

Zorgprogramma Voedings- en eetstoornissen V&O

Er zijn verschillende soorten voedings- en eetstoornissen: anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornis, pica, ruminatiestoornis en vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis. Indien er duidelijke kenmerken aanwezig zijn van één van deze stoornissen, maar er niet aan de volledige criteria wordt voldaan, wordt er gesproken van een andere gespecificeerde voedsel- of eetstoornis. Meestal wordt bij een eetstoornis direct gedacht aan hele magere modellen, maar een eetstoornis is aan de buitenkant niet altijd even duidelijk te zien. Meestal geldt alleen voor anorexia dat ondergewicht een kenmerk is voor de eetstoornis. Voor boulimia, de andere bekende eetstoornis, geldt dat deze lastig te herkennen is doordat schaamte een grote rol speelt.

Kenmerken verschillende voedings- en eetproblemen

Anorexia nervosa

Bij anorexia nervosa is er sprake van een extreme angst om aan te komen. De inname van eten wordt sterk beperkt, met significant ondergewicht als gevolg. Er is daarnaast sprake van een stoornis in de beleving van het eigen lichaamsgewicht. Bij anorexia nervosa kunnen ook eetbuien aanwezig zijn, waarna gecompenseerd wordt door bijvoorbeeld braken of het gebruiken van laxemiddelen.

Boulimia nervosa

Boulimia nervosa lijkt erg op anorexia nervosa, maar bij boulimia is er meestal geen sprake van ondergewicht. Vaak is aan de buitenkant nauwelijks te zien dat er iets aan de hand is. Dit komt omdat patiënten zich zó schamen voor hun vreemde eetgedrag dat ze het goed geheimhouden. Boulimia wordt gekenmerkt door regelmatige eetbuien die worden gevolgd door gedrag wat er voor moet zorgen dat men het eten/de calorieën weer kwijt raakt. Dit kan door middel van bijvoorbeeld braken, het gebruik van laxemiddelen of door extreem veel te bewegen. Ook iemand met boulimia heeft een verkeerd beeld van het eigen lichaam en neemt zichzelf vaak dikker, groter en ronder waar dan in werkelijkheid zo is. Binnen boulimia nervosa bestaan twee type eetstoornissen: het purgerende type, dit is het type boulimia dat gaat braken of laxeren en het niet-purgerende type, dit is het type dat veel gaat bewegen.

Eetbuistoornis

Bij een eetbuistoornis zijn er, net als bij boulimia nervosa, herhaaldelijke eetbuien, waarbij de persoon geen controle ervaart over het eten. De persoon eet tijdens een eetbui veel sneller dan normaal, eet door tot er een onaangenaam vol gevoel ontstaat, en kan grote hoeveelheden eten zonder lichamelijke trek te hebben. Bij de eetbuistoornis is, in tegenstelling tot boulimia nervosa, geen sprake van compensatiegedrag door middel van braken, veel bewegen of laxemiddelen.

Vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis

Bij een vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis zien we dat er sprake is van een duidelijk gebrek aan interesse in eten of voedsel, of het vermijden van voedsel vanwege de sensorische kenmerken ervan. Dit leidt tot duidelijk gewichtsverlies of onvoldoende inname van voedsel.

Ruminatiestoornis

Bij een ruminatiestoornis is er herhaaldelijk sprake van het opnieuw naar boven komen van reeds doorgeslikt voedsel. Dit voedsel wordt dan opnieuw gekauwd, ingeslikt of uitgespuugd.

Pica

Bij Pica is er sprake van herhaaldelijk eten van dingen die niet voor consumptie bedoeld zijn.

Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis

Van een andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis is sprake wanneer er sprake is van duidelijke symptomen die kenmerkend zijn voor een voedings- of eetstoornis, maar waarbij er niet volledig wordt voldaan aan de volledige criteria van één van de bovengenoemde stoornissen.

