

Diagnostische dilemma's bij aanhoudende voedingsklachten en de noodzaak van geïntegreerde zorg

M.J. Besjes, J.J.E. Rovers

Bij patiënten met langdurige voedingsproblemen, gastro-intestinale klachten en ondergewicht of significant gewichtsverlies, veelal zonder aantoonbare somatische oorzaak, ontstaat een diagnostisch dilemma. De symptomatische overlap tussen anorexia nervosa (AN), vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID) en somatisch-symptoomstoornis (SSS) is in deze gevallen aanzienlijk, en kan leiden tot uiteenlopende klinische interpretaties, vertraagde interventies en handelingsverlegenheid.

Wij beschrijven een 49-jarige patiënte die meerdere jaren in behandeling was bij maag-darm-leverartsen wegens misselijkheid, braken en gewichtsverlies. Bij uitgebreide diagnostiek waren geen afwijkingen gevonden en farmacotherapie had nauwelijks effect. Na meerdere second opinions, zowel somatisch als psychiatrisch, werden haar klachten geclassificeerd als een SSS en startte patiënte met psychotherapeutische behandeling.

Hoewel de DSM-5 ruimte biedt voor classificatie, ontbreekt consensus over de aard van deze problematiek en de passende behandeling. We identificeren factoren die potentieel onderscheidend zijn bij de genoemde classificaties, maar verder onderzoek naar onderliggende mechanismen is essentieel. De huidige zorgstructuren sluiten onvoldoende aan bij de complexe realiteit van deze patiënten. Bovendien kunnen de lichamelijke aspecten van dit ziektebeeld leiden tot uitsluiting van behandelingen. Wij pleiten daarom voor domeinoverstijgende diagnostiek en geïntegreerde zorg, waarbij biologische, psychologische en sociale aspecten gelijkwaardig worden benaderd.

In de klinische praktijk is er een aanzienlijke mate van specialisatie binnen de medische sector, waarbij een scheiding bestaat tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg (ggz). Binnen beide systemen is er vervolgens sprake van een hoge mate van specialisatie. Deze scheiding wordt pijnlijk duidelijk bij patiënten met aanhoudende klachten die invloed hebben op eetgedrag en gewicht.

Patiënten met gastro-intestinale klachten, al dan niet gecombineerd met gewichtsverlies, zullen waarschijnlijk binnen de somatische geneeskunde vaak worden gezien door huisartsen en maag-darm-leverartsen (mdl-artsen). Op den duur kan er sprake zijn van aanhoudende lichamelijke klachten (ALK), gedefinieerd als klachten die minstens drie maanden aanhouden, het functioneren beperken of lijdensdruk veroorzaken en waarbij er voor iedere patiënt een uniek samenspel is van biologische, psychologische en sociale factoren dat het klachtenpatroon in stand houdt.¹ Wanneer er grote invloed van de klachten op het functioneren is, gepaard gaande met excessieve emoties, gedragingen en gedachten, dan kan er voldaan worden aan de DSM-5-criteria voor de somatisch-symptoomstoornis (SSS).²

Daarnaast zijn er in de DSM-5 voedings- en eetstoornissen als psychiatrische classificaties beschreven.

In dit artikel focussen we voornamelijk op anorexia nervosa (AN) en de vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID). Deze eetstoornissen worden in Nederland veelal in daartoe gespecialiseerde centra behandeld.³

Daarbij richten wij ons op gastro-intestinale klachten, zoals buikpijn, misselijkheid en braken, met invloed op de intake van voeding en vocht, en vice versa. Somatische oorzaken laten we buiten beschouwing en we richten ons op de genoemde DSM-5-classificaties, die initieel weinig overlap lijken te vertonen.

Onderscheidende kenmerken betreffen onder meer de angst voor gewichtstoename en problemen met het lichaamsbeeld, criteria die van belang zijn bij AN, maar afwezig zijn in de criteria bij zowel ARFID als SSS. ARFID kenmerkt zich door een restrictieve voedselname als gevolg van sensorische eigenschappen van voedsel, gebrek aan interesse in voeding, of angst voor de aversieve gevolgen van eten. Bij SSS ligt de nadruk op één of meerdere aanhoudende lichamelijke klachten die het dagelijks functioneren verstoren en gepaard gaan met 'excessieve' gedachten, gevoelens en gedragingen in reactie op de lichamelijke klachten. Deze klachten kunnen variëren en onder meer bestaan uit vermoeidheid, pijn en/of maag-darmklachten.

