

- al. Educational opportunities in palliative care; what do GPs want? *Palliat Med* 2001;15:191-6.
- 14 Holden JD. Auditing palliative care in one general practice over eight years. *Scand J Prim Health Care* 1996;14:136-41.
- 15 Harmsen JAM, Bernsen RMD, Buijnzeels MA, Bohnen AM. Werkbelasting van huisartsen; objectieve toename in 9 praktijken in Rotterdam en omgeving, 1992-1997 en een extrapolatie naar 2005. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2001;45:114-8.
- 16 Shipman C, Addington Hall J, Barclay S, Cox I, Daniels L, Millar D. Providing palliative care in primary care; how satisfied are GPs and district nurses with current out-of-hours arrangements? *Br J Gen Pract* 2000;50:577-8.
- 17 Schade E. Overleden patiënten [Proefschrift]. Universiteit van Amsterdam, 1986.
- 18 Jenkins CA. Demographic, symptom and medication profiles of cancer patients seen by a palliative care consult team in a tertiary referral hospital. *J Pain Symptom Management* 2000;19:174-84.
- 19 Mercandante S, Fulfaro F, Casuccio A. Patterns of drugs use by advanced cancer patients followed at home. *J Palliat Care* 2001; 17:37-40.
- 20 Grande GE, Barclay SI, Todd CJ. Difficulty of symptom control and general practitioners' knowledge of patients' symptoms. *Palliat Med* 1997;11:399-406.
- 21 Crul BJP, Van Weel C. Verlichten: vaak aandacht voor palliatieve zorg in Nederland. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2001;145:2011-4.
- 22 Kenyon Z. Palliative care in general practice. *BMJ* 1995;311:888-9.
- 23 Francke A, Persoon A, Temmink D, Kerkstra A. Palliatieve zorg in Nederland; een inventarisatiestudie naar palliatieve zorg, deskundigheidsbevordering en zorg voor de zorgenden. Utrecht: NIVEL, 1997.
- 24 Francke A, Hulshof N. Ondersteuningsteams palliatieve zorg: een studie naar de stand van zaken. Utrecht/Maastricht: NIVEL/AZM, 1998.

# Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk: het perspectief van de patiënt

ALM Lagro-Janssen, BM Lubberink

## Samenvatting

Lagro-Janssen ALM, Lubberink BM. Eetstoornissen in de huisartsenpraktijk: het perspectief van de patiënt. *Huisarts Wet* 2003;46(2):90-4.

**Doel** Verkennen van belevingen van patiënten en ex-patiënten met een eetstoornis van factoren die aan hun eetstoornis ten grondslag liggen en van de rol van de huisarts bij hun begeleiding en behandeling.

**Methode** Er werd een kwalitatief onderzoek gedaan waarbij met behulp van CMR-gegevens 32 patiënten en ex-patiënten zijn geselecteerd met een eetstoornis. Bij 15 patiënten werd een diepte-interview afgenomen.

**Resultaten** De respondenten gaven aan dat een groot gevoel van verdriet, eenzaamheid en ongelukkig zijn ten grondslag lag aan het ontstaan van hun eetstoornis. De persoonlijke oorzaken voor dit gevoel liepen erg uiteen. Verscheidene patiënten meldden seksueel misbruik.

Alle respondenten waren van mening dat een huisarts in eerste instantie goed moet luisteren naar het verhaal van de patiënt en aandacht moet hebben voor onderliggende emoties. Zij vonden ook dat de huisarts openlijk naar eetstoornissen moet vragen. Een opvallende bevinding is dat de meeste respondenten vonden dat in de begeleiding van de huisarts bij eetstoornissen de nadruk niet op het eetpatroon en het gewicht dient te liggen. De helft van de respondenten verwachtte dat de eetstoornis in de toekomst niet terug zou komen. De andere helft verwachtte dat de eetstoornis altijd deel van hun leven zou blijven uitma-

ken. De meeste respondenten dachten in de toekomst geen hulp meer te zoeken bij de huisarts voor hun eetstoornis.

