

Een kwarteeuw onderzoek en behandeling van eetstoornissen

H. W. HOEK, W. VANDEREYCKEN

SAMENVATTING Met de publicatie van de DSM-III(-R) werd *boulimia nervosa* als aparte eetstoornis naast *anorexia nervosa* omschreven. Eetstoornissen komen vooral voor onder jonge vrouwen en het aantal nieuwe gevallen van *anorexia nervosa* bij 15-19-jarige vrouwen is in de jaren negentig in Nederland verdubbeld vergeleken met de jaren tachtig. De afgelopen decennia is er veel ten goede veranderd in de behandeling van mensen met eetstoornissen, maar slechts een beperkt aantal van hen komt in zorg.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 85-89]

TREFWOORDEN *anorexia nervosa*, behandeling, *boulimia nervosa*, eetstoornissen, epidemiologie

De Groningse kinder- en jeugdpsychiater Hart de Ruyter publiceerde in 1969 in dit tijdschrift zijn beschouwingen over 'psychogene magerzucht'. Klinisch interessant is zijn waarschuwing dat 'bij schijnogenezing – althans schijnogenezing in psychisch opzicht – bulimie, een extreme vraatzucht, gevonden kan worden' (p. 167). Deze problematiek – een symptoomverschuiving of een nieuw ziektebeeld? – zou pas een decennium later de aandacht krijgen. Met de publicatie van de DSM-III in 1980 werd *boulimia* als aparte eetstoornis gecatalogiseerd, vanaf de DSM-III-R (1987) beter omschreven als *boulimia nervosa*.

KLINISCH BEELD EN CLASSIFICATIE

Een opvallend constant gegeven in de wetenschapsgeschiedenis van de laatste 25 jaar is het uitblijven van een kruisbestuiving tussen het terrein van de eetstoornissen en dat van de obesitas. Beide blijven aparte territoria voor onderzoekers en behandelaars, ondanks de nosografische brug van de 'binge eating disorder' of 'eetbuistoornis'. Deze

stoornis werd in de DSM-IV (1994) als 'het bestuderen waard' beschouwd. Inmiddels kreeg deze voorlopige diagnostische categorie grote belangstelling, ondanks de controverses rond deze aandoening. In veel gevallen zullen patiënten met deze aandoening als gevolg van frequente eetbuien zonder gewichtscompenserende maatregelen, zoals zelfopgewekt braken, overgewicht ontwikkelen. Anderzijds vertoont een aanzienlijk aantal obese personen een gestoord eetgedrag. Mogelijk kan een betere diagnostische omschrijving in de DSM-V tot een toenadering leiden tussen het gebied van de eetstoornissen en dat van de obesitas.

Zoals elk categoriaal classificatiesysteem botst ook de DSM op het probleem van de 'atypische' presentaties van syndromen. Merkwaardig genoeg blijkt de meest voorkomende eetstoornis de variant 'niet anderszins omschreven' (NAO) te zijn; dit kan men nog bezwaarlijk een 'restcategorie' noemen. De DSM-V wordt nu in de steigers gezet en bijzondere aandacht zal onder andere uitgaan naar het al dan niet opnemen dan wel nauw-

keuriger omschrijven van de eetstoornissen NAO, de eetbuistoornis en mogelijk ook obesitas in combinatie met psychiatrische stoornissen. Ook vragen we ons af of bij de omschrijving anorexia nervosa het van oudsher beschreven kenmerk van fysieke hyperactiviteit (Vandereycken 1978) een explicietere plaats zal krijgen in de diagnostische differentiëring (Van Elburg e.a. 2007).

Enigszins hieraan gerelateerd is het fenomeen van het via sport, fitness of bodybuilding nagestreefde lichaamsideaal bij voornamelijk mannen. Krijgen pathologische vormen hiervan ook een plaats in de psychiatrische ziekteleer, naast de 'overwegend vrouwelijke' eetstoornissen?