In dit artikel richten wij ons, aan de hand van een casus, vooral op gastro-intestinale klachten, zoals buikpijn, misselijkheid en braken. Juist in deze gevallen bieden de classificerende criteria veel ruimte voor interpretatie en kan er zowel een diagnostisch dilemma als handelingsverlegenheid ontstaan. We pleiten voor domeinoverstijgende diagnostiek en behandeling, in goede samenwerking met andere hulpverleners.

CASUSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 49-jarige, getrouwde vrouw, moeder van twee volwassen inwonende kinderen, was voorheen werkzaam als verzorgende IG (individuele gezondheidszorg) en ontving inmiddels een WIA-uitkering. Zij werd verwezen via een mdl-arts naar Amarum, Expertisecentrum voor Eetstoornissen. Patiënt bezocht mdl-artsen in meerdere ziekenhuizen en had wegens misselijkheid en braken een uitgebreide voorgeschiedenis met farmacotherapie en diagnostiek. Onder meer anti-emetica, protonpompremmers, prokinetica en verschillende psychofarmaca had zij zonder significant effect geslikt. Diagnostisch waren o.a. meerdere gastroscopieën, maagledigingsonderzoeken, CT's en MRI's verricht, herhaaldelijk zonder afwijkingen.

De totale ziekteduur bedroeg bij aanmelding bij Amarum meer dan drie jaar; ze viel in deze tijd tientallen kilo's af, met nu een stabiel gewicht binnen gezonde waarden. Patiënte kreeg al langere tijd voeding via een PEG-sonde. Ze was niet eerder onder behandeling bij een medisch psycholoog of de ggz en had een blanco psychiatrische voorgeschiedenis.

Bij een eerdere psychiatrische consultatie stelde men geen eetstoornis vast, in het bijzonder geen AN of boulimia nervosa. Er was geen voorgeschiedenis van verstoord eetgedrag, noch van zelfopgewekt braken of een gestoorde lichaamsbeleving.

Conform de classificerende criteria voldeed de patiënt aan ARFID gebaseerd op vermijding wegens de *aversieve gevolgen van het eten* en dientengevolge *afhankelijkheid van enterale voeding*. Er was geen duidelijk gebrek aan interesse in eten of vermijding vanwege de sensorische kenmerken ervan. Patiënte kon in principe alle voedingsproducten eten, afhankelijk van haar mate van misselijkheid.

Bij Amarum werd de classificatie ARFID verworpen. De criteria hiervan beschrijven dat de problematiek niet beter verklaard zou kunnen worden door een gelijktijdig optredende somatische aandoening of een andere psychische stoornis.

Patiënte werd naar het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) te Nijmegen verwezen, alwaar de klachten van patiënte werden geclassificeerd als een SSS. Naast de misselijkheid en braken, speelde er ook een allesoverheersende vermoeidheid, waardoor daginvulling en actieradius sterk afgenomen waren. Er was geen sprake van een sombere stemming, anhedonie of (specifieke)

angsten. Onderhoudende psychologische en sociale factoren werden inzichtelijk gemaakt met reguliere psychiatrische diagnostiek, alsmede psychotherapeutische behandeling. De biologische factoren waren reeds in kaart gebracht en er was behandeling op ingezet (handhaven van de BMI met sondevoeding).

Patiënte kon zich vinden in de diagnose en startte gemotiveerd aan de behandeling: individuele dynamische interpersoonlijke therapie (DIT) en beeldende therapie. Hiermee werd beoogd het vermogen te versterken van het voelen, herkennen en woorden geven aan de eigen verlangens, het herkennen van lichaamssignalen, het uiten van emoties en het (h)erkennen van eigen grenzen. Patiënte zelf formuleerde als haar behandelfocus: 'ik wil mezelf zijn en doen wat ik wil, onafhankelijk van de ander'. Zij startte in de psychotherapeutische groepsdagbehandeling, frequentie 2 x per week, gedurende zes maanden. Vanwege de reisafstand besloot zij echter voortijdig te stoppen en in eigen regio gelijksoortige psychosomatische behandeling te continueren.

