



Kennisset Leerlingzorg Archief

<http://www.kennisset.nl/vo/leerlingzorg/archief/bijdragen2003/eetstoornissen.html>

Eetstoornissen - Dr. Martine F. Delfos

Dr. Martine F. Delfos is psycholoog, schrijfster en docent. Ze schreef verscheidene boeken op het gebied van psychologie en therapeutische kinderboeken. In juli 2002 verscheen haar boek over de behandeling van eetstoornissen, *De lijn kwijt. Behandeling van anorexia, boulimia en obesitas*, bij uitgeverij swets & Zeitlinger. Voor Kennisset Leerlingzorg schreef zij onderstaand artikel.

Zit een eetstoornis in je aanleg?!

Een kind met een eetstoornis is een grote zorg. Eten moeten we allemaal en het hangt samen met het leven en de dood. Een kind dat niet goed eet, teveel of te weinig, maakt zijn of haar ouders al snel bezorgd. *Eet je bordje leeg*, is misschien wel een van de meest gehoorde opmerkingen uit je jeugd. Het laat meteen zien dat moeite met eten een gewoon verschijnsel is. Maar er is wel wat meer aan de hand als we over een eetstoornis spreken.

Gewone eetproblemen

Er zijn een hele hoop gewone eetproblemen. Als het kind op de wereld komt, moet het eten nog onder de knie krijgen. Niet alle baby's worden even rijp geboren, en dan kost het extra tijd om te leren zuigen en voedsel te leren verwerken. Darmkrampjes is dan een veelvoorkomend verschijnsel, voedselallergieën in het eerste jaar komen eveneens vrij veel voor. De tweede hobbel die genomen moet worden is zelfstandig eten. Tegen de tijd dat kinderen daar aan toe raken, tussen één en anderhalf jaar, hebben ze ook minder voedsel nodig, hun grootste groei van het eerste jaar is voorbij. Ouders zijn dan vaak bang dat ze niet genoeg eten omdat kinderen als ze zelf gaan eten, vaak minder gaan eten. Niet meteen reden tot zorg dus, minder voedsel nodig vanwege minder groei. De derde hobbel is de koppigheidsperiode. Weigeren te eten is een van de weinige machtsmiddelen die kinderen hebben. Het gaat dan niet om eten, maar om het gevecht om de macht. Adviezen hierover zijn inmiddels vrij overeenstemmend: de ouder bepaalt wat het kind eet, het kind hoeveel het eet. Kinderen kunnen scherpe reacties hebben op voedsel, die volwassenen niet hebben. Bij het eten van spruitjes bijvoorbeeld komen gassen vrij die het kinderlichaam niet goed kan verwerken: lust ik niet, zegt het kind, en in feite is dit wijs. Dat wil niet zeggen dat je altijd alles moet doen wat een kind zegt, maar wel dat je heel serieus moet nemen wat het zegt en zeker als het hardnekkig is.

Het lichaam van de mens beschikt over een *innerlijke wijsheid*, van waaruit hij of zij tekorten in het lichaam kan bestrijden. Naar deze innerlijke wijsheid wordt niet

altijd geluisterd, integendeel zelfs vaak niet. Om de betekenis van de innerlijke wijsheid te illustreren, gebruik ik graag het voorbeeld van het 'jongetje met het zout'.

Een jongetje had een grote behoefte aan zout en stelde alles in het werk om zout te bemachtigen. Het kind likte het zout van crackers. Hoe de ouders het zout ook wegstoppen, het kind klom, zocht en at al het zout dat het vond. Op drieëneenhalfjarige leeftijd werd het kind opgenomen in het ziekenhuis en kreeg een standaard dieet van normale zoutconsumptie. Er werd geen gehoor gegeven aan zijn wens meer zout te eten. Binnen zeven dagen stierf hij. Het postmortem onderzoek wees uit dat het kind een afwijking had (afwijking aan de bijnier, ziekte van Addison), waardoor het uitwendig zout tot zich moest nemen om niet te sterven, wat ook de doodsoorzaak werd. Het kind had zichzelf tot aan het ziekenhuis drieëneenhalf jaar in leven weten te houden door extra zout tot zich te nemen, tegen de zogenaamde wijsheid in van de mensen om hem heen. De innerlijke wijsheid van zijn lichaam gaf hem het noodzakelijke gedrag in.

