

# Eetproblemen bij mensen met een autismespectrumstoornis zonder intellectuele beperking

A.A. SPEK

**ACHTERGROND** Er is weinig bekend over het samengaan van autismespectrumstoornissen (ASS) en eetstoornissen of eetproblemen. Hierdoor is voor veel klinici onduidelijk hoe ze deze combinatie van problematiek kunnen diagnosticeren en behandelen.

**DOEL** Bespreken van wetenschappelijke literatuur over en klinische ervaringen met eetstoornissen en -problemen bij mensen met ASS zonder intellectuele beperking.

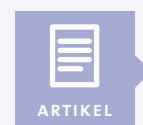
**METHODE** Zoeken van relevante wetenschappelijke literatuur in PubMed, Medline en PsycINFO en verzamelen van klinische ervaringen.

**RESULTATEN** De combinatie van ASS en anorexia nervosa lijkt een sterke voorspeller van een chronisch beloop van de eetstoornis. Eetstoornissen en -problemen bij mensen met ASS lijken vaak gerelateerd aan prikkelgevoeligheid en eetvoorkeuren. Over behandeling van deze problematiek bij mensen met ASS is nog weinig bekend.

**CONCLUSIE** Bij het diagnosticeren en behandelen van eetstoornissen en -problemen bij mensen met ASS is het van belang om aan te sluiten bij de informatieverwerking en gedragskenmerken van ASS. Wetenschappelijk onderzoek is nodig, vooral om zicht te krijgen op behandelmogelijkheden.

TIJDSCRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)10, 749-756

**TREFWOORDEN** autismespectrumstoornissen, eetstoornissen, eetproblemen



Autismespectrumstoornissen (ASS) komen voor bij ongeveer 1% van de bevolking (Baird e.a. 2006). Naar schatting is er bij 30 tot 80% van de volwassenen met ASS sprake van één of meer comorbide stoornissen, waaronder eetstoornissen (Bartels e.a. 2012).

Wetenschappelijk onderzoek naar de combinatie van ASS en eetstoornissen of eetproblemen is zeer beperkt en is vooral gericht op mensen met een intellectuele beperking. Dit maakt het voor klinici moeilijk om eetproblemen te herkennen bij mensen met ASS en omgekeerd, om ASS te herkennen bij mensen met eetproblemen. Daarnaast weten we nog weinig over de behandeling van eetstoornissen en -problemen bij mensen met ASS.

Dit essay heb ik geschreven om meer zicht te krijgen op

wat er bekend is over eetstoornissen en -problemen bij mensen met ASS met een (boven)gemiddelde intelligentie. Gezien het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek op dit gebied, beschrijf ik ook klinische ervaringen van ervaringsdeskundigen en klinici.

## Prevalentie van ASS bij mensen met eetstoornissen

Bij naar schatting 3 tot 5% van de bevolking is er sprake van een eetstoornis (Hoek & Van Hoeken 2003; Hudson e.a. 2007). Bij eetstoornissen gaat het vaak om ernstige aandoeningen, die ernstige somatische en psychosociale gevolgen kunnen hebben. Zo wordt de mortaliteit bij anorexia nervosa ingeschat op 5 per 1000 persoonsjaren en bij bulimia nervosa op 1,7 (Arcelus e.a. 2011). Er bestaan slechts enkele

studies naar de prevalentie van ASS bij mensen met eetstoornissen. In een Zweeds onderzoek zijn 51 mensen met anorexia nervosa vanaf 14-jarige leeftijd gevolgd. Na 18 jaar bleken 14 mensen (27%) te voldoen of voldaan te hebben aan de criteria van ASS (Anckarsäter e.a. 2011). In een andere studie werden 30 volwassen vrouwen met een eetstoornis onderzocht op de aanwezigheid van ASS, onder wie 21 met anorexia nervosa en 9 met bulimia nervosa (Wentz e.a. 2005). De leeftijd varieerde van 18 tot 56 jaar oud. Bij 23% van hen bleek sprake van ASS; zij hadden allen anorexia nervosa.

Deze bevindingen leidden tot de veronderstelling dat mensen met ASS een verhoogde kans hebben om anorexia nervosa te krijgen. Dit sluit aan bij andere studies waaruit blijkt dat vrouwen met anorexia nervosa relatief hoog scoren op een autismscreeningsvragenlijst (Baron-Cohen e.a. 2013). Verder wijst onderzoek op vergelijkbare cognitieve beperkingen bij anorexia nervosa en ASS (een overzicht geven Huke e.a. 2013).