BESPREKING

Literatuur

We zochten in PubMed naar een combinatie van de zoektermen *eating disorders*, *avoidant restrictive food intake disorder*, *anorexia nervosa*, *symptomatic symptom disorder*, *somatoform*, *gastrointestinal* en *nausea*. Systematisch onderzoek naar de samenhang tussen verstoord eetgedrag, eetstoornissen, gewichtsverlies en aanhoudende lichamelijke klachten is schaars. Het beschikbare onderzoek richt zich bovendien vooral op kinderen en adolescenten.

Een multidisciplinaire groep Canadese auteurs erkende na een retrospectief statusonderzoek in een pediatriesch ziekenhuis de overlap tussen voedselrestrictie bij ARFID en SSS, maar slechts een klein deel van hun patiënten voldeed formeel aan beide classificaties.⁴ Het BMI was lager in de ARFID-groep, maar bij veel patiënten met SSS ontbraken BMI-gegevens. Er waren geen verschillen in demografische kenmerken of psychiatrische comorbiditeit, al kwamen verschillende vormen van lichamelijke comorbiditeit vaker voor bij de SSS-groep.

Beide bevindingen worden ondersteund door een andere groep Canadese onderzoekers die in hun retrospectieve statusonderzoek onder volwassen patiënten meestal een gastro-intestinale aandoening als somatische comorbiditeit vond.⁵ Gastro-intestinale klachten worden door patiënten met ARFID vaak genoemd als reden voor hun voedselrestrictie.^{6,7} Enkele casusbeschrijvingen over de behandeling van ARFID bij volwassenen sluiten inhoudelijk beperkt aan bij de casus van de door ons beschreven patiënt, vanwege minimale klinische overeenkomsten.^{8,9}

Retrospectieve studies onder kinderen en jongeren met ARFID laten zien dat zij vaak andere symptomen vertoonden dan patiënten met AN of boulimia nervosa.

Amerikaanse onderzoekers rapporteerden selectief eten sinds de kindertijd (29%), gegeneraliseerde angst (21%), gastro-intestinale klachten (19%), angst voor verstikking of braken (13%) en voedselallergieën (4%).¹⁰ Daarnaast wordt een substantieel gedeelte van patiënten met ARFID aanvankelijk verwezen naar een mdl-arts, voordat zij in de eetstoorniszorg terechtkomen.¹¹

Andersom toonden Duitse onderzoekers aan dat verstoord eetgedrag vaker voorkomt bij patiënten met somatoforme stoornissen, vooral bij gastro-intestinale klachten.¹² Ook is bekend dat patiënten met prikkelbare-darmsyndroom (PDS) kwetsbaar zijn voor eetproblematiek, hoewel de onderlinge tijdsrelatie vaak onduidelijk blijft.¹³ Korzilius e.a. signaleren bovendien een toename van patiënten die vanwege onverklaarde voedselintolerantie zelfs totale parenterale voeding (TPV) krijgen toegediend – met risico op ernstige complicaties, aanhoudende klachten en zelden verbetering in kwaliteit van leven tot gevolg.¹⁴

Kortom, de literatuur bevestigt dat er aanzienlijke symptomatische overlap bestaat tussen ARFID, AN en SSS, maar laat ook zien dat de onderlinge relaties complex zijn en vaak onduidelijk blijven. Dit onderstreept de noodzaak van nauwkeurige, domeinoverstijgende zorg.

Diagnostiek

Hoewel de DSM-5-classificaties van AN, ARFID en SSS op papier goed van elkaar te onderscheiden zijn, blijkt dit in de praktijk vaak lastig. Casuïstiek wijst op substantiele overlap in symptomen, wat kan leiden tot misdiagnoses, vertraging in behandeling en uiteenlopende klinische interpretaties. We bespreken enkele kernfactoren die kunnen helpen in de differentiaaldiagnostiek.

Chronologie

Gastro-intestinale klachten kunnen zowel *oorzaak* als *gevolg* zijn van verstoord eetgedrag. Bij restrictieve eetstoornissen kunnen lichamelijke klachten zoals misselijkheid en obstipatie ontstaan ten gevolge van vertraagde maaglediging, vertraagde darmmotiliteit en hormonale disregulatie.¹⁵ Bij ARFID of SSS staat de lichamelijke klacht of ervaring vaak aan het begin van het beloop, meer dan het vermijdende eetgedrag zelf.⁴ Het is zodoende essentieel de tijdsrelatie tussen lichamelijke klachten en verstoord eetgedrag in kaart te brengen.

