

Eetstoornissen niet anderszins omschreven: een echte eetstoornis

Het standpunt van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen

A.E. DINGEMANS, E.F. VAN FURTH

ACHTERGROND De categorie eetstoornis 'niet anderszins omschreven' (NAO) van de DSM-IV is gereserveerd voor eetstoornissen waarvan de klinische ernst evident is, maar die niet volledig voldoen aan de criteria van anorexia of boulimia nervosa. De categorie eetstoornis NAO wordt vaak gezien als een restcategorie en is in principe bedoeld voor een kleine groep patiënten die atypische kenmerken heeft. Zorgverzekeraars vinden dat behandeling van patiënten met een eetstoornis NAO niet thuishoort in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en dus ook niet vergoed zou moeten worden op basis van de Zorgverzekeringswet. Het belangrijkste argument dat gehanteerd wordt, is dat patiënten die in deze categorie vallen geen ernstige psychiatrische stoornis hebben.

DOEL Aantonen dat de eetstoornis NAO een volwaardige eetstoornis is.

METHODE Een kritisch overzicht geven van de literatuur over de eetstoornis NAO op het gebied van prevalentie, ernst en beloop. Bespreken in hoeverre de nieuwe, vijfde versie van DSM de problemen rondom deze restcategorie oplost.

RESULTATEN De huidige indeling van de DSM-IV is geen goede reflectie van de klinische werkelijkheid. De helft van de patiënten met een eetstoornis die zich aanmelden voor behandeling voldoet aan de criteria van een eetstoornis NAO. De duur en de ernst van de psychiatrische symptomen van de eetstoornis, het voorkomen van comorbiditeit, de mortaliteit, het beloop en het gebruik van de gezondheidszorg van personen met een eetstoornis NAO lijken niet te verschillen van die van personen met anorexia of boulimia nervosa. Eetstoornisclassificaties kunnen beschouwd worden als momentopnamen in het totale beloop van een eetstoornis. Personen kunnen in de loop van de jaren vaak wisselen van eetstoornissubtype. Het aantal personen dat in de DSM-IV onder de categorie eetstoornis NAO viel, is verminderd in de DSM-5.

CONCLUSIE Er is voldoende wetenschappelijke evidentie dat de eetstoornis NAO te beschouwen is als een volwaardige eetstoornis. Door het implementeren van de DSM-5 is het aantal personen met een eetstoornis die geclassificeerd wordt als 'NAO' verminderd. Patiënten met deze classificatie moeten kunnen rekenen op reguliere behandeling in de ggz.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)4, 258-264

TREFWOORDEN beloop, comorbiditeit, DSM, eetstoornissen, eetstoornis NAO, ernst, prevalentie



ARTIKEL



Psychiatrische stoornissen worden door behandelaren in de Nederlandse instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) ingedeeld volgens de classificatie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Op dit moment is dat nog op basis van de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994). De Engelstalige DSM-5 is in mei 2013 verschenen. Recent is ook de Nederlandse versie gepubliceerd, maar deze is nog niet geïmplementeerd als basis voor het DBC-declaratiesysteem (American Psychiatric Association 2014).

De categorie 'niet anderszins omschreven' (NAO) is gereserveerd voor psychiatrische stoornissen waarvan de klinische ernst evident is maar die niet volledig voldoen aan de criteria van één de subtypes van een specifieke psychiatrische stoornis. In principe is dat een kleine groep patiënten die atypische kenmerken van de beschreven stoornis heeft. De categorie NAO wordt vaak gezien als een restcategorie en wordt om die reden meestal genegeerd in wetenschappelijk onderzoek (Pincus e.a. 1999). Een van de redenen zou kunnen zijn dat het vaak een heterogene groep is wat betreft symptomen. In de DSM-IV worden twee subtypes eetstoornissen onderscheiden: anorexia nervosa en boulimia nervosa. De categorie eetstoornis NAO is gereserveerd voor iedereen die niet aan de diagnostische criteria van deze twee eetstoornissen voldoet, maar die wel dermate ernstige symptomen heeft dat deze het psychisch, sociaal en/of beroepsmatig functioneren beperken.

