

# Algemene processen en invloeden tijdens de levensloop die samenhangen met eetstoornissen

In dit hoofdstuk bespreken we de processen, factoren en invloeden die van belang zijn bij het ontstaan en de ontwikkeling van eetstoornissen. We baseren ons hierbij waar mogelijk op wetenschappelijke of evidence based practice. Als die niet beschikbaar is, maken we gebruik van ervaringsdeskundige informatie. Zoals we eerder zagen, vormt ervaringsdeskundigheid immers het grote reservoir van intuïtieve en voorwetenschappelijke kennis dat nog wacht, indien deze kennis tenminste de moeite waard is, op nadere en meer systematische verificatie in een empirische en experimenteel-wetenschappelijke cyclus.

Eerst zullen we ons echter buigen over een aantal algemene benaderingen die van belang zijn voor alle leeftijdsfasen en alle levensdomeinen. Het betreft processen waarvan de werking of de analytische betekenis verder reikt dan voor een bepaalde leeftijdsfase of een bepaald domein, maar die in beginsel kunnen werken in meerdere levensfasen en domeinen. Niet altijd zijn alle geschetste processen werkzaam, maar in de begeleiding kunnen we kiezen voor een of meer invalshoeken. Als we eenmaal een bepaalde invalshoek gekozen hebben, wil dat ook niet zeggen dat andere invalshoeken een gepasseerd station zijn. De keuze van een of meer wijzen van voorstellen van factoren of processen is dus voor een belangrijk deel voorbehouden aan degene die de analyses maakt (meestal de begeleidster, of de cliënte, of beiden samen). Het is hierbij goed gebruik zo **zuinig mogelijk** om te springen met de verschillende beschrijvings- en verklaringsmogelijkheden. Zuinig betekent hier dat we kiezen voor die mogelijkheid die zo eenvoudig mogelijk verschijnselen kan verklaren. Zijn er verschillende zienswijzen die even duidelijk zijn, dan spreken we van concurrerende visies of hypothesen, waar tussen – op basis van externe wetenschappelijke bewijslast – dan uiteindelijk gekozen kan worden.

## 5.1 Bedreigende en beschermende, zichtbare en niet-zichtbare invloeden samenhangend met eetstoornissen

Het idee van beschermende en bedreigende (stresserende) factoren/processen en hun invloed op de ontwikkeling biedt een bruikbaar kader om ze samenhangend met eetstoornissen tegen het licht te houden. In die zin is de begeleiding en coaching van personen met eetstoornissen, zoals we eerder al opmerkten, te vergelijken met het werk van een **speurder** of politierechercheur. Je moet je eerst goed inwerken in de persoonlijke geschiedenis en tegenwoordige levenswijzen en -domeinen van de cliënte en dan gaandeweg allerlei veroorzakende mogelijkheden afstrepen of juist naar voren halen. Hierbij kunnen de factoren in onderstaande tabel goed helpen om de veelheid aan verschijnselen te ordenen, te wegen en te analyseren.

De betekenis van een risico- of beschermende factor vraagt steeds een individuele weging binnen de ontwikkeling van een casus waar deze voorkomt. Neem bijvoorbeeld het verschijnsel faalangst. De extremen hiervan, zeer hoge en zeer lage faalangst, dragen bij tot respectievelijk groter risico op eetstoornissen of juist niet. Een zeer lage faalangst kan echter weer bijdragen aan andere complicaties, bijvoorbeeld lage gemotiveerdheid in schoolse activiteiten. Een zekere mate van faalangstigheid kan daarentegen bijdragen aan een succesvolle leercarrière, vooropgesteld dat op tijd een zekere ontspanning kan worden gevonden. Dit is echter allemaal erg afhankelijk van het (sociaal-culturele) milieu van de persoon. Midden- en hogere sociaaleconomische milieus accepteren een zekere faalangst soms gemakkelijker en bieden tegelijkertijd ook steun om ermee om te gaan. Dat kan in lagere sociaaleconomische en culturele milieus heel anders uitpakken. Hoe dit precies zit, of in het verleden zat, zal echter van geval tot geval apart bekeken moeten worden. Kortom, kant-en-klare receptuur is niet aan de orde en vraagt steeds een persoonlijke inschatting en weging.