Leeftijd en epidemiologie

AN ontwikkelt zich meestal tijdens de adolescentie of jongvolwassenheid en komt vaker voor bij jonge vrouwen.¹⁶ ARFID kan zich op elke leeftijd ontwikkelen, maar manifesteert zich meestal in de kindertijd.¹⁷ SSS komt vaker voor bij volwassen vrouwen en is sterk geassocieerd met een medische voorgeschiedenis.¹⁸ Kortom, leeftijd van aanvang is geen diagnostisch criterium, maar is wel richtinggevend.

Comorbiditeit

Alle drie de aandoeningen vertonen een hoge comorbiditeit met angststoornissen, depressie en trauma, wat de differentiaaldiagnose compliceert (**tabel 1**). Comorbiditeit is daardoor niet onderscheidend, maar wel relevant voor behandelplanning.

Tabel 1. Comorbiditeit

	AN	ARFID	SSS*
Angststoornis	~40% ¹⁹	36-72% ¹⁷	17-45% ²²
Depressie	~40% ¹⁹	17-33% ¹⁷	17-45% ²²
Trauma	60-70% ²⁰	8-50% ²¹	22-59% ²³

*Sommige prevalentiestudies hanteren nog de DSM-IV voor somatoforme stoornis.

AN: anorexia nervosa; ARFID: vermijdende/restrictieve voedselintolerantie; SSS: somatisch-symptoomstoornis.

Centrale sensitisatie

Centrale sensitisatie is een toestand waarin het autonome zenuwstelsel overgevoelig is geraakt, waardoor lichamelijke prikkels, zoals pijn en misselijkheid, versterkt worden waargenomen. Er is sprake van disbalans tussen het sympathisch en parasympathisch zenuwstelsel. Men veronderstelt dat dit mechanisme een rol speelt bij diverse pijnsyndromen en functionele somatische klachten, waaronder SSS.²⁴

Ook bij eetstoornissen, met name ARFID, is verhoogde sensorische gevoeligheid beschreven, veelal gericht op eigenschappen van voedsel zoals geur, textuur of temperatuur.¹⁷ Deze hyperreactiviteit lijkt daarmee meer sensorisch dan nociceptief van aard. Gastro-intestinale klachten als misselijkheid en braken zijn geassocieerd met viscerale hypersensitiviteit en centrale sensitisatie.²⁵ We kunnen concluderen dat centrale sensitisatie vooral op SSS wijst, maar ook bij ARFID een rol kan spelen.

Vragenlijsten

Er zijn enkele psychometrische instrumenten die bruikbaar zijn in het diagnostisch proces (**tabel 2**).

Het gebruik van gevalideerde vragenlijsten ondersteunt de diagnostische afweging door onder meer een verstoorde lichaamsbeleving, een hoge mate van centrale sensitisatie of lijngedrag te identificeren.

Behandeling

Naast zorgvuldige diagnostiek is het essentieel de meest gebruikte behandelingen volgens de richtlijnen te kennen en inzicht te hebben in verschillen en overeenkomsten om een passende aanpak van deze complexe problematiek te bevorderen.

Tabel 2. Psychometrische instrumenten

Vragenlijst	Doel/meetgebied	Aantal items	Toepassing/relevantie
NIAS (<i>Nine Item ARFID Screen</i>)	Screenen ARFID-symptomen: sensorische gevoeligheid, lage eetlust/interesse, angst voor aversieve gevolgen van eten	9	Korte screening op drie kernpresentaties van ARFID
PARDI-AR-Q (<i>Pica, ARFID and rumination disorder interview ARFID questionnaire</i>)	Screenen ARFID-symptomen inclusief mate van impact	32	Zelfrapportagevragenlijst over ARFID-symptomen gebaseerd op semigestructureerd interview
EDE-Q (<i>Eating Disorder Examination-Questionnaire</i>)	Symptomen van eetstoornissen (eten, gewicht en lichaamsbeeld)	28	Vier subschalen + globale ernstscore; breed inzetbaar bij eetstoornissen
CSI (<i>Central Sensitization Inventory</i>)	Symptomen van centrale sensitisatie	25	Ingezet bij SSS en chronische pijn
LAV (<i>Lichaamsattitude-vragenlijst</i>)	Cognitieve, affectieve en gedragsmatige aspecten van lichaamsbeeld	20	Ingezet bij verstoorde lichaamsbeleving, o.a. bij eetstoornissen
MAIA-2 (<i>Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness</i>)	Interoceptief lichaamsbewustzijn verdeeld over 8 subschalen	37	Relevantie bij SSS; aandacht, regulatie van en vertrouwen in lichaamssignalen

