

## Cognitieve gedragstherapie bij 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 (vermijdend) wordt gegeten, hetgeen ingrijpende gevolgen heeft voor de lichamelijke en/of psychosociale gezondheid. De somatische problematiek kan vergelijkbaar zijn met die van anorexia nervosa, maar bij ARFID is geen sprake van een verstoord lichaamsbeeld of angst om aan te komen.

### 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 te stikken, te moeten overgeven, voor (buik)pijn, voor allergische reactie), of vermijdt vanwege sensorische overgevoeligheid bepaalde geuren, smaken of texturen 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, dehydratatie, vermoeidheid en uitputting, concentratie- en denkproblemen of sociale isolatie. In bepaalde gevallen zijn sondevoeding of voedingssupplementen nodig

### Feiten

- 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 1% 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, ervaringen en persoonlijkheids-kenmerken
- 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



CGT bij ARFID is nog weinig onderzocht. Eerste pilots wijzen op positieve resultaten, maar meer onderzoek is nodig.

### Cognitieve gedragstherapie (CGT) bij ARFID

- Is gericht op exposure aan het vermeden voedsel en op disconfirmatie van negatieve verwachtingen over voeding en de gevolgen van eten
- Is bij jonge kinderen gebaseerd op gedragstherapeutische 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

## Hoe motiveer je een patiënt voor cgt?

Het eenzijdige voedingspatroon bij kinderen vormt meestal een grotere bron van zorgen voor de 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.



## 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).

## Profielen

DSM-5 noemt bij ARFID een aantal profielen: (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. Mensen kunnen zich herkennen in meer dan één verschijningsvorm. Het is nog onduidelijk of de verschillende verschijningsvormen een verschillende behandeling vereisen.

## Kinderen en jeugdigen voelen niet altijd de noodzaak tot behandeling

### Monitoren

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.

## Wie behandelt ARFID?

Bij gespecialiseerde eetstoorniscentra bestaat kennis over ARFID en wordt (intensieve) CGT aangeboden. Omdat de problemen bij ARFID zich afspelen bij alle maaltijden, is het van belang om in therapie veel te oefenen met eten en drinken. 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. Op de VGCT-website kun je zoeken in het register\*.

## Meer informatie

Voor meer informatie zie de [Zorgstandaard Eetstoornissen](#).

*\*In het VGCT-register vind je alle cognitief gedrags-therapeuten en cognitief gedragstherapeutisch werkers met een afgeronde opleiding die hun contactgegevens openbaar hebben gemaakt.*

