



**Universiteit
Leiden**
The Netherlands

Eetstoornissen in context: revisited

Furth, E.F. van

Citation

Furth, E. F. van. (2025). Eetstoornissen in context: revisited. In . Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4198054>

Version: Publisher's Version

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

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4198054>

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

Prof.dr. Eric F. van Furth

Eetstoornissen in context – *revisited*



Universiteit
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

Eetstoornissen in context – *revisited*

Rede uitgesproken door

Prof. dr. Eric F. van Furth

ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar
eetstoornissen bij de afdeling psychiatrie, LUMC,
aan de Universiteit Leiden
op vrijdag 21 maart 2025



Universiteit
Leiden

Mevrouw de Rector Magnificus, leden van de Raad van Bestuur, collega's, oud-patiënten, lieve familie en vrienden, geachte toehoorders. Wat fijn dat jullie er vanmiddag zijn om mijn afscheidscollege bij te wonen.

Aan het eind van mijn betoog kunt u aan iedereen uitleggen dat eetstoornissen niet over eten gaan. Of misschien toch een beetje wel? U bent op de hoogte van verschillende en gelaagde contexten van de psychiatrie in het algemeen en eetstoornissen in het bijzonder.

Inleiding

Ter voorbereiding op dit college heb ik mijn oratie uit 2013, ook getiteld Eetstoornissen in context, herlezen. De context van een begrip, situatie of gebeurtenis is zo belangrijk omdat het de interpretatie bevordert. Ik kom steeds terug op de context omdat wij op alle lagen leven en werken in sociale systemen, in contexten: individueel, als gezin, als afdeling, als instelling, als regio en als land. Mijn aandacht voor de context komt vast voort uit mijn eerste opleiding als systeemtherapeut. De sociaal culturele context van 2013 was een heel andere dan de context van 2025. Het is opvallend hoe snel de maatschappelijke en culturele veranderingen zich hebben voltrokken. Veel veranderingen waren al voorspeld, zoals de toenemende vergrijzing van de bevolking en daarmee de afname van de beroepsbevolking, de toenemende vraag naar zorg en de rem op de stijging van de macro zorgkosten. Zo stonden er in het tweede kwartaal van 2024 9,8 duizend vacatures open in de ggz (Centraal Bureau voor de Statistiek, 13-9-2024). Alleen al door deze voorspelde factoren wisten wij in het eerste decennium van deze eeuw al dat de manier waarop wij de zorg georganiseerd hadden en zorg verlenen, niet toekomstbestendig was. De niet voorspelde ontwikkelingen, zoals de snelle opkomst van kunstmatige intelligentie (AI), social media, de verregaande digitalisering van de maatschappij, de Covid-19 pandemie en de groei van het aantal ZZPers in de ggz, om een paar belangrijke ontwikkelingen te noemen, hebben een grote invloed op onze samenleving. Het Nederlandse neoliberale po-

litieke klimaat met haar individualisering en maatschappelijke concurrentie hebben de wens van de burger naar autonomie, zelfbeschikking en zelfverwezenlijking verder gestimuleerd. De welvaart is toegenomen, zowel materieel als op bredere welvaartsindicatoren. De keerzijde van deze maatschappelijke ontwikkelingen is er ook. Er is armoede in Nederland. In 2023 hadden bijna 1,2 miljoen mensen een inkomen tot 25% boven de armoedegrens en onvoldoende tot geen vermogensbuffer (Centraal Bureau voor de Statistiek, 17-10-2024). Er zijn ook grote gezondheidsverschillen tussen mensen met een lage of hoge sociaaleconomische status (Pharos, juli 2022). Ook voedselonzekerheid komt naast en in samenhang met armoede voor bij 3 van de 4 bezoekers van de voedselbank (Neter et al. 2014) en 1 op de 4 mensen in 4 Haagse achterstandswijken (Van der Velde et al. 2020). Voedselonzekerheid, weten wij uit Amerikaans onderzoek, is onder andere geassocieerd met het ontstaan van eetbuien en obesitas.

De maatschappelijke context

De verwachtingen en eisen die jongeren aan zichzelf stellen, of maatschappelijk ervaren, zijn torenhoog. Men streeft naar perfectie als mens, werknemer, partner, vriend/vriendin, zoon/ dochter en als ouder. Eigenlijk moet alles tegelijk. Met als gevolg dat er ook een gestage en forse stijging te zien is van het aantal jongeren met burn-out klachten (TNO, 2023). Iets wat ondenkbaar was in mijn jeugd. Ook de maatschappelijke verwachtingen voor organisaties als de politie, rechters en de zorg zijn torenhoog. Het aanpassingsvermogen van de ggz, dat gevraagd wordt in reactie op de maatschappelijke ontwikkelingen van de afgelopen decennia, komt met moeite van de grond. De ggz zit gevangen in een systeemwereld die verandering belemmert. Maar ook de sector zelf is conservatief, traag en onderling verdeeld. Uitvoering van het Integraal Zorgakkoord uit 2022 moet hierin verandering brengen. Daarbovenop wordt de wetenschappelijke evaluatie van innovaties in de ggz belemmerd door een enorme achterstand in de financiering van onderzoek in de ggz in vergelijking tot de beschikbare subsidies voor somatische ziekten.

Positieverklaring

Het is denk ik gepast deze inleiding af te sluiten met een zogenaamde Positieverklaring. Ik richt mij tot u vanuit een sterk gepriviliegeerd perspectief als oude, witte, heteroseksuele man met 7-vinkjes. Ik ben opgegroeid in Oegstgeest, economisch bevoorrecht en heb geen echte psychische problemen. Dit kleurt mijn perspectief op de samenleving en de ggz. Ik ben ook onderdeel van het systeem, ik kan niet uit onze cultuur stappen maar observeer als deelnemer. Ik ga het in deze rede onder andere over ons WEIRD land hebben. Ja, WEIRD, dat staat voor *western, educated, industrialized, rich and democratic*. Nederland wordt ook wel een HIC land genoemd: een *high income country*. Nederland als HIC roept bij ons ggz hulpverleners echt hele andere associaties op.

De mentale gezondheid van jongeren

Een rapport van de *Lancet Psychiatry Commission on Youth Mental Health* uit 2024, en een aantal andere onderzoeken, laat zien dat de mentale gezondheid van jonge mensen, en vooral van meisjes, de afgelopen twee decennia is verslechterd. The Lancet commissie spreekt zelfs van een *public health crisis of youth mental health* (McGorry, PD et al., 2024). De snelle maatschappelijke ontwikkeling richting een digitale samenleving kent zo haar slachtoffers. Met name kwetsbare jongeren hebben het moeilijk. Zo is er een toename van het aantal dak- en thuislozen jongeren (Factsheet Leger des Heils, 2022). De slachtoffers van de maatschappelijke veranderingen zijn ook terug te vinden in de psychiatrie. Ter illustratie: Suïcide is de belangrijkste doodsoorzaak bij jonge mensen in Australië, Nieuw-Zeeland en India. Het is de op een na belangrijkste doodsoorzaak bij jonge mensen in Canada en de Verenigde Staten (Curtin, S. & Garnett, M., 2023). De stijging verloopt sneller bij jonge vrouwen dan bij jonge mannen. Ook in Nederland is er een stijging van 17% in tien jaar tijd van overlijden door suïcide onder jongeren. In 2023 komt dit neer op 2,7 zelfdodingen per 100.000 tieners (10-19 jaar) en 9,7 zelfdodingen per 100.000 jongvolwassenen (20-29 jaar). Bij twintigers die tussen 2020 en 2023 overleden, was er bij 1 op de 3 sprake

van suïcide (Nederlands Jeugdinstituut, 4 juli 2024). Naast de toename van overlijden door suïcide is er ook een toename van het aantal mensen dat een psychiatrische classificatie krijgt. In welke context is dit te begrijpen?