AN

De behandeling van AN is multidisciplinair, met als doelen gewichtstoename, normalisatie van eetgedrag en cognitieve herstructurering. Naast *cognitive behavior therapy – enhanced* (CBT-E) zijn ook *Maudsley anorexia nervosa treatment for adults* (MANTRA) en *specialist supportive clinical management* (SSCM) evidencebased behandelvormen. Bij adolescenten wordt familietherapie (*family-based treatment*; FBT) aanbevolen. De keuze tussen deze behandelmodellen kan afgestemd worden op patiëntkenmerken zoals motivatie, persoonlijkheidsstijl en leeftijd.

ARFID

ARFID-behandeling richt zich op het verbeteren van de voedingsinname en het reduceren van vermijdingsgedrag. Behandel mogelijkheden zijn cognitieve gedragstherapie (CGT) met exposure-componenten, FBT voor ARFID (FBT-ARFID) of een multidisciplinaire benadering met onder meer psychologische, diëtistische en/of ergotherapeutische interventies.

SSS

De behandeling van SSS richt zich op het verbeteren van levenskwaliteit, het verminderen van of leren omgaan met klachten en het doorbreken van instandhoudende factoren. Er zijn effectieve behandelingen voor de meeste patiënten met SSS, bijvoorbeeld psychosomatische fysiotherapie, psychotherapie of pijnrevalidatie.²⁴ CGT, *acceptance and commitment therapy* (ACT), psychodynamische psychotherapie en lichaamsgerichte therapie worden hierbij toegepast. Een biopsychosociaal model vormt de basis. Kortom, het biopsychosociale model vormt een gezamenlijk uitgangspunt voor de behandeling van deze

stoornissen. Psychotherapie (zoals CGT) en lichaamsgerichte en/of non-verbale therapieën (zoals psychomotore therapie) kunnen bij alle drie de aandoeningen een rol spelen. De nadruk verschilt echter per stoornis: bij AN ligt de nadruk op gewichtstoename, herstel van adequate voedingsinname en het aanpakken van een verstoord lichaamsbeeld; bij ARFID op het verminderen van vermijding en een toegenomen voedingsvariatie; bij SSS op het verminderen van of leren omgaan met lichamelijke klachten en het veranderen van disfunctionele gedachten en gedragingen rond deze klachten.

CONCLUSIE

Patiënten met langdurige voedingsproblemen, gewichtsverlies en gastro-intestinale klachten zonder duidelijk somatisch substraat stellen ons voor een complex diagnostisch en behandelmatig dilemma dat zich lastig laat vatten binnen bestaande classificatiesystemen. De klachten kunnen wijzen op eetstoornissen, somatisch-symptoomstoornissen, al dan niet met comorbide angststoornissen, trauma of persoonlijkheidsproblematiek, waarbij vaak sprake is van overlap.

In de klinische praktijk ontbreekt een geïntegreerde diagnostische formulering die zowel de ernst van de lichamelijke klachten als de mogelijk onderliggende psychologische processen omvat; mede daardoor ontbreekt passende behandeling. Gastro-intestinale klachten zoals misselijkheid en buikpijn leiden in de praktijk tot uitgebreide somatische diagnostiek, langdurig gebruik van sondevoeding of zelfs totale parenterale voeding, zonder dat er sprake is van structurele verbetering. Er is dringend behoefte aan domeinoverstijgende diagnostiek én geïntegreerde zorg, bij voorkeur daar

waar somatische en psychologische zorg samenkomen. Essentieel hiervoor is ontschotting tussen de somatische en geestelijke gezondheidszorg, evenals snelle consultatiemogelijkheden. Verder onderzoek naar dit specifieke symptoomcluster en de onderliggende mechanismen, waaronder centrale sensitisatie, interoceptieve verstoringen en traumagerelateerde factoren is noodzakelijk om tot effectieve behandelstrategieën en passende zorgstructuren te komen.

