

EETSTOORNISSEN

AUTEUR

Thérèse LEBACQ

Dankwoord

Dit werk kon niet worden gerealiseerd zonder de medewerking van een aantal personen. Onze bijzondere dank gaat uit naar:

De deelnemers en de enquêteurs voor hun deelname aan de enquête;

Loes Brocatus, Charlotte Stiévenart en Sofie Van den Abeele voor de voorbereiding en de organisatie van het veldwerk, alsook hun ondersteuning bij het databeheer;

Ledia Jani voor de organisatie en de logistiek van deze enquête, alsook haar werk voor de lay-out van dit rapport;

Sarah Bel, Koenraad Cuypers, Thérésa Lebacq, Cloë Ost en Eveline Teppers voor het databeheer en de dataverwerking.

Gelieve bij het verwijzen naar resultaten van dit hoofdstuk de volgende referentie te gebruiken:

Lebacq T. Eetstoornissen. In: Lebacq T, Teppers E. (ed.). Voedselconsumptiepeiling 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP, Brussel, 2015.

INHOUDSTAFEL

Samenvatting	277
1. Inleiding	278
2. Instrumenten	279
2.1. Vragen	279
2.2. Indicatoren.....	280
3. Resultaten	281
3.1. Prevalentie van eetstoornissen.....	281
3.2. Gemiddelde score voor de component “voedingsrestrictie” (EAT-A).....	282
3.3. Gemiddelde score voor de component “voedingspreoccupatie” (EAT-B)	283
4. Discussie.....	284
5. Tabellen.....	286
6. Referenties.....	290

SAMENVATTING

Deze module heeft tot doel de prevalentie van eetstoornissen in België te bepalen en de mogelijke samenhang te bestuderen tussen de aanwezigheid van die stoornissen en de voedingstoestand van de personen in kwestie. Om dat te doen werd de vragenlijst *Eating Attitudes Test* (EAT), die zich focust op de identificatie van zeven specifieke symptomen, als meetinstrument gebruikt. Deze vragenlijst combineert twee componenten: de eerste component is gericht op het identificeren van de aanwezigheid van symptomen van voedingsrestrictie (geassocieerd met anorexia) bij de bevolking, terwijl de tweede component gericht is op het identificeren van symptomen van voedingspreoccupatie (geassocieerd met boulimie) bij de bevolking.

In 2014 in België blijkt dat ongeveer 4% van de bevolking tussen 10 en 64 jaar zou kunnen lijden aan eetstoornissen zoals anorexia en boulimie. Dat percentage geldt zowel voor mannen als vrouwen. Adolescenten van 14 tot 17 jaar vertonen het vaakst (6%) deze eetstoornissen. Vervolgens wordt er een dalende trend waargenomen bij toenemende leeftijd. Echter bij de mannen wordt het hoogste percentage (7%) waargenomen bij de jongste adolescenten, namelijk bij de jongeren tussen 10 en 13 jaar. Personen met ondergewicht lopen het meeste risico op eetstoornissen (16% tegenover 3 tot 4% in de andere BMI-categorieën). Op sociaal-economisch vlak tenslotte: het percentage eetstoornissen bij personen met een diploma hoger onderwijs van het lange type is duidelijk lager (2%) dan het percentage bij personen met een lager opleidingsniveau (maximum 4%).

De aanvullende analyse van de twee componenten van de EAT (voedingsrestrictie en voedingspreoccupatie) toont aan dat de componenten op een tegenovergestelde manier significant samenhangen met de *Body Mass Index*. Zo is het gemiddelde niveau van voedingsrestrictie het hoogst bij personen die ondergewicht hebben. Dat niveau daalt vervolgens bij personen die een normaal gewicht hebben en bij personen die overgewicht hebben. Omgekeerd is het gemiddelde niveau van voedingspreoccupatie het hoogst bij personen die overgewicht of obesitas hebben. Dat niveau is lager bij personen met een normale BMI en nog lager bij personen die ondergewicht hebben.

1. INLEIDING

Eetstoornissen worden gekenmerkt door een abnormale houding ten aanzien van voeding. Die stoornissen houden verband met extreme emoties, houdingen en gedragingen ten aanzien van het lichaamsgewicht en voeding (1). Er bestaan verschillende vormen van eetstoornissen (2):

- Anorexia nervosa: personen die getroffen worden door deze stoornis hebben een intense angst voor gewichtstoename en dat ondanks een gewichtstekort; ze proberen een laag gewicht te behouden of voortdurend gewicht te verliezen door middel van drastische voedingsrestricties, intense lichaamsbeweging of andere strategieën (overgeven, gebruik van laxemiddelen).
- Boulimie: stoornis die gekenmerkt wordt door geregeld voorkomende fasen van buitensporige voedselinname, gevolgd door compenserende gedragingen (overgeven, gebruik van laxemiddelen, vasten, intense lichaamsbeweging) die erop gericht zijn gewichtstoename te vermijden;
- Atypische stoornissen (*eating disorder not otherwise specified*): die eetstoornissen komen sterk in de buurt van anorexia nervosa en boulimie, maar worden als atypisch beschouwd aangezien ze niet volledig aan de diagnosecriteria van die twee stoornissen beantwoorden.

Er kunnen verschillende factoren – biologische, psychologische en sociaal-culturele factoren – aan de basis liggen van de ontwikkeling van eetstoornissen (3). Meer bepaald het feit blootgesteld te zijn aan een slankheidsideaal, het zich eigen maken van dat ideaal en de obsessies over het eigen gewicht die er het gevolg van zijn, vormen de psychosociale factoren die vaak worden vermeld in studies die betrekking hebben op eetstoornissen (4).