De context van labels en classificatie

De discussie over de toename van psychiatrische labels en classificaties is vaak onvruchtbaar en leidt snel tot misverstanden. Toch wil ik er graag bij stilstaan en vanuit verschillende perspectieven naar kijken.

Vanuit een classificatorische en epidemiologische context is op te merken dat de jongste versie van de ons classificatie handboek de DSM 5 uit 2013 minder stoornissen specificeert dan haar voorganger de DSM-IV, uit 1994 (McCarron, 2013). Toch is er een toename van het aantal mensen met een psychiatrische classificatie. Dit heeft verschillende oorzaken zoals de versoepeling van bepaalde criteria, het samenvoegen van categorieën, het verwijderen van bepaalde exclusiecriteria, de introductie van nieuwe classificaties, zoals de eetbuienstoornis, en veranderingen in de drempelwaarden van criteria. Als wij naar de Voedings- en Eetstoornissen kijken in de DSM 5 dan is het aantal mensen met een atypische eetstoornis (met het vreselijke acroniem OSFED) met minimaal 15% afgenomen. Dit was ook een uitdrukkelijk doel van de makers. De classificatie van anorexia nervosa is zeker 10% toegenomen, mogelijk omdat het amenorrhoea criterium is verwijderd en de grens voor ernstig ondergewicht is verhoogd van een BMI van 17.5 naar 18.5, een verschil van ongeveer 3 kg voor een volwassene. Het voorkomen van bulimia nervosa lijkt redelijk stabiel, ondanks de verlaging van het eetbuien frequentie criterium van 2 naar 1 keer per week (Mancuso et al. 2013). De eetbuienstoornis en ARFID (dat staat voor de avoidant restrictive food intake disorder) waren nieuw in de DSM 5 en zorgen daarmee voor een toename van het aantal mensen met een eetstoornis classificatie.

Epidemiologisch beschouwd lijkt er ook een echte, autonome toename van de prevalentie van psychiatrische classificaties waarneembaar in de afgelopen decennia. Zo is het aantal men-

sen met een autisme spectrumstoornis, een bipolaire stoornis, depressie of een angststoornis en ADHD in de afgelopen decennia gestegen. Om maar een paar voorbeelden te noemen. Deze stijging leidt ook tot een stijging in de vraag naar zorg. De vraag overstijgt het zorgaanbod vele malen. Eind 2024 waren er bijna 109.000 wachtplekken, een NZa term, voor de ggz. De landelijke gemiddelde totale wachttijd voor mensen met een eetstoornis bedroeg 23 weken, dus bijna een halfjaar (Nederlandse Zorgautoriteit 11-2-2025).

In de maatschappij is de kennis over psychiatrische aandoeningen toegenomen door voorlichting en educatie. ADHD, autisme en narcisme zijn alledaagse termen geworden. Ondanks, of misschien wel dankzij, verdere medicalisering en psychologisering van onze cultuur lijkt de revolutie tegen het stigma voor psychiatrische stoornissen gestold. Ook stigmatisering door ggz-hulpverleners en zelfstigma komen voor en zijn complex in oorsprong en aanpak (Van Erp et al. 2022). Nederland lijkt het beter te doen dan België maar weer minder dan Zweden. Vanuit de context van de patiënt staat de beleefde angst en het lijden voorop. Deze ervaring en beleving is vaak niet van voorbijgaande aard of overgenomen van anderen, een veel gehoord punt van kritiek van psychiatrie sceptici. Een psychiatrisch label zegt weinig over de psychiatrische diagnose. Vaak hebben mensen meerdere klachten die overlappen met verschillende classificaties. Mijn promotor Herman van Engeland benadrukte dit door zijn oratie in 1986 de titel *De beschrijving van de oppervlakte* te geven. Een grondige diagnostiek is persoonlijk, kijkt naar de ontwikkeling en neemt de biologische, psychologische en maatschappelijke context in ogenschouw.

De culturele context van classificatie en labels

Psychiatrie is onlosmakelijk verbonden met onze cultuur. Zo krijgen of hebben psychiatrische labels ook een culturele betekenis. Gedrag en gedachten hebben wij als psychiatrisch gedefinieerd wanneer zij qua aard sterk afwijken van de norm en lijden en beperkingen voor het individu veroorzaken. Medicalisering, psychologisering en psychiatrisering van de maatschappij hebben ook tot gevolg dat sommigen de DSM be-

schouwen als het boek waarin je kan opzoeken wat je hebt. De moderne variant hiervan is de TikTok diagnostiek. Als je aan de criteria voldoet heb je de betreffende psychiatrische stoornis. Als je het gevoel hebt dat een bepaalde “diagnose” niet bij jou past kan je bij commerciële bureaus met het best passende stempel het pand weer verlaten. Vanuit een cultureel perspectief is mijn interpretatie dat een psychiatrisch label identiteit geeft, het verklaart de moeite met de maatschappij en het leven (de verwachtingen) en communiceert dit naar naasten. “Oh je hebt autisme of anorexia of erger nog; Oh, je bent een autist of een anorect”. Het is een cultureel geaccepteerde identiteit om uit te drukken dat je niet meekomt of niet mee wil komen in de maatschappij. Dat je niet kan of wil voldoen aan de eisen van perfectie in alle rollen. Dat de eisen die de omgeving en de maatschappij je oplegt onhaalbaar zijn, dat je hulp en steeds vaker een hulphond nodig hebt om je staande te kunnen houden in het leven. Een eetstoornis als communicatiemiddel.

5

De context van social media

De toename van beleefde eisen uit de omgeving en de maatschappij is onder andere toe te schrijven aan de invloed van social media. Social media scheppen een voor ons nieuwe context. Social media zijn binnen twee decennia een integraal onderdeel van ons leven geworden. Er is een opvallende associatie tussen de aantoonbare achteruitgang van de mentale gezondheid van jongeren, al sinds 2010, en de snelle opkomst van social media. De jongste cijfers laten zien dat de gemiddelde schermtijd van 13 tot 16-jarigen 6 uur per dag is (Siebers et al., 2024). Daarvan wordt gemiddeld 4 uur besteed aan social media. Hoe jonger, hoe hoger de schermtijd. De afgelopen 5 jaar groeide het gebruik van social media in Nederland met 7,5%, of gemiddeld 1,5% per jaar, tot nu 14,3 miljoen gebruikers. De groei in gebruik in de afgelopen jaren varieert sterk per platform, betrouwbare cijfers zijn niet echt voorhanden. Jongeren gebruiken naast WhatsApp vooral TikTok, SnapChat, Instagram en YouTube. Er is, op dit nieuwe onderzoeksterrein, voorzichtig enige wetenschappelijke evidentie over de associatie tussen social media gebruik en mentale gezondheid. Een

groter social media gebruik lijkt geassocieerd met een hogere kans op angst of depressie, een lagere zelfwaardering, meer lichaamsontevredenheid en eetproblemen, vooral bij meisjes. Ook de kwaliteit van slapen wordt negatief beïnvloedt door telefoongebruik in bed.