Bijkomende problemen

Eetproblemen komen vaak voor in combinatie met andere stoornissen. Bijkomende problemen kunnen zijn:

- Angststoornissen
- Dwangstoornissen
- ASS
- Stemmingsproblemen
- Verslavingsproblemen
- Lichamelijke problemen
- Identiteitsproblemen

Oorzaken en risicofactoren van eetstoornissen

Het is niet duidelijk waardoor een eetstoornis ontstaat. Daar wordt op dit moment nog veel onderzoek naar gedaan. Het zou kunnen dat de mogelijkheid van het krijgen van een eetstoornis al bij de geboorte vaststaat. Daarnaast zijn er verschillende factoren die kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van een psychische stoornis (waar een eetstoornis er één van is). De volgende factoren zouden een rol kunnen spelen:

- Familiaire of biologische factoren
- Bestaan van eetstoornissen of andere psychische problemen in de familie, bijvoorbeeld depressie of alcohol-/drugsmisbruik
- Zwaarlijvigheid in de familie
- Vroeg begin van de menstruatie
- Diabetes (suikerziekte)
- Culturele factoren
- De reclameboodschappen voor waar aannemen, dat wat de media zeggen geloven: dit leidt tot een slankheidsideaal met als gevolg een negatief beeld van het eigen lichaam en extreem lijngedrag

Omgevingsfactoren

- Een gezin waarin zich ook andere problemen voordoen
- Negatieve, stressvolle gebeurtenissen of omstandigheden
- Gepest worden met het uiterlijk
- Seksuele intimidatie of seksueel misbruik

Psychologische factoren

- Gebrek aan zelfvertrouwen
- Negatieve gevoelens
- Emotionele geremdheid
- Angstigheid
- Perfectionisme en prestatiegerichtheid

- Impulsiviteit
- Obsessieve (dwangmatige) persoonlijkheidstrekken

Jonge vrouwen (15-25 jaar), topsporters, fotomodellen en balletdansers vormen een specifieke risicogroep voor het ontwikkelen van een eetstoornis.

Hoe vaak komt een eetstoornis voor?

Het is moeilijk te zeggen hoe vaak eetstoornissen precies voorkomen, veel mensen met een eetstoornis worden niet geregistreerd omdat ze geen hulp vragen. Anorexia nervosa en boulimia nervosa komen het meest voor bij jonge vrouwen van 15 tot 29 jaar. Deze groep bevat 95% van het totaal aantal patiënten met anorexia nervosa of boulimia nervosa. Er wordt geschat dat 0,37% van de 15- tot 29-jarigen anorexia nervosa heeft en 1,5% heeft boulimia nervosa. Over de eetbuistoornis zijn geen cijfers bekend.

Diagnose

Er wordt onderzoek gedaan om te komen tot structuurdiagnose, classificatie en advisering. Voor de patiënt houdt dit in dat er voorafgaand aan behandeling vijf gesprekken plaatsvinden.

De diagnose bepaalt het type zorgprogramma dat het beste aansluit. Dat programma kiezen we op basis van bewijs of op grond van ervaringen. De ernst van de klachten bepaalt het zorgpad. Er wordt hoe dan ook direct passende (specialistische) zorg ingezet waar nodig. Ook evalueren we regelmatig, gaat het ondanks de behandeling niet beter, dan kunnen we een andere behandeling kiezen.

Doelstellingen behandeling

De concrete doelen die worden overeengekomen tussen hulpverlener en hulpvrager worden opgenomen in de individuele behandelplanning.

Programmabeschrijvingen

Afhankelijk van het totaalbeeld van de hulpvraag en hulpvrager en de doelen van de hulpverlening worden elementen uit het zorgprogramma geselecteerd en aangeboden. De aard en de ernst van de problematiek en de hulpvraag bepaalt de zorgvraagzwaarte.

Voor de classificatie eetstoornissen biedt CAGGB het zorgprogramma eetstoornissen. In het persoonlijke behandelplan staat het te bewandelen zorgpad beschreven. Het aantal sessies dat wordt geboden, de inhoud en het doel per sessie wordt beschreven in dit persoonlijke behandelplan. Bevindingen en plan worden vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier (EPD).