



**Eetstoornissen,
Gestoord eetgedrag, verstoord lichaam**

Auteur:
Lieke W.A.M. de Jong
Gedragstherapeut
Werkzaam op de afd. Medische psychologie
UMC St.Radboud, Nijmegen

Datum:
April 2001



Inhoud

Inleiding

1. Eetstoornissen

- 1.1 Het ziektebeeld
- 1.2 Verklaring van eetstoornissen
- 1.3 Behandeling
- 1.4 Moeilijkheden bij een klinische opname

2. Gevolgen voor de omgeving

- 2.1 Ouders, broertjes en zusjes
- 2.2 Leeftijdgenoten

3. Rol van docenten

- 3.1 Docenten, schoolbegeleiders tijdens een opname in het ziekenhuis
- 3.2 Docenten in de thuischool van de patiënt

4 Literatuurlijst en informatiebronnen



Inleiding

Uit onderzoek blijkt dat een groot aantal van de Nederlandse jongeren tussen 12 –18 jaar last heeft van eetstoornissen. Exacte cijfers zijn hierover niet bekend. Het gaat niet over jongeren die alleen maar slecht of onverstandig eten, maar het betreft een dusdanig vreemd eetpatroon dat dit het lichamelijke en het psycho-sociale functioneren schaadt.

Het is de bedoeling inzicht in de aard, de mogelijke oorzaken en de mogelijkheden van behandeling te geven. De leerling met eetstoornissen wordt bedreigd in zijn psycho-sociale ontwikkeling en als reactie daarop eveneens in het schoolse functioneren.

Een leerling met een eetstoornis in de klas? Wat moet u weten?

De hoofdstukken bevatten informatie over de volgende onderwerpen.

In hoofdstuk 1 wordt inzicht verschaft over het ziektebeeld, de mogelijke oorzaken en behandelingsmogelijkheden. De klinische opname in een ziekenhuis wordt apart toegelicht.

In hoofdstuk 2 komen de gevolgen voor het gezin en leeftijdgenoten aan bod.

In hoofdstuk 3 wordt de rol van docenten van de thuishoofschool en consulenten van de educatieve dienst besproken, waarbij opnieuw de rol van de consulent tijdens de klinische opname extra toegelicht wordt.

Afgesloten wordt met literatuur informatie en het adres van de patiëntenvereniging.

1 Eetstoornissen

1.1 Het ziektebeeld. Wanneer eetgedrag zodanig verstoord is dat de lichamelijke gezondheid en/of het psycho-sociale functioneren hierdoor geschaad wordt kan men spreken van een eetstoornis.

Er zijn drie typen eetstoornissen te onderscheiden:

- 1) anorexia nervosa, dit houdt in dat de patiënt zeer weinig eet en daardoor ernstig vermagert. Naar schatting komt dit voor bij 0,5% van meisjes en vrouwen tussen 15 en 30 jaar. Er lijkt een tendens dat anorexia nervosa tegenwoordig meer dan vroeger ook voorkomt bij jongere meisjes tussen 12-15 jaar, bij jongens komt anorexia nervosa nagenoeg niet voor. De vermagering veroorzaakt op den duur een aantal lichamelijke afwijkingen en heeft een negatieve invloed op het cognitieve en emotionele functioneren van de patiënt. Anorexia nervosa is een ernstige stoornis waarbij 6 % van de patiënten overlijdt direct of indirect tengevolge van de vermagering.
- 2) boulimia nervosa, dit houdt in dat de patiënt vreetbuien heeft en daarna braakt, dan wel middels laxantia diarree opwekt. De patiënt vreet zich vol zonder dat iemand erbij is, zoveel dat men in superlatieven van eethoeveelheden moet denken. Het gewicht is vaak niet opvallend laag. Bij deze patiënt is het dus meestal niet de magerte die gevaarlijk is, maar veroorzaakt het volproppen, het braken en laxeren lichamelijke afwijkingen.
- 3) eetstoornissen van het gemengde type, waarbij de patiënt erg mager is, periodiek vast maar ook periodes heeft van vraatzucht, gevolgd door braken.

