

Anorexia nervosa en adolescenten

A.A. VAN ELBURG, U.N. DANNER

- ACHTERGROND** Anorexia nervosa (AN), de ernstigste van de eetstoornissen, begint op steeds jongere leeftijd en blijft dikwijls aanwezig in de volwassenheid.
- DOEL** Beschrijven van typerende kenmerken van AN bij jongeren.
- METHODE** Overzicht aan de hand van de literatuur in combinatie met expertanalyse.
- RESULTATEN** Jongeren met AN lopen grote risico's in lichamelijk opzicht, ze raken snel in de gevarezone en lopen kans op blijvende lichamelijke schade indien hun gewicht zich niet snel herstelt. Bovendien is lichamelijk herstel een voorbode van psychologisch herstel. Leren eten in de context van het gezin in combinatie met snel hervatten van school en vriendencontacten is de meest aangewezen methode om te herstellen. Andere behandelingen hebben hun waarde nog niet kunnen bewijzen.
- CONCLUSIE** Omtrent het streefgewicht, de methode van hervoeden, de aanpak van het gestoorde lichaamsbeeld en de aanpak van de vaak voorkomende comorbiditeit is nog veel niet duidelijk.

TIJDSCRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)12, 923-927

TREFWOORDEN anorexia nervosa, behandeling, jongeren



Eten is een basale behoefte die door de meeste mensen voor lief wordt genomen. Eetstoornissen zijn ernstige psychische stoornissen die tot de meest chronische ziektebeelden van jeugdigen behoren en gepaard gaan met grote persoonlijke, familiale en maatschappelijke kosten. Anorexia nervosa (AN) wordt beschouwd als de ernstigste van de eetstoornissen vanwege de fysieke gevolgen en vaak slechte uitkomst van behandeling. AN start meestal in de puberteit en blijft dikwijls bestaan in de volwassenheid. AN heeft de hoogste mortaliteit van alle psychiatrische stoornissen (Smink e.a. 2013) en wordt gekenmerkt door een te beperkt eetpatroon dat leidt tot een significant te laag gewicht. Andere kernsymptomen zijn een intense angst om dik te worden en een stoornis in de manier waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht of -vorm ervaart (DSM-5; APA 2014).

Voor jongeren zijn de DSM-5-criteria een verbetering: het criterium intense angst om in gewicht aan te komen en het gestoorde lichaamsbeeld worden zelden actief gebracht door jongeren. In de praktijk is het eenvoudiger om te werken met het symptoom: gedrag dat gewichtstoename tegengaat (DSM-5-criterium B), dat veel gemakkelijker her-

kenbaar is door zowel ouders als hulpverleners. Hoewel er een gradatie van ernst is toegevoegd in de DSM-5, is die gebaseerd op body mass index (BMI)-waarden voor volwassenen, de vertaalslag op basis van de meer aan de leeftijd aangepaste standaarddeviatie (SD) van BMI-waarden (waarbij SD 0 de gemiddelde BMI voor een bepaalde leeftijd geeft) moet in Nederland nog gemaakt worden. Vooralsnog wordt de grens van de zeer ernstige categorie, $BMI < 15$, vergeleken met een gewicht $< BMI-SD -2,5$. Hoewel AN bij uitstek in de puberteit tot ontwikkeling komt, wordt aan deze categorie stoornissen relatief weinig aandacht besteed in de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater.

Epidemiologie

De lifetimeprevalentie van AN volgens DSM-5-criteria was 1,7% bij adolescenten in een groot Nederlands cohortonderzoek (Smink e.a. 2013). De 12-maandsprevalentie van AN bedraagt naar schatting 0,4% onder meisjes en jonge vrouwen (15-29 jaar) in geïndustrialiseerde landen; echter, slechts ongeveer een derde van de patiënten komt in de geestelijke gezondheidszorg terecht (Hoek 2006). Bij hulpverleners bestaat de indruk dat het aantal nieuwe

patiënten met anorexia nervosa toeneemt, wat overeenkomt met onderzoek bij adolescente meisjes in de leeftijds-groep van 15 tot 19 jaar (Van Son e.a. 2006; Smink e.a. 2013). Onderzoek in Nederland toont aan dat de hoogste jaarincidence (het aantal nieuwe gevallen in een jaar) – ruim 100 per 100.000 vrouwen – wordt gevonden in de leeftijd van 15 tot 19 jaar (Van Son e.a. 2006). Jeugdige patiënten vormen daarmee de grootste risicogroep voor anorexia nervosa.