Er is natuurlijk geen simpele causale relatie tussen social media gebruik en een verslechterende mentale gezondheid. Mogelijke mechanismen die een rol spelen zijn: sociale vergelijking en afgunst, verminderde levensechte fysieke interacties, cyberbullying en online pesten, *fear of missing out* (FOMO) en verstoorde slaappatronen. Social media, en de slimme algoritmen die dit aansturen, versterken mogelijk al bestaande kwetsbaarheden. Op social media lijken de extremen van onze cultuur nog verder uitvergroot. Ze propageren en versterken een onrealistisch schoonheidsideaal en populariseren de relatie tussen voeding, gezondheid en psychische problemen. Voor je het weet heeft het algoritme je gevangen in een stroom van zelf depreciërende beelden. En wie kan betrouwbare op wetenschap gebaseerde informatie nog onderscheiden van misinformatie en desinformatie? En dan heb ik het nog niet gehad over potentieel schadelijke informatie van pro-ana. Ik maak mij het meeste zorgen over veranderingen in de kwaliteit van het sociaal contact, zoals in het verminderd fysiek sociaal contact tussen jongeren. Dit blijkt onder ander uit het uitstel van het beginnen met zoenen en seks. Paradoxaal genoeg leidt het continue digitaal verbonden zijn tot meer gevoelens van eenzaamheid, vooral onder 18 tot 24-jarigen. Het ontwikkelingsproces dat jongeren in de puberteit en vroege adolescentie moeten doorlopen heeft er flink wat horden bij gekregen!

Het is niet allemaal kommer en kwel met de jongeren! Zo is er een toegenomen maatschappelijke betrokkenheid waarneembaar, zich uitende in klimaatactivisme op scholen, een toename van vrijwilligerswerk en meer dan de helft van de jongeren is geïnteresseerd in grote onderwerpen als criminaliteit, terrorisme en armoede (Nederlands Jeugdinstituut, 5 juni 2024). Social media zijn ook de voornaamste bron van informatie voor jongeren. Ongeveer de helft van de jongeren ervaren dat

social media hun vriendschappen en hun geluksgevoel positief beïnvloeden. Daarnaast zijn social media een belangrijke bron voor afleiding, een copingstrategie, als ze iets vervelends hebben meegemaakt.

E-health

De digitalisering van de samenleving en de ontwikkeling van het internet, social media en opkomst van ervaringsdeskundigheid bood ook een kans om meer populatie gericht te kunnen interveniëren. De zorgen over de toekomstbestendigheid van de ggz stimuleerde de ontwikkeling van de ecommunity Proud2Bme in 2008 en onderzoek naar de anonieme ehealth interventie Featback. Ehealth werd een speerpunt van de Ursula. Proud2Bme, een idee van Scarlet Hemkes, werd een succes dankzij haar leiderschap en het enthousiasme van de toenmalige raad van bestuur van Rivierduinen en van Joep de Groot, toen voorzitter van CBusiness. Proud heeft in de afgelopen 15 jaar miljoenen Nederlanders over de hele wereld bereikt. Het laagdrempelige contact met ervaringsdeskundigen, een diëtist en een psycholoog was toen nieuw. Promovenda Jiska Aardoom heeft laten zien dat het krijgen van erkenning en het uitwisselen van informatie tussen mensen met ervaring met een eetstoornis bijdraagt aan de empowerment van de patiënt (Aardoom et al. 2014). Proud2Bme is nog steeds bij de tijd, nu na een recente derde face-lift. De jaarlijkse subsidie vanuit het Zorginstituut Nederland op basis van de wet op de anonieme ehealth is essentieel voor het voortbestaan, maar geeft ook beperkingen in de zo gewenste innovatie en verdere professionalisering van het platform. Het systeem van financiering remt de implementatie van innovaties.

De laagdrempelige korte ehealth interventie Featback is, in samenwerking met Philip Spinhoven en Elske van den Akker, en dankzij het werk van eerder genoemde promovendi Jiska Aardoom en Pieter Rohrbach een van de best onderbouwde ehealth interventies voor mensen met een eetprobleem of eetstoornis. In twee grote gerandomiseerde interventie onderzoeken is het ons echter niet gelukt mensen met een beginnende eetstoornis te includeren. En dat was nou bij uitstek de

doelgroep voor deze kleine ehealth interventie. De gemiddelde ziekteduur van de deelnemers was 7, respectievelijk 10 jaar in deze twee studies (Aardoom et al., 2016; Rohrbach et al., 2022). Hieruit heb ik geleerd dat de belangrijkste vraag bij eHealth interventies gericht op de bevolking is hoe krijg je de juiste interventie, op het juiste moment, bij de juiste persoon. Hiervoor hebben wij de hulp en samenwerking van stakeholders nodig. Helaas is dat in ons land niet eenvoudig. Onder het motto *not invented by us* of vanuit beleefde concurrentie worden effectieve interventies nog te weinig gedeeld en aangeboden aan relevante doelgroepen. Vroeg detectie en vroeg interventie bij beginnende eetstoornissen scheelt veel leed bij het individu en naasten en bespaart de maatschappij veel geld, maar heeft nog een te kleine rol in de meer toekomstbestendige ontwikkeling van op herstel gerichte netwerk ggz.

De context van ervaringsdeskundigen

Een rode draad door ons onderzoek en de patiëntenzorg is ook ervaringsdeskundigheid. In 2009 zijn wij gestart met een project met als doel de introductie van ervaringsdeskundigheid binnen de afdeling. Enthousiast geworden door de lancering van Proud2Bme, het onderzoek van promovenda Simone de la Rie en ontwikkelingen in de verslavings- en psychosoziale zorg wilden wij ervaringsdeskundigen als nieuwe discipline, als nieuwe context, aan de behandeling toevoegen. Dat stuitte op veel weerstand bij collega's. En dat begreep ik wel. In die begintijd, hoorde ik in een sessie met een gezin, projectleider Hiske Visser, precies dezelfde uitleg en adviezen geven als ik. Mijn betoog stuitte echter op weerstand en door haar vanzelfsprekende betrouwbaarheid werden Hiske's woorden enthousiast ontvangen. Ondanks mijn afgunst was het mij al snel duidelijk dat ervaringsdeskundigen een belangrijke rol en een eigenstandige plek binnen het behandelprogramma verdienen. Binnen het ehealth onderzoek heeft Pieter Rohrbach helaas laten zien dat ervaringsdeskundige begeleiding in het 8-weekse programma Featback geen toegevoegde waarde heeft op het verminderen van eetstoornis symptomen in vergelijking tot een geautomatiseerde email. De interactie met een ervaringsdeskundige werd

wel als veel prettiger beoordeeld in vergelijking tot het geautomatiseerde programma.

Ervaringsdeskundigheid en de eigen ervaring van professionals met psychische problematiek heeft de afgelopen decennia een duidelijke plek gekregen in de behandeling, maar ook in de co-creatie van wetenschappelijk onderzoek en de beoordeling daarvan door subsidiegevers. In flankerend beleid en complementaire hulpverlening zie ik tegelijkertijd ook een wildgroei aan ervaringsdeskundige hulpverleners en coaches waarvan de kwaliteit moeilijk te beoordelen is. Ervaringsdeskundigheid speelt ook een rol bij de mensen die zich aanbieden als zogenaamde pro-ana coach.