**Conclusie** Het is van belang dat huisartsen bij het vermoeden van een eetstoornis hier rechtstreeks naar vragen en veel aandacht besteden aan de onderliggende emoties. Het eetgedrag en het gewicht zouden volgens patiënten niet in de aanpak centraal moeten staan.

UMC St Radboud, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale geneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde, afdeling Vrouwenstudies, Postbus 9101-229, 6500 HB Nijmegen: prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen; drs. B.M. Lubberink, arts. Correspondentie: t.lagro-janssen@hag.umcn.nl  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

## Inleiding

De incidentie van anorexia nervosa wordt geschat op 8 per 100.000 huisartsenpatiënten per jaar. Voor boulimia nervosa is dit 12 per 100.000 huisartsenpatiënten per jaar.<sup>1</sup> Dit betekent dat er per jaar ten minste 3000 nieuwe patiënten met een eetstoornis in de zorg komen: 1 patiënt per 2 jaar in een gemiddelde huisartsenpraktijk. In werkelijkheid liggen deze cijfers hoger gezien de gevoelens van schaamte en ontkenning die vaak met een eetstoornis gepaard gaan.<sup>2-5</sup> Bovendien zullen veel huisartsen eetstoornissen bij een normaal gewicht niet herkennen. Ondergewicht zoals bij anorexia nervosa komt veel minder vaak voor dan niet-specifieke eetstoornissen.<sup>4</sup> De huisarts ziet vooral deze niet-specifieke eetstoornissen, waaronder de eetbuienstoornis (*binge-eating disorder*).

Patiënten met een eetbuienstoornis hebben regelmatig eetbuien, maar deze worden niet gevolgd door het schadelijke compensatiegedrag van geforceerd braken en laxeren.<sup>1,4,6</sup>

De meeste literatuur noemt de huisarts als belangrijk persoon bij het signaleren van eetstoornissen.<sup>4,6-9</sup> Ook het motiveren van de patiënt om er iets aan te doen wordt een taak van de huisarts genoemd.<sup>4,6-9</sup> De patiënt heeft immers meestal geen ziekte-inzicht en wil geen behandeling uit angst voor gewichtstoename.<sup>2,3</sup>

Naast signaleren en motiveren kan de huisarts minder ernstige eetstoornissen zelf behandelen.<sup>4</sup> Ook als de huisarts verwijst, blijft deze het eerste aanspreekpunt voor lichamelijke klachten en stoornissen en voor voorlichting aan familieleden.<sup>9</sup>

Dit omvangrijke takenpakket voor de huisarts is gebaseerd op schaars onderzoek naar eetstoornissen vanuit de huisartsenpraktijk zelf. Over gepresenteerde klachten aan de huisarts, over de beleving van de eetstoornissen, het beloop op termijn en verwachtingen van patiënten zijn weinig gegevens bekend. Wij denken dat inzicht hierin van belang is om de hulpverlening van de huisarts beter te kunnen afstemmen op de patiënt en stelden ons daarom de volgende vragen:

- ▶ Wat ligt in de beleving van (ex-)patiënten ten grondslag aan hun eetstoornis?
- ▶ Wat waren redenen om hulp te zoeken?
- ▶ Wat zijn de verwachtingen van de huisarts?
- ▶ Welke rol heeft de huisarts gespeeld in de begeleiding?
- ▶ Wat zijn hun toekomstverwachtingen over de eetstoornis en de rol van de huisarts hierbij?

## Methodie

Dit kwalitatieve onderzoek heeft plaatsgevonden in één van de vier CMR-praktijken in Nijmegen. De CMR werd als index gebruikt om patiënten met eetstoornissen tussen 1 januari 1985 en 1 juni 2001 te selecteren. Een eetstoornis is in de CMR gedefinieerd volgens de gangbare DSM-classificatie van anorexia nervosa, boulimia nervosa, mengtypen, of 'eetstoornissen niet anders omschreven'. Boulimia is pas sinds 1980 als aparte stoornis in de DSM-III opgenomen; in de CMR zijn bovengenoemde eetstoornissen sinds 1985 apart onderscheiden van de stoornis histerie.

