

ARFID EN LVB

Renate Neimeijer¹

Vermijdende en restrictieve voedselnamestoornis (of ARFID, als afkorting van de Engelse term), is een nieuwe classificatie in de DSM-5. Een licht verstandelijke beperking (LVB) gaat niet zelden samen met deze stoornis waarbij iemand dermate weinig binnenkrijgt dat dit leidt tot gezondheidsproblemen of interferentie met het psychosociaal functioneren. Subtypes die kunnen worden onderscheiden zijn: sensorische gevoeligheid, angst voor aversieve gevolgen en gebrek aan interesse voor voedsel. In dit artikel wordt verder ingegaan op de oorzaken, in-standhoudende factoren en behandeling van deze invaliderende stoornis die niet alleen de betrokkene zelf treft, maar het hele systeem.

ARFID?

Sonja (15) heeft een licht verstandelijke beperking en was haar hele jeugd een goede eter. Tijdens een flinke buikgriep had ze ruim twee weken geen eetlust en viel een paar kilo af. Toen ze opgeknapt was wilde Sonja wel weer normaal gaan eten, maar ze merkte dat ze bij vast voedsel enorm veel buikpijn kreeg. Dit is natuurlijk goed te verklaren: na een periode met minimale voedselname moet het lichaam weer even wennen aan eten. Voor Sonja was dit echter een bewijs dat ze vast voedsel niet meer kon verdragen en ze weigerde dit categorisch. Ze dronk nog wel, met name ranja, sinas en chocolademelk met slagroom. Er was geen sprake van angst voor aankomen of een verstoord lichaamsbeeld. Omdat deze situatie enige maanden voortduurde en er een ernstige voedingsdeficiëntie ontstond, werd besloten tot een neus-maagsonde.

Inleiding

Bij bovenstaande casus werd de diagnose 'vermijdende en restrictieve voedselnamestoornis', ofwel 'ARFID' als afkorting van de Engelse naam 'avoidant and restrictive food intake disorder' gesteld. Hieraan wordt voldaan als er sprake is van een voedings- of eetstoornis die ertoe leidt dat de betrokkene te weinig binnenkrijgt. Dit hangt samen met gewichtsverlies of onvoldoende gewichtstoename tijdens de groei bij kinderen, een voedingsdeficiëntie, afhankelijkheid van sondevoeding of aanvullende voedingssupplementen en/of interferentie met psychosociaal functioneren. Bij ARFID is er, in tegenstelling tot bijvoorbeeld anorexia en bulimia nervosa, geen sprake van een verstoord lichaamsbeeld of angst voor aankomen (American Psychiatric Association, 2013).

ARFID is een nieuwe classificatie in de DSM-5. Voorheen werd bij deze problematiek 'voedingsstoornis in de zuigelingleeftijd' of 'eetstoornis niet anderszins omschreven' gesteld. In dit artikel wordt uitgebreider stilgestaan bij ARFID: hoe ziet de patiëntenpopulatie eruit, hoe vaak komt het voor, zijn er effectieve behandelmethoden en hoe om te gaan met ARFID in combinatie met een LVB?

Prevalentie

Omdat ARFID een nog relatief nieuwe diagnose is, is er nog weinig bekend over de prevalentie. Uit een Zwitserse (zelfrapportage) studie blijkt dat 3% van de schoolkinderen voldoet aan de criteria voor ARFID (Kurz, Van Dyck, Dremmel, Munsch, & Hilbert, 2015). Ook blijkt uit onderzoek dat voedings-/eetproblemen vaker voorkomen bij fysieke problemen

¹Gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot specialist, Accare kinder- en jeugdpsychiatrie Onderzoeker / docent, Rijksuniversiteit Groningen. Correspondentie: r.neimeijer@accare.nl.

en een verstandelijke beperking (Field, Garland, & Williams 2003; Gal, Hardal-Nasser, & Engel-Yeger, 2011; Rezaei, Rashedi, Gharib, & Lotfi, 2011). Er is een hoge comorbiditeit met angststoornissen en autisme (Ledford & Gast, 2006). ARFID betreft een heterogene groep. Het kan bij alle leeftijden voorkomen, zowel bij (jonge) kinderen, pubers als volwassenen. In tegenstelling tot eetstoornissen zoals anorexia en bulimia is de man/vrouw-verdeling ongeveer gelijk (Fisher et al., 2014). De exacte problematiek is per persoon erg verschillend. Zo kan het gaan over een jongetje van twee jaar die al sinds de geboorte niet goed drinkt en daardoor sonde-afhankelijk is, maar ook over een volwassene die leeft op gefrituurd eten en daardoor gezondheids- en psychosociale problemen krijgt.