1.2. Verklaring van eetstoornissen

1.2.1. Factoren die bijdragen tot het ontstaan

Over het algemeen wordt aangenomen dat er niet een oorzaak is aan te geven waardoor eetstoornissen ontstaan. We gaan ervan uit dat eetstoornissen door de combinatie en interactie van zowel individuele als omgevingsfactoren (gezin en cultuur) bepaald worden.

- Bij de jongeren zelf zien we vaak het zich inferieur voelen, erg perfectionistisch ingesteld zijn, weinig kunnen uiten van onbehagen en een sterke neiging zaken onder controle te willen houden.

- Wat betreft de gezinsfactoren is het moeilijker een algemeen kenmerkende gedragsstijl te onderkennen. In de literatuur worden gezinnen met anorectische jongeren voornamelijk beschreven als te sterk gericht op conformiteit zowel binnen het gezin als naar buiten toe. Zij zouden te rigide omgangregels hanteren, waarbij de jongere te weinig ruimte zou krijgen zich autonoom te ontwikkelen.

- Als culturele factor wordt vaak het overmatig benadrukken van slank-zijn als norm voor succes beschouwd. Situatieve factoren vanuit de omgeving (als bijvoorbeeld het

gaan naar schoolkamp waar angstig op geanticipeerd wordt, of vriendinnen die zeggen dat je te dik bent) vormen vaak de directe aanleiding waardoor deze jongeren gestart zijn met lijnen of overmatig eten.

1.2.2. De rol van de ontwikkelingsfase.

De leeftijdsfase waarin de eetstoornis zich ontwikkelt is een gevoelige periode voor de jongere. Deze ontwikkelingsfase kenmerkt zich voor ieder jongere door een aantal veranderingen. Allereerst de lichamelijke en hormonale veranderingen tengevolge van de puberteit, de overgang basisschool naar voortgezet onderwijs waarbij vertrouwde kleinschaligheid, voorspelbaarheid en persoonlijke herkenning vervallen en de jongere zijn weg moet vinden in een minder persoonlijke en grotere setting waarbij ook meer verantwoordelijkheid geëist wordt.

De cognitieve groei maakt het de puber mogelijk nu toeschouwer te zijn van zich zelf. De kritieken die het basisschoolkind nog voornamelijk op de ander heeft, richt de jongere in de eerste jaren van het voortgezet onderwijs allereerst op zichzelf. Het puistje op het gezicht van de ander is veel minder opvallend dan het puistje van jezelf. Je ziet het zelf niet maar je bent je constant bewust dat ieder ander dat wel ziet.

Onzekerheid over de eigen positie binnen de klas, onzekerheid over wat er van je verwacht wordt, onzekerheid over hoe je overkomt bij anderen, onzekerheid over je uiterlijk zijn heel herkenbaar voor de gemiddelde jongere. Het ontwikkelen van eigen identiteit en autonomie zet zich in en kenmerkt zich in aanvang door een zekere tegenstrijdigheid. Om los te kunnen komen van thuis terwijl je zelf nog niet in staat bent tot onafhankelijkheid helpt het zich nu te conformeren aan een groepsnorm. Erbij horen, zich aan elkaar spiegelen en elkaar imiteren zijn hulpmiddelen om uiteindelijk je eigen identiteit te ontwikkelen.

1.2.3 Eetstoornissen als aanpassing op moeilijkheden bij de overgang naar zelfstandigheid.

De jongere die een eetstoornis ontwikkelt probeert op een andere manier zich aan te passen aan de nieuwe eisen die het ouder worden met zich meebrengt. Het lukt hen niet een eigen plaats in een groep in te nemen.

De jongere met anorexia nervosa probeert het onzeker zijn en negatief evalueren van zichzelf te beïnvloeden door zich op haar lichaam te richten - 'als ik maar dun ben'- en toomt haar eetlust in. Het niet-eten is een ultieme poging zichzelf overeind te houden hetgeen uiteindelijk kan leiden tot wat de patiënt juist niet wil, de ondergang van zichzelf.

De jongere met boulimia nervosa zal het negatieve gevoel over zichzelf in eerste instantie wegwerken door overmatig te eten, de leegte in zichzelf vol te proppen om zich daarna nog ellendiger te voelen. Om zich van het volgepropte gevoel te bevrijden wordt het eten er weer uitgebraakt.