Op het moment van dit onderzoek waren 11 van de in totaal 32 geselecteerde patiënten verhuisd uit de praktijk. Er werden 3 patiënten geëxcludeerd omdat de huisarts een interview ongewenst achtte vanwege ernstige psychische instabiliteit. De 18 overgebleven patiënten werden schriftelijk uitgenodigd om aan dit onderzoek mee te werken. Alle 18 patiënten reageerden op de uitnodiging. Slechts 1 patiënt wilde niet aan het interview meewerken. Twee patiënten reageerden te laat om in het onderzoek te kunnen worden opgenomen.

Bij de 15 overgebleven patiënten werd een diepte-interview afgenomen, waarin de volgende aspecten aan bod kwamen: factoren die de patiënten als oorzaak toedichtten aan de eetstoornis, redenen om hulp te zoeken en de verwachtingen hierbij, de essentie van de geboden hulp, de rol van de huisarts bij eetstoornissen en de toekomstverwachtingen.

## Wat is bekend?

- ▶ Eetstoornissen kenmerken zich door een sterke preoccupatie met lichaamsomvang en -gewicht.
- ▶ Patiënten komen meestal pas laat bij de huisarts met klachten die verband houden met het gestoorde eetgedrag.
- ▶ De huisarts beperkt de behandeling van patiënten met eetstoornissen meestal tot de lichamelijke problemen.

## Wat is nieuw?

- ▶ Patiënten willen aandacht voor hun eenzaamheid en ongelukkig zijn.
- ▶ Patiënten willen niet al te veel nadruk op gewicht en eetgedrag.
- ▶ Er is vaak begeleidende psychiatrische comorbiditeit en seksueel misbruik in de voorgeschiedenis.
- ▶ De psychische kwetsbaarheid vraagt alertheid van de huisarts voor terugval.

De resultaten zijn geanalyseerd door het meerdere malen herlezen van de uitgewerkte interviews om bepaalde patronen en thema's te ontdekken.<sup>10</sup> Hierbij werd gebruikgemaakt van het analyseprogramma ATLAS. Tevens heeft een tweede onderzoeker (TLJ), onafhankelijk van de eerste onderzoeker, de helft van de interviews mede beoordeeld. Tussen beide onderzoekers waren geen verschillen in het aanwijzen en benoemen van de belangrijkste thema's en patronen in de antwoorden van de respondenten.

## Resultaten

Er werden 15 (ex-)patiënten met een eetstoornis geïnterviewd, 14 vrouwen en 1 man (*tabel*). De leeftijd van de respondenten varieerde van 20 tot 49 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop de huisarts bij hen de diagnose 'eetstoornis' stelde, was 24 jaar. Vaak betrof het een 'eetstoornis niet anders omschreven' en regelmatig was er sprake van soms ernstige psychiatrische comorbiditeit zoals depressies, obsessieve-compulsieve stoornissen en alcoholverslaving. De betrokken patiënten kwamen niet vaak met lichamelijke klachten bij de huisarts en deze klachten waren over het algemeen mild van karakter. Er werd veel verwezen naar een groot aantal verschillende hulpverleners. Twee patiënten hadden een psychiatrische opname achter de rug en één patiënt een opname bij interne geneeskunde. Vijf jaar na de eerste presentatie aan de huisarts waren 10 patiënten nog onder behandeling bij een of meerdere hulpverleners.

## De beleving

Veertien patiënten gaven aan dat een groot gevoel van verdriet, eenzaamheid en ongelukkig zijn ten grondslag lag aan het ontstaan van de eetstoornis. De persoonlijke redenen voor dit gevoel liepen erg uiteen.

Zes patiënten hebben te maken gehad met seksueel misbruik. Zij hebben allen het idee dat dit een grote rol heeft gespeeld bij het ontstaan van hun eetstoornis.

'En eh, hij kon dus ook niet met zijn handen van de vrouwen afblijven. Van ons ook niet en dan met name van mij. Dus eh, ja... En ik denk dat dat allemaal bij elkaar toch daar een grote invloed op gehad heeft, ja.'