Vooraf adolescenten en jonge volwassenen zijn bijzonder gevoelig voor de problematiek van eetstoornissen. Hoewel de prevalentie van die stoornissen – geraamd op basis van bevolkingsstudies – vrij klein is (0,5 tot 1,0% voor anorexia en 0,5 tot 3,0% voor boulimie), hebben ze een grote en dramatische invloed op diegenen die eraan lijden (5). Eetstoornissen zijn immers de oorzaak van ernstige psychosociale en lichamelijke problemen (6). Ze worden ook geassocieerd met een hoog percentage medische complicaties, comorbiditeit, sterfte en zelfmoorden (5). De medische behandelingen die eruit volgen, hebben een hoge economische kostprijs, wat het belang van preventieacties extra doet toenemen (1;6).

In deze context had de Voedselconsumptiepeiling 2014-2015 tot doel de prevalentie van eetstoornissen in België te bepalen en de samenhang te bestuderen tussen de aanwezigheid van eetstoornissen en de voedingstoestand van de personen in kwestie.

2. INSTRUMENTEN

2.1. VRAGEN

De evaluatie van eetstoornissen maakte geen deel uit van de Voedselconsumptiepeiling 2004. De thematiek werd geïntegreerd in dit onderzoek omdat ze nauw verbonden is met voedingsinname en de gewichtstoestand van de personen in kwestie. Er bestaan verschillende meetinstrumenten om binnen een populatie het percentage personen dat vatbaar is voor eetstoornissen te identificeren. Deze metingen proberen over het algemeen op basis van een screeningschaal een min of meer lange lijst van specifieke symptomen bij de ondervraagden te identificeren. Bij wijze van voorbeeld: SCOFF – gebruikt in het kader van de gezondheidsenquête 2013 – is een screeningschaal die bestaat uit vijf vragen (7); de *Eating Attitudes Test* is een screeningstool die bestaat uit 40, 26, 12 of 7 items, afhankelijk van de versie (2); en de vragenlijst *Eating Disorders Examination* (EDE-Q) omvat een reeks van 36 items (8).

In het kader van de Voedselconsumptiepeiling 2014-2015 werd de *Eating Attitudes Test* (EAT), die oorspronkelijk in 1969 door Garner and Garfunkel werd ontwikkeld (9), als meetinstrument gebruikt om de prevalentie van eetstoornissen bij de Belgische bevolking te evalueren. De versie die gebruikt werd voor dit onderzoek is gebaseerd op de identificatie van zeven specifieke symptomen. Met de EAT kan worden nagegaan of die symptomen aanwezig zijn bij de ondervraagden zonder dat er echter een nauwkeurige diagnose van het bestaan van eetstoornissen moet worden gesteld. De validiteit en de betrouwbaarheid van het instrument als screeningstool voor gedragsstoornissen zonder klinische doeleinden werden wetenschappelijk erkend (2). Screeningstools hebben echter als nadeel dat ze de frequentie van de bestudeerde stoornissen overschatten (7). Het gebruik van een dergelijke tool wordt dan ook geacht te worden gevolgd - in een tweede fase - door een interview dat erop gericht is een bevestigende diagnose te stellen (8).

De vragen met betrekking tot de eetstoornissen bevonden zich in de “gezondheidsvragenlijst” die de ondervraagden (adolescenten en volwassenen van 10 tot 64 jaar) schriftelijk en op een vertrouwelijke manier hebben beantwoord. De vragenlijst bestond uit een lijst van eetgedragingen waarvoor de ondervraagde één van de volgende antwoorden kon geven : (1) Nooit; (2) Zelden; (3) Vaak; (4) Altijd.

- ED01 Wanneer ik begin te eten, kan ik moeilijk stoppen.
- ED02 Ik besteed teveel tijd aan het denken aan eten.
- ED03 Ik heb het gevoel dat voeding mijn leven beheerst.
- ED04 Ik snijd mijn eten in kleine stukjes.
- ED05 Ik neem meer tijd dan anderen om een maaltijd te nuttigen.
- ED06 De anderen denken dat ik te dun ben.
- ED07 Ik heb het gevoel dat mensen me onder druk zetten om te eten.

De eerste drie gedragingen vormen de component die betrekking heeft op eetpreoccupaties (EAT-B), terwijl de laatste vier gedragingen de component vormen die betrekking heeft op eetrestricties (EAT-A) (10). De twee componenten kregen de naam “voedingspreoccupatie” en “voedingsrestrictie” om ze te onderscheiden van de termen “boulimie” en “anorexia”, waarvoor een klinische diagnose vereist is (10).

2.2. INDICATOREN

Het gebruik van de *Eating Attitudes Test* (EAT) houdt in dat er scores moeten worden toegekend aan de antwoorden op de zeven vragen van paragraaf 2.1. Voor elke vraag werden de volgende scores toegekend (2):

- 0 voor de antwoorden “Nooit” en “Zelden”;
- 1 voor het antwoord “Vaak”;
- 2 voor het antwoord “Altijd”.

Vervolgens werden er subtotalen berekend voor de beide componenten van de test: de component die betrekking heeft op eetrestricties (EAT-A, maximumscore: 8) en de component die betrekking heeft op eetpreoccupaties (EAT-B, maximumscore: 6) (2;10). De som van de twee subtotalen vormt de totale EAT-score.