De klinische impressie is dat het aandeel van zeer jonge patiënten (10 tot 14 jaar) toe lijkt te nemen. Onderzoek onder de groep jongeren die in 2014 verwezen werd naar Altrecht Eetstoornissen Rintveld laat zien dat deze gemiddeld 15,02 jaar oud (SD 1,99) waren en dat 41 van de 141 jeugdige patiënten (29%) jonger waren dan 14 jaar. Mogelijk reflecteren de genoemde cijfers vooral de toenemende kennis en verbeterde diagnostiek, waardoor de stoornis op jongere leeftijd onderkend wordt en sneller een verwijzing tot stand komt, hoewel ditzelfde onderzoek laat zien dat 104 van de 141 patiënten eerder in de specialistische zorg waren (73%). AN treft in minder dan één op de tien gevallen jongens (Hoek 2006). Uiteindelijk herstelt bijna de helft van alle patiënten volledig, een derde verbetert en een vijfde blijft chronisch ziek. Patiënten bij wie de behandeling tijdens de puberteit begon (in tegenstelling tot de jonge volwassenheid), hebben een lagere mortaliteit en een betere prognose; van hen herstelt circa 75%.

Etiologie

Voor het ontstaan van eetstoornissen bestaan vele verklaringen, zoals het gezinsfunctioneren, leergeschiedenis en de maatschappelijke invloeden, maar geen enkele verklaring is op zichzelf toereikend. Individuele kwetsbaarheid, op basis van genetische of andere predisponerende factoren zoals perfectionisme, bepaalt, in combinatie met blootstelling aan luxerende risicofactoren (bijvoorbeeld gaan lijnen omdat je gepest wordt) en de aanwezigheid van beschermende factoren (bijvoorbeeld lichaamstevredenheid), het ontstaan van de eetstoornis. Ook de kans op herstel wordt beïnvloed door de aanwezigheid van factoren die de ziekte in stand houden of juist bescherming ertegen bieden.

BIOLOGISCHE FACTOREN

De vigerende genetische hypothese is die van een kwetsbaarheid die door een trigger uit de omgeving wordt uitgelokt via lijnen. Uit tweelingonderzoek blijkt dat genetische factoren een rol spelen bij het ontstaan van AN en tevens dat gedeelde omgevingsfactoren geen rol van betekenis spelen (Wade e.a. 2000). In onderzoek van de Price Foundation is een significante linkage gevonden op chromosoom 1p in de regio p36.3-34.3 (Grice e.a. 2002). In een recente

AUTEURS

ANNEMARIE VAN ELBURG, kinder- en jeugdpsychiater en medisch manager, Altrecht Eetstoornissen Rintveld, en hoogleraar Klinische Psychopathologie, in het bijzonder Eetstoornissen, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.

UNNA DANNER, senior onderzoeker, Altrecht Eetstoornissen Rintveld, Zeist.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Annemarie van Elburg, Altrecht Eetstoornissen Rintveld, Wenshoek 4, 3705WE Zeist.
E-mail: a.a.vanelburg@uu.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-6-2015.

genoombrede studie waarbij bijna 3000 patiënten betrokken waren onder andere uit Nederland, werden geen significante resultaten over de hele groep gevonden. Hoewel 76% van de effecten in dezelfde richting wees, wordt het gebrek aan bevindingen toegeschreven aan de beperkte groeps-grootte (Boraska e.a. 2014).

