet voorkwamen de voorbije 3 maanden, en het ondergewicht voornamelijk gecreëerd wordt door lijnen

---

<sup>1</sup> BMI 18,5 wordt volgens de WHO beschouwd als de ondergrens van een normaal gewicht bij volwassenen. Bij BMI < 17.0 wordt gesproken over significant ondergewicht. Echter, BMI tussen 17.0 en 18.5, en zelfs boven 18.5, kan nog steeds als significant laag worden beschouwd in het kader van gewichtsgeschiedenis of andere fysiologisch informatie [10].

<sup>2</sup> Bij kinderen en adolescenten wordt afgegaan op (significante deviaties van) de eigen groeicurve van de jongere [10].

(schrappen van bepaalde voedingsmiddelen/-groepen), vasten (lange tijd (bijna) niet eten) en overmatige lichaamsbeweging.

De **ernst** van Anorexia Nervosa wordt in de DSM-5 bepaald door de BMI (BMI  $\leq$  17 betekent een ernstscore “licht” en BMI  $<$  15 wordt beschouwd als “zeer ernstig”). Wanneer er geen extreem gewichtsverlies is, maar de andere symptomen wel aanwezig zijn, wordt gesproken van a-typische Anorexia Nervosa. Deze stoornis valt onder de categorie ‘andere specifieke eetstoornissen’ (zie verder).

Wat het verloop van de aandoening betreft, kennen veel patiënten een periode van verstoord eetgedrag vóór ze voldoen aan de criteria van AN [10]. Naar schatting 45% kent een volledig herstel (van verstoord eetgedrag en lichamelijke gevolgen), 35% een partieel herstel, en bij 1/5 is de stoornis chronisch [13]. Na 5 jaar is het merendeel van de patiënten (partieel) hersteld [10]. Per 10 jaar overlijdt 5% met anorexia nervosa waarvan 1 op 5 door suïcide. Andere redenen voor overlijden zijn omwille van ondervoeding en somatische complicaties [10].

## 1.2 Boulimia nervosa

### Kernwoorden

Eetbuien  
Compensatiegedrag  
Verstoord zelfbeeld  
Controleverlies

Ongeveer 1% van de Belgen boven 18 jaar lijdt ooit aan boulimia nervosa, en de stoornis treedt meestal voor het eerst op tussen 16 en 25 jaar. De stoornis komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen [11]. **In de DSM-5 [10] worden volgende criteria onderscheiden (vrije vertaling)**

- **Terugkerende episodes van eetbuien.** Een eetbui wordt gekenmerkt door de volgende twee kenmerken:
  - (1) Eten in een afgebakende periode (bijvoorbeeld 2 uur) van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen zouden eten gedurende dezelfde tijd onder dezelfde omstandigheden.
  - (2) Een gevoel van gebrek aan controle over het eten gedurende die episode (bijvoorbeeld een gevoel dat men niet kan stoppen met eten; geen controle over wat of hoeveel men eet).

- **Terugkerend ongepast compensatiegedrag** om gewichtstoename te voorkomen, zoals zelf opgewekt braken, misbruik van laxeermiddelen, diuretica, of andere medicatie, vasten, of excessief bewegen.
- De eetbui en het ongepaste compensatiegedrag komen allebei gemiddeld **één keer per week** of frequenter voor in de laatste drie maanden.
- De **zelfwaardering** wordt onevenredig sterk beïnvloed door het figuur en het gewicht.
- De verstoring vindt niet alleen plaats gedurende episodes van Anorexia Nervosa.

De ernst van de Boulimia Nervosa wordt bepaald door de frequentie van het compensatiegedrag (1-3 x per week is licht; >14 x per week is extreem ernstig). Wanneer eetbuien en compensatiegedrag zich minder frequent of minder langdurig voordoen, maar de andere symptomen wel aanwezig zijn, wordt gesproken van subklinische Boulimia Nervosa of Boulimia Nervosa met lage frequentie en/of van beperkte duur. Wanneer de persoon enkel purgeergedrag vertoont en noch eetbuien noch ondergewicht heeft, wordt gesproken van een Purgeerstoornis. Deze stoornissen vallen onder de categorie '[Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis](#)' (zie verder).