Op basis van die scores werden de volgende drie indicatoren berekend:

- ED_1** Deze indicator evalueert het percentage van de Belgische volwassenen en adolescenten (van 10 tot 64 jaar) die symptomen van eetstoornissen vertonen. Ondervraagden die een totale EAT-score van meer dan vier (> 4) behalen worden beschouwd als personen die een vermoeden van eetstoornissen hebben (11).
- ED_3** Deze indicator geeft de gemiddelde score voor de Belgische bevolking van 10 tot 64 jaar op de component die betrekking heeft op eetrestricties (EAT-A). Die score is de som van de scores die toegewezen werden aan de vier vragen van die component (maximumscore: 8). Hoe hoger de score, hoe meer men symptomen van voedingsrestrictie vertoont.
- ED_4** Deze indicator geeft de gemiddelde score voor de Belgische bevolking van 10 tot 64 jaar op de component van de test die betrekking heeft op eetpreoccupaties (EAT-B). Die score is de som van de scores die toegewezen werden aan de drie vragen van die component (maximumscore: 6). Hoe hoger de score, hoe meer men symptomen van voedingspreoccupatie vertoont.

3. RESULTATEN

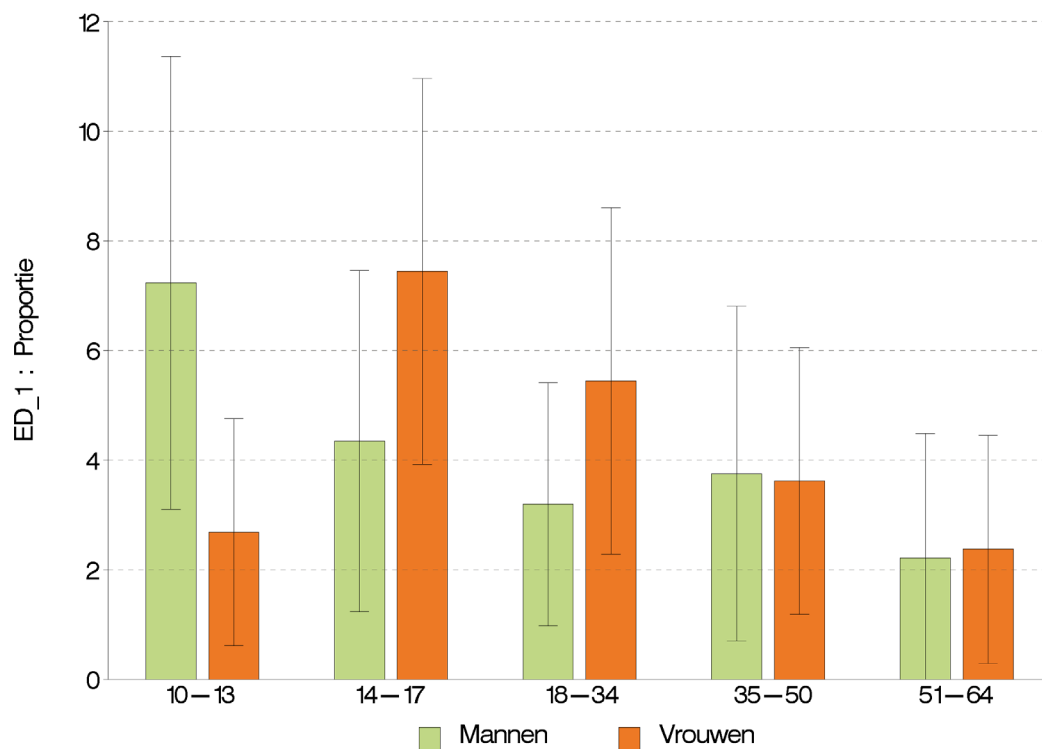
3.1. PREVALENTIE VAN EETSTOORNISSEN

De aanwezigheid van eetstoornissen in België werd geëvalueerd op basis van een indicator die tot stand is gekomen door middel van een screeningschaal (*Eating Attitudes Test, EAT*) die bestaat uit zeven vragen. De som van de scores die aan de vragen werden toegekend, werd gedichotomiseerd (zie paragraaf 2.2) op de waarde van "4" om de personen te identificeren die vatbaar zijn voor eetstoornissen. Het is belangrijk om erop te wijzen dat die indicator slechts een screeningtool vormt en geen medische diagnose inhoudt. De resultaten die in deze paragraaf worden voorgesteld, moeten dus met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Door een totale EAT-score van 4 als drempelwaarde te beschouwen, zou in 2014 in België 3,7% van de bevolking tussen 10 en 64 jaar aan eetstoornissen hebben kunnen lijden. Dat percentage is ongeveer hetzelfde voor vrouwen (4,0%) en mannen (3,5%). De verschillen tussen mannen en vrouwen variëren echter met de leeftijd (Figuur 1): bij de personen tussen 10 en 13 jaar is de prevalentie van eetstoornissen significant hoger bij mannen (7,2%) dan bij vrouwen (2,7%) (OR 2,82; BI 95% 1,04-7,69). Bij de oudere leeftijdsgroepen zijn de waargenomen verschillen niet significant.

Het percentage personen die vatbaar zijn om aan eetstoornissen te lijden, is het hoogst bij adolescenten tussen 14 en 17 jaar (5,8%). Dat percentage daalt vervolgens met de leeftijd om 2,3% te bereiken bij de personen tussen 51 en 64 jaar. De verdeling per leeftijd varieert echter naargelang van het geslacht van de personen (Figuur 1). Bij de mannen wordt namelijk de grootste prevalentie van een vermoeden van eetstoornissen waargenomen in de leeftijdsklasse 10-13 jaar (7,2%). Een vrij stabiele verdeling van de prevalentie van eetstoornissen op basis van leeftijd wordt vervolgens waargenomen bij de hogere leeftijdsklassen (2 tot 4%). Bij de vrouwen is de prevalentie het hoogst in de leeftijdsklasse 14-17 jaar (7,4%) en neemt ze vervolgens af naarmate de leeftijd toeneemt om uiteindelijk 2,4% te bereiken bij de oudste leeftijdsgroep (51 tot 64 jaar).