Er worden in de literatuur drie (voorlopige) subtypen van ARFID beschreven. Omdat het vaak jeugdigen betreft, zal in dit artikel het meest gesproken worden over kinderen, maar waar kind staat kan ook jongere of volwassene worden gelezen.

Subtypes van ARFID

Het eerste subtype betreft de groep die eetproblemen heeft vanwege angst voor de aversieve gevolgen van eten. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als er in het verleden een verslik- of stikervaring is geweest en de patiënt hier opnieuw bang voor is. Patiënten kunnen bepaald eten vermijden en het kan zelfs zo zijn dat er alleen nog vloeibaar wordt gegeten. Ook Sonja uit de casusbeschrijving valt onder dit subtype: zij is bang dat eten tot buikpijn zal leiden. Een volledig ander voorbeeld van dit subtype is de twintigjarige Marieke die extreem gezond eet om te voorkomen dat ze ziek wordt. Er is geen sprake van een verstoord lichaamsbeeld of angst om aan te komen, maar ze vermijdt alle e-nummers en bewerkte voedingsproducten, omdat ze ervan overtuigd is dat het eten hiervan haar lijf schade zal toebrengen.

Het tweede subtype betreft kinderen die gevoelig zijn voor de sensorische kenmerken van eten. Dit zijn bijvoorbeeld kinderen die gevoelig

zijn voor smaken en structuren. Vaak zien we dat bij deze groep de sensorische gevoeligheid zich niet tot de mond beperkt, maar dat er ook gevoeligheid is voor tast, temperatuur, licht en/of geluid. Als kinderen smaken en structuren vermijden omdat ze deze 'vervelend' vinden, dan ontwikkelt er een smaakachterstand waar het moeilijk kan zijn overheen te komen. Een voorbeeld is de achtjarige Joris die al sinds de overgang van melk naar vast voedsel moeite heeft met verschillende structuren in het eten. Hij zegt snel dat het vervelend aanvoelt in zijn mond en vermijdt hierdoor al het eten met stukjes. Dit gaat bijvoorbeeld om vruchtenyoghurt met stukjes fruit of pastasaus die niet volledig glad is. Ook eten dat hard is van buiten en zacht van binnen vindt hij vervelend. Hij eet daarom vrijwel geen fruit en groente, met name tomaat en druiven vindt hij vreselijk. Zoals hij zelf zegt: "Ik kan niet tegen de splash."

Tot slot wordt het subtype beschreven waarbij er een verminderde interesse is voor eten. Een voorbeeld is de zesjarige Mart. Als zijn ouders hem er niet aan herinneren vergeet hij te eten. Waar zijn zusje regelmatig vraagt om iets lekkers en heel blij wordt als haar lievelingseten gekookt wordt, kan Mart het allemaal niet zoveel schelen. Hij vindt eten maar een stomme onderbreking van het buitenspelen. Mensen die aan dit subtype voldoen, hebben een minder honger- en verzadigingsgevoel en de algehele beloningswaarde van eten ligt lager.

Ontstaan en instandhouding

Er is eveneens weinig onderzoek gedaan naar factoren die bijdragen aan het ontstaan en de instandhouding van ARFID. In figuur 1 worden mogelijke ontstaansfactoren van ARFID beschreven. De ontwikkeling van ARFID lijkt toe te schrijven aan factoren gelegen in het kind zelf, vervelende gebeurtenissen in het verleden en/of systeemfactoren. Zo worden sensorische gevoeligheid en een angstig temperament vaak gezien bij kinderen met ARFID. Daarnaast heeft ook een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie negatieve ervaringen, al dan niet op zeer vroege leeftijd, zoals sondevoeding of operaties in het mondgebied.

Neimeijer ARFID en LVB

Ook kan eten geassocieerd zijn geraakt met buikpijn, bijvoorbeeld door allergieën. Het systeem kan ook een rol spelen in het ontstaan, bijvoorbeeld doordat ouders zelf ook een beperkt eetpatroon hebben. Kinderen zijn dan mogelijk genetisch belast en krijgen wellicht minder aangeboden. Dit alles kan leiden tot dysfunctionele cognities bij het kind, zoals “Als ik dit eet, moet ik spugen.” “Dit is zo vies, als ik het eet, raak ik die smaak nooit kwijt.” “Het zal in mijn keel blijven zitten.” “Ik heb echt geen trek dus ik hoef niets.” Ook geeft het zien van eten direct een gevoel van angst of walging. Het kind zal het eten van bepaalde producten compleet vermijden of veel te weinig eten.