Pro-ana coaches: de donkere internet context

Een van de uitwassen op internet en social media zijn de zogenaamde pro-ana coaches. Dit zijn kort gezegd, met name mannen die jonge vrouwen hulp aanbieden bij het afvallen in ruil voor seksueel expliciet materiaal of fysiek contact. Dit onderwerp kwam onder mijn aandacht via Frank Noteboom, toen werkzaam bij de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen en resulteerde in een jarenlange samenwerking. Onder leiding van onderzoeker Emma Simons, van het Centrum tegen Kinderhandel en Mensenhandel (CKM), onderdeel van FIER, hebben wij een spannend onderzoeksproject uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in het fenomeen pro-ana coach en de modus operandi van deze mannen (Simons et al., 2024). Met de resultaten van dit onderzoek hebben wij op verschillende niveaus invloed proberen uit te oefenen. In de spreekkamer door bij intake en behandeling veel meer aandacht te besteden aan het gebruik van apps en social media van patiënten. Op afdelingsniveau; de bewustwording van de grote invloed van social media, heeft discussie los gemaakt over het telefoonbeleid. Binnen de collega instellingen van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen, door het publiceren en presenteren van de onderzoeksresultaten. En landelijk is er in de media veel aandacht voor pro-ana coaches ontstaan en, door lobbywerk van Shamir Ceuleers van CKM, zijn er verschillende moties over dit onderwerp aangenomen

in de Tweedekamer en ook uitgevoerd door het ministerie van Justitie en Veiligheid en VWS. Zo onderzoekt de politie de opzet en uitrol van een digitale opsporingsstrategie gericht op seksuele misdrijven en mensenhandel. Maar ook de politie moet, net als wij, continu prioriteren. Het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie heeft, met VWS, een *factsheet* en handreiking ontwikkeld om professionals te ondersteunen bij het herkennen van en omgaan met pro-ana coaches (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2022).

De context van de behandelkamer: subgroepen

Via de pro-ana coaches en social media dringt de digitale wereld ook onze behandelkamer en kliniek binnen. Bij de Ursula behandelen wij per jaar ongeveer 800 patiënten. Als je zoveel patiënten ziet ga je veranderingen in de tijd waarnemen en subgroepen onderscheiden. Met name bij patiënten met anorexia nervosa. Dit is de groep waar ik het meest mee gewerkt heb. Naast veranderingen in de tijd is er natuurlijk ook de invloed van een verwijsbias en een zelfsectie die helaas niet objectiveerbaar zijn.

Oppervlakkig gezien behandelen wij alleen patiënten met een eetstoornis. En iedereen met een angst om aan te komen of een extreem ondergewicht heeft toch anorexia nervosa? Of is er vanuit de context nuance aan te brengen? Dit heeft denk ik consequenties voor hoe wij naar anorexia nervosa en naar de behandeling kijken. Dit lijkt misschien wat *nerdy*, maar geeft mijns inziens inzicht in de samenhang tussen psychiatrie en cultuur. Op basis van de betekenis of functie (de context) van het eetstoornisgedrag onderscheid ik 4 subgroepen. De (1) klassieke anorexia nervosa, (2) de combinatie anorexia nervosa met een posttraumatische stressstoornis, (3) de combinatie met een autisme spectrumstoornis en (4) de combinatie met een persoonlijkheidsstoornis. Een depressie kan bij iedere groep aanwezig zijn. In de kliniek zien wij in toenemende mate patiënten met een veelheid aan morbiditeit, een mengsel van subtypen: bijvoorbeeld de combinatie anorexia nervosa, autisme en een posttraumatische stressstoornis.

Klassieke anorexia nervosa

De klassieke anorexia nervosa, het eerste subtype, zien wij steeds minder. Het meest stereotype beeld hiervan is een meisje dat in de puberteit, naar aanleiding van een opmerking over haar uiterlijk (bijvoorbeeld van een sportcoach), minder gaat snoepen en vervolgens gezonder en minder gaat eten. Tijdens het afvallen gaat zij zich niet dunner maar dikker voelen! Haar streefgewicht stelt zij steeds naar beneden bij. Zij krijgt een kick van het afvallen en ziet het vooral als een oplossing voor het zich dik voelen. Als je haar bij intake vraagt wat zij het liefste wil, dan zegt zij na enig aarzelen: “afvallen”. Haar lijdensdruk gaat uit naar haar ouders: van hen heeft zij het meeste last. Zij willen het afvallen belemmeren. Premorbide was zij de ideale, gezeglijke dochter die plezier had in het leven, vriendinnen en een makkelijke eter. In diagnostische zin zien wij een jonge vrouw die van jongs af aan net wat angstiger was dan de andere kinderen. Ik noem dat constitutioneel angstiger of een net iets gevoeliger afgestelde angstthermostaat. Ze schrikt snel, bijvoorbeeld van plotselinge harde geluiden en ziet op tegen nieuwe situaties. De angst uit zich in onzekerheid over haar kunnen en het kunnen verwezenlijken van haar wensen en behoeften. Om de angst te bestrijden doet ze haar best alles zo goed mogelijk te doen. Ze luistert goed naar haar ouders en leerkrachten, ze heeft een hoog streefniveau op school en in sport. Anderen noemen haar perfectionistisch. In aanvang was het lijnen ook een poging controle te krijgen op het veranderende puberlijf en de aanstormende hormonen. Maar het is uit de hand gelopen. Ze is verstrikt en gevangen geraakt in een vicieuze cirkel van zich dik voelen, weinig eten en angst voor de toekomst. Hoe verder haar gewicht daalt, hoe sterker haar symptomen worden. Haar dromen, wensen en behoeften zijn naar de achtergrond geraakt. De eerste stap in de behandeling van klassieke anorexia nervosa is werken aan gewichtsherstel. Dit heeft tot gevolg dat iemand weer mens wordt. Het brein, zowel cognitief als qua emotieregulatie, gaat gevoed veel beter functioneren. Het bereiken en behouden van een gezond lichaamsgewicht is vaak een lange weg en hard werken, iedere maaltijd weer, en er zijn 7 eetmomenten op een dag in de kliniek. Tijdens het gewichtsherstelproces komt ook het gewone

leven meer in zicht. Het leren omgaan met de angstige constitutie in het verwezenlijken van de wensen en behoeften is de volgende grote uitdaging, waarbij langdurige psychotherapeutische hulp essentieel is. Bij jongeren involveren wij het gezin intensief. Niet alleen is het gezin een bron van herstelkracht, maar het is ook vaak ernstig ontwricht geraakt door de eetstoornis.

Anorexia nervosa en een posttraumatische stressstoornis (PTSS)

In toenemende mate, dat is slechts een klinische indruk, zien wij patiënten met PTSS en een eetstoornis, vaak met anorexia nervosa. PTSS wordt gekenmerkt door herbeleving van de traumatische gebeurtenis, vaak in beelden, geluiden en bijpassende angst. Een van de fysiologische gevolgen van sterke vermagering is het vervlakken van gevoel en emoties. Veel mensen met PTSS “ontdekken” dat een ernstig ondergewicht hen deels beschermt tegen de beleving van PTSS. Omdat de bron van PTSS vaak fysieke of seksuele traumata zijn speelt lichaamsbeleving, lichaamsvorm en gewicht een grote rol. Maar de angst om in gewicht aan te komen heeft vooral te maken met de ongewenste terugkeer van onverdraaglijk gevoel en emoties bij gewichtsherstel. Eigenlijk is er sprake van emotieregulatie problematiek in het kader van een Posttraumatische Stressstoornis. De behandeling van de “eetstoornis” heeft dan tot doel een behandeling van de PTSS mogelijk te maken. In de praktijk is dat ingewikkeld omdat traumabehandelaars vaak een voor de patiënt onhaalbare BMI-ondergrens stellen. Onder eetstoornisprofessionals is er consensus dat een traumabehandeling ook bij een echt lage BMI effectief kan zijn. Daar zijn ook prille wetenschappelijk aanwijzingen voor (ten Napel et al. 2022). Soms veroorzaakt de eetstoornisbehandeling PTSS bijvoorbeeld bij langdurige dwangvoeding onder fixatie. Iets dat iedere professional ten eerste probeert te voorkomen. Ik prijs mij gelukkig met onze intensieve samenwerking met LUBEC, het behandelcentrum van de Leidse Universiteit. Steeds vaker doen wij co-behandelingen, waarbij zij de PTSS behandelen en wij de eetstoornis, soms via een klinische opname.