Figuur 1 | Percentage van de bevolking met een leeftijd van 10 tot 64 jaar met een vermoedelijke eetstoornis (EAT score > 4), volgens leeftijd en geslacht, België, 2014.



Er zijn twee keer minder personen met een diploma hoger onderwijs van het lange type die een vermoeden hebben van eetstoornissen (1,9%) in vergelijking met personen met een diploma hoger onderwijs van het korte type (4,5%) (OR 0,38; BI 95% 0,17-0,84) en personen met een diploma middelbaar, diploma lager onderwijs of zonder diploma (4,4%) (OR 0,38; BI 95% 0,18-0,76). Deze verschillen zijn significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Het percentage personen die vatbaar zijn voor eetstoornissen is significant hoger bij personen die een *Body Mass Index*¹ (BMI) hebben die wijst op ondergewicht (15,6%) dan bij personen met een normale BMI (3,1%) (OR 5,55; BI 95% 2,19-14,04), personen met overgewicht (3,4%) (OR 4,00; BI 95% 1,43-11,23) en obese personen (4,1%) (OR 3,29; BI 95% 1,03-10,48).

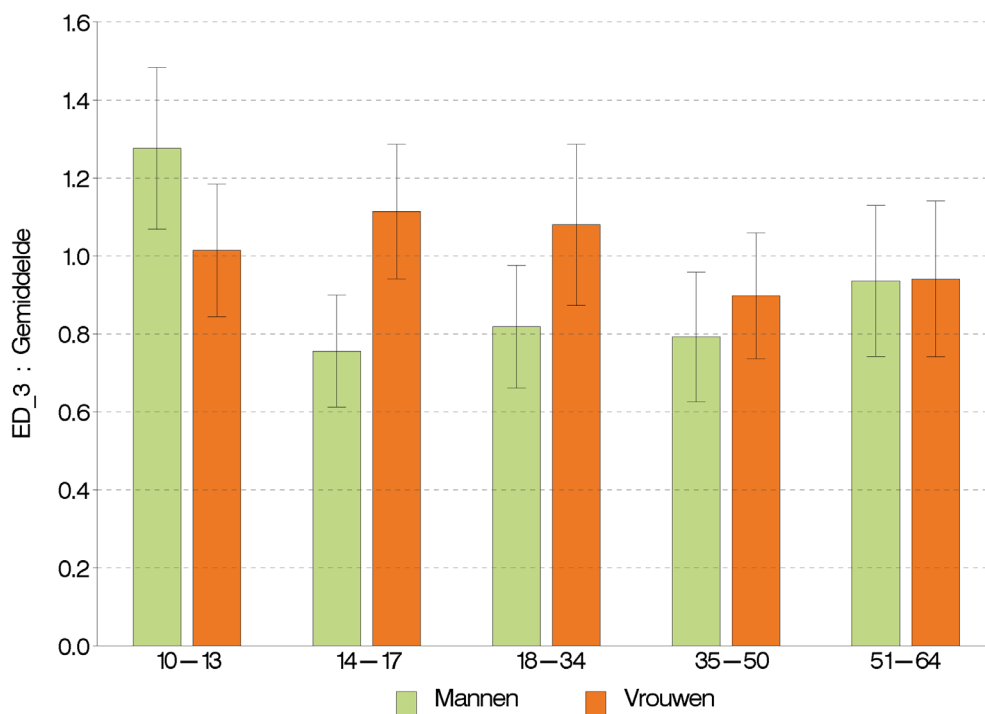
De prevalentie van eetstoornissen varieert niet significant naargelang de verblijfplaats (Wallonië versus Vlaanderen)².

3.2. GEMIDDELDE SCORE VOOR DE COMPONENT “VOEDINGSRESTRICHTIE” (EAT-A)

In 2014 was 0,9 de gemiddelde score van de Belgische bevolking van 10 tot 64 jaar voor de component “voedingsrestricte” van de *Eating Attitudes Test* (EAT-A). Dat gemiddelde is hetzelfde voor mannen en vrouwen. De verschillen tussen de geslachten variëren naargelang de leeftijd (Figuur 2): terwijl de gemiddelde score niet significant verschillend is op basis van geslacht in de leeftijdsklassen “10-13”, “35-50” en “51-64”, is de gemiddelde waarde van de EAT-A-score significant hoger bij de vrouwen dan bij de mannen in de leeftijdsklassen “14-17” en “18-34”. In die leeftijdsklassen vertonen vrouwen gemiddeld meer uitgesproken symptomen van voedingsrestricte dan mannen.

Adolescenten van 10 tot 13 jaar behalen de hoogste gemiddelde EAT-A-score, namelijk 1,1. Na correctie voor geslacht is die score significant hoger dan de score die wordt waargenomen in de oudere leeftijdsklassen. Uit Figuur 2 blijkt echter dat dit verschil alleen geldt voor de mannen, terwijl voor de vrouwen de gemiddelde score in alle leeftijdsklassen min of meer gelijk is.