Een belangrijke opmerking hierbij is dat obesitas *niet* gezien wordt als een psychische stoornis, maar als een lichamelijke conditie. Obesitas kan veel lichamelijke en psychosociale gevolgen hebben. Sommige obesitasfenotypes hangen samen met psychiatrische stoornissen, zoals de eetbuistoornis, of worden daar geheel of gedeeltelijk door veroorzaakt (Dingemans & Van Furth 2012; Hoek & Van Elburg 2014; Marcus & Wildes 2009).

Momenteel is er discussie over categorie eetstoornis 'NAO'. De Nederlandse Academie voor Eetstoornissen krijgt vanuit het werkveld veel verontrustende berichten van behandelaren dat behandeling in de ggz van deze categorie eetstoornissen niet meer vergoed zal worden. Sommige zorgverzekeraars vinden dat het behandelen van patiënten met een eetstoornis NAO niet thuishoort in de ggz en dus ook niet meer vergoed zou moeten worden op basis van de Zorgverzekeringswet (o.a. Menzis 2014). Reden voor deze maatregel is onder andere dat de kosten van de gezondheidszorg te sterk zijn gestegen de laatste jaren en dat er dus bezuinigd moet worden in de ggz. Wellicht zal in de toekomst deze discussie ook gevoerd gaan worden in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Echter, omdat per 1 januari 2015 de financiering hiervan overgeheveld is naar de gemeenten beperken we ons in dit artikel tot de volwassenzorg.

AUTEURS

ALEXANDRA E. DINGEMANS, senior onderzoeker/psycholoog, Rivierduinen, Centrum Eetstoornissen Ursula, Leiden.

ERIC F. VAN FURTH, bijzonder hoogleraar Eetstoornissen/directeur behandelzaken/voorzitter Nederlandse Academie voor Eetstoornissen, Rivierduinen, Centrum Eetstoornissen Ursula, Leiden; Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Leiden.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Alexandra Dingemans, Centrum Eetstoornissen Ursula, Postbus 549, 2300 AM Leiden.

E-mail: a.dingemans@centrummeetstoornissen.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

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

In dit artikel zullen we uiteenzetten dat patiënten die volgens de criteria in de categorie eetstoornis NAO vallen evidente klachten en symptomen hebben met beperkingen in het functioneren tot gevolg, die bovendien door adequate behandeling kunnen verbeteren. De DSM is een classificatiesysteem met voor- en nadelen. Op basis van een aantal criteria worden patiënten in categorieën geplaatst. Echter, symptomen van de individuele patiënt zijn niet statisch. Zeker in het geval van eetstoornissen blijkt dat patiënten migreren tussen de afzonderlijke eetstoorniscategorieën. Het uitsluiten van de NAO-categorie voor behandeling zou onverstandig zijn en zal op de langere termijn geen kostenbesparing zijn. Eetstoornissen zijn ernstige psychische stoornissen met een mogelijk langdurig en chronisch verloop (Wonderlich e.a. 2012). Het is belangrijk om de tijd tussen het ontstaan van de eetstoornis en het krijgen van behandeling te verkorten omdat een langere duur van de eetstoornis de kans op herstel vermindert (de la Rie e.a. 2006; Fichter e.a. 2006). In dit artikel geven wij een kritisch overzicht van de beschikbare literatuur over de eetstoornis NAO op het gebied van de prevalentie, ernst, comorbiditeit en het beloop. Tevens wordt besproken in hoeverre de nieuwe, vijfde versie van DSM de problemen rondom deze categorie oplost.