De jongere van het gemengde type kent periodes van in toom houden en periodes waarin zij zich niet kan intomen, de controle verliest en zich zonder controle overgeeft aan het vreten.

Factoren die bijdragen tot het voortduren

Er zijn jongeren die een tijd lang vasten of vreetbuien hebben maar die ook in staat blijken dit later weer te corrigeren. Dit zien wij in de praktijk van de kinderarts, waarbij na een gesprek waarin op de gevaren van het vasten gewezen wordt, spontaan herstel optreedt. Kenmerkend voor deze gesprekken zijn de openheid en geringe weerstand die de patiënt en ouders vertonen om het eten en de verstoring die dit binnen het gezin brengt te bespreken.

Factoren die het de patiënt moeilijker maken om op eigen kracht weer normaal met eten om te gaan zijn :

- de duur van de eetstoornis en de mate van het gewichtsverlies.
- de manier waarop patiënt het gestoorde eetgedrag verhult.
- de mate waarin het gezin afwijkend eetgedrag tolereert en bekrachtigt. (zie hiervoor ook paragraaf 2.1)
- de aard van de psychische problematiek en de mate waarin de patiënt controle over zichzelf houdt.
- de mate van sociaal isolement waarin de patiënt is terecht gekomen.

2 Gevolgen van eetstoornissen voor de jongere zelf.

Lichamelijke verstoringen. Naarmate het eetgedrag steeds meer gaat afwijken, gewichtsverlies ernstiger vormen aanneemt verslechtert ook het lichamelijke functioneren. Zo komt de menstruatie niet op gang of houdt op, vertraagt de ademhaling en het hartritme, verslechtert de bloedsomloop en droogt de huid op. Bij onderzoek van het bloed ziet men bloedarmoede, tekort aan witte cellen, lage bloedsuikerspiegel, afwijkende levertests en stoornissen in de hormonale functies. Cognitieve en emotionele verstoringen. Deze verslechterde lichamelijke situatie beïnvloedt het cognitieve en emotionele beleven van de patiënt, waardoor bij zeer laag gewicht de patiënt wat betreft contactname erg vlak en apathisch over komt en er ook in het psycho-sociaal functioneren van de jongere meer veranderingen optreden. Soms is er sprake van regressief gedrag als het zich vastklampen aan de moeder en het sociale contact met leeftijdgenoten uit de weg gaan. De stemming kan veranderen, het aangepaste meegaande kind wordt vijandig en verzet zich extreem. De waarneming van het lichaam raakt verstoord, ondanks de magerte vindt de patiënt zich toch nog steeds te dik. Vaak is er sprake van extreme bewegelijkheid, die de patiënt ervaart als dwingend en waaraan ze geen weerstand kan bieden. De obsessie met het eten neemt toe, de patiënt voelt zich schuldig of slecht als ze wel eet, ook al is het minimaal. Verondersteld wordt dat de lichamelijke functieveranderingen, met name op endocrinologisch gebied, bovenstaande psychologische functies zodanig beïnvloeden dat de eetstoornis daarmee in stand gehouden wordt. Zolang het lichaam dus in een dergelijke deplorabele toestand verkeert, zullen ook de psychologische functies verstoord blijvend. Op deze manier is de patiënt in een uiterst zorgwekkende situatie terechtgekomen die door patiënt zelf niet onderkend en zelfs bestreden wordt. Anorexia nervosa wordt dan ook wel eens gekenschetst als de 'machtige onmacht',

waarmee bedoeld wordt dat de onmacht waarin de patiënt verkeert door de patiënt op een machtige manier bestreden wordt.

Bij patiënten met boulimie speelt deze macht veel minder. Hoewel patiënten hun bizarre eetgedrag lang geheim houden, zijn ze meer in staat hun onmacht te uiten, ervaren ze het als een opluchting dat ze erover kunnen praten en zijn ook eerder in staat zelf om behandeling te vragen. Bij boulimia nervosa ontstaat een kaliumtekort waardoor hart- en nierfuncties schade kunnen oplopen, maag, slokdarm en keel ontstoken kunnen raken en het tandglazuur aangetast wordt. Het zich periodiek volproppen veroorzaakt een directe stijging van de bloedsuikers en ontregelt de bloedsuikerwaarden op den duur, waardoor de patiënt een onweerstaanbare behoefte aan veel eten krijgt en er verslaving aan dit bizarre eetgedrag ontstaat.