PSYCHOLOGISCHE FACTOREN

Patiënten met AN baseren hun eigenwaarde op hun lichaamsbeeld en -gewicht en de mogelijkheid deze te controleren. Gevoel van controle speelt een grote rol bij AN. Ook lijken mensen met AN moeite te hebben met het in het algemeen adequaat reguleren van hun emoties, hebben de neiging emoties te onderdrukken (emotiesuppressie) en een gebrek aan vermogen om de impact van emoties te reguleren. Het effect van emotieregulatie op het verloop en herstel van AN is nog niet geheel duidelijk. Een studie naar het perspectief van patiënten, ouders en behandelaars op de rol van emoties bij AN liet zien dat problemen bij het herkennen, begrijpen, uitdrukken en tolereren van emoties door alle betrokkenen sterk gerelateerd werden aan verstoorde sociale ervaringen en problemen in interpersoonlijke relaties (Kyriacou e.a. 2009).

Ook neuropsychologische kenmerken spelen mogelijk een rol bij het ontstaan en de instandhouding van AN. Rigiditeit is een typisch kenmerk van AN en is zowel in het gedrag (sterke routines) als in de cognities (sterke preoccupatie met eten en gewicht, maar ook op andere vlakken rigide denkstijl) en in de persoonlijkheid (extrem perfectionisme) te zien. Dit is terug te zien in kwetsbaarheden in het neuropsychologisch functioneren, zoals inflexibiliteit (set-shiftingvaardigheden) en extreme aandacht voor details (centrale coherentiesterkte). Bij jonge patiënten

met AN is er nog niet veel onderzoek gedaan naar deze inefficiënties en zijn tot nu toe de resultaten niet eenduidig.

Het typische lijngedrag dat kenmerkend is voor AN wordt ook wel vergeleken met gewoontegedrag (Walsh 2013). Door het frequent en persistent herhalen van het lijngedrag wordt dit een vorm van automatisch gedrag dat moeilijk veranderbaar is en makkelijk door interne en externe cues geïnitieerd kan worden. In combinatie met inflexibiliteitsproblemen zoals gevonden in neuropsychologisch onderzoek, is het voor patiënten met AN moeilijker om gewoontegedrag te veranderen dan voor adolescenten zonder eetstoornissen.

Ten slotte leidt lijngedrag tot een daling in gewicht en is dit meestal dermate sterk dat het tot compulsieve neigingen leidt, wat de persistentie van het gedrag versterkt (Walsh 2013).

LICHAAMSBEELD

Een verstoorde lichaamsbeleving komt als gevolg van de ontwikkelingsfase van de patiënt in meer of minder uitgesproken mate aan de orde. Er bestaat een discrepantie tussen de werkelijke afmetingen van het lichaam en het interne model van het lichaam dat ligt opgeslagen in het brein, de *lichaamsrepresentatie*. Onderzoek naar het tactiele lichaamsbeeld liet zien dat patiënten met AN afstanden overschatten en dat de verstoorte beleving van lichaamsomvang bij AN zich uitbreidt tot het lichaamsschema. Patiënten met AN bewegen zich in de ruimte alsof hun lichaam dikker is dan het in werkelijkheid is. Met andere woorden, hun acties worden, zonder dat ze zich hier geheel van bewust zijn, gebaseerd op een intern model van lichaamsomvang dat groter is dan hun daadwerkelijke omvang (Keizer e.a. 2013). Behandeling middels cognitieve therapie is daarmee niet adequaat, psychomotorische therapie kan dit wel zijn.

Behandeling

ALGEMEEN

De meeste internationale richtlijnen benadrukken een multidisciplinaire en multimodale aanpak, waarbij aandacht besteed wordt aan de medische en psychologische behoeften van de jeugdige patiënten en hun voedingsbehoefte. Er is, behoudens systeemtherapie, zeer weinig evidentie voor de werkzaamheid van bepaalde behandelmethoden, evenmin voor de setting waarin behandeld dient te worden. De Nederlandse richtlijnen (Trimbos-instituut 2006; Kenniscentrum Kinder- & Jeugdpsychiatrie 2010) adviseren *stepped care* en op de patiënt gerichte zorg, waarbinnen voor de minst ingrijpende setting moet worden gekozen. Er zijn zeer weinig studies naar de uitkomst

