



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Eetstoornissen

Glas, G.

Citation

Glas, G. (1997). Eetstoornissen. *Het Psychiatrisch Formularium*, 92-102. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/10340>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/10340>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Het Psychiatrisch Formularium **6^e** editie een praktische leidraad

onder redactie van

PROF.DR. L. PEPLINKHUIZEN, PROF.DR. W.M.A. VERHOEVEN,
PROF.DR. J.W. VAN REE, PROF.DR. J.M.A. SITSSEN

met medewerking van

PROF.DR. R.J. VAN DEN BOSCH, PROF.DR. W. VAN DEN BRINK, DR. D. DENYS,
DR. J.J. VAN EGMOND, PROF.DR. G. GLAS, PROF.DR. E.J.L. GRIEZ, DR. J.H.M. DE GROEN,
PROF.DR. H.A.H. D'HAENEN, PROF.DR. M.W. HENGEVELD, PROF.DR. P.P.G. HODIAMONT,
DR. A. JENNEKENS-SCHINKEL, PROF.DR. R.S. KAHN, DR. J.B.K. LANSER,
DR. R.C. VAN DER MAST, PROF.DR. L. PEPLINKHUIZEN, DR. C.G. REICHART,
PROF.DR. W.J. SCHUDEL, DR. D.J. TOUW, DR. S. TUINIER, DR. W.J.C. VERBEECK,
PROF.DR. F. VERHEIJ, PROF.DR. W.M.A. VERHOEVEN,
DR. B.J.M. VAN DE WETERING



Bohn
Stafleu
van Loghum

Healthcare Communications

De uitgever stelt zich niet verantwoordelijk voor eventuele onjuistheden die in *Het Psychiatrisch Formularium* mochten voorkomen.

© 2006 Bohn Stafleu van Loghum, Houten

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 ^j het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een zo betrouwbaar mogelijke uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

ISBN 90 313 3773 0

ISSN 0926-3306

NUR 870/875/879

Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246
3990 GA Houten
www.bsl.nl

Distributeur België:
Standaard Uitgeverij
Mechelsesteenweg 203
2018 Antwerpen
www.standaarduitgeverij.nl

Inhoudsopgave

Sponsors	2
Redacteuren en medewerkers	5
Voorwoord redactie	9

DEEL 1: PSYCHIATRISCHE ZIEKTEBEELDEN

Slaapstoornissen	13
Angststoornissen	19
Hyperventilatie in relatie tot paniek	28
Chronische vermoeidheid	34
Lichamelijke klachten zonder organisch lijden	38
Stemmingsstoornissen	43
Agressieve gedragsstoornissen en suïcidaliteit	56
Acute psychiatrische interventies	60
Stoornissen in het gebruik van middelen	62
Eetstoornissen	76
Seksuele functiestoornissen	87
Remmings- en ontremmingsverschijnselen	101
Dwangstoornissen	108
Conversiestoornis	114
Huisarts en psychotherapie	117
Cognitiestoornis	127
Psychiatrische stoornissen bij ouderen	134
Verwardheid en delirium	143
Denkstoornissen	156
Waarnemingsstoornissen	163
Bewegingsstoornissen	169
Kinderpsychiatrische stoornissen in de adolescentie	180
ADHD bij volwassenen	194

DEEL 2: PSYCHOFARMACA

Antidepressiva	203
Antipsychotica	218
Anxiolytica en hypnotica	232

Lithium	242
Psychiatrische bijwerkingen van 'somatische' geneesmiddelen	261
Klinische relevantie van interacties met betrekking tot cytochroom P450 iso-enzymen	248

DEEL 3: BIJLAGEN

Geneesmiddelenoverzicht	265
-------------------------	-----

Verklaring afkortingen	273
------------------------	-----

Index	275
-------	-----

Eetstoornissen

Prof.dr. G. Glas

Klinisch beeld

Eetstoornissen zijn betrekkelijk vaak voorkomende afwijkingen in de regulering van de voedselinname en in de beleving van lichaamsvorm en lichaamsgewicht. Naar schatting lijdt 0,5-1 procent van de adolescente en jongvolwassen vrouwen aan anorexia nervosa (AN) en een veelvoud van dit percentage (3-4%) aan boulimia nervosa (BN). De man-vrouwratio is 1:10. Ongeveer 8 procent van de patiënten met AN overlijdt als gevolg van de ziekte.