Eetstoornissen, met name anorexia nervosa, zou men een paradigmatisch voorbeeld van het biopsychosociale model kunnen noemen. In het werkveld merkt men wel door de jaren een wisselend accent op psychologische, socioculturele of biologische aspecten. Deze laatste staan recent meer op de voorgrond, zoals dat voor de psychiatrie in haar geheel het geval is. Bij het zoeken naar een primair neurobiologische verklaring van eetstoornissen gaat steeds meer aandacht naar beeldvormend hersenonderzoek en genetische studies.

EPIDEMIOLOGIE

Eetstoornissen komen vooral voor bij jonge (15-29 jaar) vrouwen en lijken relatief zeldzame aandoeningen bij mannen. In Nederland werd de incidentie (het aantal nieuwe gevallen) onderzocht in de jaren tachtig en negentig door huisartsen verspreid over het land, die samen ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking als patiënt hadden (Van Son e.a. 2006). De incidentie van anorexia nervosa onder de groep met het hoogste risico, 15-19-jarige vrouwen, verdubbelde in de periode 1995-1999 ten

opzichte van 1985-1989. Hetzelfde onderzoek liet een niet-significante daling in de incidentie van boulimia nervosa zien over deze twee perioden.

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van het geschatte aantal jonge vrouwen met anorexia nervosa of boulimia nervosa op basis van dit huisartsenonderzoek en een meta-analyse van andere studies (Hoek 2006). Het percentage jonge vrouwen met een eetstoornis in de bevolking wordt geschat op 0,37% (370 per 100.000) voor anorexia nervosa en 1,5% voor boulimia nervosa. Uit de tabel blijkt dat slechts een beperkt aantal mensen met een eetstoornis als zodanig herkend wordt door de huisarts en een nog kleiner deel in zorg komt bij de geestelijke gezondheidszorg. Bij anorexia nervosa heeft dit onder andere te maken met het ontbreken van ziektebesef. Bij boulimia nervosa is er wel ziektebesef, maar schamen patiënten zich zo over het gestoorde eetgedrag dat zij meestal geen hulp zoeken. Ook uit klinische onderzoeken blijkt dat de meeste patiënten vele jaren een ernstige eetstoornis hadden voor zij in de hulpverlening terecht kwamen.

Recent epidemiologisch onderzoek schat de lifetimeprevalentie van anorexia nervosa (volgens DSM-IV-criteria) bij Finse vrouwen op 2% en zelfs 4% als een bredere definitie van anorexia nervosa wordt gebruikt (Keski-Rahkonen e.a. 2007). Er zijn geen cijfers over de incidentie van anorexia nervosa onder allochtone vrouwen in Nederland. In gespecialiseerde centra voor mensen met eetstoornissen ziet men de laatste jaren echter in toenemende mate ook allochtone patiënten. Een onderzoek naar de incidentie van anorexia nervosa op Curaçao liet zien dat ook daar anorexia nervosa voorkomt, maar dit betrof alleen vrouwen uit de gemengde en blanke minderheid van de bevolking; onder de zwarte bevolking werd geen enkel

TABEL 1 Aantal gevallen van eetstoornissen per 100.000 jonge vrouwen per jaar, op verschillende zorgniveaus (Hoek 2006)

aantal gevallen per zorgniveau	anorexia nervosa	boulimia nervosa
0. in de totale bevolking	370	1500
1. herkend door de huisarts	160	170
2. in behandeling in de ggz	127	87

geval gevonden (Hoek e.a. 2005). De geregistreerde incidentie van anorexia nervosa bij mannen is zeer laag in Nederland, maar onderzoek in het buitenland geeft aan dat anorexia nervosa onder mannen mogelijk vaker voorkomt dan tot nu toe gedacht werd (Bulik e.a. 2006).

Klinische studies laten zien dat in het bijzonder anorexia nervosa vaak een chronisch beloop met een hoge mortaliteit heeft (Hoek 2006), maar recent bevolkingsonderzoek naar het beloop van anorexia nervosa onder Finse tweelingen toont aan dat twee derde van de jonge vrouwen 5 jaar na het begin van de eetstoornis hersteld was (Keski-Rahkonen e.a. 2007).