LITERATUUR

- 1 Rutten S, den Boer C, Tak LM. Van SOLK naar ALK: voortschrijdend inzicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 2024; 168: D8101.
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 3 Stichting TOPGGz. Analyse TOPGGz-specialisaties.
- 4 Boerner KE, Coelho JS, Syal F, e.a. Pediatric avoidant-restrictive food intake disorder and gastrointestinal-related somatic symptom disorders: overlap in clinical presentation. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2022; 27: 385-98.
- 5 MacDonald DE, Liebman R, Trottier K. Clinical characteristics, treatment course and outcome of adults treated for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) at a tertiary care eating disorders program. *J Eat Disord* 2024; 12: 15.
- 6 Makhzoumi SH, Schreyer CC, Hansen JL, e.a. Hospital course of underweight youth with ARFID treated with a meal-based behavioral protocol. *Int J Eat Disord* 2019; 52: 428-34.
- 7 Cooney M, Lieberman M, Guimond T, e.a. Clinical and psychological features of children and adolescents with ARFID: a descriptive study. *J Eat Disord* 2018; 6: 7.
- 8 Aloï M, Sinopoli F, Segura-Garcia C. A case report of an adult male patient with ARFID treated with CBT. *Psychiatr Danub* 2018; 30: 370-3.
- 9 Görmez A, Kılıç A, Kirpınar İ. Avoidant/restrictive food intake disorder: an adult case responding to cognitive behavioral therapy. *Clin Case Stud* 2018; 17: 443-52.
- 10 Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, e.a. Characteristics of ARFID in children and adolescents. *J Adolesc Health* 2014; 55: 49-52.
- 11 Norris ML, Robinson A, Obeid N, e.a. Exploring ARFID in eating disordered patients: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2014; 47: 495-9.
- 12 Barthels F, Müller R, Schüth T, e.a. Orthorexic eating behavior in somatoform disorders. *Eat Weight Disord* 2021; 26: 135-43.
- 13 Satherley R, Howard R, Higgs S. Disordered eating in gastrointestinal disorders. *Appetite* 2015; 84: 240-50.
- 14 Korzilius JW, Dijkstra G, Keszthelyi D, e.a. Totale parenterale voeding zonder darmfalen? *Ned Tijdschr Geneesk* 2025; 169: D8285.
- 15 McGowan A, Harer KN. IBS and eating disorders: a burgeoning concern. *Gastroenterol Clin North Am* 2021; 50: 595-610.
- 16 Smink FR, van Hoeken D, Donker GA, e.a. Three decades of eating disorders in Dutch primary care. *Psychol Med* 2016; 46: 1189-96.
- 17 Kambanis PE, Kuhnle MC, Wons OB, e.a. Psychiatric comorbidities in full/subthreshold ARFID. *Int J Eat Disord* 2020; 53: 256-65.
- 18 Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2018; 20: 23-31.
- 19 Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, e.a. Psychiatric comorbidity in eating disorders. *Psychiatry Res* 2015; 230: 294-9.
- 20 Tagay S, Schlegl S, Senf W. PTSD and somatoform symptoms in eating disorder patients. *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18: 124-32.
- 21 Brewerton TD, Suro G, Fernandez N, e.a. ARFID, trauma and PTSD in residential treatment. *J Psychiatr Res* 2025; 187: 174-80.
- 22 Leiknes KA, Finset A, Moum T, e.a. Somatoform disorders in Norway: prevalence and comorbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 698-710.
- 23 Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, e.a. Comorbidity of psychiatric disorders and PTSD. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 7: 22-32.
- 24 Löwe B, Toussaint A, Rosmalen JGM, e.a. Persistent physical symptoms: definition and management. *Lancet* 2024; 403: 2649-62.
- 25 Törnblom H, Abrahamsson H. Chronic nausea and vomiting: mechanisms. *Neurogastroenterol Motil* 2016; 28: 613-9.

AUTEURS

Maarten Besjes, psychiater, Amarum, Expertisecentrum voor Eetstoornissen, GGNet.

Jordy Rovers, psychiater, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ), behandelcentrum Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK).

Correspondentie

Maarten Besjes (m.besjes@ggnet.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-9-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(10):39-43