AN wordt gedefinieerd als een onvermogen om het gewicht te handhaven boven een grens van 85 procent van het normale gewicht; dit gaat gepaard met een intense angst om te dik te worden, een gestoorde waarneming van lichaamsvorm en lichaamsgewicht, en amenorroe gedurende ten minste drie achtereenvolgende cycli. Men onderscheidt tegenwoordig twee typen AN: een **restrictief** type, dat vast zonder te purgeren; en een **boulimisch** type, met vreetbuien en purgeergedrag (zelfgeïnduceerd braken, gebruik van laxantia, klyasma's en/of diuretica). Bij zowel de restrictieve als de boulimische vorm is er vaak sprake van excessieve lichaamsbeweging in de vorm van trappenlopen, het doen van kniebuigingen, fietsen en fitness (meer dan 3 uur per week).

BN wordt gekenmerkt door terugkerende episoden met eetbuien en compensatiegedrag in de vorm van purgeergedrag, lijnen en excessieve lichaamsbeweging. Tijdens een eetbui eet de patiënt veel meer dan normaal, binnen een afgegrensde periode, terwijl er tevens sprake dient te zijn van controleverlies. De patiënt kan niet stoppen met eten. De zelfwaardering is sterk afhankelijk van lichaamsvorm en lichaamsgewicht. De DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierde editie) stelt dat de

vreetbuien ten minste tweemaal per week gedurende drie maanden dienen voor te komen om de diagnose BN te kunnen stellen. Ook ten aanzien van BN onderscheidt men twee typen, te weten een **purgerend** en een **niet-purgerend** type. BN-patiënten die niet purgeren, zijn uiteraard vaak dikker dan patiënten die wel purgeren.

Zoals uit deze definities blijkt, heeft een patiënte met eetbuien, purgeergedrag en een ondergewicht van meer dan 15 procent anorexia nervosa, tenzij de vreetbuien en het purgeren ook optreden buiten de perioden van ondergewicht. In dit laatste geval wordt zowel de diagnose AN (in remissie) als BN gesteld. Criteria voor het normgewicht, gegeven de lengte, worden ontleend aan de formule voor de body-mass index (BMI): gewicht gedeeld door de lengte in het kwadraat, waarbij het gewicht in kilo's en de lengte in meters wordt uitgedrukt (kg/m^2). Normaal is een BMI tussen de 20 en 25. Meestal wordt in Nederland een BMI van 20 als referentiepunt gebruikt.

Het spectrum van manifestaties is breed, met aan de ene kant patiënten met een subklinische eetstoornis waarvoor vaak geen hulp wordt gezocht, en aan de andere kant ernstig zieke patiënten bij wie de somatische complicaties op de voorgrond staan. Patiënten kunnen uitgemergeld zijn of extreem dik, maar een normaal gewicht sluit het bestaan van een (zelfs ernstige) BN niet uit.

Bij het afnemen van de anamnese kan men zich snel een indruk vormen door te vragen of de patiënt een angst heeft om te dik te worden (hoe irreëel ook); of de patiënt zich schuldig voelt als ze eet; en hoeveel tijd van de dag er wordt gedacht aan eten en aan hoe zij eruitziet. Het is niet uitzonderlijk dat patiënten 90 procent van de dag aan voedsel en lichaamsgewicht denken. Men bedenke dat AN-patiënten wel degelijk honger hebben. De omgang met voedsel is vaak sterk geritualiseerd. Familieleden kunnen vertellen hoe de patiënt smakelijke maaltijden voor het hele gezin bereidt en deze met verve opdient zonder zelf ook maar een hap te nemen. De weigering te eten roept meestal sterke reacties op

bij de omgeving: woede, ruzies, soms toepassing van fysieke dwang, uiteindelijk berusting, onverschilligheid en/of aanpassing aan de wensen van betrokkene. Voedsel wordt door de patiënt soms verstopt. BN-patiënten steken zich niet zelden in de schulden om de eetbuien te kunnen bekostigen. Soms worden zij betrappt op winkeldiefstal. Laxantia worden vaak op meerdere adressen gekocht om niet op te vallen.