BEHANDELING

In de tijd van de eerste publicatie hierover in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* (Lafeber e.a. 1967) geloofde men nog in een tweestapsbenadering van anorexia nervosa: eerst gewicht herstellen en daarna de ‘echte’ psychotherapie. Voor het gewichtsherstel werd aanvankelijk in de kliniek vooral een beroep gedaan op verpleegkundige zorg (lees ‘voeden’, zo nodig via een sonde) in combinatie met sederende medicatie.

Medio jaren zeventig veranderde dit grondig door de opkomst van de gedragstherapie (Vandereycken 1980). Van de oorspronkelijke gedragstherapie bleef een soort contractsysteem voor gewichtsherstel over, dat in velerlei vormen terug te vinden is bij zowel klinische als ambulante behandelingen. In plaats van de simplistische gerichtheid op voeding en gewicht raakte een multidimensionele benadering ingeburgerd, een therapeutische toepassing van het genoemde biopsychosociale model.

Parallel aan een discussie over oorzaak en gevolg kreeg de gezinscontext einde vorige eeuw bijzondere aandacht, ook in dit tijdschrift (bijv. Hendrickx 1981). Op een moment dat men ging twifelen aan het nut van gezinstherapie bij eetstoornissen, gaf een belangrijk Engels onderzoek (Russell e.a. 1987) een nieuwe stimulans aan de belangstelling voor een gezinsgerichte aanpak.

Daarbij is men meer aandacht gaan geven aan de specifieke noden van ouders en werd psycho-educatie een vast onderdeel van de behandeling. Het belangrijke element van wederzijdse steun en begrip tussen lotgenoten is terug te vinden in de nog steeds veelvuldig toegepaste groepstherapie bij eetstoornissen (Hoek 1993).

In deze eeuw is de *evidence-based* praktijk toonaangevend geworden, voor zowel de farmacotherapie als de psychotherapie. Gecontroleerd onderzoek bewees de effectiviteit van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's), met name fluoxetine, bij boulimia nervosa. Bij anorexia nervosa daarentegen is het resultaat van farmacotherapie tot op heden teleurstellend gebleken en bij boulimia nervosa blijft de werkzaamheid van medicatie meestal beperkt in de tijd (Bruna & Stevelmans 2008).

Om terugval te voorkomen – de grote uitdaging bij elke behandeling van eetstoornissen – is ook een psychotherapeutische interventie aangegeven. De cognitieve gedragstherapie is hierbij de gouden standaard geworden (Wilson e.a. 2007). Door deze therapeutische invalshoek werd de aandacht gericht op de vele gemeenschappelijke psychologische facetten van diverse eetstoornissen (o.a. neiging tot perfectionisme, negatief zelfbeeld, interactionele moeilijkheden), zodat sommigen spreken over een ‘transdiagnostische’ benadering (Fairburn e.a. 2003). Ook gemeenschappelijk in de behandeling van eetstoornissen is het cruciale probleem van motivatie tot verandering. Deze motivatie is het laatste decennium een steeds belangrijker plaats gaan innemen in de therapieplanning (Vansteenkiste e.a. 2005).

ORGANISATIE VAN ZORG

In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw werden patiënten met anorexia nervosa in Nederland verspreid over diverse klinieken behandeld om ‘besmetting’ te voorkomen. De meeste opnamen in die tijd vonden plaats op een somatisch georiënteerde afdeling (Hoek e.a. 1984). Ook werden in de jaren tachtig en negentig talrijke

patiënten vanuit Nederland naar België verwezen, waar in Kortenberg een gespecialiseerde kliniek voor eetstoornissen bestond.

In die tijd kwam een advies van de Gezondheidsraad (1989) uit dat grote knelpunten beschreef in het hulpverleningsproces voor patiënten met eetstoornissen in Nederland. Sindsdien werden er, gestimuleerd door de overheid en de patiëntenorganisatie, op diverse plaatsen in Nederland gespecialiseerde centra voor mensen met eetstoornissen ontwikkeld. In navolging van andere landen verscheen in 2006 in Nederland de Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen. Anno 2008 bestaat er verspreid over Nederland en Vlaanderen een groot aantal gespecialiseerde centra voor de behandeling van patiënten met eetstoornissen.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat de afgelopen 25 jaar gunstige ontwikkelingen hebben laten zien in de behandeling en de organisatie van gespecialiseerde zorg voor patiënten met eetstoornissen. Nieuw onderzoek is nodig om vooral voor anorexia nervosa meer evidence-based behandelingen te vinden.