TABEL 1 Criteria voor opname van adolescenten met anorexia nervosa

| |
|---|
| Onvoldoende verbetering met poliklinische behandeling |
| Risico op suïcide of ernstige automutilatie |
| Acute medische problemen |
| Ernstig disfunctionerend gezinssysteem |
| Ernstige psychiatrische comorbiditeit |

van behandeling in een verschillende setting. In 2 gerandomiseerde gecontroleerde trials, in Engeland en in Australië, bleken adolescenten vergeleken met volwassenen meer te profiteren van een klinische behandeling, de uitval en terugval waren hoger indien alleen klinisch werd behandeld.

In het algemeen wordt een behandeling aangeraden waarin de jongere het geleerde over eten vooral met hulp van de ouders oefent (Le Grange & Eisler 2009). Normale activiteiten zoals school en sociale contacten moeten zoveel mogelijk doorgang vinden, hetgeen gezien de eerder beschreven moeilijkheden op sociaal-emotioneel gebied van groot belang is. Een intensieve ambulante behandeling kan dikwijls een opname voorkomen indien de draagkracht van de ouders groot genoeg is en de comorbiditeit niet te interfererend. De internationale richtlijnen komen overeen wat betreft redenen voor een klinische behandeling (TABEL 1).

GEWICHTSHERSTEL

Gewichtsherstel is een van de belangrijkste prognostische factoren voor het uiteindelijke herstel van jongeren met AN en vanuit het perspectief van de patiënt tevens voor het psychologisch herstel. Poliklinisch streeft men in de verschillende richtlijnen een gewichtstoename van 0,5 kg/week na en klinisch van 0,5-1 kg/week. De meningen verschillen aanzienlijk wat uiteindelijk het gezonde gewicht moet zijn. In een vergelijkende studie werden door 18 eetstoornisbehandelcentra uit diverse Europese landen adviezen gegeven over het streefgewicht van een 14-jarig meisje. In BMI-getallen liep dit uiteen van 17,5 tot 21 kg/m² en van het rode tot het 75ste percentiel. Als regel kan herstel van de menstruele cyclus worden genomen, herstel treedt meestal op bij het benaderen van de premorbide SD-BMI-waarde. Premenarchale patiënten (de groep die zeer jong ziek wordt, nog voor de groeispurt) lopen meer risico op uitblijven van herstel.

SOMATIEK EN REFEEDING

Jongeren komen sneller dan volwassenen in de somatische gevarenszone, doordat zij als gevolg van hun onvolwassen

lichaam minder vetweefsel hebben. Bovendien leidt een aantal van de gevolgen van ondergewicht tot blijvende schade, zoals de groei, de pubertaire ontwikkeling en de botopbouw. Hervoeding wordt traditiegetrouw voorzichtig opgestart uit angst voor het optreden van het *refeeding*-syndroom. Echter, in recent onderzoek werd geen verschil gevonden in het optreden ervan bij starten met een laag of een hoog calorisch dieet (Golden e.a. 2013). De mate van beweeglijkheid speelt een rol in de caloriebehoefte: de hoeveelheid per dag opgegeven extra calorieën verschilt enorm. Nader onderzoek op dit gebied is zeer gewenst.

GEZINSTHERAPIE

Een aanpak waarbij het gezin betrokken wordt, in de vorm van gezinstherapie, multigezinstherapie of gezinsbegeleiding, is nog altijd dé behandeling voor jongeren met AN.