Het hele beeld wordt, zowel bij AN als bij BN, bepaald door een typische combinatie van overmatige controle en een verslavingachtige zucht. Zowel de eetbuien als de ervaring dat men in staat is zich van voedsel te onthouden, gaan gepaard met een soort roes. Deze roes draagt bij aan de sterke ziekteontkenning, met name bij AN. Voordat de patiënt een voet in de spreekkamer zet, is er meestal al een heel gevecht geleverd. Ook dan nog moet er stevig worden doorgevraagd om een indruk te krijgen van het feitelijke voedingspatroon en van de mate waarin het bestaan in het teken staat van de eetstoornis. Sociale contacten zijn vaak ernstig verstoord, niet alleen omdat eten in gezelschap wordt vermeden, maar ook wegens het tijdsbeslag dat de obsessie met eten op de patiënt legt.

Beloop

AN begint in de regel in de puberteit of vroege adolescentie, BN meestal iets later. AN kan zich overigens prepuberaal openbaren. Patiënten met een primaire amenorroe hebben meer kans op stoornissen in de fertiliteit op latere leeftijd, ook als de AN genezen is.

Karakteristiek is het volgende beloop. Patiënt begint in de laatste klassen van het voortgezet onderwijs met lijnen, soms omdat een vriendin of moeder ook lijnt, in andere gevallen uit ontevredenheid over het uiterlijk of zichzelf. Het lijnen gaat door, ook als de ander stopt. Er ontstaat een toenemende en uiteindelijk vrijwel totale preoccupatie met voedsel, lichaamsgewicht en lichaamsvorm. Sommige patiënten houden het vasten vol (AN, restrictief type), andere niet; de laatsten krijgen eetbuien, vaak

gevolgd door zelf opgewekt braken. Afhankelijk van het compensatiegedrag in de vorm van excessief bewegen en purgeren ontstaat nu een AN boulimisch type of een BN (purgerend of niet-purgerend type). Ook het omgekeerde komt echter voor, namelijk dat de patiënt begint met eetbuien en vervolgens, uit angst dik te worden, gaat lijnen en/of purgeren. Het meest raadselachtige bij dit alles is dat met name de AN-patiënt ook bij sterke ondervoeding ervan overtuigd blijft te dik te zijn. Deze overtuiging kan waanachtige proporties aannemen, net als het magische gevoel van onoverwinnelijkheid waarmee het lijnen gepaard gaat.

Lichamelijke complicaties

Bij AN worden allereerst de verschijnselen gezien die passen bij ondervoeding: haaruitval, droge huid, acrocyanose, koude-intolerantie, hypotensie, bradycardie, obstipatie, amenorroe, slaapstoornissen, affectieve vervlakking, vermindering van interesses en een gevoel van uitputting. Potentieel levensbedreigend zijn dehydratie (prerenale nierinsufficiëntie) en stoornissen in de elektrolytenhuishouding. Braakt de patiënt veelvuldig, dan kan zich een metabole alkalose ontwikkelen met verlaging van de kalium- en chlorideconcentraties in het bloed. Andere gevolgen van het braken zijn hypertrofie van de speekselklieren, aantasting van het tandglazuur (cariës) en osteoporose – dit laatste als gevolg van een combinatie van verminderde calciumopname en – absorptie, verlaging van de oestrogeensecretie en verhoging van de cortisolsecretie. Spontane botbreuken zijn geen zeldzaamheid bij brakende patiënten. Er bestaat een indicatie voor botscintigrafie indien bij de amenorroïsche patiënt het braken gedurende een jaar iedere dag plaatsvond. Chronisch laxantiamisbruik kan leiden tot metabole acidose en hypokaliëmie (als gevolg van diarree), atonie van de dikke darm en ernstige obstipatie.

Het zich volproppen kan in zeldzame gevallen tot een maagruptuur leiden; vaker komen erosies van het maagslijmvlies voor als gevolg van de combinatie van proppen en braken. Bij een prepuberaal begin kan de endocriene ontregeling tot blijvende afwij-

kingen leiden in de vorm van een verminderde lengtegroei, blijvende amenorroe, infertiliteit en verminderde seksuele rijping (hypogonadotroop hypogonadisme).