Figuur 2 | Gemiddelde score van de bevolking met een leeftijd van 10 tot 64 jaar voor het onderdeel “voedingsrestricte” (EAT-A), volgens leeftijd en geslacht, België, 2014



¹ Extra informatie omtrent de BMI kan gevonden worden in het hoofdstuk “Antropometrie”.

² Brussel werd niet gebruikt voor de vergelijking van de resultaten volgens verblijfplaats. In alle andere analyses werden de drie regio’s (Vlaanderen, Wallonië en Brussel) wel geïnccludeerd.

Personen met een vrij laag opleidingsniveau (geen diploma, diploma lager of middelbaar onderwijs) behalen een gemiddelde score van 1,0 voor de component “voedingsrestrictie”, terwijl de gemiddelde score 0,8 is voor personen met een hoger opleidingsniveau. Dit verschil is significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

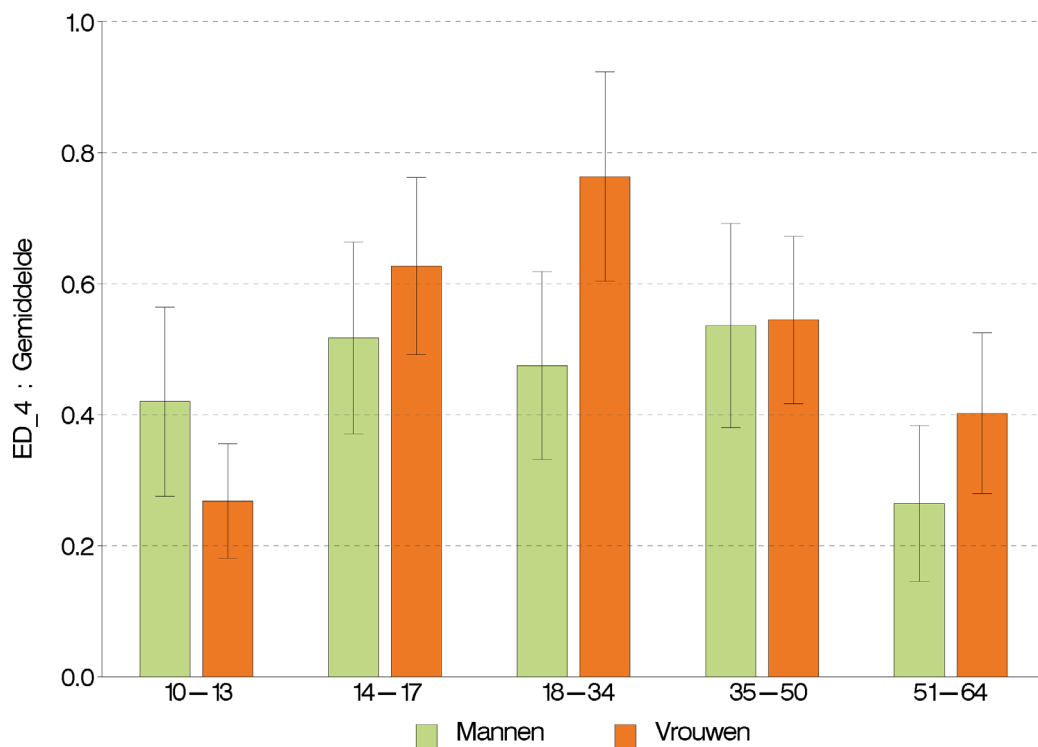
Het gemiddelde niveau van voedingsrestrictie heeft de neiging om toe te nemen naarmate de BMI daalt: zo stijgt de gemiddelde score voor de component “voedingsrestrictie” van 0,7 bij personen met overgewicht naar 1,0 bij personen met een normaal gewicht en naar 2,4 bij personen met ondergewicht. De waargenomen verschillen tussen die drie BMI-categorieën zijn significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Er wordt hier geen variatie waargenomen op basis van verblijfplaats (Wallonië versus Vlaanderen).

3.3. GEMIDDELDE SCORE VOOR DE COMPONENT “VOEDINGSPREOCCUPATIE” (EAT-B)

In 2014 was 0,5 de gemiddelde score van de Belgische bevolking van 10 tot 64 jaar voor de component “voedingspreoccupatie” van de *Eating Attitudes Test* (EAT-A). De gemiddelde score is iets hoger bij vrouwen (0,6) dan bij mannen (0,4). Dit verschil is significant na correctie voor leeftijd. Uit Figuur 3 blijkt dat het verschil tussen de geslachten vooral betrekking heeft op personen van 18 tot 34 jaar.

Adolescenten van 10 tot 13 jaar en volwassenen van 51 tot 64 jaar hebben een gemiddelde score van voedingspreoccupatie dat lager is (0,3) dan die van personen die tot de tussenliggende leeftijdsklassen behoren (respectievelijk 0,6, 0,6 en 0,5 voor de leeftijdscategorieën “14-17”, “18-34” en “35-50”). Deze verschillen zijn significant na correctie voor geslacht.

Figuur 3 | Gemiddelde score van de bevolking met een leeftijd van 10 tot 64 jaar voor het onderdeel “voedingspreoccupatie” (EAT-B), volgens leeftijd en geslacht, België, 2014



Anders dan bij de eetrestricties, stijgt het gemiddelde niveau van voedingspreoccupatie naarmate de BMI toeneemt. Zo stijgt de gemiddelde score voor de component “voedingspreoccupatie” van 0,2 bij personen met ondergewicht naar 0,4 bij personen met een normaal gewicht. Personen met overgewicht en obese personen vertonen de hoogste graad van voedingspreoccupatie (0,6 en 0,7 respectievelijk). Die verschillen zijn significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Na correctie voor geslacht en leeftijd werd er geen enkel significant verschil op basis van het opleidingsniveau en de woonplaats waargenomen voor het onderdeel voedingspreoccupatie.