Daarmee belanden we meteen op een situatie wanneer die wijsheid niet werkt of niet lijkt te werken: eetstoornissen. Vanuit het lichaam komt een fout signaal. Problemen met eten kunnen een ernstige vorm aannemen: eetstoornissen. We kennen drie vormen: *anorexia* (structureel te weinig eten), *boulimia* (eetbuien die weggewerkt worden) en *obesitas* (structureel teveel eten).

Schoonheidsideaal versus aanleg

De wetenschappelijke houding ten opzichte van eetstoornissen, en met name met betrekking tot anorexia, is de laatste jaren sterk veranderd. Jarenlang is gedacht dat anorexia een keuze was van het meisje (beduidend meer meisjes dan jongens) om te voldoen aan het schoonheidsideaal, als reactie op seksueel misbruik, als verzet tegen de ouders of als weigering om volwassen te worden. Er werd gedacht dat het een typische cultuurziekte was van de westerse culturen. Inmiddels komt onderzoek na onderzoek vrij dat al deze sprookjes afbreekt. Geen schoonheidsideaal dus. Maar wat dan? Duidelijk wordt dat er bij anorexia en ook bij de andere twee eetstoornissen aanleg een belangrijke rol speelt. Er zijn drie elementen ontdekt: het *Agoeti-gen*, een gen dat een erfelijke belasting voor anorexia doorgeeft; het *SLC-1 molecule*, een molecule in de hersenen dat de hoeveelheid in te nemen voedsel reguleert; en *ghrelin*, het eetlusthormoon dat de eetlust reguleert.

In de benaming van de stoornissen zie je het 'oude' denken terug. Bij anorexia en boulimia werd altijd de term 'nervosa' toegevoegd om duidelijk te maken dat het om een psychisch verschijnsel ging. Aan obesitas werd in de psychiatrie en de psychologie niet eens aandacht geschonken.

Van de drie stoornissen wordt anorexia als de meest ernstige gezien omdat het ernstig levensgevaar inhoudt en de mortaliteit van 7 tot 15 procent is. Bij boulimia is het gezondheidsgevaar vooral op het gebied van het onttrekken van zouten, met name kalium, aan het lichaam door veelvuldig braken en laxeren. Bij obesitas zijn de gezondheidsrisico's vooral op het gebied van hart- en vaatziekten en gewrichtsklachten.

Bij anorexia is sprake van structureel te weinig eten. In de acute fase gaat de

persoon zelfs actief proberen af te vallen. Bij boulimia is er sprake van heftige eetbuien die door braken, vasten, excessief sporten, of laxeren te niet gedaan moeten worden. Bij obesitas is sprake van structureel te veel eten en wanhopige pogingen tot lijnen.

Niet alle eetstoornissen zijn in aanleg bepaald. Sommigen zijn door omgevingsfactoren beïnvloed, maar zelfs dan moet daaronder de mogelijkheid tot deze stoornis aanwezig zijn. Als de eetstoornis hardnekkig is, ligt het meer voor de hand dat aanleg een belangrijke rol speelt. De meeste mensen denken dat als er aanleg in het spel is, je er niets aan kan doen, tenzij iemand een medicijn ontdekt. Toch is dat niet zo. Als iets in de aanleg zit, moet je er anders mee omgaan dan wanneer je weet dan het door een omgevingsfactor komt.

De behandeling van anorexia is, op enkele details na, in verschillende klinieken, ziekenhuizen en behandelkamers vaak hetzelfde: als het gewicht te laag is opnemen, eis dat er een pond per week wordt aangeeten, beloning voor gewichtstoename in de vorm van privileges en als de situatie moeilijk wordt straf voor gewichtsverlies en gebrek aan gewichtstoename. Als het gewicht veel te laag is dan in het ziekenhuis aan de sonde.

Bij boulimia is er vaak geen sprake meer van ernstig ondergewicht, en was de behandeling gericht op psychische factoren. Inmiddels is er voor boulimia ook een succesvolle gedragstherapie ontwikkeld waarbij de drang tot een eetbui gedoofd wordt. Voor obesitas zijn allerlei gewichtsbeheersende technieken ontwikkeld. Het grote probleem bij anorexiabehandelingen is ten eerste dat er een opname nodig is en mensen uit hun gewone leven raken en ten tweede dat er veel terugval is of dat er boulimia ontwikkeld wordt. Na de publicatie van mijn boek (*De lijn kwijt*) wordt ik geconfronteerd met talloze vrouwen van vijftientig en ouder, zelfs over de veertig die niet meer extreem laag zitten wat hun gewicht betreft, maar door eten geterroriseerd worden. Ze hebben opnames achter de rug en zijn zogenaamd van hun eetstoornis af, maar hun leven wordt door eten/niet-eten volledig in beslag genomen. Vele mensen met anorexia komen in boulimia terecht en proberen zo hun gewicht onder controle te houden. Bij obesitas is het terugvaleffect bekend geworden onder het jojo-effect.