1.3 De behandeling

Behandelaars. De behandeling van patiënten met eetstoornissen is primair een zaak van psycholoog en/of psychiater, de arts is degene die de lichamelijke processen in de gaten houdt en de patiënt hierin ook controleert en adviseert. Zoals een patiënt met een lichamelijke aandoening door de medicus behandeld wordt en mogelijk in het omgaan met de ziekte door een psycholoog begeleid wordt, zo zijn de rollen bij de behandeling van patiënten met eetstoornissen omgekeerd.

Doel van behandeling. Het doel van de behandeling is allereerst weer normaal te eten zodat een redelijk lichaamsgewicht bereikt wordt. Daarnaast zal het psychosociale functioneren zodanig verbeterd moeten worden dat verdere ontwikkeling mogelijk is.

Aard van behandeling

Helaas is het op dit moment nog niet zo dat wetenschappelijk onderzoek heeft uitgewezen welke therapievorm en welke interventies noodzakelijk zijn om een goede prognose te waarborgen. Wel wordt er vanuit gegaan dat een gedragstherapeutische behandeling de voorkeur verdient. Niet alleen de patiënt zelf maar ook de ouders van de patiënt dienen begeleid te worden in hun aanpak thuis.

Allereerst leert de patiënt weer langzaam normaal te eten, indien er sprake is van braken of laxantiagebruik dan wordt patiënt geleerd dit te stoppen. Het is gebruikelijk bij ernstige vermagering dat er subdoelen gesteld worden wat betreft de gewichtstoename. Onder een bepaald, in overleg met de arts afgesproken gewicht, wordt ook het energieverbruik, in de zin van lichamenlijk en mentaal actief zijn, geremd. Pas bij een toenemend gewichtsniveau kan de patiënt haar activiteiten uitbreiden.

Ambulant of klinisch. Deze behandeling kan ambulant plaats vinden mits het gewicht dit toelaat en er binnen de thuissituatie ook mogelijkheden zijn om aan herstel te werken.

Eventueel kan patiënt opgenomen worden in een psychiatrische kliniek voor kinderen en jongeren met eetstoornissen.

Wanneer echter een jonge patiënt in de 'gevaarzone' terecht komt d.w.z. de arts de lichaamsfuncties beschouwt als verontrustend slecht, dan zal de patiënt opgenomen worden. Hiervoor is helaas nog geen algemeen geaccepteerd behandelingsprotocol beschikbaar. In veel ziekenhuizen krijgt de patiënt onmiddellijk voor een vaste periode sondevoeding voorgeschreven, soms kan de dwingende regel 'nu moet je dit eten' voldoende zijn om de patiënt weer normaal aan het eten te krijgen. De klinische behandeling is allereerst gericht op de noodzakelijke gewichtstoename om uit de gevaarzone te komen. Naast sonde of verplicht eten houdt dit meestal in dat patiënt voor een periode volledige bedrust heeft en niet van haar kamer afkomt om alle energie voor het op peil komen van het gewicht te gebruiken. Patiënten kunnen enorm gewiekst zijn eten te laten verdwijnen. Het beleid op de afdeling kan zich hierop instellen door wasbakken en toilet af te sluiten. Als het gewicht beetje voor beetje toeneemt kan de patiënt steeds weer wat actiever zijn.

1.4 Moeilijkheden bij een klinische opname

Uit bovenstaande is duidelijk dat een ziekenhuisopname alleen in ernstige situaties noodzakelijk is. Omdat patiënt geen ziektebesef heeft wordt een opname geforceerd. De patiënt wil niet, maar arts, psycholoog en ouders vinden dat er geen andere opties zijn. Wanneer patiënt hierin niet berust, er geen samenwerking met de behandelaars ontstaat en patiënt zich blijft verzetten tegen de opname en/of sonde kan het ziekenhuis als een gevangenis beschouwd worden en zullen de gevolgen van de opname slechts zeer tijdelijk zijn. De patiënte wordt letterlijk alleen wat 'bijgemest'. Na de opname zal patiënt weer in haar in haar oude gedrag vervallen of net genoeg eten om niet opnieuw met haar gewicht in de gevaarzone te komen, terwijl het niet normaal eten blijft bestaan. Door de negatieve ervaringen met de behandeling in het ziekenhuis ontstaat een grotere weerstand tegen mogelijk toekomstige hulpverlening. Wanneer de behandeling in het ziekenhuis wel een doorbraak laat zien kan de opname, zoals bij lichamelijk zieke opgenomen jongeren, beschouwd worden als een stap richting genezing.