Anorexia nervosa en een autismespectrumstoornis (ASS)

In toenemende mate zien wij jonge vrouwen met een Autismespectrumstoornis en anorexia nervosa. De differentiaal diagnose op het moment van presenteren, meestal met een ernstig ondergewicht, is niet eenvoudig. Er is een grote overlap in kenmerken tussen beide stoornissen. Met name overlappend zijn de rigiditeit in routines en denken, de weerstand tegen verandering, de moeite met sociaal-emotionele wederkerigheid, de sterke en beperkte fixatie en focus (vaak op gewicht of voeding), de moeite met plannen, het detailgericht denken en de behoefte aan voorspelbaarheid en structuur. Daarnaast presenteert ASS zich bij vrouwen als een heterogeen fenotype, waardoor er zich een grote individuele verscheidenheid aan kenmerken aandient. ASS wordt bij vrouwen vaak pas laat geconstateerd, in de puberteit of vroege adolescentie. Hierdoor ontstaat een extra ontwikkelingsuitdaging in deze fase waarin individuatie en sociale integratie de opdracht zijn. Deze patiënten hebben vaak identiteitsproblematiek: wie ben ik, wat kan ik? En vaak twijfel over hun genderidentiteit en seksuele voorkeur. De anorexia nervosa fungeert als een soort oplossing. Het biedt een doel, focus en een identiteit. Daarnaast kan hierdoor de ingewikkelde binnen- en buitenwereld voor een groot deel vermeden worden. Het ondergewicht dempt het gevoel en beschermt tegen het gewone leven. Juist de behandeling en de resultaten bij deze combinatie kent een grote verscheidenheid. Met name de soms extreme rigiditeit in gedrag en denken maken het aangaan van verandering, bijvoorbeeld in het volgen van een eetlijst, bijna onmogelijk. Maar ik heb ook meegeemaakt dat de diagnose autisme zo werd omarmd dat de eetstoornis opklaarde als sneeuw voor de zon. In ieder geval is het belangrijk dat er parallel aan de behandeling van de eetstoornis een goede begeleiding voor het autisme is. Samenwerking met een afdeling gespecialiseerd in autisme is essentieel. Ook hier geldt dat het verkrijgen en behouden van een gezond gewicht een eerste belangrijke stap is in het verder leren leven met de unieke uitdaging en kansen van autisme.

Anorexia nervosa en een persoonlijkheidsstoornis

Veel van onze patiënten worden geclassificeerd met een vermijdende- en/of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, naast de anorexia nervosa. Ook de borderline persoonlijkheidsstoornis en de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis komen regelmatig voor. Wanneer iemand een complex beeld vertoont met kenmerken van verschillende persoonlijkheidsstoornissen wordt een Andere Gespecificeerde Persoonlijkheidsstoornis geclassificeerd. Een centraal kenmerk dat deze patiënten gemeen hebben is emotieregulatie problematiek. Het niet kunnen verdragen van gevoel en emoties kan zich op verschillende manieren presenteren. In een grote passiviteit en afhankelijkheid of in een meer grillig beeld met *acting out* gedrag, zoals zelfbeschadiging of middelenmisbruik. Ook bij deze groep dempt het ondergewicht de emotieregulatie problematiek, waardoor het leven dragelijker wordt.

Afhankelijk van de aard en de ernst van de emotieregulatie problematiek staat, parallel aan het verwerven van een gezond gewicht, het leren verdragen en omgaan met gevoel en emoties centraal. Co-behandeling met een afdeling gespecialiseerd in persoonlijkheidsproblematiek, denk aan het Rivierduinen MBT-team en onze eigen schematherapeuten is heel behulpzaam.

De onderscheiden subgroepen hebben ieder een eigen presentatie en een eigen kleur qua interactie met de behandelaar. Ze voelen verschillend in het contact en vragen ieder om een eigen behandelstrategie. De grootste gemene deler is het herstel van een volwaardig voedingspatroon, het stoppen met eetbuien en compenseren, als dat plaatsvindt en het werken aan gewichtsherstel. Zeker wanneer er meer dan twee classificaties worden gesteld, is de diagnose vaak ingewikkeld en vraagt het om een zorgvuldige afweging van de onderlinge samenhang der klachten om tot een gezamenlijk gedragen behandelplan te komen. Het gaat vaak om een proces van samen begrijpen, samen proberen en samen evalueren en bijstellen. Een behandeling op maat, met een lange adem, voor het soms uitzichtloos en ondragelijk lijden.

De context van wanhoop: euthanasie

Binnen de Nederlandse juridische context is het verzoeken van euthanasie een breed gedragen mogelijkheid bij uitzichtloos en ondragelijk lijden. In de klinische praktijk komen vragen over euthanasie bij psychisch lijden steeds vaker voor. Zeker bij hele jonge patiënten is dit een controversieel onderwerp. Navraag bij de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, jaren geleden, leerde dat er relatief veel jonge vrouwen met een eetstoornis middels euthanasie waren overleden. Meer dan je op grond van de epidemiologie zou verwachten. Helaas bleek het onmogelijk data van de RTE voor wetenschappelijk onderzoek los te krijgen. De laatste jaren voert Elke Ribbens, met anderen, samen met het Expertisecentrum Euthanasie (EE), onderzoek uit naar 82 vrouwen met een eetstoornis die zich tussen 2012 en 2018 hadden aangemeld bij EE met een euthanasieverzoek. Het belangrijkste doel van dit onderzoek is te leren hoe wij een uitzichtloos en ondragelijk lijden van jonge vrouwen met een eetstoornis kunnen helpen voorkomen. Wat moeten wij in de organisatie en inhoud van de zorg veranderen om euthanasie te voorkomen? Het afgelopen jaar was er veel rumoer in het debat over euthanasie, met name over euthanasie bij jonge mensen. Het aantal jongeren dat euthanasie wordt verleend is in de praktijk (gelukkig) heel erg klein. Vorig jaar heb ik voorgesteld om een leeftijdsgrens van 30 jaar te introduceren voor euthanasie bij psychisch lijden. Natuurlijk is iedere leeftijdsgrens arbitrair, maar bediscussieerbaar. Leeftijdsgrenzen zijn een beproefd juridisch middel ter bescherming van burgers. Zo kent onze maatschappij onder andere leeftijdsgrenzen voor de aanschaf van alcohol en autorijden. Een belangrijk argument voor mij is het gebrek aan goed wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld naar het beloop en de kwaliteit van leven van mensen die euthanasie hebben verzocht maar zich hebben teruggetrokken of waar het verzoek niet is ingewilligd. Wij zijn in de psychiatrie heel slecht in het voorspellen van de toekomst en mensen zijn veranderlijk. Wij kennen allemaal voorbeelden van patiënten die uit een schijnbaar uitzichtloze en ondragelijke situatie opstaan, soms dankzij behandeling, soms juist omdat alle behandeling gestopt is, en herstellen tot een voor hen

aanvaardbaar leven. Ook de relatie met suicidaliteit en suicide is belangrijke en nog te weinig onderzocht.