METHODE

Wij verrichtten een literatuurstudie op basis van PubMed met zoektermen: 'eating disorder not otherwise specified' or 'eating disorder nos'. Dit leverde in eerste instantie 314 hits op. Vervolgens werden deze laatste twee termen

gecombineerd met de volgende termen 'prevalence', 'severity', 'comorbid*', 'age of onset', 'course', 'classification', 'anorexia nervosa', 'bulimia nervosa' of 'DSM-5' (in totaal 300 hits). Alleen Engelstalige of Nederlandstalige publicaties werden geselecteerd. Geschikte artikelen werden geselecteerd op basis van de titel en het abstract. Omdat er weinig onderzoek gedaan is naar de eetstoornis NAO namen we daarnaast ook de literatuurlijsten van de geselecteerde artikelen door om eventuele bijkomende relevante publicaties te traceren.

RESULTATEN

Epidemiologie

Volgens het huidige DSM-IV-classificatiesysteem kunnen mensen in de loop van de jaren vaak in wisselende categorieën ondergebracht worden (Bulik e.a. 1997; Milos e.a. 2005). Het lijkt er meer op dat het hebben van een eetstoornis ongeacht het (sub)type stabiel is (Milos e.a. 2005). Het feit dat er zo veel overeenkomsten tussen de eetstoornis-subtypes zijn, is de basis geweest van de transdiagnostische kijk op eetstoornissen (Fairburn e.a. 2003). In dit transdiagnostische model staat de extreme overwaardering van eten, figuur en gewicht centraal evenals de gewenste controle daarover. Deze behoefte tot controle kan zich vervolgens uiten in extreem gedrag (zoals extreme calorische restrictie ('lijnen'), zelfopgewekt braken, misbruik van laxeremiddelen en/of overmatig sporten), het veelvuldig controleren van het lichaam en het overmatig piekeren over eten, figuur of gewicht. Soms leidt de extreme voedselbeperking tot eetbuien die vervolgens weer inadequaat compensatiegedrag tot gevolg hebben. In sommige gevallen kunnen stemmingswisselingen eveneens eetbuien uitlokken. Ten slotte verergerd dit gedrag weer de overwaardering van figuur en gewicht, waarmee de cirkel rond is. Eetstoornisclassificaties zijn momentopnamen in het beloop van een eetstoornis. Het is niet ongewoon dat iemand in eerste instantie de diagnose anorexia nervosa krijgt, vervolgens boulimia nervosa en uiteindelijk een eetstoornis NAO (Fairburn & Cooper 2011).

De diagnose eetstoornis nao is in principe bedoeld als restcategorie voor een klein deel van de patiënten met een eetstoornis. Dit blijkt echter geen goede reflectie van de (klinische) werkelijkheid te zijn. De eetstoornis nao is namelijk de meest voorkomende diagnostische categorie (Fairburn & Cooper 2011; Fairburn & Harrison 2003). De prevalenties die in verschillende studies worden gevonden, zijn moeilijk met elkaar te vergelijken om dat de onderzoekers de eetstoornis nao op verschillende manieren hebben geoperationaliseerd (Smink e.a. 2012). In een bevolkingsonderzoek in Portugal onder jonge vrouwen werd een puntprevalentie gevonden van 2,4% (Machado

e.a. 2007). Gevonden *lifetime*prevalenties onder adolescenten en volwassenen variëren van 0,34% tot 4,8% (Faravelli e.a. 2006; Le Grange e.a. 2012; Rodriguez-Cano e.a. 2005). Ongeveer de helft van de patiënten die zich aanmelden voor behandeling voldoet aan de criteria van een eetstoornis NAO (Dalle & Calugi 2007; Eddy e.a. 2008; Fairburn e.a. 2007; Ricca e.a. 2001; Turner e.a. 2010). Uit bevolkingsonderzoek blijkt dat bij zelfs driekwart van de personen met een eetstoornis deze te classificeren is als een eetstoornis NAO (Le Grange e.a. 2012; Machado e.a. 2007).