Helaas is in deze studies niet gecorrigeerd voor de aanwezigheid van ASS naast de eetstoornis. Het is namelijk niet ondenkbaar dat de cognitieve beperkingen van de mensen met anorexia nervosa (deels) toegeschreven kunnen worden aan een relatief hoog percentage ASS binnen deze groep. Daarnaast kan het zijn dat de cognitieve beperkingen bij mensen met anorexia nervosa een andere oorsprong hebben dan bij mensen met ASS. Zo zijn er sterke aanwijzingen dat beperkingen in *theory of mind* bij mensen met anorexia nervosa verdwijnen wanneer de eetstoornis in remissie is (Oldershaw e.a. 2010). Verder heeft onderzoek aangetoond dat een periode van hongeren leidt tot (een toename in) obsessief gedrag (Keys e.a. 1950). Het is dus de vraag of er daadwerkelijk sprake is van cognitieve en gedragsmatige overlap tussen anorexia nervosa en ASS.

Daarbij zijn de bevindingen van een recente studie bij kinderen met eetstoornissen relevant (Pooni e.a. 2012). In dit onderzoek werden 22 kinderen met een eetstoornis en een gemiddelde leeftijd van 13 jaar onderzocht. Bij 17 van hen was er sprake van anorexia nervosa. De resultaten lieten zien dat slechts één van de kinderen voldeed aan de criteria van ASS (4,5%). Het contrast met de eerder gevonden prevalentiecijfers bij volwassenen met een eetstoornis kan verschillende oorzaken hebben. Het zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat eetstoornissen bij mensen met ASS relatief laat ontstaan. Een andere mogelijke verklaring is dat eetstoornissen bij mensen met ASS langer blijven voortbestaan dan bij mensen zonder ASS. Dit sluit aan bij de resultaten uit de Zweedse longitudinale studie, waaruit blijkt dat de aanwezigheid van ASS één van de sterkste voorspellers is van een chronisch beloop van de eetstoornis (Wentz e.a. 2009). De aanwezigheid van ASS en AN bleek dan ook geassocieerd met een negatievere uitkomst dan bij AN

## AUTEUR

**ANNELIES SPEK**, klinisch psycholoog en hoofd Autisme Kenniscentrum, Bosman GGZ, Utrecht.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. A.A. Spek, Autisme Kenniscentrum, Koningin Wilhelminalaan 8, 3527 LD, Utrecht.

E-mail: aspek@autismekenniscentrum.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-1-2015.

zonder ASS het geval was. Verdere literatuur over de klinische en functionele uitkomst van deze comorbiditeit is niet gevonden.

De prevalentie van ASS bij mensen met bulimia nervosa is niet wetenschappelijk onderzocht. Klinische ervaringen lijken te wijzen op een beperkte comorbiditeit.

In de DSM-5 worden, in tegenstelling tot in de DSM-IV, ook de eetbuistoornis en de vermijdende/restrictieve voedselnamestoornis beschreven (APA 2014). Van deze twee nieuwe classificaties is nog niet duidelijk hoe vaak ze samengaan met ASS.

## ERVARINGEN UIT DE KLINISCHE PRAKTIJK

### ANOREXIA NERVOSA

De klinische praktijk laat zien dat anorectisch gedrag bij mensen met ASS soms voortkomt uit een sterke sensorische prikkelgevoeligheid, waardoor zij eten vermijden. Hierbij kan het gaan om overgevoeligheid voor (het combineren van) bepaalde smaken of geuren, maar ook voor (eet-)geluiden tijdens het eten. Bij kinderen met ASS met een beperkte flexibiliteit zien we soms dat zij de lichamelijke veranderingen in de puberteit als bedreigend ervaren. Door eten te vermijden, proberen zij dergelijke veranderingen tegen te gaan.

Verder is de ervaring dat sommige mensen met ASS signalen van honger minder goed aanvoelen, vooral wanneer ze sterk opgaan in een activiteit. Zo kan het gebeuren dat zij gaan sporten, hierin doorschieten (vanuit de neiging tot persevereren), maar hun dieet niet aanpassen. Dit kan leiden tot zorgelijk ondergewicht. Ook kan het voor mensen met ASS die uit huis gaan om zelfstandig te wonen moeilijk zijn om een goed eetpatroon op te bouwen, vooral omdat de structuur van thuis wegvalt. Dergelijke problemen vergen een andere benadering dan gebruikelijk is bij anorexia nervosa.