Binnen preventie en begeleiding is het van belang te letten op factoren die **risico** of juist **bescherming** bieden voor de ontwikkeling van eetstoornissen. Een bekende en nuttige opsomming van bedreigende factoren (ook wel risicofactoren genoemd) en beschermende factoren presenteren we in bijgaande tabel. Deze indeling werken we uit voor het gedrags- en belevingsniveau en de omgang in de eerste en vertrouwde leefgemeenschap (een en ander voorgesteld door Vandereycken (in Vandereycken en Noordenbosch, 2002) en Vervaeet & De Jonge, 2002). Naast deze factoren zijn ook biologische en medische en maatschappelijke of culturele factoren van belang.

**Belangrijke risico- en beschermende factoren bij het ontstaan en de evolutie van eetstoornissen**

	<b>Persoon</b>	<b>Omgeving</b>
Risico-factoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weinig zelfvertrouwen</li> <li>• Negatief zelfbeeld</li> <li>• Negatieve lichaamsbeleving</li> <li>• Perfectionisme</li> <li>• Faalangst</li> <li>• Afhankelijk zijn van de goedkeuring van anderen</li> <li>• Moeite met het uiten van gevoelens of omgaan met conflicten</li> <li>• Lijngedrag</li> <li>• Aanleg voor vetzucht</li> <li>• Aanleg voor depressie of verslaving</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestatiegerichtheid</li> <li>• Gepest worden</li> <li>• Competitiesport, ballet</li> <li>• Emotionele verwaarlozing</li> <li>• Fysiek geweld</li> <li>• Seksueel misbruik</li> <li>• Gezin waarin meningsverschillen en conflicten nauwelijks geuit worden</li> <li>• Terughoudend over lichamelijkeid en seksualiteit</li> <li>• Sterk accent op uiterlijk</li> <li>• Dieetgedrag in de familie</li> </ul>
Beschermende factoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voldoende sociaal vaardig</li> <li>• Bestand tegen sociale druk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanwezigheid van een vertrouwensfiguur</li> <li>• Meer aandacht voor het welbevinden dan voor het uiterlijk</li> </ul>

In het speurwerk naar de werkzame factoren is het zaak te letten op ‘niet direct zichtbare factoren’. Eveneens weer aangereikt vanuit bovengenoemde onderzoekers presenteren we een tweede tabel. Ook hier worden drie domeinen in kaart gebracht. Zichtbare en niet-zichtbare symptomen binnen de schillen 3 (interactie in kleine groepen) en 4 (omgang en invloed van samenleving en cultuur) worden nog niet genoemd, maar zijn natuurlijk wel te bedenken. Bijvoorbeeld in schil 3 treffen we veelal bepaalde interactie- en communicatiesituaties aan in kleine leefgemeenschappen (gezinnen enzovoort) die zich zowel zichtbaar als niet-zichtbaar kunnen uiten (maar hierover in hoofdstuk 6 later meer).

Zichtbare en niet-zichtbare symptomen van eetstoornissen		
	Zichtbaar	Niet-zichtbaar
Lichamelijk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewichtsveranderingen</li> <li>• Koud</li> <li>• Blauwe handen</li> <li>• Bleke gelaatskleur</li> <li>• Vermoeidheid</li> <li>• Flauwvallen</li> <li>• Verslapping/uitdroging van de huid</li> <li>• Haaruitval</li> <li>• Donsbehaving</li> <li>• Opgezwollen speekselklieren</li> <li>• Schorre, hese stem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onregelmatige menstruatie/uitblijven van de menstruatie</li> <li>• Vermoeidheid</li> <li>• Duizeligheid</li> <li>• Obstipatie, maag- en darmstoornissen</li> <li>• Verslechtering van het gebit</li> <li>• Trage hartslag, hartritme-stoornissen</li> <li>• Botontkalking</li> <li>• Lever- en nierlijden</li> <li>• Schildklierlijden</li> <li>• Verstoorde aanmaak van bloedcellen</li> </ul>
Gedrag Gedachten Gevoelens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zich afzonderen</li> <li>• Sociale contacten ontlopen, in het bijzonder situaties waarbij gegeten wordt</li> <li>• Overmatig sporten</li> <li>• Meerdere lagen kleding/wijde kleding dragen</li> <li>• Toenemend wantrouwen t.o.v. de omgeving</li> <li>• Rusteloosheid</li> <li>• Dwangmatig gedrag</li> <li>• Slechte concentratie</li> <li>• Weinig zelfvertrouwen</li> <li>• Overtuiging dat gewichtsverlies gelukkiger maakt</li> <li>• Stemningswisselingen</li> <li>• Neerslachtigheid, depressiviteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In gedachten voortdurend met eten of gewicht bezig zijn</li> <li>• Zwart-witdenken</li> <li>• Gewicht bepaalt het humeur</li> <li>• Neerslachtige stemming met soms doodsgedachten</li> <li>• Concentratiestoornis</li> </ul>