Symptomen

ERNST

Sceptici zouden kunnen aanmerken dat patiënten die in de categorie eetstoornis nao vallen minder ernstige symptomen hebben dan patiënten die volledig voldoen aan de criteria van anorexia of boulimia nervosa. Dat is gedeeltelijk waar. Patiënten met de diagnose eetstoornis nao hebben minder eetbuien en minder inadequate compensatoire gedragingen (zoals braken of misbruik van laxeremiddelen) dan patiënten met boulimia nervosa, maar de ernst van de psychiatrische symptomen bij de eetstoornis (o.a. overmatige bezorgdheid over lichaam en gewicht en de angst om aan te komen) is hetzelfde. De meeste patiënten met een eetstoornis nao vertonen symptomen die voorkomen bij zowel anorexia nervosa als boulimia nervosa. Dit blijkt ook uit een meta-analyse (125 studies) van Thomas e.a. (2009) waarin de ernst van de psychiatrische symptomen van de eetstoornis nao vergeleken wordt met die van anorexia en boulimia nervosa. Hieruit blijkt dat er nauwelijks significante verschillen gevonden worden tussen deze drie eetstoornissen wat betreft ernst van de psychiatrische symptomen bij de eetstoornis en algemene psychiatrische symptomen en fysieke gezondheid. Het lijkt erop dat de kenmerken en symptomen van de eetstoornis nao een gemengd karakter hebben en dat deze net zo ernstig zijn als een volledige eetstoornis (Fairburn e.a. 2007; Machado e.a. 2007).

COMORBIDITEIT

Tevens blijkt dat patiënten met een eetstoornis nao even veel of zelfs meer comorbide stoornissen vertonen dan patiënten met boulimia nervosa en anorexia nervosa (Le Grange e.a. 2012; Schmidt e.a. 2008). Het gaat dan bijvoorbeeld om depressieve en obsessieve-compulsieve stoornissen. Ook de mate van de verstoring van het functioneren is even ernstig (Fairburn e.a. 2007; Hay e.a. 2008; Rockert e.a. 2007). De aanwezigheid van een of meer comorbide stoornissen kan de behandeling die primair gericht is op de eetstoornis bemoeilijken.

LEEFTIJD EN ERNST

Ook het idee dat patiënten met een eetstoornis NAO jonge mensen zijn die net een eetstoornis hebben gekregen, lijkt niet te kloppen. Jonge patiënten verschillen in klinische kenmerken niet van oudere wat betreft de ernst en de duur van de symptomen (Fairburn e.a. 2007; Rockert e.a. 2007; Schmidt e.a. 2008). Zowel bij adolescente als bij volwassen patiënten blijkt het voorkomen van suïcidaal gedrag niet anders te zijn dan bij de andere eetstoorniscategorieën (Le Grange e.a. 2012). Uit een studie onder patiënten met de diagnose eetstoornis NAO die zich hadden aangemeld voor behandeling, bleek dat ze al jaren last hadden van eetstoornissymptomen (Fairburn e.a. 2007). De gemiddelde duur van de eetstoornis was 8,2 jaar (SD 7,2) en over het algemeen hadden ze onafgebroken last gehad van hun symptomen. Ongeveer een kwart (22,5%) van de groep bleek in het verleden te hebben voldaan aan de criteria van anorexia nervosa en een kleine 40% aan die van boulimia nervosa. Bovendien vertoonden de psychiatrische symptomen bij een eetstoornis van de NAO-categorie grote overeenkomsten met die van anorexia en boulimia nervosa.