INDIVIDUELE THERAPIE

Hoewel systeembehandeling eerste keus is, zijn er jongeren wiens ouders niet kunnen of willen meewerken aan een dergelijke vorm van behandeling of die aanvullende behandeling behoeven. Er zijn nauwelijks onderzoeken naar dergelijke behandelingen bij adolescenten verricht. Dalle Grave e.a. (2014) verrichtten een studie naar een specifieke vorm van cognitieve gedragstherapie voor AN, *cognitive behavioural therapy- enhanced* (CBT-E), met matig resultaat en zonder controlebehandeling; hij betrok ouders bij de CBT-E.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5de ed.). Amsterdam: Boom; 2014.
- Boraska V, Franklin CS, Floyd JA, Thornton LM, Huckins LM, Southam L, e.a. A genome-wide association study of anorexia nervosa. *Mol Psychiatry* 2014; 19: 1085-94.
- Dalle Grave R, Calugi S, El Ghoch M, Conti M, Fairburn CG. Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: immediate and longer-term effects. *Front Psychiatry* 2014; 5: 14.
- Golden NH, Keane-Miller C, Sainani KL, Kappahn CJ. Higher caloric intake in hospitalized adolescents with anorexia nervosa is associated with reduced length of stay and no increased rate of refeeding syndrome. *J Adolesc Health* 2013; 53: 573-8.
- Grange D le, Eisler I. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18: 159-73.
- Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 389-94.
- Keizer A, Smeets MA, Dijkerman HC, Uzunbajakau SA, van Elburg A, Postma A. Too fat to fit through the door: first evidence for disturbed body-scaled action in anorexia nervosa during locomotion. *PLoS One* 2013; 8: e64602.
- Kyriacou O, Easter A, Tchanturia K. Comparing views of patients, parents, and clinicians on emotions in anorexia: a qualitative study. *J Health Psychol* 2009; 14: 843-54.
- Walsh BT. The enigmatic persistence of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 477-84.
- Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 532-6.
- Son GE van, van Hoeken D, Bartelds AIM, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Dis* 2006; 39: 565-9.
- Wade TD, Bulik CM, Neale M, Kendler KS. Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 469-71.

Andere psychologische behandelvormen die zijn onderzocht, zijn gedragstherapie, CGT, cognitieve analytische therapie, interpersoonlijke psychotherapie (IPT), lichaamswerk en *specialist supportive clinical management* (SSCM). Geen van de behandelvormen was beter dan de overige. Ook cognitieve remediatie therapie (CRT), een behandeling gericht op het verminderen van de rigiditeit, heeft haar weg naar jongeren gevonden, met kleine tot matige effecten bij onderzoek.

MEDICATIE

Farmacotherapie moet nooit alleen worden ingezet in de behandeling van jongeren met AN. Om refeeding mogelijk te maken is het bij zeer angstige patiënten soms noodzakelijk olanzapine in te zetten (zie de richtlijn op de website van het landelijk Kenniscentrum Kinder- & Jeugdpsychiatrie). Na gewichtsherstel kan het nodig zijn angstklachten of stemmingsstoornissen te behandelen met antidepressiva. Bij ondergewicht is dit niet zinvol: selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) werken dan slecht en bovendien geeft gewichtsherstel ook waardevolle informatie omtrent de samenhang tussen stemming en lichamelijke conditie.

Conclusie

Jongeren met AN zijn sneller ernstig ziek en bij een goede behandeling ook sneller weer beter. Systeemwerk is vooral nog de enige evidence-based behandeling. Er zijn nog veel punten waarop dringend onderzoek gewenst is.

SUMMARY

Anorexia nervosa and adolescents

A.A. VAN ELBURG, U.N. DANNER

BACKGROUND Anorexia nervosa (AN), which is the most serious of the eating disorders, starts earlier in life and often continues into adulthood.

AIM To discuss the typical features of AN in adolescents.

METHOD We present an overview based on the literature about AN in adolescents and on analysis performed by experts.

RESULTS Youngsters with AN run considerable physical risks because their bodies are less well developed and are more easily injured. These injuries can be a lifelong handicap if the patient's body weight does not rapidly return to normal. However, if the body weight recovers satisfactory, this can point to the possibility of a full psychological recovery. The best route to recovery is to start dining again with the family, to go back to school and to participate in social activities. So far, no other types of treatment have proved to be entirely successful.

CONCLUSION Further research is needed into matters such as an ideal weight for the patient and the best ways of increasing his or her food-intake. We need to find out how best to deal with a patient's disturbed body image and how to treat any comorbid disease that often accompanies AN.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)12, 923-927

KEY WORDS anorexia nervosa, treatment, youngsters