**Tabel** Kenmerken onderzoekspopulatie interview

	Aantal		Aantal
<b>Leeftijd</b>		<b>Opleiding</b>	
- 15-24 jaar	2	- mavo/mbo/lbo-niveau	6
- 25-34 jaar	4	- havo/hbo-niveau	5
- 35-44 jaar	6	- wvo/universiteit	3
- 45 jaar	3		
<b>Geslacht</b>		<b>Aantal kinderen</b>	
- man	1	- 0	12
- vrouw	14	- 1	1
		- 2	1
		- 3	1
<b>Burgerlijke staat</b>		<b>DSM-IV-classificatie</b>	
- gehuwd/samenwonend	5	- anorexia nervosa	4
- ongehuwd	10	- boulimia nervosa	1
		- eetstoornis niet anders omschreven	10
<b>Woonvorm</b>		<b>Leeftijd bij eerste klachten</b>	
- gezinsverband	5	- <12 jaar	1
- studentenhuus	2	- 13-17 jaar	6
- alleenwonend	8	- 18-24 jaar	7
		- 25-30 jaar	1
<b>Leeftijd bij diagnosestelling</b>		<b>Psychiatrische comorbiditeit</b>	
- 13-17 jaar	2	- depressie	11
- 18-24 jaar	6	- depressie met medicatie	8
- 25-30 jaar	4	- suïcidepoging	1
- >31 jaar	3	- alcoholverslaving	2
		- kleptomanie	1
		- obsessieve-compulsieve stoornis	2
<b>Lichamelijke klachten</b>		<b>Verwijzingen</b>	
- oligo-/amenorroe	8	- psycholoog Riagg	11
- obstipatie	4	- psychiater	4
- maagklachten/buikpijn	5	- maatschappelijk werker	3
- haaruitval	2	- diëtiste/Weight-Watchers	2
- droge slappe huid	1	- zelfhulpgroep	3
- moeheid	3	- haptonoom/fysiotherapeut	3
- slaapproblemen	4		
- spieratrofie	1		

Ook het volwassen worden, het losmaken van de ouders, een zelfstandig leven opbouwen en voor het eerst op kamers gaan wonen, is een belangrijk terugkerend thema. Dit wordt door acht patiënten genoemd als een oorzaak voor het ontstaan van de eetstoornis.

‘En toen woonde ik net op kamers, net gaan studeren, nieuwe stad.... Ik vond dat ik dat allemaal in mijn eentje moest.... Dat het allemaal fantastisch moest zijn. Maar dat viel toen heel erg tegen.’

Drie van hen noemen hier ook de moeite met het maken van studiekeuzes en het zoeken naar datgene wat voor hen belangrijk is in het leven.

‘...dat ik heel erg aan het zoeken was en heel erg onzeker was over mezelf en wat ik nou wilde. Ik heb allerlei opleidingen geprobeerd, maar steeds gestopt. Ik voelde me gewoon ongelukkig. Ik had zoveel onvrede over mezelf, ook over mijn lichaam.’

Hoewel de eetstoornis bij vrijwel iedereen begon met lijnen, zien de meesten dit niet als belangrijkste oorzaak voor hun eetprobleem. Het kon soms meespelen, zeker wanneer er door familieleden, partners of vrienden opmerkingen gemaakt werden over hun gewicht of omvang of als er binnen het gezin veel aandacht was voor uiterlijk en lijnen.

‘En ook dat hele schoonheidsideaal, dat heeft er veel mee te maken, de onzekerheid in de puberteit. Je krijgt natuurlijk heel veel beelden

van van eh, slanke mensen. Maar dat is niet alles. Het is gewoon een combinatie van heel veel dingen.’

#### Redenen om hulp te zoeken

De meeste deelnemers (13 patiënten) zagen in dat hun eetgedrag problematisch was. Toch besloten zij pas hulp te gaan zoeken bij de huisarts na aansporingen van mensen uit hun omgeving.

‘Mijn moeder is psycholoog, die zag wel dat ik hulp moest zoeken...’