LITERATUUR

- Bruna, T., & Stevelmans, E. (2008). Behandeling met psychofarmaca. In W. Vandereycken & G. Noordenbos (Red.), *Handboek eetstoornissen* (2de druk) (pp. 183-194). Utrecht: De Tijdstroom.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Tozzi, F., e.a. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63, 305-312.
- Elburg, A.A. van, Hoek, H.W., Kas, M.J.H., e.a. (2007). Nurse evaluation of hyperactivity in anorexia nervosa: A comparative study. *European Eating Disorders Review*, 15, 425-429.
- 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.
- Gezondheidsraad (1989). *Anorexia nervosa en bulimia*. (Publicatienr. 16.) 's-Gravenhage: Gezondheidsraad.
- Hart de Ruyter, T. (1969). Anorexia als symptoom. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 11, 161-177.
- Hendrickx, J. (1981). De ontkenning van de interactionele context bij gezinnen met een anorectische patiënt(e). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32 (Suppl.), 91-96.
- Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389-394.
- Hoek, H.W., Brook, F.G., Giel, R., e.a. (1984). Anorexia nervosa: een cohortonderzoek met het Register Geestelijke Volksgezondheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 736-744.
- Hoek, H.W. (1993). Groepstherapie bij bulimia nervosa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 702-712.
- Hoek, H.W., van Harten, P.N., Hermans, K.M.E., e.a. (2005). The incidence of anorexia nervosa on Curaçao. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 748-752.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., Susser, E.S., e.a. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1259-1265.
- Lafeber, C., Jongerius, P.J., & Lansen, J. (1967). Groepstherapie voor anorexia nervosa patiënten. *Voordrachtenreeks van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband*, 9, 65-80.
- Russell, G.F.M., Szmukler, G.I., Dare, C., e.a. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
- Son, G.E. van, Hoeken, D. van, Bartelds, A.I.M. e.a. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 565-569.
- Vandereycken, W. (1978). Magerzucht en bewegingsdrang. De betekenis van hyperactiviteit bij anorexia nervosa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 20, 61-68 & 135-151.
- Vandereycken, W. (1980). Anorexia nervosa. In J.W.G. Orlemans (Red.), *Handboek gedragstherapie* (C42, pp 1-44). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Vandereycken, W. (2005). Motivation to change in eating disorder patients: a conceptual clarification on the basis of selfdetermination theory. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 207-219.
- Wilson, G.T., Grilo, C.M., & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62, 199-216.

AUTEURS

H.W. HOEK werkt als opleider psychiatrie bij de Parnassia Bavo Groep in Den Haag. Daarnaast is hij als hoogleraar Psychiatrie verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Groningen en als bijzonder hoogleraar Epidemiologie aan Columbia University New York.

W. VANDEREYCKEN is hoogleraar Psychiatrie aan de K.U. Leuven en is verbonden aan de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen in Tienen, België.

Correspondentieadres: prof. dr. H.W. Hoek, Parnassia Bavo Groep, Kiwistraat 43, 2552 DH Den Haag.

E-mail: w.hoek@parnassia.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-3-2008.

SUMMARY

Eating disorders; 25 years of research and treatment – H.W. Hoek, W. Vandereycken – As a result of the publication of DSM-III(-R) bulimia nervosa was recognised as a separate eating disorder, distinct from anorexia nervosa. Eating disorders occur mainly in young females. The incidence of anorexia nervosa in Dutch females aged 15 to 19 doubled between the 1980s and the 1990s. Over the past 25 years there have been many improvements in the treatment of patients with eating disorders, but only a very few of them utilise the health care facilities that are now available.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 85-89]

KEY WORDS anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, epidemiology, treatment