Wat betreft het laboratoriumonderzoek: in de praktijk zal veelal kunnen worden volstaan met bepaling van de elektrolyten (m.n. kalium). Dit onderzoek kan worden uitgebreid met bepaling van de nierfunctie (creatinineklaring; bij verdenking op dehydratie); botscentigrafie, indien de patiënt langdurig en frequent braakt; en bepaling van TSH en eventueel schildklierhormonen bij twijfel over de diagnose hypothyreoïdie.

Tabel 1: Lichamelijke complicaties

Ondervoeding

- haaruitval
- droge huid
- acrocyanose
- koude-intolerantie
- hypotensie
- bradycardie
- obstipatie
- amenorroe
- slaapstoornissen
- affectieve vervlakking
- vermindering van interesses
- gevoel van uitputting

Gevolgen van dehydratie

- nierinsufficiëntie
- stoornissen in de elektrolytenhuishouding

Gevolgen van chronisch braken

- metabole alkalose
- hypokaliëmie
- verlaagd choridegehalte
- hypertrofie speekselklieren
- aantasting van het tandglazuur (cariës)
- osteoporose (door verminderde calciumopname en -absorptie,

verlaging van de oestrogeensecretie en verhoging van de cortisolsecretie).

- spontane botbreuken

Gevolgen chronisch laxantiamisbruik

- metabole acidose
- hypokaliëmie (als gevolg van diarree)
- atonie van de dikke darm
- obstipatie

Gevolgen van vreetbuien

- adipositas
- maagruptuur
- erosies van het maagslijmvlies

Bij prepuberaal begin blijvende endocriene ontregeling

- verminderde lengtegroei
- blijvende amenorroe
- infertiliteit
- verminderde seksuele rijping (hypogonadotroop hypogonadisme)

Differentiële diagnostiek en co-morbiditeit

AN dient te worden onderscheiden van cachexie op basis van ernstige lichamelijke ziekte (tumoren, hypothyreoïdie, gastro-intestinale aandoeningen en aids), van depressieve stoornissen en de obsessief-compulsieve stoornis. Bij sterk dissimulerende patiënten kan de differentiële diagnostiek moeilijk zijn. Meestal komt men eruit door te vragen naar angst om dik te worden en preoccupatie met voedsel en lichaamsgewicht. Zo nodig verricht men laboratoriumonderzoek.

Bij BN dient differentieel-diagnostisch in de eerste plaats aan AN boulimisch type te worden gedacht, voorts aan atypische vormen van de depressieve stoornis en aan stoornissen die met controleverlies gepaard gaan, zoals de *borderline* persoonlijkheidsstoornis.

Een onderschat punt is de co-morbiditeit. Zowel bij AN als BN komen in een sterk verhoogd percentage depressies voor (tot 50%). Met name bij ondergewicht worden depressies gemaskeerd door de lethargie en door begrijpelijke gevoelens van wanhoop, minderwaardigheid, schuld en schaamte. Ten onrechte wordt vermindering van de eetlust vaak als een teken van de eetstoornis opgevat. Voorts kunnen eetstoornissen worden gecompliceerd door afhankelijkheid of misbruik van middelen (vooral alcohol) en door angststoornissen zoals de obsessief-compulsieve stoornis (bij AN) en de posttraumatische stressstoornis (bij BN). BN-patiënten vertonen nogal eens kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Etiologie en pathogenese

Over het ontstaan van eetstoornissen bestaat een veelheid van verklaringen die geen van alle op zich toereikend zijn. Met het oog op de behandeling kan het best worden uitgegaan van een multifactorieel model, waarbij rekening wordt gehouden met biologische, leertheoretische, psychodynamische en sociale verklaringen.

Biologische modellen zijn in hoofdzaak van drieërlei aard. Volgens het verslavingsmodel leidt het hongeren van AN-patiënten tot een vorm van autoaddictie als gevolg van activering van het endogene opiaatsysteem. De emotionele onverschilligheid en zelfs opgewektheid van ernstig ondervoede patiënten zouden zo kunnen worden verklaard. Het stressmodel stelt dat stress aanleiding geeft tot verminderde voedselopname, een vermindering die verband houdt met een verhoging van corticotrophin-releasing factor (CRF). Chronische stress zou aldus de hypothalamus-hypofyse-bijnieras structureel ontregelen, waardoor de gewichtsafname alleen geforceerd ongedaan kan worden gemaakt. Ten slotte is er een model dat nadruk legt op de co-morbiditeit van eetstoornissen enerzijds en affectieve stoornissen, impulscontrolestoornissen en obsessief-compulsieve stoornis anderzijds. Deze stoornissen zouden op een gemeenschappelijke ontregeling van een of meer neurotransmittersystemen berusten. Aanwijzingen