Eetbuien starten vaak na een periode van lijngedrag. De stoornis duurt doorgaans meerdere jaren [10]. Ongeveer de helft van de patiënten herstelt volledig, 1/4 partieel en 1/4 ontwikkelt een chronische stoornis [13]. Per 10 jaar overlijdt 2% aan boulimia nervosa waarvan 1 op 5 door suïcide [10].

## 1.3 Eetbuistoornis

### Kernwoorden

Eetbuien

Geen compensatiegedrag

Stress

Controleverlies

Ongeveer 1,4% van de Belgen boven 18 jaar lijdt ooit aan de eetbuistoornis en deze ontstaat doorgaans tussen de leeftijd van 16 en 25 jaar [11]. Deze groep eetstoornissen (ook bekend als „binge eating disorder“) vertoont enige overlap met boulimia nervosa. Patiënten met deze eetstoornis hebben alle kenmerken van boulimia nervosa wat eetbuien betreft, maar compenseren niet zodat hun gewicht onvermijdelijk gaat stijgen. Deze patiënten zouden wel slanker willen zijn, maar hebben het opgegeven of houden hun lijnpogingen niet lang vol. De eetbuistoornis gaat dan ook vaak gepaard met overgewicht/obesitas.

Sinds kort wordt de eetbuistoornis als een afgebakende eetstoornis gedefinieerd. **De DSM-5 [10] lijst naast anorexia nervosa en boulimia nervosa ook voor deze groep specifieke criteria op:**

- **Herhaalde episodes van eetbuien.** Een eetbui wordt gekenmerkt door de volgende kenmerken:
  - (1) Eten in een afgebakende periode (bijvoorbeeld binnen twee uur), van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen zouden eten gedurende die periode in dezelfde omstandigheden.
  - (2) Een gevoel van gebrek aan controle over het eten gedurende een eetbui (bijvoorbeeld een gevoel dat men niet kan stoppen met eten of controleren hoeveel men eet).
- Een **eetbui** wordt gekenmerkt door de volgende drie (of meer) kenmerken:
  1. veel sneller eten dan gebruikelijk
  2. eten tot men zich onaangenaam vol voelt
  3. eten van een grote hoeveelheid voedsel terwijl men lichamelijk geen honger heeft
  4. alleen (zonder gezelschap van anderen) eten omdat men zich schaamt over hoeveel men eet
  5. na afloop van de eetbui voelt men zich walgelig, depressief of schuldig



- Het hebben van eetbuien gaat gepaard met **sterke gevoelens van stress**.
- De eetbui vindt gemiddeld **1 keer per week** of frequenter plaats gedurende drie maanden.
- De eetbui wordt **niet gevolgd door terugkerend ongepast compenserend gedrag** (bijvoorbeeld zelf opgewerkt braken, vasten, extreem veel bewegen) en gebeurt niet exclusief gedurende de periode van Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa of een Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis.

De ernst van de Eetbuistoornis wordt bepaald door de frequentie van de eetbuien (1-3 x per week is licht; >14 x per week is zeer ernstig). Wanneer eetbuien zich minder frequent of minder langdurig voordoen, maar de andere symptomen wel aanwezig zijn, wordt gesproken van subklinische Eetbuistoornis of Eetbuistoornis met lage frequentie en/of van beperkte duur. Wanneer de eetbuien enkel plaatsvinden bij het 's nachts wakker worden, wordt gesproken van Nachtelijk eetsyndroom ('Night Eating Syndrome'). Deze stoornissen vallen onder de categorie [1](#).

[Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis](#) (zie volgende).

## 1.4 Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID)

### Kernwoorden

Ondervoeding

Selectief eetgedrag

Geen verstoord lichaamsbeeld

ARFID is het Engelstalige acroniem voor de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder), die sinds 2013 specifiek wordt benoemd in de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [10]. Rond prevalentie is nog weinig bekend. Personen met ARFID eten te weinig (volume, bv. minder vaak eten dan anderen of te snel stoppen met eten), te eenzijdig (ze beperken de soorten voedsel) of beide. Deze eetstoornis wordt het meest gerapporteerd bij jonge kinderen, maar komt voor bij personen van alle leeftijden [10]. Kenmerkend aan ARFID is dat, omwille van het vermijdende/restrictieve karakter, er sprake is van een langdurige tekortkoming van de voedings- en/of energiebehoeften. Dit verstoorde eetgedrag wordt niet veroorzaakt door een verstoord lichaamsbeeld zoals wel het geval is bij de eetstoornissen anorexia en boulimia nervosa [10].