Beloop

Uit twee behandelstudies (Fairburn e.a. 2009; Schmidt e.a. 2008) bleek het beloop van de behandeling niet gunstiger te zijn voor patiënten met een eetstoornis NAO dan voor patiënten met boulimia nervosa. Indien een stoornis qua symptomen minder ernstig is, is de verwachting dat de behandeling ook effectiever en korter is. Uit een aantal follow-upstudies (Agras e.a. 2009; Ben-Tovim e.a. 2001; Clausen 2008; Grilo e.a. 2003; Keel & Brown 2010) bleek weliswaar dat patiënten met een eetstoornis NAO sneller en meer verbeteren dan patiënten met anorexia en boulimia nervosa, maar tevens bleek dat patiënten met een eetstoornis NAO ook weer net zo snel lijken terug te vallen als degenen met andere eetstoornissen (Agras e.a. 2009). Anderen vonden echter geen verschil tussen de eetstoornis NAO, anorexia en boulimia nervosa in de snelheid van verbetering (Grilo e.a. 2007).

Dat er ook in dit opzicht weinig verschil is tussen de subtypes eetstoornis zou verklaard kunnen worden door het feit dat volgens het huidige DSM-IV-classificatiesysteem, patiënten in de loop van de jaren vaak in wisselende categorieën ondergebracht worden (Bulik e.a. 1997; Milos e.a. 2005). Zo kunnen patiënten die slechts gering in gewicht aankomen of hun eetgedrag aanpassen snel een andere eetstoornisclassificatie krijgen. De meeste mensen met een volledige diagnose van anorexia of boulimia nervosa herstellen niet meteen volledig, maar voldoen ook nog enige tijd aan de criteria van een eetstoornis NAO (Agras e.a. 2009).

Uit een grote Amerikaanse studie naar het gebruik van de

gezondheidszorg bleek tevens dat patiënten met een diagnose eetstoornis NAO even veel gebruikmaken van de gezondheidszorg (bijvoorbeeld huisarts, ggz, spoedeisende zorg, telefonische consultatie) als patiënten met de diagnose anorexia en boulimia nervosa (Striegel-Moore e.a. 2008).

Ten slotte blijkt de mortaliteit onder personen met een eetstoornis NAO niet te verschillen van die onder personen met anorexia nervosa (Crow e.a. 2009). Ook dit wijst er niet op dat de NAO-categorie minder ernstig zou zijn.

DSM-5

In 2007 startte de DSM-5-werkgroep voor eetstoornissen met de herziening van de DSM-IV-categorieën 'voedingsstoornissen' en 'eetstoornissen' (Hoek & Van Elburg 2014). Sinds de aankondiging van de DSM-5 (American Psychiatric Association 2014) is er meer onderzoek gedaan naar de eetstoornis NAO. Een aantal studies laat zien dat het aantal personen dat in de DSM-IV onder de categorie eetstoornis NAO viel, kleiner geworden is in de DSM-5 (Allen e.a. 2013; Machado e.a. 2013; Smink e.a. 2013). Overigens blijft 15% (Allen e.a. 2013) tot 44% (Machado e.a. 2013) van de personen met een eetstoornis de diagnose eetstoornis NAO behouden.

Grofweg heeft DSM-5-werkgroep het probleem van de hoge prevalentie van de eetstoornis NAO op twee manieren proberen op te lossen. De eerste maatregel betreft het veranderen van de criteria van anorexia en boulimia nervosa. Zo is anorexia nervosa net als in de DSM-IV gekarakteriseerd door een laag lichaamsgewicht en een gestoord lichaamsbeeld (Hoek & Van Elburg 2014), maar er wordt geen absoluut getal meer gekoppeld aan ondergewicht. Er is gekozen voor de aanduiding 'significant laag gewicht'. Daarnaast wordt er niet meer gesproken over angst voor gewichtstoename maar van 'persisterend gedrag dat gewichtstoename voorkomt'. Ten slotte is het problematische amenorroecriterium geschrapt omdat dit moeilijk te bepalen is door het veelvuldig gebruik van de anticonceptiepil die de menstruatie kunstmatig in stand houdt. In de categorie boulimia nervosa heeft men de frequentie van eetbuien en inadequaate compensatoir gedrag (o.a. braken, laxeren, overmatig bewegen) veranderd van minimaal 2x per week naar 1x per week. Om de migratie van de ene eetstoorniscategorie naar de andere te beperken heeft men bij de classificatiecriteria ook de specificaties 'gedeeltelijk in remissie' en 'volledig in remissie' vermeld. In de DSM-5 (American Psychiatric Association 2014) heeft de categorie die in de DSM-IV nog eetstoornis NAO heette ook een iets andere naam gekregen, namelijk de 'andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis'. Met name de classificatie 'gedeeltelijk in remissie' zorgt ervoor dat patiënten met bijvoorbeeld anorexia nervosa die aan de beterende hand zijn niet

opeens de diagnose ‘andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis’ krijgen.