voor dit model zijn dat antidepressiva met een vooral noradrenerge werking de eetlust stimuleren, terwijl die met een serotonerge werking een remmende werking hebben op de eetlust. Serotonineheropnameremmers hebben inmiddels in de klinische praktijk hun ingang gevonden ter onderdrukking van de eetbuien.

Benadrukt moet worden dat deze verklaringsmodellen tentatief zijn en dat de moleculaire en neurobiologische processen die betrokken zijn bij de handhaving van het gewicht, uiterst complex zijn.

Leertheoretische modellen gaan ervan uit dat zowel het geforceerde lijnen als de eetbuien geassocieerd raken met gebeurtenissen die vervolgens als bekrachtigers van beide gaan optreden. Geforceerd lijnen leidt bijvoorbeeld tot afvlakking van gevoelens en een vermeend besef van controle, die op hun beurt het lijnen bekrachtigen. Eetbuien kunnen geassocieerd raken met stimuli vanuit de omgeving. Vaak is een ogenschijnlijk irrelevante prikkel genoeg om het hele ritueel in gang te zetten. De laatste jaren wordt steeds meer het accent gelegd op de rol van cognities en cognitieve vertekeningen (dichotoom denken; selectieve abstractie; overmatig generaliseren) in de uitlokking en bestendinging van het eetgedrag. Onder dichotoom denken wordt zwart-witdenken verstaan. Selectieve abstractie heeft betrekking op het selectief gebruikmaken van slechts een deel van de aangeboden informatie.

Psychodynamische modellen richten zich vooral op het broze zelfgevoel en op de stoornis van het lichaamsbeeld. In de vroege ontwikkeling van deze patiënten zou onvoldoende integratie zijn opgetreden van hongersensaties, bevrediging van het hongergevoel, en allerlei tactiele en kinesthetische ervaringen. Sommigen leggen de nadruk vooral op het allesoverheersende gevoel van onmacht en leegte, en het daaruit resulterende onvermogen om vorm te geven aan het bestaan. Anderen benadrukken vooral de afwijzing van de vrouwelijke seksualiteit. Weer anderen beklemtonen de intense strafbehoefte en de verborgen triomf van het onmachtig maken van de ander (familie, therapeut). Achter de engelachtige façade en de op het oog levendige, maar in wezen oppervlakkige interactionele stijl, zouden zelfhaat en intense

jaloerie schuilgaan. In de praktijk komt men meestal combinaties van het bovenstaande tegen, in het bijzonder een extreem negatieve zelfwaardering en op basis daarvan een centraal gevoel van innerlijke onmacht, afwijzing van de vrouwelijke rol, zelfhaat en jaloezie.

Sociale modellen ten slotte richten zich op de betekenis van door de maatschappij opgedrongen rolmodellen en op de rol van het gezin. Slank zijn is een maatschappelijke norm en een garantie voor succes. Vermagering zou kunnen worden uitgelegd als protest tegen de door de maatschappij voorgeschreven rol om als vrouw zowel verleidelijk als ondergeschikt te zijn. Gezinsmodellen zien de anorexiapatiënt als stilzwijgende rebel tegen een overbeschermende en rigide gezinscultuur. Gezinnen van eetstoornispatiënten zouden worden gekenmerkt door vervloeiing van grenzen en conflictvermijding, naast overbescherming en rigiditeit. De grensvervloeiing bestaat bijvoorbeeld hierin dat een van beide ouders bij de dochter steun zoekt omdat men die bij de partner onvoldoende vindt. Deze patronen zijn vermoedelijk niet specifiek voor patiënten met eetstoornissen.