Ook kunnen situaties waarin gegeten wordt uit de weg worden gegaan, bijvoorbeeld eten bij vriendjes of schoolkamp. Deze vermindering heeft verschillende gevolgen die vervolgens ARFID in stand kunnen houden. Zo zorgen ondergewicht en ondervoeding gek genoeg voor een verminderde eetlust. Maar ook kinderen die nog een normaal gewicht behouden, ontwikkelen een achterstand in het opdoen van structuur- en smaakervaring die de drempel tot het eten van nieuwe producten nog groter maakt. Als kinderen een beperkt repertoire hebben van geaccepteerd voedsel en daarom noodgedwongen hetzelfde eten, dan kan het zijn dat dit ze tegen gaat staan en ze daarom dingen weglaten uit hun dieet. Voor ouders is het vaak moeilijk te verdragen dat kinderen slecht eten. Zij kunnen onder het mom van ‘als hij maar eet’, besluiten tot het aanbieden van een alternatieve maaltijd. Dit zorgt er vervolgens weer voor dat bij kinderen de noodzaak om iets anders te proberen kleiner wordt. Er ontstaat een patroon dat zichzelf in stand houdt, met alle gevolgen van dien.

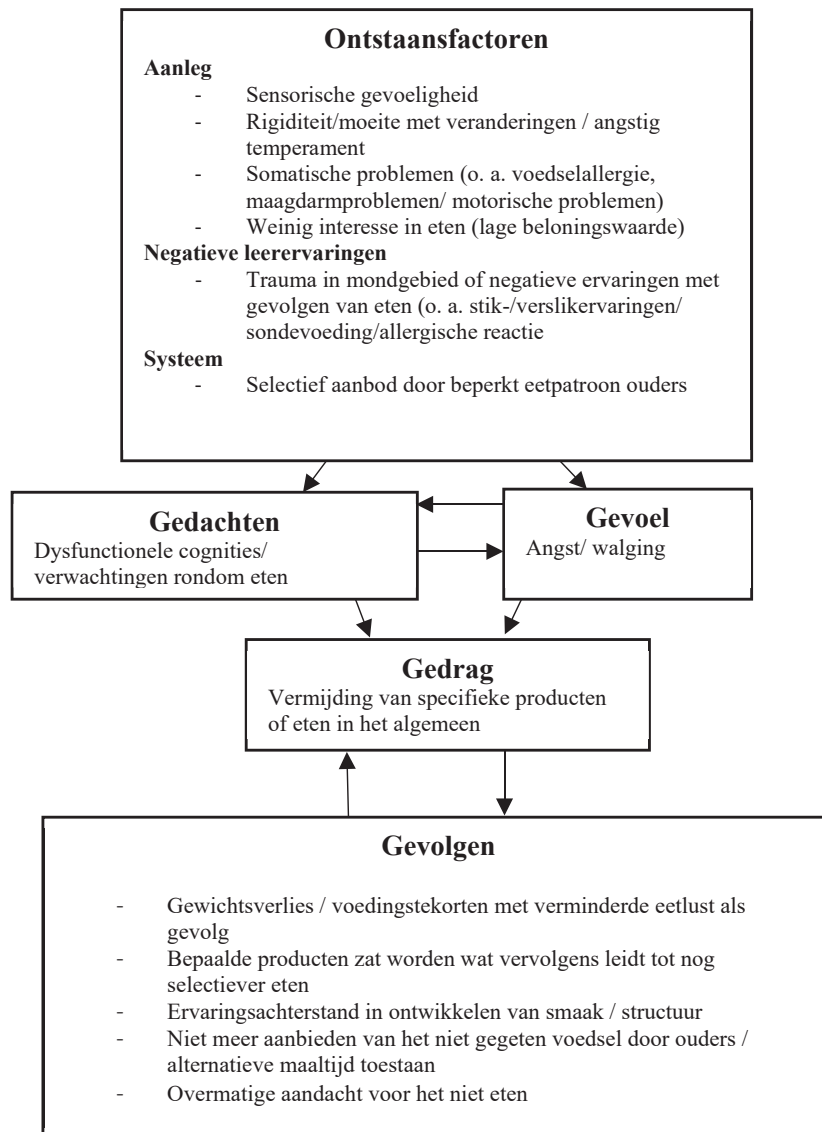
Diagnostiek

Selectief eten in de normale populatie komt, zeker ook bij LVB, veel voor en daarom is het belangrijk dit mee te nemen in de differentiaal-diagnostische overwegingen. Er is een instrument beschikbaar om de diagnose te kunnen stellen: het Pica, ARFID en Rumina-tiestoornis interview (PARDI; Bryant-Waugh,