De tweede maatregel om het voorkomen van de eetstoornis NAO (van de DSM-IV) terug te brengen is de erkenning van de eetbuistoornis als een aparte eetstoorniscategorie. De eetbuistoornis was in de DSM-IV al opgenomen als voorlopige diagnose als een voorbeeld van de eetstoornis NAO. Onderzoek naar de eetbuistoornis in de afgelopen twee decennia heeft laten zien dat er genoeg bewijs is dat het inderdaad een aparte stoornis is (Dingemans e.a. 2005; Wonderlich e.a. 2009). Evenals bij boulimia nervosa heeft men ook bij de eetbuistoornis het frequentie criterium voor objectieve eetbuien veranderd naar minimaal 1x per week.

Zoals eerder gezegd, heeft in de DSM-5 (American Psychiatric Association 2014) de categorie NAO een andere naam gekregen, namelijk ‘andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis’. Deze categorie wordt gebruikt wanneer het toestandbeeld niet voldoet aan de criteria voor één van de specifieke voedings- en eetstoornissen. De clinicus kan tevens de specifieke reden geven waarom iemand niet voldoet aan anorexia, boulimia nervosa of de eetbuistoornis. Er zijn vijf voorbeelden opgenomen in deze categorie: 1. atypische anorexia nervosa, 2. boulimia nervosa (met lage frequentie en/of van beperkte duur), 3. eetbuistoornis (met lage frequentie en/of beperkte duur), 4. purgeerstoornis en 5. nachtelijk eetsyndroom. Ten slotte is er nog een laatste categorie toegevoegd in de DSM-5, namelijk de ‘ongespecificeerde voedings- of eetstoornis’. Deze classificatie dient alleen gebruikt te worden wanneer de clinicus de redenen waarom niet is voldaan aan de criteria voor een bepaalde voedings- en eetstoornis niet verder kan toelichten. Dan is er onvoldoende informatie beschikbaar (bijvoorbeeld op een spoedeisendehulpafdeling).

In een van de eerste studies (Fairweather-Schmidt & Wade 2014) waarbij men de criteria van de DSM-5 toepaste, vonden men in een groep vrouwelijke adolescenten uit de algemene bevolking dat 5,4% voldeed aan de criteria van een volledige eetstoornis (anorexia nervosa, boulimia of eet-

buistoornis) en 5% aan die van een ‘andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis’ (voorheen eetstoornis NAO). Er werd geen verschil in beperking in functioneren en prevalentie gevonden tussen adolescenten die voldeden aan de criteria van een ‘andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis’ en die voldeden aan alle criteria van een volledige eetstoornis (anorexia nervosa, boulimia nervosa of eetbuistoornis). Beide groepen hadden meer beperkingen in het functioneren dan de groep adolescenten die geen eetstoornis volgens DSM-5 had. Deze studie laat zien dat ook met de komst van de DSM-5 de discussie rondom deze ‘restcategorie’ nog niet voorbij is.