### Zichtbare en niet-zichtbare symptomen van eetstoornissen (vervolg)

	Zichtbaar	Niet-zichtbaar
Eetgedrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liever alleen eten</li> <li>• Langzaam eten</li> <li>• Dwangmatige eetrituelen</li> <li>• Drinken van grote hoeveelheden caloriearme dranken</li> <li>• Graag koken voor anderen, maar er zelf niet van eten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steeds meer soorten voedsel zijn verboden</li> <li>• Overmatige aandacht voor 'gezond' eten, calorieën tellen, vetten vermijden</li> <li>• Schuldgevoel als er meer gegeten wordt dan gepland</li> </ul>

We zullen dergelijke beschermende en bedreigende, zichtbare en niet-zichtbare gedragingen, gedachten en indicaties gedeeltelijk meenemen in de praktische checklijsten in de methodiek (zie hoofdstuk 7 en 8). Die lijsten zijn handig in het begeleidings- en preventiewerk.

## 5.2 Aangeboren en aangeleerd

Wat doen de genen? Welke processen de genen bespelen bij het bepalen van eetstoornissen is voorlopig nog weinig duidelijk. Eetstoornissen bij familieleden verhoogt de kans op eetstoornissen, zo blijkt. Familieleden delen meestal echter met elkaar zowel genetische als omgevingsinvloeden en zijn daardoor moeilijk van elkaar te scheiden. Dit is althans nog onvoldoende gebeurd in wetenschappelijk onderzoek. Tweelingenonderzoek en adoptieonderzoek op dit terrein zal hier op den duur meer licht moeten brengen (*Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen*, 2006).

Dat neemt niet weg dat er bepaalde specifieke gedragskenmerken zijn die kunnen bijdragen aan het ontstaan van interactie- en communicatiepatronen die kunnen bijdragen aan een (opvoedings)omgeving waarin eetstoornissen meer kans maken om tot ontwikkeling te komen. Van bepaalde temperamentskenmerken die een zekere teruggetrokkenheid in de hand werken, vermoeden we dat zij een dergelijke werking hebben. Zo weten we dat mensen zich systematisch en over langere tijd in hun ontwikkeling onderscheiden met betrekking tot het zoeken van stimulatie en nieuwe indrukken. Sommigen doen dit permanent, anderen beperken dit en houden er niet van voortdurend bloot te staan aan nieuwe indrukken, zij lijken eerder overprikkeld. Dit laatste correspondeert tot op zekere hoogte met een veel voorkomend beeld dat mensen met anorexia laten zien. Onlangs verscheen er een opvallend promotieonderzoek van Slof-Op 't Landt (2011); het is een aardige illustratie van genetisch onderzoek dat ook op gedrags- en persoonniveau zijn weerslag heeft. ' Patiënten met een eetstoornis blijken zeer perfectionistisch te zijn in vergelijking met

een groep mensen zonder eetstoornis. Ook zijn zij duidelijk impulsiever. Dit gemeenschappelijke kenmerk van veel mensen met een eetstoornis kan ten dele verklaard worden uit genetische verschillen. Bepaalde varianten in het zogenaamde TPH2-gen gaan bijvoorbeeld vaak samen met een verhoogde impulsiviteit, ook bij mensen met een eetstoornis. Hetzelfde gen is betrokken bij anorexia nervosa en bij eetstoornissen gekenmerkt door “zelfopgewekt braken”. (...) Het TPH2-gen is de genetische blauwdruk voor het enzym tryptofaanhydroxylase-2. Dat enzym bepaalt hoeveel van de signaalstof (neurotransmitter) serotonine geproduceerd wordt in de hersenen. Serotonine is onder meer betrokken bij de regulering van voedselinname, impulscontrole, stemming en seksualiteit’ (aldus een persbericht van de Universiteit Leiden).