‘Ja, dat was in samenspraak met goede vrienden, die wat ouder waren. Ja, daarom heb ik het gedaan, omdat ik zelf toch ook wel voelde dat het niet goed ging. D'r moest een ommekeer komen.’

Soms speelde angst voor schade aan het lichaam een rol.

‘Ik had een programma gezien over wat voor een lichamelijke gevolgen het kon hebben. Daar schrok ik wel heel erg van. Toen ben ik naar de huisarts gegaan.’

#### Verwachtingen van de huisarts

Alle respondenten vinden dat de huisarts in eerste instantie goed moet luisteren naar het verhaal van de patiënt en begrip moet tonen. De patiënt heeft een zodanig grote stap gezet door hulp te zoeken, dat daar de nodige tijd en aandacht aan besteed moeten worden. Ook wanneer de patiënt niet direct de eetproblemen

benoemt, vinden zij het van groot belang dat dit opgemerkt wordt. Zij vinden dat de huisarts de eetstoornis moet benoemen.

‘Ehm, ja, mijn huisarts heeft dat toen niet zo serieus genomen. Die vroeg of ik op dat moment nog veel aan het overgeven was. En dat was toen die periode net niet zo. Het ging een beetje op en neer. Dus toen had ie zoiets van: “Nou, dan is het goed, daar kom je dan wel uit.” Had ik het dus eindelijk durven vertellen, werd er niks mee gedaan...’

Dertien patiënten vinden dat in de begeleiding de nadruk niet op het eetpatroon en gewicht moet liggen. Dit wordt als bedreigend ervaren en er is veel meer behoefte aan aandacht voor de onderliggende problematiek. Dit is volgens hen de kern van het eetprobleem.

‘...Om het niet steeds over dat eten te hebben. Maar ja, een stukje veiligheid en bescherming bieden. Het er mogen zijn. Het is zo’n gevecht tegen de wereld. Zo alleen. Ik denk dat daar veel meer behoeftes, voor mij in ieder geval veel meer behoeftes lagen.’

Zes respondenten vinden dat de huisarts kan fungeren als een veilige terugvalbasis. Hiervoor is een goede vertrouwensband noodzakelijk. Bijna alle patiënten die vonden dat de huisarts geen grote rol bij hun eetstoornis gespeeld had, meldden geen goede relatie met hun huisarts te hebben. Alle patiënten die de huisarts wel een grote rol toekenden, ervoeren ook een goede vertrouwensband met hun huisarts.

‘Zonder vertrouwensband had ik het überhaupt niet kunnen vertellen.’

De huisarts zou volgens vier respondenten open moeten staan voor de ideeën en vragen van de patiënt zelf en samen met de patiënt moeten zoeken naar een oplossing.

Acht respondenten denken dat het heel moeilijk voor een huisarts is om met patiënten met een eetstoornis om te gaan, omdat veel patiënten niet open staan voor hulp en zelf erg terughoudend zijn in het contact.

‘Maar aan de andere kant denk ik ook dat patiënten geen antwoord zullen geven op vragen naar eetproblemen. Ja, als ik naar mezelf kijk, denk ik dat ik niet echt op dat moment een antwoord zou geven. Maar ik denk wel dat de vraag nodig is, ja.’

‘We hebben het eigenlijk nooit gehad over die eetbuien. Wel over dat ik wilde afvallen. Zij raadde mij toen aan om naar de Weight-Watchers te gaan. Terwijl ik zelf toen dacht: “Maar daar gaat het helemaal niet om, dat is niet het probleem.” Maar ik denk dat mijn vraagstelling ook niet zodanig was dat zij daar op in had kunnen gaan. Dat denk ik achteraf... Dat kwam toch wel door schaamte.’

### **De rol van de huisarts**

De meeste deelnemers verwachtten voorafgaand aan het eerste consult dat de huisarts hun verhaal serieus zou nemen en er diep op in zou gaan. Voor drie deelnemers bleek de rol van de huisarts echter teleurstellend klein.