Micali, Cooke, Lawson, Eddy, & Thomas, 2019). Dit recent door Neimeijer en Mulkens (2018) vertaalde semigestructureerde interview brengt de problematiek grondig in kaart en bepaalt het subtype en de ernst. Tevens wordt hierin de relevante medische voorgeschiedenis nagegaan en groeigegevens uitgevraagd. Door zicht te krijgen op de oorzaken, maar met name op de in-standhoudende factoren van ARFID, kunnen aanknopingspunten gevonden worden voor behandeling. Het is raadzaam tijdens de intake tevens een ontwikkelingsanamnese af te nemen om zicht te krijgen op eventuele ontwikkelingsproblematiek. De ervaring leert dat met name bij het sensorisch gevoelige subtype er een vrij hoge comorbiditeit met autisme is. Ook ADHD gaat regelmatig samen met ARFID, maar dan met het subtype dat weinig interesse heeft in eten. Door de afleidbaarheid wordt eten vergeten, door de hyperactiviteit worden er extra calorieën verbrand en eventuele medicatie zoals methylfenidaat remt de eetlust nog verder.

Behandeling

Zoals uit de beschreven casuïstiek duidelijk mag worden, is de patiëntengroep erg breed en daarom ziet ook niet elke behandeling er hetzelfde uit. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar effectieve behandelmethode. Wel kunnen we algemene cognitief gedragstherapeutische technieken toepassen waarvan we uit wetenschappelijk onderzoek weten dat deze effectief zijn, zoals exposure om dysfunctionele cognities te falsificeren als er sprake is van angst (Vervliet, Depreeuw, Treanor, Conway, Zbozinek, & Craske, 2014).



Figuur 1: Oorzaken en instandhouding van vermijdende en restrictieve voedselinnamestoornis

Sensorische gevoeligheid

Omdat er bij het sensorisch gevoelige subtype vaak sprake is van angst, is exposure raadzaam. Dit kan in de sessie gedaan worden waarin het kind (of jongere of volwassene) stap voor stap wordt blootgesteld aan smaken en structuren die tot dan toe vermeden werden. Hierbij kan de behandelaar stilstaan bij negatieve cognities die het kind over het voedsel heeft, bijvoorbeeld door te vragen: "Wat is het ergste dat kan gebeuren als je dit proeft?" Jon-

gere kinderen en kinderen/jongeren met een *LVB* kunnen deze cognities niet altijd expliciet maken. De nadruk zal dan meer liggen op het proeven zelf. Erg belangrijk is dat de focus niet komt te liggen op lekker of vies. Als een product lang vermeden of zelfs nog nooit gegeten is, dan vindt het kind het zelden direct lekker. Als behandelaar wil je voorkomen dat een kind zegt: "Ik heb het al geprobeerd en ik vond het vies, dus ik hoef het niet nog een keer." Om iets te leren lusten moet het vaak meer dan 10 keer

Neimeijer ARFID en LVB

geproefd worden. Het eerste doel is daarom dat iemand het kan eten in plaats van dat iemand het eten ook lekker vindt. Soms gebeurt het echter wel dat het kind het eten direct lekker vindt en dat is natuurlijk mooi meegenomen! Een meer uitgebreide beschrijving van de exposurebehandeling voor sensorisch gevoelige kinderen met ARFID staat beschreven in het behandelprotocol genaamd 'De Proefkampioen' (Neimeijer, 2018). De Proefkampioen is kan ook gebruikt worden bij kinderen met een LVB, mits er wat inzicht in het probleem is en motivatie om te veranderen.