4. DISCUSSIE

Eetstoornissen vormen een belangrijke thematiek voor de volksgezondheid, gezien de grote invloed die ze hebben op lichamelijk, psychologisch en sociaal vlak voor diegenen die eraan lijden (voornamelijk adolescenten en jonge volwassenen) en gezien de hoge economische kosten die ze met zich meebrengen voor de samenleving (6). De Voedselconsumptiepeiling 2014-2015 had tot doel het voorkomen van die stoornissen in België te onderzoeken en de bevolkingsgroepen te identificeren die het meest vatbaar zijn om te worden getroffen door die problematiek. Om dit te bereiken, werd de symptomenschaal "Eating Attitudes Test" (EAT) en meer specifiek de EAT-versie bestaande uit 7 vragen (EAT-7-items) (10;11) als analysetool gebruikt.

Op basis van de gegevens komende uit de EAT screeningsschaal blijkt dat in 2014 ongeveer 4% van de Belgische bevolking van 10 tot 64 jaar aan eetstoornissen zou kunnen lijden. Er kunnen dus meer dan 300.000 Belgen door die problematiek zijn getroffen. Het percentage dat wordt waargenomen in het huidige onderzoek is duidelijk lager dan het percentage dat in de gezondheidsenquête van 2013 werd vermeld. Dat onderzoek schatte dat 8% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder vatbaar was om te lijden aan dergelijke stoornissen (7). Het gebruik van een andere screeningtool (SCOFF) zou dat verschil kunnen verklaren. Anderzijds is het zo dat de prevalentie van 4% die wordt waargenomen in de Voedselconsumptiepeiling 2014-2015 groter is dan de prevalenties die in andere studies worden waargenomen. Die bedragen 1%³ voor boulimie en 0,3% voor anorexia (12;13). Gezien de afwezigheid van een individuele bevestigende diagnose zijn de cijfers uit dit onderzoek waarschijnlijk overschat en moeten ze met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

In 2014 blijkt in België de prevalentie van eetstoornissen ongeveer even groot te zijn bij vrouwen als bij mannen (respectievelijk 4,0% en 3,5%). Een dergelijk resultaat is in tegenstrijd met de resultaten die gewoonlijk worden vermeld en die bij vrouwen een grotere prevalentie tonen dan bij mannen (7;12). Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat in het huidige onderzoek al vanaf een leeftijd van 10 jaar personen werden ondervraagd. Uit de resultaten blijkt nu dat er bij de adolescenten van 10 tot 13 jaar een grotere prevalentie is bij de jongens dan bij de meisjes, wat tot gevolg zou kunnen hebben dat de prevalenties die bij de hele bestudeerde populatie voor de twee geslachten worden waargenomen in "evenwicht" worden gebracht.

De uitvoerige analyse van de twee componenten van de EAT-test heeft niettemin aangetoond dat vrouwen van 14 tot 34 jaar een hogere gemiddelde score behalen dan de mannen voor de eerste component (EAT-A), wat betekent dat ze meer uitgesproken symptomen van voedingsrestrictie vertonen. Bovendien is de gemiddelde score voor de tweede component (EAT-B, voedingspreoccupatie) hoger bij de vrouwen dan bij de mannen. Dergelijke resultaten suggereren dat vrouwen daadwerkelijk een groep vormen die gevoelig is voor de problematiek van de voedingsrestrictie én die van de voedingspreoccupatie.

Er werd een verband waargenomen tussen de prevalentie van eetstoornissen en de leeftijd: het percentage personen dat vatbaar is om eetstoornissen te vertonen is groter bij adolescenten van 14 tot 17 jaar en neemt vervolgens af met de leeftijd. Er bestaat echter wel een verschil, namelijk op basis van het geslacht: zo wordt bij de mannen het hoogste percentage waargenomen bij de jongste adolescenten (10 tot 13 jaar).

Op het vlak van de body mass index tonen de resultaten aan dat personen met ondergewicht vaker het risico lopen om aan eetstoornissen te lijden. Zoals in andere studies (10) werd er een verband waargenomen tussen de twee componenten van de EAT test en de *Body Mass Index*. Zo is het gemiddelde niveau van voedingsrestrictie bij de Belgische bevolking het hoogst bij personen met ondergewicht en daalt het vervolgens bij personen die een normaal gewicht of overgewicht hebben. Omgekeerd is het gemiddelde niveau van voedingspreoccupatie het hoogst bij personen met overgewicht of obesitas en daalt het vervolgens bij personen die een normale BMI of ondergewicht hebben.

³ Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen «punctual prevalence» (prevalentie op een bepaald moment) en «lifetime prevalence». Die laatste prevalentie komt overeen met het percentage personen die ten minste één keer in hun leven aan eetstoornissen hebben geleden.

Op sociaal-economisch niveau, ten slotte, lijden personen met een diploma hoger onderwijs van het lange type duidelijk minder aan eetstoornissen dan personen met een lager opleidingsniveau. De verkregen resultaten laten echter niet toe om tot de conclusie te komen dat er een lineaire sociaal-economische gradiënt bestaat. Een vergelijkbaar resultaat werd vermeld in de gezondheidsenquête van 2013: er werd een lagere prevalentie van eetstoornissen waargenomen bij personen die afkomstig zijn uit de hoogst opgeleide gezinnen, zonder dat er echter een lineaire gradiënt kon worden opgetekend (7). Er zijn omstreden uitspraken over dat onderwerp in de literatuur te vinden. Sommige studies tonen aan dat er bij personen met een hoog sociaal-economisch statuut een groter risico bestaat om eetstoornissen te ontwikkelen (14;15) en andere studies nuanceren het bestaan van een dergelijk verband (16).