Verder speelt controle op voedselinname doorgaans een prominente rol bij mensen met ASS en anorexia nervosa. Zij hechten vaak sterk aan specifieke eetvoorkeuren en hebben moeite met situaties waarin zij zelf niet de controle hebben, bijvoorbeeld wanneer anderen bepalen wanneer en hoeveel zij moeten eten. Het is belangrijk hiermee rekening te houden bij behandeling en begeleiding.

### **BULIMIA NERVOSA**

Wat betreft bulimia nervosa leert de klinische praktijk dat mensen met ASS vaak juist een aversie hebben tegen braken. Dit lijkt gerelateerd aan de sterke sensorische prikkels (smaak, geur en mondgevoel) die hiermee gepaard gaan. Om vergelijkbare redenen is het de vraag of mensen met ASS snel zullen kiezen voor het gebruik van laxantia, diuretica of klysmas. Bij compensatoir gedrag zoals bij anorexia en bulimia nervosa voorkomt, zal het eerder gaan om overmatig sporten.

### **EETBUISTOORNIS**

In de klinische praktijk zien we bij mensen met ASS regelmatig symptomen van de eetbui stoornis. Eetbuien kunnen gerelateerd zijn aan het niet goed aanvoelen van verzadiging. Daarnaast hebben mensen met ASS vaak de neiging om bij stress en overbelasting rustgevendende sensorische prikkels op te zoeken om de andere prikkels te 'dempen'. Dit kan leiden tot overmatig eten of drinken van voedingsmiddelen met een bepaalde smaak of textuur. Ook zien we soms dat mensen met ASS dwangmatig (denken aan) eten en daarin blijven hangen (repetierend gedrag). Vooral als men op andere gebieden de controle kwijt is, kan eten prettig zijn omdat men daarbij de regie en controle heeft, vooral over de prikkels die binnenkomen. Dit alles kan eetbuien in de hand werken.

### **Differentiatie tussen eetstoornissen met en zonder ASS**

In de klinische praktijk is het relevant om bij mensen met een eetstoornis te kunnen beoordelen of zij ook ASS hebben. Dit is namelijk van invloed op het inschatten van behandel mogelijkheden. Voor klinici kan dit onderscheid lastig zijn, vooral wanneer het gaat om anorexia nervosa. Er wordt namelijk verondersteld dat mensen met anorexia nervosa vaak rigide zijn en weinig gericht zijn op het perspectief van de ander (Oldershaw e.a. 2011). Anders gezegd: trekken die zijn geassocieerd met ASS lijken ook kenmerkend voor anorexia nervosa. Een kanttekening hierbij is, zoals eerder aangegeven, dat in de meeste studies niet is gecorrigeerd voor de aanwezigheid van ASS. Er bestaan slechts twee studies waarin mensen met een eetstoornis zonder ASS zijn vergeleken met mensen met ASS zonder eetstoornis.

Pooni e.a. (2012) vergeleken 22 kinderen met een eetstoornis (zonder ASS), onder wie 17 met anorexia nervosa, met 20 kinderen met ASS (zonder eetstoornis) en met 24 kinderen zonder stoornis. Bij de kinderen met een eetstoornis zagen zij aanzienlijk minder stereotiep gedrag (wiegen, fladderen), ritueel gedrag (eetrituelen, slaaprituelen) en beperkte interesses (dingen op vaste plek, moeite met veranderingen) dan bij de kinderen met ASS. Daarnaast waren er bij de kinderen met een eetstoornis duidelijk minder problemen in de sociale interactie en in de communicatie dan bij de kinderen met ASS. De kinderen met een eetstoornis verschilden niet van de controlegroep zonder stoornis in communicatie en beperkte interesses. Dit relateert studies waarin wordt verondersteld dat anorexia nervosa een variant van ASS zou kunnen zijn (Oldershaw e.a. 2011).

Onderzoek waarin volwassen vrouwen met anorexia nervosa werden vergeleken met vrouwen zonder eetstoornis laat vergelijkbare resultaten zien (Anckarsäter e.a. 2011). De auteurs concludeerden dat op ASS lijkende gedragingen niet vaker voorkomen bij vrouwen met anorexia nervosa (zonder ASS) dan bij vrouwen zonder psychiatrische aandoening.

Dit kan voor de klinische praktijk betekenen dat de aanwezigheid van autistische gedragingen, zoals moeite met veranderingen en sociaal onvermogen, niet zomaar geïnterpreteerd kunnen worden als passend bij anorexia nervosa. In dat geval lijkt een diagnostisch onderzoek naar ASS op zijn plaats, zeker wanneer het gaat om mensen met een persisterende eetstoornis.