Deze stoornis was voordien de 'voedingsstoornis tijdens de zuigelingenleeftijd of vroege kindertijd'. De criteria werden uitgebreid, en ook volwassenen kunnen deze diagnose krijgen, maar de diagnose wordt vaker gesteld bij kinderen. Deze stoornis wordt gekenmerkt door een aanhoudend falen om tegemoet te komen aan de gepaste nutritionele en/of energetische noden, wat zich kan uiten in onvoldoende groei of gewichtsafname en nutritionele tekorten. I.t.t. anorexia nervosa is er geen verstoord lichaamsbeeld.

### Binnen DSM-5 [10] worden volgende inclusiecriteria beschreven:

Een eet- of voedingsstoornis die zich uit in een **onvermogen om voldoende voedingsstoffen en/of energie op te nemen** via de voeding. Deze aandoening komt samen voor met 1 of meerdere van de volgende zaken:

1. Significant gewichtsverlies (of kleinere gewichtstoename dan verwacht wordt of vertraagde groei in kinderen);
2. Significante voedingstekorten;
3. Afhankelijkheid van sondevoeding of orale voedingssuppletie;
4. Verstoringen van het psychosociaal functioneren / aanwezigheid van psychosociale problemen.

Er worden in DSM-5 drie uitingsvormen of sybtypes van ARFID beschreven die het vermijdende/restrictieve eetgedrag van de patiënt verklaren:

1. Een gebrek aan interesse in voeding of vergeten om te eten;
2. Eten veroorzaakt een sensorische overgevoeligheid;
3. Angst voor mogelijke nadelige gevolgen; al dan niet uitgelokt door een eerdere traumatische ervaring zoals zich verslikken of braken

De eerste twee uitingsvormen starten doorgaans in de kindertijd. ADHD en ASS zijn gekende comorbiditeiten in dit verband. De derde uitingsvorm kan ook op latere leeftijd ontstaan.

Meer info rond ARFID vind je [hier](#).

## 1.5 Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis

### Kernwoorden

Deel van symptomen van AN, BN of Eetbuistoornis  
Vroeger Eetstoornis NAO

A-typische Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa met lage frequentie en/of van beperkte duur, Purgeerstoornis, Eetbuistoornis met lage frequentie en/of van beperkte duur en Nachtelijk eetsyndroom vallen onder de categorie 'andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis'. Ze worden gekenmerkt door een deel van de symptomen van Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa of de Eetbuistoornis, en werden vroeger geplaatst binnen de categorie 'Eetstoornis Niet Anderszins Omschreven'.

Enkele voorbeelden:

- atypische anorexia nervosa: iemand die aan gedragskenmerken van anorexia nervosa voldoet en aanzienlijk vermagerd is, maar een gewicht heeft dat nog binnen normale grenzen valt (bv. personen die voorheen obesitas hadden en flink zijn afgevallen);
- subklinische boulimia nervosa en subklinische eetbuistoornis: iemand die aan alle kenmerken voldoet van resp. boulimia nervosa of eetbuistoornis, maar minder vaak een eetbui heeft (minder dan 1 keer per week, of minder dan 3 maanden kampen met eetbuien/compensatiegedrag)

Deze partiële vormen komen vaker voor dan de klassieke eetstoornissen en het klinische beeld hoeft niet minder ernstig te zijn. Ook deze stoornissen gaan gepaard met significant lijden en beperkingen in het functioneren. In een aantal gevallen kan een dergelijke eetstoornis zich ontwikkelen tot een volledig beeld van de klassieke eetstoornissen (ongeveer 1/6 bij BN en 1/7 bij BED in de algemene populatie, de cijfers liggen hoger – rond 1/2 - bij personen die hulp zoeken voor hun eetstoornis [9]).

## 1.6 Ongespecificeerde voedings- of eetstoornis

Dit is een algemene diagnostische categorie die gebruikt wordt wanneer er onvoldoende informatie is om tot een specifiekere diagnose te komen.