Er zit ook een culturele kant aan het aanvragen van euthanasie. Zeker bij mijn doelgroep, mensen met een eetstoornis, lijkt het aanvragen van euthanasie soms een nieuwe *honorable badge of distress*. Hiermee bedoel ik dat je met je aanvraag aan je naasten (en hulpverleners) communiceert dat, in extremis, het leven zo ondraaglijk is geworden en je geen andere uitweg ziet dan de dood. Het instellen van een leeftijdsgrens tot wij antwoorden hebben op bovengenoemde vragen lijkt mij getuige van ethisch besef: *first do no harm*. Nee, euthanasie is geen behandeling maar een laatste en irreversibele stap uit het leven. Ik besef mij maar al te goed dat mijn standpunt een keerzijde heeft. Wij kennen ook voorbeelden van jonge patiënten met een ziekte- en behandelgeschiedenis van 10 jaar of langer, soms al de helft van hun leven, die het leven niet meer dragelijk vinden en euthanasie verzoeken. Wie ben ik om voor te stellen hun lijden te verlengen door een leeftijdsgrens te hanteren? Zou een zorgvuldige toetsing van de criteria, of een extra reflectiemoment in het beoordelingsproces, bij jonge mensen een leeftijdsgrens overbodig maken? Is er voor jongeren niet altijd hoop op verandering? Juist in de turbulentie van de puberteit en adolescentie met al zijn ontwikkelingsuitdagingen (en voortgaande rijping van de frontale cortex) is het verlenen van euthanasie een wel erg definitief einde.

De context van wetenschappelijk onderzoek en patiënten-zorg

Uiteindelijk gaat het mij om de zorg voor kwetsbare mensen met een psychiatrische stoornis. En in mijn geval voor mensen met, zoals u uit bovenstaande zult begrijpen, onder andere een eetstoornis. Wetenschappelijk onderzoek moet leiden tot evidentie, inzichten en interventies waar mensen beter van worden. De kracht van de Ursula is de snelle implementatie van eigen onderzoeksbevindingen in de dagelijkse klinische praktijk. De korte lijntjes en, in mijn geval de verzameling van verschillende petten hebben hieraan bijgedragen. Het streefniveau van mijn klinisch collega's is hoog. Ook zij willen de zorg voor

onze patiënten steeds verbeteren. Ons enthousiasme en ambities, sinds de start van de Ursula als gespecialiseerde afdeling in 1988, brachten de erkenning als topreferent centrum in 1995, als Kenniscentrum in 2000 en de TOPGGz erkenning sinds 2008. Collega's namen deel aan vele landelijke vernieuwingsprojecten, zoals recent K-EET, de ketenaanpak eetstoornissen voor jongeren, en aan het Topreferente Netwerk Eetstoornissen (TEN), de samenwerking met de andere TOPGGz afdelingen, maar ook GLOW, het regionale netwerk voor de jeugd ggz, met onder andere Curium LUMC. De Ursula is steeds meer een netwerkspeler geworden. De ambitie heeft ook een keerzijde. Vanuit een visie op een meer toekomstbestendige zorg hebben wij gewerkt aan het continue verbeteren, maar ook het adaptief reageren op de veranderende vraag uit de maatschappij. De klinische populatie van 10 jaar geleden wordt nu poliklinisch behandeld. De deuren van de kliniek zijn gesloten, als enige in Nederland, en de samenwerking met Medisch Psychiatrische Units is geïntensiveerd. De ambulante behandeling van jongeren en jongvolwassenen met eetstoornissen is sterk verbeterd de afgelopen decennia. Dankzij Saskia Vermeulen en Wendy van der Hulst is de Meergezinsdagbehandeling, kortweg MGDB, een van onze speerpunten. Deze contextuele behandeling maakt gebruik van de kennis en kracht van patiënten en naasten, door 8 tot 10 gezinnen intensief in een groep te involveren in behandeling.

Een van de grote uitdagingen in de implementatie van innovatieve patiëntenzorg is het behoud van kennis en ervaring op de afdeling. Twee voorbeelden: Alle collega's die getraind waren in Cognitieve Remedial Therapy, bij ons getoetst in twee gerandomiseerde onderzoeken, waren na een paar jaar elders in opleiding of werkzaam. Dit lot trof ons ook, in iets mindere mate, met de collega's die getraind waren in het innovatieve programma VIBES, vroege interventie in gezinnen met een jongere met een eetstoornis. Misschien is dat ook een beetje het lot van een afdeling die veel aan opleiding doet en ambitieuze en enthousiaste jonge professionals aantrekt.

De laatste jaren is er ook een toename van complexiteit van de problematiek, zoals ik eerder heb geïllustreerd. Dit vraagt

om een goede samenwerking met andere specialisten binnen Rivierduinen en daarbuiten. Onze patiëntengroep roept helaas bij ouders, maar ook bij collega's veel emoties en met name angst op. Een goede samenwerking bewerkstelligen is vaak hard werken. Een van de opbrengsten van de COVID epidemie is hierbij zeer behulpzaam: beeldbellen. In een zorgafstemmingsgesprek met allen betrokken bij een patiënt trachten wij een gezamenlijk gedragen beleid te formuleren en regelmatig te evalueren.

De behandeling en zorg voor patiënten met een eetstoornis in Nederland is van de hoogste kwaliteit, wanneer wij ons vergelijken met andere landen. Tegelijkertijd past ons bescheidenheid. Een recente grote meta-analyses laat zien dat iets meer dan 1 van de 3 patiënten met boulimia nervosa of een eetbuienstoornis abstinens is voor eetbuien na een cognitieve gedragstherapieën (Cuijpers et al. 2024). Een meta-analyses voor de behandeling van anorexia nervosa laat kleine of niet significante effecten zien op gewichtstoename (Van den Berg et al., 2019).

Naast de *evidence based* poliklinische behandelingen biedt de Ursula behandeling op maat voor onze hoog specialistische doelgroep. Hiervoor nemen wij de tijd. Tijd om heel de mens in ogenschouw te nemen, de mens die tegenover je zit te leren kennen en begrijpen. Tijd om haar ontwikkeling te leren kennen door met naasten en behandelaren te praten. Tijd om met elkaar een persoonlijk en gedragen plan te maken. Vaak is dat een vorm van behandeling, maar soms ook het advies om geen op symptoomverandering gerichte behandeling aan te gaan maar zich te richten op het gewone leven, met een eetstoornis.

Ik heb in dit afscheidscollege natuurlijk teruggekeken. Ter afsluiting wil ik nog kort vooruitblikken. Zoals in de inleiding geschetst, staat de zorg onder grote druk. Met het Integraal Zorgakkoord in de hand, transformeren de ggz kerninstellingen zich naar toegankelijke en effectieve netwerkspelers. Ieder natuurlijk op haar eigen manier. GGZ Rivierduinen verlegt haar focus, onder leiding van Annet Spijker, naar meer generalistische herstelgerichte netwerkpsychiatrie, waar zogenaamde

dichtbij-teams een centrale rol gaan spelen. Naar mijn onbescheiden mening is de branche nog veel te veel naar binnen gericht en blijft een fundamentele paradigma shift uit door een te grote gerichtheid op de status quo. De maatschappelijke vraag aan de ggz en de eerder geschetste uitdagingen waar wij voor staan vragen mijns inziens om een verschuiving van de behandelkamer naar een focus op populatieniveau (deze stelling vraagt natuurlijk om een langere beschouwing waar ik nu helaas geen tijd voor heb). Beschikbare *big data* en analyses met AI gaan ons laten zien in welke wijken en aan welke inwoners wij als eerste onze zorg moeten aanbieden. Naast het versterken van de mentale gezondheid van inwoners en vroeg detectie van psychiatrische klachten bij hoog risicogroepen, hoop ik dat het ons gaat lukken om in een vroeg stadium jongeren met een beginnende eetstoornis te detecteren en met kleine interventies (waaronder ehealth) snel richting herstel te krijgen. Niet alleen verlaagt dit de ziektelast in de bevolking maar het vermindert ook de druk op intensieve behandelingen. In onze regio is een veelbelovend en mooi voorbeeld de samenwerking in het Haags-Leidse *big data* ELAN-*datawarehouse* project waar ook Rivierduinen aan bij hoopt te dragen. Deze big data zouden richtinggevend kunnen zijn voor prioriteiten in een meer toekomst bestendige ggz. Om terug te komen op het begin van mijn betoog: het verbeteren van de mentale gezondheid van jongeren zou een nationale prioriteit moeten zijn.