Als je eetstoornissen vanuit de aanleg bekijkt, zoals ik doe, dan ga je ervan uit dat er bij anorexia het signaal uit de hersenen *Je hebt genoeg gegeten*, te vroeg komt; bij obesitas dat dit signaal te laat komt en dat iemand met boulimia als het ware een te gevoelig afgestelde 'motor' heeft. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat dit met het SLC-1 molecule te maken heeft. Het betekent dat bij anorexia de meisjes het gevoel hebben dat ze genoeg eten, en iedereen om hen heen eet meer. Hen dwingen genoeg te eten, is vergelijkbaar met iedere dag een kerstdiner voor mensen zonder eetstoornis. Bij obesitas betekent het feitelijk genoeg te eten, het vragen om altijd honger te lijden.

Marijke, Dibaja en Pien

Ik ontwikkelde al lang geleden een effectieve manier van behandelen die gebaseerd is op aanleg, ook al had ik in die tijd nog niet de beschikking over wetenschappelijk onderzoek zoals dat nu bestaat. Het betekent dat ik mensen met een eetstoornis niet dwing in gewicht te veranderen, maar opnieuw leer eten. Ze moeten eerst leren op gewicht te blijven. Ook al is het gewicht laag. Dat lijkt misschien wat griezelig als je het hebt over meisje van minder dan dertig kilo, maar als ze eten wat ze verbruiken is het gezondheidsrisico op korte termijn niet

aanwezig. Samenwerking met een arts is noodzakelijk om alle risico's het hoofd te bieden. Het is trouwens opvallend hoe weinig meisjes met anorexia ziek zijn, alsof hun lichaam alles op alles zet op ziekten te bestrijden! Pas wanneer ze op een normaal gewicht komen, krijgen ze de gewone ziekten. Voor anorexia, boulimia en obesitas geldt dus hetzelfde: eerst leren eten. De hersenen moeten opnieuw getraind worden; daarna stabiliseren en pas daarna gewichtsverandering.

Laat ik drie voorbeelden geven van anorexia. De namen zijn verzonnen, de vrouwen zijn alle drie cliënten uit mijn praktijk; het derde en vierde voorbeeld staan uitgebreid beschreven in mijn boek. De anorexia van het eerste voorbeeld is ontstaan door een omgevingsfactor, de tweede door aanleg, de derde onder invloed van stress.

Marijke is een jong sportsterretje. Ze doet het goed, zit in de selectie, maar heeft net niet genoeg om de absolute top te halen. Inmiddels heeft ze alles opzij gezet voor haar sport. Ze heeft geen vriendinnen meer en leeft alleen voor sport en school. Ze is slank en heeft nooit eetproblemen gehad, was een goede eter, zonder teveel te eten. De keuringsarts zegt dat als ze nog een klein beetje gewicht zou verliezen dat ze dan net datgene heeft wat ze nog mist. Marijke gaat aan de slag en schiet door. De aanleiding voor het eetprobleem is overduidelijk. Sport is haar leven en alles lijkt van het gewicht af te hangen volgens de arts. Vier jaar later is ze haar sport kwijt, want het gewicht hielp niet, is ze haar zelfvertrouwen kwijt en heeft ze een ziek eetpatroon ontwikkeld.

Het meisje in dit voorbeeld heeft geen anorexia in aanleg. Haar geschiedenis nalopend, is er geen aanleiding om te denken aan aanleg. Ze heeft dan ook heel weinig nodig om op de goede weg gezet te worden en haalt opgelucht adem als ze een behandeling krijgt die erop gericht is dat ze een gewoon eetpatroon krijgt en niet gericht op in gewicht toenemen. Haar gewicht is ook niet slecht, haar eetgedrag is terroriserend.