CONCLUSIE

Personen met een eetstoornis NAO lijken niet te verschillen van personen met anorexia of boulimia nervosa wat betreft de duur en de ernst van de psychiatrische symptomen van de eetstoornis, het voorkomen van comorbiditeit, de mortaliteit, het beloop en het gebruik van de gezondheidszorg. Door de aangepaste criteria in de DSM-5 wordt mogelijk het voorkomen van de NAO-categorie verminderd en zullen personen minder snel van categorie wisselen (Allen e.a. 2013; Machado e.a. 2013; Smink e.a. 2013). Overigens blijft 15% (Allen e.a. 2013) tot 44% (Machado e.a. 2013) van de personen met een eetstoornis de diagnose ‘andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis’ (voorheen eetstoornis NAO) behouden. Eetstoornisclassificaties kunnen wellicht beter beschouwd worden als momentopnamen in het totale beloop van een eetstoornis. De classificatie kan in de loop van de jaren wisselen. De overweging van sommige zorgverzekeraars om de behandeling van personen met de diagnose eetstoornis NAO niet meer te vergoeden is niet steekhoudend te onderbouwen. Echter, wij zijn wel van mening dat ook de ggz-instellingen en behandelaren een rol moeten en kunnen spelen in het terugdringen van de kosten van de ggz. Onderzoek naar de effectiviteit en ook doelmatigheid van behandelingen is belangrijk. Daarnaast zou ook het inzetten van E-health meer onderzocht en toegepast moeten worden.

LITERATUUR

- Agras WS, Crow S, Mitchell JE, Halmi KA, Bryson S. A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *Int J Eat Disord* 2009; 42: 565-70.
- Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *J Abnorm Psychol* 2013; 122: 720-32.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- American Psychiatric Association. *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition*. Amsterdam: Boom; 2014.
- Ben-Tovim DI, Walker K, Gilchrist P, Freeman R, Kalucy R, Esterman A. Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *Lancet* 2001; 357: 1254-7.
- Bulik CM, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa.

- J Nerv Ment Dis 1997; 185: 704-7.
- Clausen L. Time to remission for eating disorder patients: a 2(1/2)-year follow-up study of outcome and predictors. *Nord J Psychiatry* 2008; 62: 151-9.
 - Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED e.a. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 1342-6.
 - Dalle GR, Calugi S. Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15: 340-9.
 - Dingemans AE, van Hanswijck de Jonge P, van Furth EF. The empirical status of binge eating disorder. In: Norring C, Palmer RL, red. EDNOS, Eating disorders not otherwise specified. Scientific and clinical perspectives on the other eating disorders. East Sussex: Routledge; 2005. p 63-82.
 - Dingemans AE, Van Furth EF. Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *Int J Eat Disord* 2012; 135-8.
 - Eddy KT, Celio DA, Hoste RR, Herzog DB, Le Grange D. Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 156-64.
 - Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 8-10.
 - Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, e.a. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 311-9.
 - Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behav Res Ther* 2003; 41: 509-28.
 - Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: 407-16.
 - Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, O'Connor ME, Doll HA, Palmer RL. The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1705-15.
 - Fairweather-Schmidt AK, Wade TD. DSM-5 eating disorders and other specified eating and feeding disorders: Is there a meaningful differentiation? *Int J Eat Disord* 2014; 47: 524-33.
 - Faravelli C, Ravaudi C, Truglia E, Zucchi T, Cosci F, Ricca V. Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 376-83.
 - Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 87-100.
 - Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE, Sanislow CA, McGlashan TH, e.a. Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 738-46.
 - Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, e.a. The natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified is not influenced by personality disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 319-30.
 - 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: e1541.
 - Hoek HW, Van Elburg AA. Voedings- en eetstoornissen in de DSM-5. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 187-91.
 - Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 195-204.
 - Le Grange D, Swanson SA, Crow SJ, Merikangas KR. Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *Int J Eat Disord* 2012; 45: 711-8.
 - Machado PP, Goncalves S, Hoek HW. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples. *Int J Eat Disord* 2013; 46: 60-5.
 - Machado PPP, Machado BC, Goncalves S, Hoek HW. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 212-7.
 - Marcus MD, Wildes JE. Obesity: is it a mental disorder? *Int J Eat Disord* 2009; 42: 739-753.
 - Menzies. Zorginkoopbeleid curatieve GGZ. 2014.
 - Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 573-8.
 - Pincus HA, Davis WW, McQueen LE. 'Subthreshold' mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other 'brand names'. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 288-96.
 - Ricca V, Mannucci E, Mezzani B, Di BM, Zucchi T, e.a. Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eat Weight Disord* 2001; 6: 157-65.
 - Rie S de la, van Furth E, Noordenbos G, Donker M. Evaluating the treatment of eating disorders from the patient's perspective. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 667-76.
 - Rockert W, Kaplan AS, Olmsted MP. Eating disorder not otherwise specified: the view from a tertiary care treatment center. *Int J Eat Disord* 2007; 40 Suppl: S99-S103.
 - Rodriguez-Cano T, Beato-Fernandez L, Belmonte-Llario A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 173-8.
 - Schmidt U, Lee S, Perkins S, Eisler I, Treasure J, e.a. Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? *Int J Eat Disord* 2008; 41: 498-504.
 - Smink FR, van HD, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports* 2012; 14: 406-14.
 - Smink FR, van HD, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion Psychiatry* 2013; 26: 543-8.
 - Striegel-Moore RH, DeBar L, Wilson GT, Dickerson J, Rosselli F, e.a. Health services use in eating disorders. *Psychol Med* 2008; 38: 1465-74.
 - Thomas JJ, Vartanian LR, Brownell KD. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychol Bull* 2009; 135: 407-33.