Dank

Tenslotte een persoonlijke noot.

In de 32 jaar dat ik bij Rivierduinen en haar rechtsvoorgangers heb gewerkt heb ik 19 bestuurders gediend en bijna 70 collegadirecteuren zien komen en gaan. Tot eind 2023 was ik een van hen. Voor het tot stand brengen van de, toen nog bijzondere leerstoel, ben ik Marjolein ten Kroode, Bert van Hemert en wijlen George Witte en Frans Zitman, veel dank verschuldigd. Ook de huidige raad van bestuur van Rivierduinen Audrey van Schaik en Sam Schoch wil ik bedanken. Wij hebben snel een goede professionele en persoonlijke band opgebouwd. Zo

ontdekte Sam bij toeval dat mijn oudtante Betsy van Furth, zij was de zus van mijn opa, in 1942 opgenomen was in het toenmalige Endegeest vanwege angst en depressie klachten. Zij was erg bang voor vervolging, wat mij een passende angst leek. Op 13 mei 1943 is zij met 12 andere patiënten door de Duitsers opgepakt en 8 dagen later in Sobibor vermoord. Deze geschiedenis was voor ons totaal onbekend. Met veel aandacht voor historie is Sam, en hiervoor ben ik hem dankbaar, voor haar, en de andere Joodse slachtoffers *stolpersteinen* (struikelstenen) aan het organiseren op het Endegeest terrein in Oegstgeest.

Dank voor het afscheidssymposium vanmiddag. Dank Robert Vermeiren, Martine de Vries, Wouter Staal, Rita Slof, Alexandra Dingemans en het team Proud2Bme voor jullie mooie bijdragen. De Rivierduinen Academie wil ik ook graag bedanken.

Ook Marion Langelaan was, niet alleen voor de organisatie van het symposium, onmisbaar. Als vertrouweling en organisator runde ze vele jaren mijn agenda en dus mijn werklevens. Die speciale status hadden voor haar Wieske Wisse en Ellen Matla.

Ik heb het voorrecht gehad vaak over de landsgrenzen te mogen kijken naar de zorg voor eetstoornissen in het buitenland. Daar heb ik veel van geleerd. Ik zeg het nog 1 keer: in Nederland hebben wij kwantitatief en kwalitatief de beste gespecialiseerde zorg voor eetstoornissen in de wereld. Nu hou ik erover op!

Bij een sessie voor junior onderzoekers op een Amerikaans congres lang geleden werd aan ons senior onderzoekers gevraagd plenair een *pearl of wisdom* te delen. Ik was helemaal vergeten mij hierop voor te bereiden. Er kwam maar een zinnetje spontaan bij mij op: *don't work with assholes*, of te wel, als het even kan ga alleen samenwerken met leuke mensen. Dat is mij aardig gelukt! Sinds 2008 heb ik met veel enthousiasme aan werkelijk iedere werkgroep en commissie van TOPGGz mogen bijdragen. Sinds een jaar werkt het Topreferente Eetstoornis Netwerk (TEN), samen met het netwerk Hardnekkige Depres-

sie en het netwerk Autisme aan het sterk verbeteren van de consultatie functie. Met dank aan de bevologenheid van Ellen Mogendorff, Monique van Bueren en Dineke Moerman. Met heel veel plezier heb ik een paar jaar meegedraaid in K-EET, de ketenaanpak voor jongeren. Ik denk ook met heel veel plezier terug aan deelname aan het bestuur van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen. Bij de aanvang van de wet op de jeugdzorg mocht ik als toezichthouder bij Karakter aan de slag en sinds vorige jaar bij Emergis. Het is een eer om, met boeiende collega toezichthouders, een raad van bestuur te mogen bijstaan vanuit deze rol.

Het is onmogelijk voor mij 32 jaar Rivierduinen en 40 jaar werk in het ggz te overzien, laat staan iedereen te bedanken die mij inspireerde. Dat waren er velen! In ga ik toch een paar namen noemen.

Mijn collega-directeuren algemene zaken, mijn duo-maatjes door de decennia: Nicolette Engbers, Elsbeth Epema, Gertia Koek en Michelle Mutschelknauss.

Bijzondere, inspirerende Ursula (oud)collega's (in alfabetische volgorde): Sarah van den Bos, Henriette van Haaren, Scarlet Hemkes, Chantal Kamminga, Monique Reuver, Elke Ribbens, Hanneke Schaapherder, Mandy Sleijpen, Saskia Vermeulen, Hiske Visser, Madeleine Willemsen en Maartje Zeldenrust. En er zijn er veel meer.

Maar ook van Cindy Bulik, Nadia Micali, Frank Noteboom, Marvy Rieder, Eline Slagboom en Philip Spinhoven, heb ik heel veel geleerd en genoten van de samenwerking.

Ik had hier niet gestaan zonder de samenwerking, nu al 2 decennia, met senior onderzoekers Alexandra Dingemans en Rita Slof, van wie ik ooit co-promotor mocht zijn. Zij zijn mijn linker- en rechterhand en geven ieder met hun eigen specialisme het onderzoek van de Ursula mede vorm, *teams science avant la lettre*. Ik ben hen enorm erkentelijk! Zij gaan door.

Die teams science komt ook tot uiting in de multidisciplinaire samenwerking met het LUMC en Faculteit Sociale Wetenschappen, het Expertisecentrum Euthanasie, het Psychiatric

Genetics Consortium en ons COVID onderzoek met Zweedse en Amerikaanse partners.

Deze rede heb ik geschreven in Budapest en in Trier. In Trier werd ik vergezeld door mijn dochter Annick. Zij heeft daar gewerkt aan haar jongste artikel en de discussie van haar proefschrift over niertransplantatie. In juni is haar openbare verdediging. Aan het einde van de dag lezen wij elkaars werk. Ik heb genoten van deze bijzondere week: jij werkte aan het begin van je carrière en ik aan mijn afscheid.

Ik ben trots op mijn kinderen: Bram, Wytze en Annick. Ik hou van jullie en ik ben heel blij met ons contact en onze vele reizen samen. Ik ben 25 jaar getrouwd geweest met Machteld, de moeder van deze lieve kinderen. Wij hebben ze samen opgevoed, voor zover dat kan, en daarvoor ben ik haar heel dankbaar.

14

Ik worstel met de faseovergang van het pensioneren. Ik neem afscheid van de Ursula, waar ik zo mee vergroeid ben geraakt. Ik ga mijn collega's en patiënten missen. Ik voel mij al maanden verdrietig maar ook opgelucht.

Vandaag leg ik ook symbolisch deze oude toga af. Dit was de toga van mijn vader, die hem vele decennia gedragen heeft ook als hoogleraar aan het LUMC.