‘Voor mij was het een enorm complex iets, waarvan ik niet wist waar het vandaan kwam en wat het nou precies inhield. Daarom had ik wel

verwacht dat er serieus geluisterd zou worden en veel vragen aan mij gesteld zouden worden, maar ik werd gelijk doorverwezen.’

Bij drie andere deelnemers heeft de huisarts echter een belangrijke ondersteunende rol gespeeld bij het proces. De huisarts voerde regelmatig gesprekken, liet soms dagboekjes bijhouden en functioneerde als veilige terugvalbasis.

‘Ik denk dat mijn huisarts mij echt gesteund heeft. Ik bedoel... Maar dat is denk ik meer als persoon. Dat is zo’n warm iemand. Die eh, daarom wou ik ook altijd bij haar zijn. Ze is gewoon ten eerste een vrouw, en zij is zo warm en open en ja, die gaat er gewoon op in. Die bagatelliseert het niet.’

‘Ik moest dagboekjes bijhouden, die heb ik nu nog bewaard. Nou, ik vond het wel lief die aandacht natuurlijk.’

### **Toekomstverwachtingen**

Ongeveer de helft van de respondenten was ervan overtuigd dat de eetstoornis niet meer terug zou komen. Hoewel er vaak nog wel problemen waren op psychisch en sociaal gebied, zouden die zich niet meer uiten in de vorm van een eetstoornis.

‘Ik kan me niet voorstellen dat ik ooit nog eens terugval naar dat, nee, nee. Daarvoor is het nu allemaal te bewust geworden. Wat niet wil zeggen dat mijn leven nu op rolletjes loopt.’

De andere helft dacht echter dat het nooit helemaal weg zou gaan. Eten bleef hun zwakke plek die tijdens moeilijke perioden weer de kop op kon steken en ze vonden het belangrijk dat de huisarts daarnaar zou informeren en hen zou ondersteunen.

Elf respondenten verwachtten niet dat ze intensieve hulp van de huisarts in de toekomst nodig zullen hebben, behalve bij vragen over lichamelijke aspecten, zoals menstruatie en zwangerschapswens. Bij terugval zullen ze eerder aan de bel trekken, maar dan bij hun partner, familieleden of vrienden. Soms werd er ook gedacht dat er geen effectieve behandeling geboden kon worden. Drie respondenten gaven aan behoefte te hebben aan begeleiding van de huisarts bij onderliggende problemen, ook al uitten die zich nu niet altijd meer in een gestoord eetgedrag.

### **Beschouwing**

Een belangrijke bevinding van ons onderzoek is dat de meeste respondenten vinden dat in de aanpak van de huisarts bij eetstoornissen niet zozeer de nadruk zou moeten liggen op het eetgedrag en het gewicht. Zij ervoeren aandacht voor de somatische aspecten regelmatig als bedreigend. In de literatuur wordt echter vermeld dat de rol van de huisarts met name gericht zou moeten zijn op het monitoren van het gewicht en de preventie en behandeling van lichamelijke klachten.<sup>4,6-9</sup> We willen deze rol geenszins ontkennen, maar denken dat te veel nadruk op louter het lichamelijke gemakkelijk leidt tot het beeld van de huisarts als bewaker en controleur. Patiënten willen eerder begrepen dan gecontroleerd worden.

In de ogen van alle respondenten is het daarom belangrijk dat de huisarts luistert naar het persoonlijke levensverhaal van de

patiënt. Een vertrouwensband is hiervoor een vereiste. Betrokkenheid, acceptatie, veiligheid en vertrouwen zijn kernbegrippen die genoemd worden voor een goed verlopend contact met de huisarts.

Opvallend is dat zes vrouwen vertelden ervaringen met seksueel misbruik te hebben gehad, hetzij als kind, hetzij in hun relatie. Schwartz en Cohn melden eveneens bij eenderde deel van de patiënten met eetstoornissen seksueel en/of fysiek misbruik.<sup>11</sup>

Als verklaring noemen zij dat seksueel misbruik in de kindertijd een niet-specifieke risicofactor is voor de ontwikkeling van allerlei psychische problemen, waaronder ook eetstoornissen.