Methodologisch gezien vertoont de aanpak waarvoor werd geopteerd in dit onderzoek bepaalde beperkingen. Enerzijds zijn de prevalenties gebaseerd op een screeningtool en niet op medische diagnoses, die voor meer nauwkeurige en meer genuanceerde resultaten zouden zorgen (7). Bovendien heeft men zich bij het testen van de geldigheid van de *Eating Attitudes Test* geconcentreerd op een populatie van adolescenten (12-19 jaar) (17;18), terwijl de voedselconsumptiepeiling de tool ook gebruikt voor een volwassen populatie tot 64 jaar. Anderzijds worden de twee bekendste vormen van eetstoornissen benaderd door de screeningstool: de voedingsrestricties hebben betrekking op anorexia en de voedingspreoccupaties op boulimie. Die indicator geeft dus een vereenvoudigd beeld van de werkelijkheid, enerzijds omdat deze twee categorieën van stoornissen met elkaar kunnen worden verbonden en anderzijds omdat er ook andere, atypische eetstoornissen bestaan (bv. dwangmatige hyperfagie of *binge eating*) (7).

As besluit, wat betreft volksgezondheid, hebben de resultaten als troef dat ze de subgroepen van de bevolking identificeren die meer risico lopen om eetstoornissen te ontwikkelen, namelijk adolescenten, vrouwen, personen met een lager opleidingsniveau en personen met ondergewicht. Die groepen zouden specifiek als doelgroep moeten worden gekozen bij het uitwerken van preventie- en interventie strategieën. Dergelijke acties kunnen bijvoorbeeld plaatsvinden via campagnes die erop gericht zijn de bevolking op de hoogte te brengen van de nefaste gevolgen van dergelijke stoornissen en adequaat eetgedrag te bevorderen (gezonde en evenwichtige leefregels, dieetprincipes en regelmatig sporten) of via acties die erop gericht zijn het hoofd te bieden aan de sociaal-culturele druk die gepaard gaat met slankheids- en dieet-idealen (19).

5. TABELLEN

Tabel 1	Percentage van de bevolking met een leeftijd van 10 tot 64 jaar met een vermoedelijke eetstoornis (EAT score > 4), België, 2014	287
Tabel 2	Gemiddelde score van de bevolking met een leeftijd van 10 tot 64 jaar voor het onderdeel "voedingsrestrictie" (EAT), België, 2014	288
Tabel 3	Gemiddelde score van de bevolking met een leeftijd van 10 tot 64 jaar voor het onderdeel "voedingspreoccupatie" (EAT), België, 2014	289

Tabel 1 | Percentage van de bevolking met een leeftijd van 10 tot 64 jaar met een vermoedelijke eetstoornis (EAT score > 4), België, 2014

ED_1		% (ruw*)	95% BI ruw	% (corr**)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	3,5	(2,1-4,8)	3,4	(2,1-4,8)	1027
	Vrouwen	4,0	(2,7-5,4)	4,0	(2,7-5,4)	1078
LEEFTIJDGROEP	10 - 13	5,0	(2,7-7,4)	5,0	(2,7-7,3)	417
	14 - 17	5,8	(3,5-8,2)	5,9	(3,6-8,2)	476
	18 - 34	4,3	(2,4-6,2)	4,3	(2,4-6,2)	469
	35 - 50	3,7	(1,7-5,6)	3,7	(1,7-5,6)	410
	51 - 64	2,3	(0,8-3,8)	2,3	(0,8-3,8)	333
OPLEIDINGSNIVEAU	Geen diploma, lager of secundair	4,4	(2,9-6,0)	4,6	(3,0-6,3)	906
	Hoger van het korte type	4,5	(2,3-6,6)	4,3	(2,3-6,3)	584
	Hoger van het lange type	1,9	(0,7-3,0)	1,7	(0,7-2,7)	583
VERBLIJFPLAATS***	Vlaanderen	3,1	(1,9-4,3)	3,2	(2,0-4,3)	1216
	Wallonië	4,6	(2,8-6,4)	4,5	(2,7-6,3)	728
TOTAAL		3,7	(2,8-4,7)			2105

Bron: Nationale voedselconsumptiepeiling 2014-2015, België.

* Gewogen prevalentie.

** Gewogen prevalentie na correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van lineair regressiemodel (Belgische bevolking van 2014 als referentie).

*** Brussel werd niet gebruikt voor de vergelijking van de resultaten volgens verblijfplaats. In alle andere analyses werden de drie regio's (Vlaanderen, Wallonië en Brussel) wel geïnccludeerd.