### **Behandeling van eetstoornissen bij mensen met ASS**

Tot op heden heeft er nog geen wetenschappelijk onderzoek plaatsgevonden naar de behandeling van eetstoornissen bij mensen met ASS. De relevantie hiervan is evident, aangezien bestaande behandelvormen waarschijnlijk onvoldoende aansluiten (Huke e.a. 2013, 2014).

In een casusbeschrijving over een adolescente met anorexia nervosa en een autistische stoornis bepleiten Fisman e.a. (1996) het gebruik van risperidon gecombineerd met gedragstherapie. Echter, het effect hiervan beschrijven zij niet in deze publicatie.

Wetenschappelijk onderzoek naar behandeling van eetstoornissen in het algemeen is eveneens beperkt en betreft doorgaans kleine onderzoeksgroepen. Een uitzondering hierop is een recent onderzoek waarin 120 adolescenten met eetstoornissen willekeurig werden toegewezen aan gezinstherapie of aan individuele therapie (Lock e.a. 2010). Bij de gezinstherapie waren de ouders (mede) verantwoordelijk voor het gewichtsherstel. Bij individuele therapie was er vooral aandacht voor autonomie en assertiviteit.

Beide therapieën bleken effectief, maar de gezinstherapie leidde vaker tot volledige remissie van de eetstoornis. Onduidelijk is of deze therapie ook bij adolescenten met ASS de voorkeur heeft.

Een relatief omvangrijk onderzoek werd uitgevoerd bij 56 volwassen vrouwen met anorexia nervosa, met een leeftijd van 17 tot 40 jaar (McIntosh e.a. 2005). Zij werden willekeurig toebedeeld aan cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke psychotherapie of aan een controlegroep. De interventie in de controlegroep bestond uit ondersteunende begeleiding, gecombineerd met uitleg en advies omtrent een gezond eetpatroon en gewicht. Verrassend genoeg bleek de controlebehandeling het effectiefst: bij 51% van de vrouwen was er een sterke verbetering zichtbaar na deze interventie. Bij cognitieve gedragstherapie was dit 32% en bij interpersoonlijke therapie 10%.

De geringe effectiviteit van de cognitieve gedragstherapie en de interpersoonlijke therapie zou volgens de auteurs mogelijk gerelateerd zijn aan de cognitieve rigiditeit en het gebrekkige voorstellingsvermogen van de participanten. Daarbij gaan zij uit van de aanname dat deze kenmerken passend zijn bij anorexia nervosa. Een alternatieve verklaring is dat de resultaten zijn beïnvloed door een relatief hoge prevalentie van ASS onder de participanten. Het ging hier namelijk om volwassenen met een eetstoornis die al langere tijd bestaat, waarbij eerder onderzoek wijst op een comorbide prevalentie van ASS van 23 tot 27% (Anckarsäter e.a. 2011; Wentz e.a. 2005). Helaas is in deze studie niet gekeken naar de aanwezigheid van comorbide ASS. Mogelijk sluiten de interpersoonlijke therapie en/of de cognitieve gedragstherapie beter aan bij de vrouwen met anorexia nervosa zonder ASS, terwijl uitleg en steunende therapie beter passen bij vrouwen met comorbide ASS.

Voor bulimia nervosa laat een overzichtartikel zien dat cognitieve gedragstherapie op de langere termijn en medicatie (fluoxetine) op de kortere termijn het effectiefst zijn (Shapiro e.a. 2007). De effectiviteit van behandeling van bulimia nervosa bij mensen met ASS is niet onderzocht. Hetzelfde geldt voor de eetbuiestoornis en de vermijdende/restrictieve voedselintnamestoornis.

#### ERVARINGEN UIT DE KLINISCHE PRAKTIJK

Het zou goed zijn als er een behandelprogramma wordt ontwikkeld, specifiek voor mensen met ASS met een eetstoornis. Het ontwikkelen van een dergelijk programma dient gebaseerd te zijn op klinische en wetenschappelijke ervaringen. In deze paragraaf geef ik een beschrijving van dergelijke ervaringen; wellicht kan dit als aanzet dienen voor het ontwikkelen van een passend behandelprogramma.