Therapie

Zoals zo vaak geldt ook hier dat uiteindelijk de grondhouding van de behandelaar van doorslaggevende betekenis is, naast uiteraard de motivatie van de patiënt. Eetstoornispatiënten zitten gevangen in wat men wel de controleparadox heeft genoemd. Enerzijds gaan zij gebukt onder een centraal gevoel van onmacht en gebrek aan controle, hetgeen hen afwijzend doet staan tegenover beïnvloeding door derden. Anderzijds is beïnvloeding van buiten nodig, omdat de patiënt het punt is gepasseerd waarop hij zelf zijn eetstoornis nog onder controle kan houden. Deze paradox kan alleen worden opgelost door een combinatie van steun en empathie, naast voorlichting en uitleg en een optimale delegatie van verantwoordelijkheid aan de patiënt. De behandeling kent vier uitgangspunten:

- 1 Gewichtsherstel c.q. stabilisatie van gewicht door **herstel van een normaal voedingspatroon**. Men kan daartoe de patiënt

een eetschrift laten bijhouden ('self-monitoring') waarin wordt genoteerd wanneer en wat hij eet en/of wanneer er sprake is van compensatiegedrag. Aan de hand van dit schrift worden afspraken gemaakt over voeding (tijdstippen, hoeveelheden) en bezigheden die compensatiegedrag kunnen voorkomen (afleiding; contact met een persoon die van de situatie op de hoogte is). Voorlichting is hierbij belangrijk, omdat veel patiënten ieder gevoel voor proportie zijn kwijtgeraakt en bij iedere hap het gevoel hebben tot olifantachtige afmetingen op te zwellen. Thuiswonende patiënten kan men in ernstige gevallen aanraden tijdelijk de maaltijd elders te gebruiken of enige tijd elders te gaan wonen (gastgezin).

- 2 Correctie van de **cognities en ingesleten denkpatronen** die zich met betrekking tot eten, gewicht en uiterlijk hebben gevormd. Dit kan individueel of in groepsverband (cognitieve gedragstherapie).
- 3 Verandering van het **negatieve zelfbeeld** middels individuele of groepspsychotherapie. De psychotherapie kan zowel op vaardigheden zijn gericht (sociale vaardigheidstraining) als op achterliggende gevoelens en persoonlijkheidskenmerken (psychodynamische psychotherapie).
- 4 Bewerking van het **vertekende lichaamsbeeld**. Soms kan dit op een laagdrempelige manier gebeuren door een fysiotherapeut met voldoende professionele ervaring en affiniteit voor deze problematiek, bijvoorbeeld door middel van oefeningen die zijn gericht op herstel van de balans tussen activiteit en passiviteit en/of het leren registreren van lichaamssignalen. In engere zin moet hier worden gedacht aan psychomotorische therapie waarbij de patiënt onder begeleiding naar zichzelf leert kijken (spiegel; video) en de gevoelens die dit oproept leert registreren en corrigeren. De praktijk wijst uit dat dit laatste vrijwel alleen klinisch of dagklinisch gebeurt.

Of men de patiënt opneemt, hangt af van het resultaat van eerdere behandelingen en van de somatische conditie. Als ambulante behandeling van een half à één jaar geen vruchten heeft afgeworpen, is er een indicatie voor klinische of dagklinische behandeling. De meeste BN-patiënten kunnen poliklinisch worden behandeld, bij

AN is vaker klinische behandeling nodig. Klinische of dagklinische behandeling vindt bij voorkeur plaats in centra die zich daarin hebben gespecialiseerd. Gelukkig kent ons land een toenemend aantal van dergelijke centra.

Of medicatie wordt voorgeschreven, hangt af van de co-morbiditeit en de aanwezigheid van eetbuien. Serotonineheropnameremmers, in het bijzonder fluoxetine, zijn middelen van eerste keus bij eetbuien. Wanneer er gelijktijdig sprake is van een depressie of obsessief-compulsieve stoornis, komen deze middelen ambulantly eveneens het eerst in aanmerking, bij onvoldoende resultaat echter ook tricyclische antidepressiva. Bij sterke stemmingswisselingen en impulsieve eetbuien kan natriumvalproaat worden overwogen.

De behandeling van patiënten met eetstoornissen is moeilijk en tijdrovend, maar vaak ook dankbaar. Er is geen reden voor therapeutisch nihilisme. Helaas wordt de ernst van deze stoornissen nogal eens onderschat. Meestal is behandeling gedurende één (BN) à drie (AN) jaar nodig om de patiënt voor terugval te behoeden.