Het is een tijd van loslaten en rouwen. Ik ben ontzettend blij met de onmisbare sociale steun van mijn vrienden en broer Wouter en zus Marcelline.

Ik ga afsluiten met twee citaten.

In het voorwoord van het jongste boek van Lieke Marsman *Op een andere planeet kunnen ze me redden* (2025), schrijft zij, en ik citeer: "Want wie bepaalt wat zinloos lijden is, en wat niet? Wat als het voor mij heel veel zin heeft om tot het einde toe de zwaarste behandelingen te ondergaan, mee te doen met medische onderzoeken, of zelfs middelen tot mij te nemen die alleen nog maar op muizen zijn getest? Wat als dat is hoe ik – linksom of rechtsom – wil sterven? Omdat mijn kwaliteit van leven niet wordt bepaald door de afwezigheid van lijden maar door de aanwezigheid van hoop? (Pagina 11).

En uit het nummer *Deacon Blues* van mijn geliefde Steely Dan (Album "Aja", 1977):

I cried when I wrote this song

Sue me if I play too long

This brother is free, I'll be what I want to be.

Ik heb gezegd.

Referenties

- Aardoom JJ, Dingemans AE, Boogaard LH, Furth EF van. Internet and patient empowerment in individuals with symptoms of an eating disorder: A cross-sectional investigation of a pro-recovery focused e-community, *Eating Behaviors*, 2014; 15: 350-356.
- Aardoom JJ, Dingemans AE, Spinhoven P, van Ginkel JR, de Rooij M, van Furth EF. Web-Based Fully Automated Self-Help With Different Levels of Therapist Support for Individuals With Eating Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2016; Jun 17;18(6):e159.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Aantal vacatures in de ggz verder gestegen. 13 september 2024. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/37/aantal-vacatures-in-de-ggz-verder-gestegen>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Nieuwe armoedemeting: 540 duizend mensen arm in 2023. 17 oktober 2024. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/42/nieuwe-armoedemeting-540-duizend-mensen-arm-in-2023>
- Cuijpers P, Harrer M, Miguel C, Keshen A, Karyotaki E, Linardon J. Absolute and relative outcomes of cognitive behavior therapy for eating disorders in adults: a meta-analysis. *Eat Disord*. 2024; Nov 8:1-22.
- Curtin, S.C. & Garnett, M.F. Suicide and homicide death rates among youth and young adults aged 10-24: United States, 2001-2022, NCHS Data Brief, 471, June 2023.
- Factsheet Leger des Heils, Stijging dakloosheid 2022. https://www.legerdesheils.nl/files/ldh_factsheetdaklozen_online.pdf
- Integraal Zorg Akkoord – Samen werken aan gezonde zorg. September 2022. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. 2022. Handvatten voor het herkennen van pro-ana coaches – een factsheet voor jeugdzorgprofessionals. <https://kenniscentrum-kjp.nl/over-ons/projecten/handvatten-herkennen-pro-ana-coaches-eetproblemen/>
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. 2022. Handreiking voor het herkennen van pro-ana coaches. <https://kenniscentrum-kjp.nl/over-ons/projecten/handvatten-herkennen-pro-ana-coaches-eetproblemen/>
- McCarron, R.M. The DSM-5 and the art of medicine: certainly uncertain. *Annals of Internal Medicine*, 2023; 159: 360-361.
- McGorry, Patrick D et al. The *Lancet Psychiatry* Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry* 2024; 11, 9, 731 – 774.
- Nederlands Jeugdinstituut. Cijfers over participatie van jongeren, 5 juni 2024. <https://www.nji.nl/cijfers/participatie-van-jongeren>
- Nederlands Jeugdinstituut. Cijfers over zelfdoding, 4 juli 2024. <https://www.nji.nl/cijfers/zelfdoding>
- Neter JE, Dijkstra SC, Visser M, Brouwer, IA. Food insecurity among Dutch foodbank recipients: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2014; 4:e004657.
- Nederlandse Zorgautoriteit 11-2-2025, Informatiekaart Wachttijden en wachtplekken ggz – oktober 2024 <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2025/02/11/nza-wachttijden-ggz-blijven-lang>
- Mancuso SG, Newton JR, Bosanac P, Rossell SL, Nesci JB, Castle DJ. Classification of eating disorders: comparison of relative prevalence rates using DSM-IV and DSM-5 criteria. *British Journal of Psychiatry*. 2015; 206(6):519-520.
- Nederlandse Zorgautoriteit, Informatiekaart Wachttijden en wachtplekken ggz – oktober 2024, 11 februari 2025. <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2025/02/11/nza-wachttijden-ggz-blijven-lang>
- Pharos, Sociaal economische Gezondheidsverschillen (SEGV), Factsheet juli 2022. <https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/>
- Rohrbach PJ, Dingemans AE, Spinhoven P, Van Ginkel JR, Fokkema M, Wilderjans TF, Bauer S, Van Furth EF. Ef-

- fectiveness of an online self-help program, expert-patient support, and their combination for eating disorders: Results from a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord.* 2022; Oct;55(10):1361-1373.
- Simons EI, Noteboom F, van Furth EF. Pro-anorexia coaches prey on individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2024; Jan;57(1):124-131.
- van den Berg E, Houtzager L, de Vos J, Daemen I, Katsaragaki G, Karyotaki E, Cuijpers P, Dekker J. Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2019; Jul;27(4):331-351.
- van der Velde LA, Nyns CJ, Engel MD, Neter JE, van der Meer IM, Numans ME, Kieft-de Jong JC. Exploring food insecurity and obesity in Dutch disadvantaged neighborhoods: a cross-sectional mediation analysis. *BMC Public Health.* 2020; Apr 28;20(1):569.
- Van Erp, N., Knispel, A., Michon, H., De Lange, A., Hulsbosch, L., Bouwmans, J., Kroon, H. & Van Weeghel, J. Stigmatisering binnen de ggz; onderzoek onder cliënten en hulpverleners. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2022; 64: 568-573.
- Siebers, T., Beyens, I., Baumgartner, S. E., & Valkenburg, P. M. Adolescents' Digital Nightlife: The Comparative Effects of Day- and Nighttime Smartphone Use on Sleep Quality. *Communication Research*, 2024; 1-27.
- ten Napel-Schutz, M.C., Vroling, M., Mares, S.H.W. et al. Treating PTSD with Imagery Rescripting in underweight eating disorder patients: a multiple baseline case series study. *J Eat Disord*, 2022; 10, 35.
- TNO, Burn-outklachten onder jonge werknemers – een groeiend probleem? 2023. <https://www.tno.nl/nl/newsroom/2023/09/burn-outklachten-jongeren-onderzoek-2022/>

PROF.DR. ERIC F. VAN FURTH



Eric van Furth (1958) is sinds 1992 als klinisch psycholoog verbonden aan GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula te Leiden. Daarnaast is hij hoogleraar eetstoornissen bij de afdeling psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Tot eind 2023 was hij gedurende 20 jaar directeur behandelen van de Ursula. Internationaal en landelijk is hij bestuurlijk en wetenschappelijk actief geweest.

Hij werkt sinds 1984 met patiënten met een eetstoornis.

GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula is de oudste gespecialiseerde afdeling voor eetstoornissen in Nederland en draagt het keurmerk TOPGGz. De Ursula heeft naast patiëntenzorg als taak wetenschappelijk onderzoek, opleiding en onderwijs. De Ursula biedt ehealth, ambulante en (dag)klinische behandeling voor patiënten van alle leeftijden. Op enig moment zijn er ongeveer 800 patiënten in zorg, er werken ongeveer 130 medewerkers.