#### PRIKKELGEVOELIGHEID

De klinische praktijk laat zien dat het in kaart brengen van (onder)gevoeligheid voor prikkels vaak een eerste stap is bij de behandeling van comorbide eetstoornissen bij mensen met ASS. Een overgevoeligheid voor prikkels zoals smaak en textuur kan namelijk leiden tot het vermijden van eten en zo tot problematisch ondergewicht. Een ondergevoeligheid voor signalen van honger en verzadiging kan resulteren in problematisch overgewicht. Belangrijk is dat de persoon met ASS niet overprikkeld raakt door het eten en de eetomgeving. In een opnamesetting kan dit betekenen dat men niet met de groep mee-eet, maar in de eigen kamer.

#### VOEDSEL VERMIJDEN

Bij het problematisch vermijden van voedsel is het belangrijk om het dieet langzaam op te bouwen, rekening houdend met de prikkelgevoeligheid van de betreffende persoon. Bij het uitbreiden van het dieet is het belangrijk om uit te leggen dat 'nieuw' eten niet meteen lekker zal zijn, maar dat men langzaam zal moeten wennen aan de smaak en textuur. Iets proeven is dan niet bedoeld om te onderzoeken of het lekker is, maar om te wennen aan de smaak. Verder kan een nieuwe context soms helpen om nieuw eten uit te proberen.

#### PSYCHO-EDUCATIE

Bij psycho-educatie kan het bijvoorbeeld gaan om uitleg over een gezond voedingspatroon. Een ander onderdeel van psycho-educatie is het bespreken van lichamelijke veranderingen die gepaard gaan met het volwassen/ouder worden. Zo kan per individu bekeken worden welke informatie over voeding en lichamelijke gezondheid nodig is.

#### PLANNING

Voor mensen bij wie gevoel van honger en verzadiging ontbreekt, kan het moeilijk zijn om te komen tot een goed en gezond dieet. Dit kan worden versterkt door minder goed ontwikkelde executieve functies, zoals planningsvaardigheden. Praktische ondersteuning en duidelijke uitleg kunnen hierbij van grote waarde zijn. Bij mensen met ASS is het vaak van belang om een planning visueel te maken, bijvoorbeeld aan de hand van een planbord. Het kan ook helpen als een ander bepaalde vaste taken overneemt, zoals het verzorgen van het avondeten.

#### VOORSTELLINGSVERMOGEN

Een gebrekkig voorstellingsvermogen kan ertoe leiden dat men niet (op tijd) boodschappen doet vanuit de gedachte: 'Ik heb nu toch geen honger'. Wanneer er later toch een hongergevoel ontstaat, dan stilt men dit vaak met het eten

van snacks, waardoor een ongezond eetpatroon kan ontstaan. Hierbij kan het bijvoorbeeld helpen om te kiezen voor vaste maaltijden en vaste momenten om in te kopen.

### **OBSESSIEF ETEN**

Voor sommige mensen met ASS kan het zien en ruiken van eten een trigger zijn om obsessief met eten bezig te zijn, in gedrag en in gedachten. Wanneer er eten is, dan moet het vaak op, vanuit de behoefte aan volledigheid. In dat geval kan het bijvoorbeeld goed zijn om voor het koken een geschikte hoeveelheid te bepalen en om voedsel niet in het zicht te bewaren.

### **LIJNGEDRAG**

Mensen met ASS schieten gemakkelijk door in lijngedrag, zoals zij ook in andere gedragingen kunnen persevereren. Extreem ondergewicht kan de dwangmatigheid van het lijngedrag nog extra versterken (Keys e.a. 1950), waardoor een zorgelijke en moeilijk te veranderen situatie kan ontstaan. Om dit te voorkomen, lijkt het verstandig om uitleg te geven over de risico's van lijnen en om in bepaalde situaties het lijnen alleen onder begeleiding te laten plaatsvinden.

### **NIET DWINGEN**

In het algemeen is het belangrijk om mensen met ASS niet te dwingen om te eten. Dit kan namelijk als zeer traumatisch worden beleefd, vooral doordat er op dat moment geen controle is over de prikkels. Het heeft te allen tijde de voorkeur om eerst op andere manieren te proberen om een gezond eetpatroon te bewerkstelligen.

### **NAZORG**

Als mensen met ASS zijn opgenomen voor een behandeling gericht op de eetstoornis, dan is nazorg van groot belang. Het gebeurt namelijk regelmatig dat de vaardigheden die in de kliniek zijn aangeleerd, niet goed generaliseren naar de thuissituatie. Vaak volgt er dan een terugval wanneer de klinische behandeling stopt. Om dit te voorkomen is een langzame afbouw van de behandeling, gecombineerd met begeleiding in de thuissituatie, essentieel. De begeleiding in de thuissituatie (door een ervaren hulpverlener) dient gericht te zijn op het toepassen van de aangeleerde vaardigheden.