Van belang bij onderzoek naar de genetisch verbondenheid van gedrag is de **kanalisatie** van een gedragskenmerk. Dat is de mate waarin het genotype (verzameling van genetische kenmerken in een individu die nog niet een bepaalde uiting hebben gekregen) zich bij een hoge kanalisatie kan uiten in een of slechts beperkt aantal duidelijk herkenbare gedragsuitingen of, juist tegengesteld, bij een lage kanalisatie juist een veelheid van uitingen kan aannemen. Van intelligentie bijvoorbeeld weten we dat dit kenmerk weinig gekanaliseerd is. Eenzelfde aangeboren set van genen kan, meestal door sterke variaties in de opvoedende omgeving, zeer verschillende uitingen zowel in hoogte (hoog of laag intelligent) als in aard (bijvoorbeeld vooral een talige of doenerige uitingsvorm) krijgen. Kennis over de specifieke rol van aangeboren factoren op eetstoornissen is echter nog beperkt of minstens nog weinig bekend. We zullen de invalshoek *aangeboren gedrag* daarom verder wat op de achtergrond laten. Let wel: biologische factoren kunnen wel een rol spelen en in hoeverre iets aangeboren is, is hier een onderdeel van. Veel biologische kenmerken hoeven niet sterk genetisch gestuurd te zijn, maar zijn wel van groot belang voor de ontwikkeling van eetstoornissen. Denk bijvoorbeeld aan de kaliumhuishouding en de invloed hiervan op de hartritmewerking; tekorten vanwege eetstoornissen kunnen hier ernstige gevolgen hebben. Dit heeft echter niet per se een directe aangeboren of genetische achtergrond, maar vooral een fysiologische.

### 5.3 Biopsychosociaal model en bufferhypothesen bij eetstoornissen

Bij het analyseren van eetstoornissen hebben we in bijna alle gevallen te maken met gegevens uit zeer onderscheiden domeinen. Naast biologische factoren, spelen psychologische en gedragsmatige, maar ook sociale factoren een rol. Sterker nog, ze hebben vaak veel met elkaar te maken en beïnvloeden elkaar in vaak moeilijk te ontwarren wisselwerkingen. Het is vaak niet productief om de verschillende biologische, psychologische of sociologische gebieden apart te

bezien, los van elkaar. Eerder introduceerden we hiertoe het biopsychosociaal model dat de ordening van levensdomeinen benadrukt: basis biologie als start, psychologische en individueel gedragsmatige processen volgend, sociale processen daarna. Hierin zit zowel een ordening besloten die bepaalde verschijnselen op een begrijpelijke wijze ordent, alsook dat er een te verwachten prioritering en weging van verschijnselen mee wordt gegeven die de onderlinge beïnvloeding beter doet begrijpen.

Deze ordeningen die in het biopsychosociaal model vermoed worden, krijgen hun beslag in wat wel **bufferhypothesen** worden genoemd. Simpel gezegd is een bufferhypothese een verwachting over de dempende of juist stimulerende werking van bepaalde kenmerken binnen bepaalde levensdomeinen ('schillen') op kenmerken in eigen of eventueel naastliggende andere levensdomeinen. Dat is informatie die voor begeleiding en ook voor hulpverlening van groot belang kan zijn.

Een van de eersten die zich op dit verschijnsel wierp, was Belsky, een gerenommeerd Amerikaans psycholoog en onderzoeker. Hij was betrokken bij een groot literatuuronderzoek naar de effectiviteit van opvoeders bij het opvoeden van hun kinderen. Veel onderzoekers voor hem hadden onderzoek gedaan naar vooral persoonskenmerken van ouders (bijvoorbeeld zelfredzaamheid, creativiteit, luistervaardigheid en intelligentie), kindvariabelen (eventuele aandoeningen, temperament, intelligentie, veerkracht, hanteerbaarheid enzovoort) en sociale steunvariabelen (aanwezigheid van vrienden, kinderopvang, ouders en andere familieleden). Hij vroeg zich af welke groepen van deze variabelen het meest de competentie van de opvoeder, eigenlijk een vierde groep van variabelen en verschijnselen, bepaalde. Wat droeg bij tot een goede opvoeder? Hij kwam tot de slotsom dat een goede-opvoeder-zijn voornamelijk bepaald werd door de persoonskenmerken van de opvoeder zelf. Dit bleek de beste buffer. Allerlei tegenslagen in de opvoeding werden vaak het meest effectief geneutraliseerd door factoren die te maken hadden met eigenschappen van de opvoeder zelf en niet zozeer met kindkenmerken (hetgeen toch verwacht zou mogen worden en minstens een goed voorstelbare concurrerende opvatting had kunnen zijn). Kindkenmerken (aard van eventuele aandoening, temperament enzovoort) bleken de minste invloed te hebben. Sociale kenmerken (steun van mensen in je omgeving) iets meer, liggend tussen kind- en opvoederkenmerken in. Van de meer plausibele concurrerende hypothesen bleken de persoonskenmerken het meest van belang voor de opvoedereffectiviteit. Deze bevindingen nog alleen maar op basis van literatuuronderzoek weliswaar! Verder wetenschappelijk onderzoek moet nog plaatsvinden, alvorens we op termijn van evidence based informatie kun-