

Cognitieve gedragstherapie bij de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID)

De vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID) is een voedings- of eetstoornis waarbij te weinig (restrictief) en/of te selectief wordt gegeten, hetgeen ingrijpende gevolgen heeft voor de lichamelijke en/of psychosociale gezondheid. De somatische problematiek is vergelijkbaar met die van Anorexia Nervosa, maar bij ARFID is er geen sprake van een verstoord lichaamsbeeld of angst om aan te komen.

DSM-5 noemt bij ARFID een aantal subtypes: (1) het type waarbij er een gebrek is aan interesse in voeding en eten; (2) het type waarbij (bepaalde) voeding wordt vermeden vanwege de sensorische eigenschappen ervan; en (3) het type waarbij ernstige zorgen of angst voor de aversieve consequenties van eten of (bepaalde) voeding een grote rol spelen. Er is vooralsnog weinig empirische evidentie voor het bestaan van deze subtypes en evenmin is het duidelijk of deze subtypes een verschillende behandeling vereisen.



Hoe herken je ARFID?

De patiënt:



vertoont abnormaal eetgedrag (te weinig en/of extreem selectief)



heeft angst om te eten vanwege de vermeende gevolgen (angst om te stikken, angst te moeten overgeven, angst een bepaalde textuur niet te kunnen verdragen in de mond)



‘vergeet’ te eten of heeft geen interesse in eten



valt af of groeit slecht (bij kinderen/jongeren). Selectief eten kan ook leiden tot overgewicht. Verder kan er sprake zijn van voedingsdeficiënties, dehydratie, vermoeidheid en uitputting, concentratie- en denkproblemen of sociale isolatie



De therapie is gericht op exposure aan het vermeden voedsel en op disconfirmatie van negatieve verwachtingen over voeding en de gevolgen van eten

- Prevalentiecijfers ontbreken nog. Geschat wordt dat 25-45% van de jonge kinderen eetproblemen heeft, waarvan bij 2-3% de problemen ernstig zijn, aanhouden en zelfs ernstiger worden
- De diagnose blijft niet tot de kindertijd beperkt. Circa 3% van de volwassenen voldoet op basis van zelfrapportage aan de criteria van ARFID
- ARFID wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een combinatie van motorische en sensorische factoren, opvoeding, ervaringen en persoonlijkheidskenmerken
- ARFID kan het gevolg zijn van een traumatische gebeurtenis rondom eten (bijvoorbeeld een ‘bijna-stik-ervaring’). Differentiaal diagnostisch moet dan rekening gehouden worden met posttraumatische stressstoornis

Cognitieve gedragstherapie (cgt) bij ARFID

- is bij jonge kinderen gebaseerd op gedrags-therapeutische principes (fading, positieve en negatieve bekrachtiging en uitdoving van negatief bekrachtigd verzet)
- bestaat bij kinderen ook uit samenwerking met ouders/verzorgers. Zij leren hoe zij hun kind kunnen stimuleren de angst of worsteling te overwinnen
- kan worden uitgebreid met EMDR of imaginaire exposure met rescripting als een traumatische ervaring rondom eten aan de basis ligt van het probleem
- is nog weinig onderzocht. Eerste pilots wijzen op positieve resultaten, maar meer onderzoek is nodig.

Hoe motiveer je een patiënt voor cgt?

Het eenzijdige voedingspatroon bij kinderen vormt meestal een grotere bron van zorgen voor ouders dan voor het kind zelf. Kinderen en jeugdigen met ARFID voelen dan ook zelf niet altijd noodzaak tot behandeling. Maak hen bewust van het belang van een gevarieerd eetpatroon. Bereid ze bovendien voor dat het normaal is dat ze moeten wennen aan nieuwe smaken en structuren. Jongeren kunnen vanaf een bepaalde leeftijd meer behandelmotivatie krijgen, bijvoorbeeld omdat de problemen interfereren met sociale contacten.

Kinderen en jeugdigen voelen niet altijd de noodzaak tot behandeling

Bij behandeling van ARFID worden groei en ontwikkeling gemonitord. Wanneer er sprake is van ernstig ondergewicht met somatische complicaties, is de behandeling in eerste instantie gericht op het herstel van de vitale functies. Orale supplementen kunnen nodig zijn bij groeivertraging.



Comorbiditeit

Ernstige voedingsproblemen komen vaker voor bij mensen met een autismespectrumstoornis en ADHD. ARFID gaat voorts vaak samen met angststoornissen en stemmingsstoornissen. Daarnaast hebben veel mensen met ARFID een medisch probleem (gehad).

Wie behandelt ARFID?

Bij gespecialiseerde eetstoorniscentra bestaat kennis over ARFID en wordt intensieve cgt aangeboden. Omdat de problemen bij ARFID zich afspeelen bij alle maaltijden, is het van belang deze in therapie veel te oefenen. Ambulante behandeling met een te lage frequentie kan daarom ontoereikend zijn.

Bij kinderen en jeugdigen wordt vaak samengewerkt met een diëtist, kinderarts, en (pre)logopedist met name als de lichamelijke conditie van de jongere ernstig bedreigd wordt. Therapeuten met een registratie bij de VGCT hebben een opleiding gevolgd in cognitieve gedragstherapie en hebben vaak ook een BIG-registratie. VGCT-leden zijn te vinden via de website vgct.nl → vind een therapeut.

Meer informatie

Voor meer informatie zie de Zorgstandaard Eetstoornissen.