## **Eetproblemen en ASS**

Naast de formeel beschreven eetstoornissen, komen er bij mensen met ASS ook regelmatig problemen rondom voeding voor die niet geassocieerd kunnen worden in de DSM-IV of DSM-5. In deze paragraaf licht ik enkele van deze problemen nader toe.

### **PROBLEMEN MET DE SPIJSVERTERING**

Recentelijk is een omvangrijke populatiestudie uitgevoerd naar spijsverteringsproblemen bij 499 jonge kinderen met ASS met verschillende niveaus van functioneren. De resultaten lieten zien dat klachten van gasvorming, diarree, constipatie en gevoeligheid voor voedsel 5-9 keer zo vaak voorkomen bij kinderen met ASS als bij een controlegroep zonder psychiatrische aandoening (Chaidez e.a. 2014). De oorzaak van de spijsverteringsproblemen is onbekend. Wellicht is het bijzondere voedingspatroon (moeite met gevarieerd eten) één van de oorzaken. Klinische ervaringen wijzen ook op de rol van stress en overbelasting, die problemen als diarree en constipatie kunnen versterken. In die gevallen kan men de spijsverteringsproblemen als signaal zien, waarbij de behandeling vooral moet worden gericht op een afname van de overbelasting. Onderzoek naar spijsverteringsproblemen bij volwassenen met ASS ontbreekt vooralsnog.

### **MOTORISCHE PROBLEMEN**

Ook bijzonderheden in de motoriek kunnen leiden tot eetproblemen. Onderzoek heeft aangetoond dat adolescenten en volwassenen met ASS relatief vaak problemen met de mondmotoriek hebben (Rastam 2008). Dit kan leiden tot verslikken, moeite met drinken, slordig eten en uiteindelijk tot het vermijden van voedsel. Bij dergelijke problemen is passende behandeling aan te raden, bijvoorbeeld door een logopedist gespecialiseerd in eet- en drinkproblemen.

### **SPECIFIEKE EETVOORKEUREN**

ASS gaat relatief vaak samen met specifieke eetvoorkeuren. Zo blijkt uit een onderzoek dat 53% van de autistische kinderen in de leeftijd tussen 42 en 117 maanden te weinig van bepaalde voedingsstoffen binnenkrijgt (Cornish 1998). Bij 76% van deze jonge kinderen was er excessieve melkconsumptie, waardoor zij gemiddeld 200% van de aanbevolen hoeveelheid calcium binnenkregen. Ook bij volwassenen met ASS blijkt sprake van voorkeuren voor bepaalde smaak en geur van voedsel; dit lijkt niet af te nemen met het ouder worden (Leekam e.a. 2007).

Bij specifieke eetvoorkeuren kan het gaan om voorkeuren voor bepaalde smaken of texturen, maar ook om het vasthouden aan een bepaald merk, bepaalde winkel of specifiek soort servies. Dit gaat vaak samen met een hoge mate van controlebehoefte op de voedselinname. De oorzaak ligt vaak in moeite met veranderingen, gecombineerd met sensorische gevoeligheid of voorkeuren. Het risico is dat het eetpatroon steeds beperkter wordt. Zo kan een vermelding als: 'Nieuw, verbeterd product' ervoor zorgen dat iemand met ASS het betreffende voedsel niet meer wil eten. Een beperkt eetpatroon kan sterk belemmerend zijn in het dagelijks leven, bijvoorbeeld omdat dit het eten in de

kantine op school of op het werk moeilijk maakt. Daarnaast kan uit eten gaan of bij andere mensen eten hierdoor te spannend zijn. Dit benadrukt het belang van een voldoende gevarieerd eetpatroon en enige flexibiliteit op dit gebied. Behandeling richt zich dan op het langzaam uitbreiden van het dieet, met aandacht voor sensorische overgevoeligheden en in samenspraak met de persoon met ASS.

Het is goed om hierbij duidelijke doelen te stellen (zoals: mee kunnen eten op het werk of af en toe uit eten kunnen gaan). Dit zorgt voor motivatie. Vervolgens kan men afspraken maken over hoe men het dieet gaat uitbreiden; in welk tempo en met welke voedingsmiddelen.