- Turner H, Bryant-Waugh R, Peveler R. The clinical features of EDNOS: relationship to mood, health status and general functioning. *Eat Behav* 2010; 11: 127-30.
- Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009; 42: 687-705.
- Wonderlich S, Mitchell JE, Crosby RD, Myers TC, Kadlec K, et al. Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: A clinical overview. *Int J Eat Disord* 2012; 45: 467-75.

SUMMARY

EDNOS is an eating disorder of clinical relevance, on a par with anorexia and bulimia nervosa

A.E. DINGEMANS, E.F. VAN FURTH

BACKGROUND The category ‘eating disorder ‘not otherwise specified’ (EDNOS) in DSM-IV is restricted to eating disorders of clinical severity that do not completely fulfil the criteria for anorexia and bulimia nervosa. The EDNOS category is, by definition, often regarded as a residual category and in principle designed to incorporate a small group of patients with atypical characteristics. Health insurance companies argue that the treatment of patients diagnosed with EDNOS should not be treated in mental health institutions and therefore should not get their treatment costs reimbursed by the insurance companies. The most important argument of the insurance companies is that patients in the EDNOS category do not display serious psychiatric symptoms.

AIM The aim of this paper is to show that EDNOS is an eating disorder category of clinical relevance. The article provides a critical overview of literature on EDNOS which studies the prevalence, severity and course of the disorder. We also discuss to what extent the fifth version of DSM solves the problems relating to this residual category.

METHOD We reviewed the literature.

RESULTS The classification given in DSM-IV is not an accurate reflection of clinical reality. Half of the patients presenting with an eating disorder and seeking treatment do meet the criteria for EDNOS. The duration and the severity of eating disorder psychopathology, the presence of comorbidity, the mortality, and the use of the mental health care services by individuals with an eating disorder appear to be very similar in EDNOS patients and in patients with anorexia and bulimia nervosa. Eating disorder classifications can be regarded as snapshots taken throughout the course of an illness. Over of the years patients can be afflicted with various subtypes of an eating disorder. DSM-5 places fewer patients in the EDNOS category than did DSM-IV.

CONCLUSION In the latest version of DSM, namely DSM-5, the number of patients with an eating disorder classified as EDNOS has declined. There appears to be sufficient scientific evidence for EDNOS to be considered as an eating-disorder category of clinical severity, comparable to anorexia and bulimia nervosa. In our view, patients classified as having EDNOS should be offered regular treatment in mental health institutions.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)4, 258-264

KEY WORDS comorbidity, course, DSM, eating disorders, eating disorder nos, prevalence, severity