Dibaja (op dat moment 19) wordt onderzocht in een ziekenhuis en de diagnose anorexia wordt zonder aarzelen gesteld. Op dat moment weegt ze met haar 1 meter 65, 35 kilo. De oorzaak van de anorexia lijkt volslagen duidelijk: Dibaja is op haar zestiende gaan lijnen en is daarin doorgeslagen. De aanleiding voor het lijnen was niet geheel duidelijk, waarschijnlijk aangestoken door de belangstelling voor slank zijn onder de meisjes op de middelbare school van Dibaja, zo wordt gedacht. Voor die tijd was Dibaja niet met lijnen bezig. Er zijn geen traumatische ervaringen. De school is uitstekend doorlopen, het gezin is harmonieus, de ouders zijn pedagogisch sterk en er hebben geen opvallende gebeurtenissen plaatsgevonden die een aanleiding voor anorexia zouden kunnen zijn. Het ziekenhuis houdt het op extreem lijnen.

Nader onderzoek, ruim een half jaar later en 4 kilo lichter, leert dat Dibaja al zeer langdurig een afwijkend eetpatroon heeft. Toen ze elf jaar was, had ze een beugel om haar tanden te corrigeren. Ze vond het vervelend om te eten, want dan ging het eten zo tussen de beugel zitten en dat was lastig. Op de middelbare school heeft ze geen beugel meer maar 'slotjes' en ze vindt het zo'n vies gezicht als er eten tussen blijft zitten. Enige tijd later is ze aan het 'lijnen'. In feite heeft Dibaja al eetproblemen sinds haar tiende, elfde jaar, vlak voor het inzetten van de groeispuurt. Door de - logische -

reactie van de omgeving op haar eten - eet nu eens je bordje leeg - is ze voor zichzelf steeds andere redenen gaan benoemen. Tegen de tijd dat ze zestien is, haakt ze haar reden aan bij de meisjes op school die over lijnen praten, zonder dat dit de onderliggende reden is.

Bij Dibaja is sprake van aanleg. Haar anorexia lijkt niet een overduidelijk aanwijsbare aanleiding te kennen. Een behandeling die gebaseerd is op aanleg in plaats van op de omgevingsfactor zorgde ervoor dat Dibaja haar anorexia te boven kon komen en haar leven door kon zetten. Hoe laag haar gewicht ook was, er was geen opname nodig.

Pien, midden twintig, heeft in het algemeen geen last van anorexia. Ze kan jarenlang probleemloos eten en een goed gewicht hebben. Pas wanneer de stress te hoog is, raakt de energiehuishouding sterk ontregeld. Binnen zeer korte tijd vliegen de kilo's eraf en ontwikkelt ze een weerstand tegen eten en tegen in gewicht toenemen. Als ze zichzelf frontaal in de spiegel bekijkt, ziet ze wel dat ze lelijk mager is, maar als ze onder de douche staat en langs haar lichaam naar beneden kijkt, ervaart ze zichzelf toch als dik. Alsof ze dan alleen op alle bergen let en niet op de dalen ertussen.

Pien heeft wat je stress-anorexia zou kunnen noemen. De eetstoornis is latent aanwezig, maar manifesteert zich pas onder sterke stress. Ze heeft geen behoefte af te vallen, maar door de stresshormonen in haar lichaam krijgt ze geen hap meer door haar keel. Bij haar behandeling is het noodzakelijk dat ze begrijpt wat er met haar lichaam gebeurt, het lichaam geeft wat het nodig heeft, maar ook dat de stress bewerkt wordt.

Wat belangrijk is in de hulp aan mensen met een eetstoornis is dat ze met respect behandeld worden. Dat ze niet gezien worden als mensen met een psychisch probleem of met bizarre wensen, maar als mensen die een aanleg hebben die ervoor zorgt dat het niet vanzelfsprekend is hoeveel voedsel je moet nemen voor de hoeveelheid energie die je verbruikt. Ze moeten leren eten wat ze verbruiken. De attitude van de omgeving is van groot belang omdat, zeker iemand met anorexia, anders te makkelijk in de hoek gedreven wordt van verzet.

Literatuur

Delfos, M.F. (2002). *De lijn kwijt. Behandeling van anorexia, boulimia en obesitas*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Jansen, A. (1996). *Bulimia nervosa effectief behandelen. Een handleiding voor therapeuten*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Vandereycken, W. & Noordenbos, G. (2002). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Dr. Martine F. Delfos is psycholoog, schrijfster en docent. Ze schreef verscheidene boeken op het gebied van psychologie en therapeutische kinderboeken. In juli 2002 verscheen haar boek over de behandeling van eetstoornissen, *De lijn kwijt. Behandeling van anorexia, boulimia en obesitas*, bij uitgeverij swets & Zeitlinger.

website: www.mdelfos.nl

e-mail: mfdelfos@wanadoo.nl