### **PRIKKELGEVOELIGHEID**

Zoals eerder al is beschreven, kan de bijzondere prikkelwerking die vaak voorkomt bij mensen met ASS van invloed zijn op het eetgedrag. Zo kunnen mensen die gevoelig zijn voor geluiden, tijdens het eten gehinderd worden door kauwgeluiden, het geluid van schuivende stoelen of het gebruik van bestek. In de praktijk kan het deze mensen helpen om alleen te eten, tijdens de maaltijd oordoppen in te doen of om muziek aan te zetten om eetgeluiden te overstemmen. Ook kan het helpen om de sociale interactie tijdens het eten te beperken.

Een overgevoeligheid voor geuren kan eveneens leiden tot overbelasting tijdens het eten, vooral wanneer er verschillende, sterk ruikende etenswaren tegelijkertijd op tafel komen. Afgekoeld eten heeft een minder sterke geur dan warm eten, waardoor dit minder prikkels geeft en voor sommige mensen met ASS beter te verdragen is.

Relatief veel mensen met ASS rapporteren gevoeligheid voor smaak en/of textuur van eten. Dit kan leiden tot het vermijden van eten, zoals ik eerder beschreef. In samenspraak met de persoon met ASS kan men nagaan hoe het voedingspatroon uitgebreid kan worden. Soms helpt het om eten te pureren of om verschillende soorten voedsel niet te combineren.

Mensen met ASS die last hebben van visuele prikkels kunnen moeite hebben met de kleuren van het eten, de lichtval in de eetruimte of met een onrustige omgeving. Een andere plek aan tafel kan voor deze mensen moeilijk zijn, omdat dit gepaard gaat met nieuwe visuele prikkels. Een rustige, voorspelbare eetomgeving met weinig prikkels is dan van belang.

### **PROBLEMEN MET DE SOCIALE CONTEXT**

In tegenstelling tot andere mensen, zien mensen met ASS het eten doorgaans niet als sociale aangelegenheid. Het voeren van een gesprek tijdens het eten kan voor hen erg belastend zijn. Dit komt deels door hun auditieve gevoeligheid en deels door hun moeite om de aandacht flexibel te wisselen van het eten naar de persoon aan tafel die iets zegt. Verder kan het voor mensen met ASS moeilijk zijn om hun eetgedrag aan te passen aan de sociale context. Wanneer mag je bijvoorbeeld nog extra eten opscheppen en hoe weet je wanneer je van tafel mag? Dit varieert per sociale context. De meeste mensen voelen goed aan hoe dit werkt, maar veel mensen met ASS missen dit aanvoelend vermogen.


### **MEETINSTRUMENTEN**

Tot op heden zijn er nog geen Nederlandstalige instrumenten ontwikkeld om eetproblemen in kaart te brengen bij mensen met ASS. Wel is recentelijk de *Swedish Eating Assessment for Autism spectrum disorders* (SWEAA; Karlsson e.a. 2013) vertaald in het Nederlands. Deze zelfrapportagevragenlijst is geschikt voor normaal intelligente volwassenen met ASS.

### **CONCLUSIES**

ASS gaan regelmatig gepaard met eetproblemen en soms ook met eetstoornissen. Wetenschappelijk onderzoek op dit gebied is beperkt, maar laat vooral zien dat reguliere behandelprotocollen vaak niet leiden tot voldoende verbetering. Dit komt mogelijk doordat de oorzaak van de eetstoornissen/eetproblemen bij mensen met ASS anders is dan bij andere mensen met een eetstoornis. Bij mensen met ASS staan problemen in de prikkelverwerking meestal centraal, evenals een gebrek aan kennis omtrent gezond eetgedrag en lichamelijke ontwikkeling. Ook een beperkte flexibiliteit, motorische problemen en moeite met sociale situaties kunnen tot eetproblemen leiden. Deze kenmerken zijn vaak al vanaf de geboorte aanwezig.

In de behandeling dient de ASS als uitgangspunt genomen te worden; onder andere door te anticiperen op de prikkelgevoeligheid en de moeite met veranderingen.