2 Gevolgen van eetstoornissen voor de omgeving

- 2.3 Ouders en gezin. Soms denken ouders aan een lichamelijk ziekteproces als hun kind klaagt niet te kunnen eten vanwege buikpijn of slikklachten. Soms zijn ouders zich niet bewust van het gevaar van het ondergewicht en is informatie over het ziektebeeld nodig. Voor ouders, broertjes en zusjes is de situatie rond het niet eten van patiënt moeilijk te begrijpen en te hanteren. Niet eten van een kind lokt per definitie veel zorg en aandacht van ouders uit. Er wordt van alles aangeboden, maar patiënt eet er nauwelijks van. Ouders mixen, zonder dat patiënt het ziet, calorierijke voeding als slagroom, volle melk en dergelijke door het eten, maar de patiënt heeft binnen de kortste keren door wat er in zit. Er ontstaan daardoor typische eetrituelen

en omgangsvormen. Zorgzaamheid, meeleven met de onmacht van het kind wisselen zich af met situaties waarin de ouders eisen willen stellen, doorbreken willen forceren, er ontstaan ruzies. Voor de ouders onderling is het moeilijk omdat samen een lijn trekken veelal onmogelijk is. Er ontwikkelen zich vaak twee lijnen, waarbij de ene ouder vindt dat patiënt harder aangepakt moet worden en de andere ouder de onmacht van patiënt centraal stelt en toegeeft aan de eetgrillen van patiënt.

Ouders voelen zich kwetsbaar en schuldig en zijn erg gevoelig voor kritische blikken. Het is duidelijk dat de situatie voor broertjes en zusjes niet gemakkelijk is. Voor hen is de onmacht van patiënt meestal niet herkenbaar, zij ergeren zich aan het niet-eten, de scènes rond eten, het lastig zijn voor de ouders en de stemmingswisselingen. De sfeer thuis verandert en wordt beladen.

- 2.4 Leeftijdgenoten. Ook klasgenoten, vrienden en vriendinnen weten zich vaak geen raad met hun zo sterk vermagerde leeftijdgenoot. Vaak hebben ze wel in de gaten dat er wat mis is. Het komt zelfs in een enkel geval voor dat klasgenoten de eersten zijn die merken dat er wat aan de hand is en dit melden bij de docent of klasseleraar. Hoewel de meeste jongeren uit de bladen wel weten wat anorexia is, zijn zij over het algemeen niet goed geïnformeerd over het ziektebeeld, vinden het 'aanstellerij en aandacht trekken' of denken aan extreme psychopathologie. Het is opvallend dat de meeste jongere patiënten nog wel vriendinnen hebben die patiënt bij activiteiten blijven betrekken.

3 Rol van docenten

3.1 Docenten, schoolbegeleiders tijdens een opname in het ziekenhuis

Veel patiënten met eetstoornissen zijn zeer prestatiegericht, vaak zijn er ook geen problemen rond schoolvorderingen. Integendeel patiënten presteren overmatig goed en steken al hun energie in het leren. Mogelijk is dat ook hun laatste houvast, het leren en schoolse presteren om hun leefsituatie te beheersen.

Als een patiënt een sterk ondergewicht heeft is de klinische behandeling er op gericht patiënt te motiveren in gewicht aan te komen en dit zal binnen de meeste behandelingen betekenen dat er in eerste instantie geen energie aan huiswerk besteed kan worden. Pas als patiënt wat is aangekomen, zal zij zich weer op schoolse zaken kunnen richten. Dit kan een kwestie van een of twee weken zijn. Het zelf bezig zijn en begeleid worden met school en huiswerk is, zoals gezegd, een positief gewaardeerde bezigheid. Het niet toestaan hiervan beleeft de patiënt als opnieuw iets wat haar wordt afgenomen en zal daardoor contraproductief werken. Dit betekent dat het al dan niet tijd besteden aan onderwijs afhankelijk is van de lichamelijke en psychologische conditie van patiënt zoals de behandelaar die inschat. Wanneer in de klinische fase onderwijs gegeven wordt, roept dit bij de schoolbegeleiders vrijwel altijd vragen op over de starre prestatiegerichte houding en