### Conclusie

Naar aanleiding van de resultaten komen wij tot de volgende aanbevelingen voor de huisarts:

- ▶ Wanneer de huisarts in de diagnostische fase een eetstoornis vermoedt, moet het probleem specifiek als een eetprobleem benoemd worden.
- ▶ Vervolgens toont de huisarts in eerste instantie aandacht voor het verhaal van de patiënt en de onderliggende oorzaken, inclusief de vraag naar seksueel misbruik. Het accent moet niet te veel op het eten en het gewicht komen te liggen; dat kan ook in een latere fase als het nodig is.
- ▶ De huisarts gaat met de patiënt na waar de hulpbehoefte ligt en wat de mogelijkheden voor behandeling zijn.
- ▶ Als de eetstoornis niet meer actueel is, is de huisarts alert op een terugval tijdens moeilijke perioden en op vragen en zorgen van patiënten over seksualiteit en vruchtbaarheid.

De beperking van dit onderzoek is dat alle respondenten afkomstig zijn uit dezelfde huisartsenpraktijk, die bovendien belangstelling heeft voor seksespecifieke aandoeningen als eetstoornissen. Overigens had een grote groep respondenten bij aanvang van hun eetstoornis een andere dan de huidige huisarts. Ook waren er respondenten wier eetstoornis al een hele poos genezen was, terwijl bij anderen de eetstoornis nog volop actief was. In dit type onderzoek is men steeds afhankelijk van het geheugen en dit kan leiden tot vertekeningen. Over de betrouwbaarheid van de

antwoorden kan het volgende gezegd worden: omdat de interviewster geen behandelrelatie met de deelnemers had, is de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleind. Het ontbreken van een vertrouwensband en de eventuele angst voor de opname-apparatuur kunnen de kans hierop juist weer vergroten.

Samenvattend concluderen wij dat bij eetstoornissen meestal sprake is van ernstige problematiek, waarbij vaak melding wordt gemaakt van seksueel misbruik in de voorgeschiedenis.

Het is van belang dat huisartsen bij het vermoeden van een eetstoornis het probleem concreet als zodanig benoemen en in de begeleiding veel aandacht besteden aan de onderliggende emoties. Op deze wijze zal hun aanpak beter aansluiten bij de behoeften van de patiënt. Over de meningen van huisartsen over hun rol bij diagnostiek en de behandeling van eetstoornissen, hun competentie en attitude is nog weinig bekend. Dat zal in toekomstig onderzoek nader geëxploreerd moeten worden.

### Literatuur

- 1 Hoek HW, Van Furth EF. Anorexia nervosa en boulimia nervosa I. Diagnostiek en behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;33:1859-63.
- 2 Noordenbos G. Tegenwicht geboden: preventie van anorexia en boulimia nervosa. Utrecht: SWP, 1994.
- 3 Noordenbos G. Eetstoornissen: preventie en therapie. Lochem: De Tijdstroom, 1990.
- 4 Van Furth EF, Hoek HW, Tenwolde AAM, Lagro-Janssen ALM. Jaarboek medische wetenschappen 2000. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000. H3:88-109.
- 5 Hayaki J, Friedman MA, Brownell KD. Shame and severity of bulimic symptoms. *Eating Behaviors* 2002;3:73-83.
- 6 Hay PJ. Letter to the editor: eating disorders from a primary care perspective. *Med J Australia* 1998;169:342-3.
- 7 Wilhelm KA, Clarke SD. Eating disorders from a primary care perspective. *Med J Australia* 1998;168:458-63.
- 8 Walsh JME, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders; the role of the primary care physician. *J G Int Med* 2000;15:577-90.
- 9 Mehler PS. Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Annals Int Med* 2001;134:1048-59.
- 10 Lagro-Janssen T, Terluin B. Als het verhaal telt. *Huisarts Wet* 1998;41:271-3.
- 11 Schwartz ME, Cohn L. Sexual abuse and eating disorders. New York: Brunner/Mazel, 1996.