 Bij het schrijven van dit artikel heeft Veronique van Woensel (Apanta-GGZ) inhoudelijk meegedacht vanuit haar expertise. Daarnaast hebben ervaringsdeskundigen Linsey, Daphne, Sandrine, Esther en Joost meegedacht en meegelezen.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. DSM-5. Amsterdam: Boom; 2014.
- Anckarsäter H, Horfuander B, Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C, Wentz E, e.a. The sociocommunicative deficit subgroup in anorexia nervosa: Autism spectrum disorders and neurocognition in a community based longitudinal study. *Psychol Med* 2011; 20: 1-11.
- Arcelus LMS, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 724-31.
- Baird G, e.a. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet* 2006; 368: 210-5.
- Baron-Cohen S, Jaffa T, Davies S, Auyeung B, Allison C, Wheelwright S. Do girls with anorexia nervosa have elevated autistic traits? *Mol Autism* 2013; 4: 24.
- Bartels AA, Verbeek WJC, Horwitz EH. Differentiele diagnostiek en comorbiditeit bij ASS. In: Kan C, Verbeek W, Bartels A, red. Diagnostiek van autismespectrumstoornissen bij volwassenen. Amsterdam: Hogrefe; 2012. p. 79-104.
- Chaidez V, Hansen RL, Hertz-Picciotto I. Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development. *J Autism Dev Disord* 2014; 44: 1117-27.
- Cornish E. A balanced approach towards healthy eating in autism. *J Hum Nutr Diet* 1998; 11: 501-9.
- Fisman S, Steele M, Short J, Byrne T, Lavallee C. Case study: Anorexia nervosa and autistic disorder in an adolescent girl. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 35: 937-40.
- Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 383-96.
- Hudson JL, Hiripi E, Harrison G, Pope J, Kessler CR. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 348-58.
- Huke V, Turk J, Saeidi S, Kent A, Morgan JF. Autism spectrum disorders in eating disorder populations: A systematic review. *Eur Eat Disord Rev* 2013; 21: 345-51.
- Huke V, Turk J, Saeidi S, Kent A, Morgan JF. The clinical implications of high levels of autism spectrum disorder features in anorexia nervosa: A pilot study. *Eur Eat Disord Rev* 2014; 22: 116-21.
- Karlsson L, Rastam M, Wentz E. The Swedish Eating Assessment for Autism spectrum disorders (SWEAA) – Validation of a self-report questionnaire targeting eating disturbances within the autism spectrum. *Res Dev Disabil*; 34: 2224-33.
- Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickleson O, Taylor HL. The biology of human starvation. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1950.
- Leekam SR, Nieto C, Libby SJ, Wing L, Gould J. Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism. *J Autism Dev Disord* 2007; 37: 894-910.
- Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moyer A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 1025-32.
- McIntosh VVW, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, e.a. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 741-7.
- Oldershaw A, Hambrook D, Tchanturia K, Treasure J, Schmidt U. Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia patients. *Psychosom Med* 2010; 72: 73-9.
- Oldershaw A, Treasure J, Hambrook D, Tchanturia K, Schmidt U. Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? *Eur Eat Disord Rev* 2011; 19: 462-74.
- Pooni J, Ninteman A, Bryant-Waugh R, Nicholls D, Mandy W. Investigating autism spectrum disorder and autistic traits in early onset eating disorder. *Int J Eat Disord* 2012; 45: 583-91.
- Rastam M. Eating disturbances in autism spectrum disorders with focus on adolescent and adult years. *Clin Neuropsychiatry* 2008; 5: 31-42.
- Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 321-36.
- Wentz E, Gillberg C, Anckarsater H, Gillberg C, Rastam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 168-74.
- Wentz E, Gillberg C, Gillberg C, Rastam M. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Personality disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1389-95.
- Wentz E, Lacey H, Waller G, Rastam M, Turk J, Gillberg C. Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14: 431-7.

## SUMMARY

# Eating problems in individuals with autism spectrum disorder (ASD) but no intellectual impairment

A.A. SPEK

**BACKGROUND** Little is known about the co-occurrence - in individuals - of autism spectrum disorder (ASD) and eating disorders and eating problems. Consequently, clinicians do not have enough information about how to diagnose or treat the combination of ASD and eating problems.

**AIM** To discuss the scientific literature and clinical experiences relating to eating disorders and eating problems in people who have ASD but no intellectual impairment.

**METHOD** The scientific literature was searched by means of PubMed, Medline and PsycINFO, and clinical experiences were discussed.

**RESULTS** The combination of ASD and anorexia nervosa seems to be a strong predictor that the eating disorder will follow a chronic course. It is not clear how often bulimia nervosa occurs in persons with ASD. Eating problems in persons with ASD often seem to be related to sensory sensitivity, eating preferences and motor problems. So far, little is known about the treatment of eating disorders and eating problems in individuals with ASD.

**CONCLUSION** When diagnosing and treating eating disorders and eating problems in individuals with ASD, it is important to take information processing and behaviour characteristics of ASD into account. Further research is needed, particularly in order to cast more light on treatment possibilities.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)10, 749-756

**KEY WORDS** autism spectrum disorders, eating disorders, eating problems