het bezig zijn zonder echt contact te hebben. In deze fase van ondergewicht zal er hoogstwaarschijnlijk nog geen sprake kunnen zijn van een meer persoonlijk contact. Het is voor de schoolbegeleider belangrijk zich te realiseren dat patiënt hier gezien haar lichamelijke functioneren nog niet toe in staat is. Dit is dus geen onwil maar onmacht. Het heeft dan ook weinig zin te blijven proberen met patiënt contact op te bouwen door veel over de situatie te praten, of zich open te stellen voor de ongenoegens die patiënt heeft ten aanzien van het verblijf in het ziekenhuis, het doen en laten van de behandelaars. Een taakgerichte, neutrale, maar vooral niet veroordelende houding voldoet het beste. Nogmaals: de eetstoornis is een poging van de patiënt om te gaan met psychologische moeilijkheden.

Voor leerkrachten betekent dit dat ook in de omgang met ouders een respect- en begripvolle, maar vooral niet veroordelende benadering aangewezen is.

3.2 Rol van de docenten in de thuishoofschool van de patiënt.

Signaleren: Een sporadisch voorkomende situatie is die waarbij het kind niet naar school gaat en ziek gemeld wordt en waarbij medewerkers van de educatieve dienst gevraagd wordt de jongere thuis te begeleiden met schoolwerk. Ziek-zijn zonder een diagnose stelling, zonder een medisch dan wel psychologisch behandelplan, zal te allen tijde niet gehonoreerd dienen te worden. Wanneer wel gesproken wordt over een eetstoornis, dan is begeleiding door de educatieve dienst thuis alleen geïndiceerd als dit deel uitmaakt van een behandelplan. Zo niet dan zal begeleiding thuis het probleembesef verminderen en daarmee de eetstoornis juist in stand houden.

Wanneer op school, of door klasgenoten of door docenten (met name de gymnastiek docent) verandering gesignaleerd wordt, moet hier wat mee gedaan worden. Deze kwestie kan niet genegeerd worden of afgedaan met de gedachte dat het wel meer voorkomt en wel zal loslopen. De schoolleiding kan dan het beste contact opnemen met de leerling en haar ouders en eventueel de hulp van de schoolarts invoeren.

Informereren van klasgenoten Afhankelijk van de sfeer in de klas en ook de betrokkenheid van de klasgenoten ten aanzien van de patiënt kan gekozen worden voor verschillende manieren van informatie geven. Zo zal het in de ene situatie voldoende zijn te vertellen dat patiënte ernstige gezondheidsklachten heeft waarvoor klinische behandeling nodig is, in een andere klasse sfeer zal gekozen worden het beeld van anorexia nervosa uitgebreider toe te lichten. Het wel uitgebreider informeren over anorexia nervosa heeft het voordeel dat onuitgesproken vooroordelen aan het licht zullen komen, het blijkt dat er nog veel rare ideeën over anorexia nervosa bestaan.



Begeleiden Ook voor docenten in de thuischool is een taakgerichte houding aangewezen. Wanneer patiënt na afwezigheid voor behandeling opnieuw naar school gaat, zal de klassedocent of mentor zich verantwoordelijk moeten stellen patiënt te begeleiden met betrekking tot de eventuele achterstanden, eventueel een terugkomplan samen met patiënt op te stellen. Indien klasgenoten nog niet geïnformeerd zijn kan in samenspraak met patiënt besproken worden of het zinvol is de klasgenoten in te lichten over de reden van afwezigheid.

- 4 Literatuurlijst en informatiebronnen
Vandereycken. W. Eetstoornissen, over anorexia en boulimia nervosa. 1994 Inmerc bv, Wormer. ISBN 90 6611 493 2
Wijbrand Hoek. H. omgaan met eetproblemen 1994 Kosmos

Patiëntenorganisatie
Stichting anorexia en Boulimia Nervosa
Postbus 67
6880AB Velp