Tabel 2 | Gemiddelde score van de bevolking met een leeftijd van 10 tot 64 jaar voor het onderdeel "voedingsrestrictie" (EAT), België, 2014

ED_3		Gemiddelde (ruw*)	95% BI (ruw)	Gemiddelde (corr**)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	0,9	(0,8-0,9)	0,9	(0,8-1,0)	1037
	Vrouwen	1,0	(0,9-1,1)	1,0	(0,9-1,1)	1092
LEEFTIJDGROEP	10 - 13	1,1	(1,0-1,3)	1,1	(1,0-1,3)	422
	14 - 17	0,9	(0,8-1,0)	0,9	(0,8-1,0)	480
	18 - 34	0,9	(0,8-1,1)	0,9	(0,8-1,1)	471
	35 - 50	0,8	(0,7-1,0)	0,8	(0,7-1,0)	415
	51 - 64	0,9	(0,8-1,1)	0,9	(0,8-1,1)	341
OPLEIDINGSNIVEAU	Geen diploma, lager of secundair	1,0	(0,9-1,1)	1,1	(1,0-1,2)	916
	Hoger van het korte type	0,8	(0,7-0,9)	0,8	(0,7-0,9)	591
	Hoger van het lange type	0,8	(0,7-1,0)	0,8	(0,7-1,0)	589
VERBLIJFPLAATS***	Vlaanderen	0,9	(0,8-1,0)	0,9	(0,8-1,0)	1231
	Wallonië	1,0	(0,9-1,1)	1,0	(0,9-1,1)	736
TOTAAL		0,9	(0,9-1,0)			2129

Bron: Nationale voedselconsumptiepeiling 2014-2015, België.

* Gewogen gemiddelde.

** Gewogen gemiddelde na correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van lineair regressiemodel (Belgische bevolking van 2014 als referentie).

*** Brussel werd niet gebruikt voor de vergelijking van de resultaten volgens verblijfplaats. In alle andere analyses werden de drie regio's (Vlaanderen, Wallonië en Brussel) wel geïnccludeerd.

Tabel 3 | Gemiddelde score van de bevolking met een leeftijd van 10 tot 64 jaar voor het onderdeel "voedingspreoccupatie" (EAT), België, 2014

ED_4		Gemiddelde (ruw*)	95% BI (ruw)	Gemiddelde (corr**)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	0,4	(0,4-0,5)	0,4	(0,4-0,5)	1036
	Vrouwen	0,6	(0,5-0,6)	0,6	(0,5-0,6)	1091
LEEFTIJDGROEP	10 - 13	0,3	(0,3-0,4)	0,3	(0,3-0,4)	422
	14 - 17	0,6	(0,5-0,7)	0,6	(0,5-0,7)	480
	18 - 34	0,6	(0,5-0,7)	0,6	(0,5-0,7)	474
	35 - 50	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,4-0,6)	411
	51 - 64	0,3	(0,3-0,4)	0,3	(0,2-0,4)	340
OPLEIDINGSNIVEAU	Geen diploma, lager of secundair	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,5-0,6)	915
	Hoger van het korte type	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,4-0,6)	591
	Hoger van het lange type	0,5	(0,4-0,5)	0,4	(0,3-0,5)	588
VERBLIJFPLAATS***	Vlaanderen	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,4-0,6)	1229
	Wallonië	0,5	(0,4-0,6)	0,5	(0,4-0,6)	736
TOTAAL		0,5	(0,4-0,6)			2127

Bron: Nationale voedselconsumptiepeiling 2014-2015, België.

* Gewogen gemiddelde.

** Gewogen gemiddelde na correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van lineair regressiemodel (Belgische bevolking van 2014 als referentie).

*** Brussel werd niet gebruikt voor de vergelijking van de resultaten volgens verblijfplaats. In alle andere analyses werden de drie regio's (Vlaanderen, Wallonië en Brussel) wel geïnccludeerd.

6. REFERENTIES

- (1) National Eating Disorders Association. Types & Symptoms of Eating Disorders. 2015. 13-5-2015.
- (2) Bjørnelv S. Eating- and weight problems in adolescents. The Young-HUNT study. Norwegian University of Science and Technology. Faculty of Medicine.; 2009.
- (3) Thelen MH, Lawrence CM, Powell AL. Body image, weight control, and eating disorders among children.: Taylor & Francis; 2013 p. 81.
- (4) Keel PK, Forney KJ. Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2013;46(5):433-9.
- (5) Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry* 2011;68(7):714-23.
- (6) Berge JM, Loth K, Hanson C, Croll G, Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of clinical nursing* 2012;21(9-10):1355-63.
- (7) Gisle L. Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Santé mentale. Bruxelles: WIV-ISP; 2014.
- (8) Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJV. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour research and therapy* 2004;42(5):551- 67.
- (9) Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine* 1979;9(02):273-9.
- (10) Bjørnelv S, Nordahl HM, Holmen TL. Psychological factors and weight problems in adolescents. The role of eating problems, emotional problems, and personality traits: the Young-HUNT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011 May;46(5):353-62.
- (11) Jeppesen E, Bjelland I, Fossa SD, Loge JH, Sorebo O, Dahl AA. Does a parental history of cancer moderate the associations between impaired health status in parents and psychosocial problems in teenagers: a HUNT study. *Cancer medicine* 2014;3(4):919-26.
- (12) Preti A, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of psychiatric research* 2009;43(14):1125-32.
- (13) Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A. Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *PloS one* 2008;3(2):e1541.
- (14) Wardle J, Griffith J. Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *Journal of epidemiology and community health* 2001;55(3):185-90.
- (15) Story M, French SA, Resnick MD, Blum RW. Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behaviors and body image perceptions in adolescents. *International Journal of Eating Disorders* 1995;18(2):173-9.
- (16) Rogers L, Resnick MD, Mitchell JE, Blum RW. The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders* 1997;22(1):15-23.
- (17) Wichstrom L. Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychological medicine* 1995;25(03):567-79.
- (18) Bjørnelv S, Mykletun A, Dahl AA. The influence of definitions on the prevalence of eating problems in an adolescent population. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2002;7(4):284-92.
- (19) Réseau troubles alimentaires suisse. Prévention des troubles du comportement alimentaire. 2012. 12-8-2015.