Trauma

Als er een traumatische gebeurtenis onderliggend aan de klachten is, kan traumabehandeling worden ingezet. In het geval van een recent enkelvoudig trauma, zoals bij het meisje dat geen vast voedsel meer wil eten nadat er een stuk worst in haar keel was blijven steken, kunnen bijvoorbeeld een of enkele sessies EMDR helpen. De ervaring leert echter dat bij minder recent en langer durend trauma traumabehandeling alleen vaak niet voldoende is. Dit geldt bijvoorbeeld bij iemand die twee jaar sondevoeding heeft gehad en bij wie het wisselen van de sonde met veel strijd gepaard ging. Hoewel het behandelen van de traumasymptomen een goede context kan scheppen voor verdere behandeling, is een aanvullende interventie zoals exposure raadzaam. Ook kan het zijn dat iemand als gevolg van het beperkte eetpatroon een kleiner maagvolume en tragere spijsvertering heeft ontwikkeld, wat het lastig maakt om juiste hoeveelheden te eten. Daarom kunnen ook interventies nodig zijn die hieronder beschreven staan bij 'weinig interesse in voedsel'.

Weinig interesse in voedsel

Bij het subtype van ARFID waarbij iemand weinig interesse in voedsel heeft bestaat de behandeling uit het opbouwen van een regelmatig eetpatroon en exposure. Omdat iemand niet uit kan gaan van het hongergevoel is het belangrijk om 'op de klok' te gaan eten. Het hangt er dus niet van af of iemand honger heeft, maar of het weer tijd is om te eten. Dit

kan een vervelend vol gevoel tot gevolg hebben. Psycho-educatie hierover is belangrijk: als de maaginhoud groeit en de spijsvertering sneller gaat werken dan zal dit gevoel verdwijnen. Er moet dus méér gegeten worden in plaats van het intuïtieve minder, om het volle gevoel te verminderen. Ook is de ervaring dat een vol gevoel weer verdwijnt leerzaam. Door in de sessie te oefenen met een paar glazen water, die snel achter elkaar gedronken worden, kan met dit gevoel geoefend worden.

Overig

Als er sprake is van sondevoeding-afhankelijkheid en/of ernstig ondergewicht is het nodig om nauw samen te werken met een kinderarts. Kinderen zitten soms vast in een vicieuze cirkel: doordat ze nog sondevoeding krijgen is er weinig prikkel om te eten, maar doordat ze zo weinig zelf eten blijft de sondevoeding nog noodzakelijk. Het ondanks ondergewicht afbouwen van de sondevoeding om hongergevoel te induceren moet in samenspraak met de kinderarts gebeuren. Om effectief te kunnen behandelen is het noodzakelijk dat er aan bepaalde randvoorwaarden voldaan wordt. De maaltijd vindt op (min of meer) vaste tijden plaats, aan tafel, het aanbod is gevarieerd en de sfeer is positief. Positief gedrag wordt bekrachtigd en ongewenst gedrag wordt, voor zover mogelijk, genegeerd. Als hier niet aan wordt voldaan, wat zeker in LVB-gezinnen kan voorkomen, is het belangrijk hier op in te steken. Dit kan gebeuren middels video-hometraining of een andere vorm van thuisbegeleiding.

Conclusie

ARFID is een invaliderende stoornis die niet alleen grote invloed heeft op de betrokkene zelf, maar ook op het hele systeem. Er is echter nog weinig bekend over de stoornis. Om patiënten optimaal te kunnen helpen is verder onderzoek noodzakelijk.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2019). Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 378-387. <https://doi.org/10.1002/eat.22958>
- Field, D., Garland, M., & Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39(4), 299-304. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2003.00151>
- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., Callahan, T., & Walsh, B. T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: A “new disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49-52. <https://doi.org/10.3410/f.718271382.793541486>
- Gal, E., Hardal-Nasser, R., & Engel-Yeger, B. (2011). The relationship between the severity of eating problems and intellectual developmental deficit level. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1464-1469. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.003>
- Kurz, S., Van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 779-785. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0622-z>
- Ledford, J. R., & Gast, D. L. (2006). Feeding problems in children with autism spectrum disorders: A review. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(3), 153-166.
- Neimeijer, R. A. M., & Mulkens, S. (2019). Pica ARFID en Ruminatiestoornis interview (Pardi), Nederlandse geautoriseerde vertaling: ongepubliceerd manuscript.
- Neimeijer, R. A. M. (2018). De Proefkampioen. (op te vragen via r.neimeijer@accare.nl).
- Rezaei, M., Rashedi, V., Gharib, M., & Lotfi, G. (2011). Prevalence of feeding problems in children with intellectual disability. *Iranian Rehabilitation Journal*, 9, 56-59.
- Vervliet, B., Depreeuw, B., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Craske, M. G. (2014). Exposuretherapie maximaliseren. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 47(4), 296-339.