

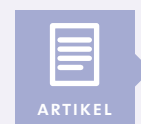
Trauma en anorexia nervosa: samenhang tussen traumakenmerken, PTSS en de duur van de eetstoornis

S.H.W. MARES, M.S. VROLING

- ACHTERGROND** Onderzoek naar de prevalentie van verschillende traumatische gebeurtenissen bij anorexia nervosa (AN) is spaarzaam, waarbij de bevindingen uit deze studies uiteenlopen. Bovendien zijn de diverse kernaspecten van de traumatische gebeurtenissen, zoals het aantal gebeurtenissen en de leeftijd waarop de gebeurtenis plaatsvond, niet consistent meegenomen in vorige studies.
- DOEL** Onderzoeken van de prevalentie van verschillende soorten traumatische gebeurtenissen, of ze vroegkinderlijk zijn of niet, het aantal soorten gebeurtenissen en de samenhang met symptomen van posttraumatische stressstoornis (PTSS) en de duur van de eetstoornis onder klinisch opgenomen patiënten met AN.
- METHODE** Op de opnameafdeling van een kliniek voor eetstoornissen vulden 60 vrouwelijke patiënten met AN in de eerste week van opname vragenlijsten in over traumatische gebeurtenissen en symptomen van PTSS.
- RESULTATEN** Hoewel fysiek geweld tijdens de vroege kinderjaren en traumatische seksuele gebeurtenissen in de latere kinderjaren en de volwassenheid het meest gerapporteerd werden, was er een verscheidenheid aan typen traumatische gebeurtenissen die vaak gemeld werden. Voorts bleken patiënten die traumatische gebeurtenissen op jonge leeftijd en/of meerdere soorten traumatische gebeurtenissen hadden meegemaakt, een langere duur van de eetstoornis te rapporteren.
- CONCLUSIE** Een gedegen inventarisatie van trauma bij patiënten met een eetstoornis lijkt belangrijk, omdat dit een rol zou kunnen spelen bij het in stand houden van de eetstoornis.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)7, 541-548

TREFWOORDEN anorexia nervosa, prevalentie, PTSS, trauma



ARTIKEL



Anorexia nervosa (AN) is een ernstige psychiatrische stoornis, zowel vanwege het relatief hoge risico op overlijden, als vanwege het lage herstelpercentage (Smink e.a. 2013). Vaak is er sprake van comorbide stoornissen zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelengebruik (Keski-Rahkonen & Mustelin 2015). Een minder vaak genoemde comorbiditeit in de literatuur over AN is een posttraumatische stressstoornis (PTSS), terwijl cijfers laten zien dat 23-47% van de patiënten met AN ook voldoet aan de criteria voor PTSS (Brewerton 2007; Tagay e.a. 2014).

Het meemaken van traumatische gebeurtenissen en het ervaren van PTSS-symptomen lijken een risicofactor te zijn voor het ontstaan van een eetstoornis (Brewerton 2007). Uiteraard zijn er verschillende soorten traumatische gebeurtenissen, waarvan bepaalde typen vaker voorkomen dan andere. Ook andere traumakenmerken, zoals de leeftijd waarop het zich voordeed en of iemand het zelf of op afstand meemaakte, kunnen belangrijk zijn voor de mate van impact die een dergelijk trauma heeft.

In het afgelopen decennium zijn er meerdere studies gepubliceerd naar verschillende typen traumatische gebeurtenissen bij patiënten met verschillende eetstoornissen (Reyes-Rodríguez e.a. 2011; Carretero-García e.a. 2012; Backholm e.a. 2013; Tagay e.a. 2014). Zo vonden Reyes-Rodríguez e.a. (2011) dat seksueel gerelateerde trauma's het vaakst voorkwamen bij een groep patiënten met AN. Bovendien vonden zij dat van de patiënten met AN die ook een PTSS-diagnose hadden, het merendeel de eerste traumatische ervaring had voor het begin van de eetstoornis. Tegelijkertijd werd er niet onderzocht wat de leeftijd was waarop de traumatische gebeurtenis plaatsvond en of dit samenhang met de diagnose PTSS of met de ernst van de eetstoornis.

Carretero-García e.a. (2012), die patiënten met AN en bulimia nervosa (BN) vergeleken, keken alleen naar de trauma's fysiek, emotioneel en seksueel misbruik. Zij vonden in beide groepen dat emotioneel misbruik het vaakst voorkwam, gevolgd door seksueel misbruik. In deze studie werd er weinig samenhang gevonden tussen de ernst van de eetstoornis en het herhaaldelijk voorkomen van traumatische gebeurtenissen. Een mogelijke combinatie van verschillende traumatische gebeurtenissen werd echter niet als voorspeller meegenomen.

Backholm e.a. (2013) vonden onder patiënten met verschillende DSM-IV-eetstoornissen dat seksueel trauma het meest voorkwam, en dat het meemaken van trauma samenhang met meer eetstoornissymptomen. Zij vonden geen verschillen tussen de verschillende typen eetstoornissen en onderzochten niet of het aantal traumatische gebeurtenissen samenhang met de ernst van de eetstoornis. Dit deden ze wel voor de leeftijd waarop de traumatische gebeurtenis plaatsvond. Dit wees uit dat deze leeftijd niet samenhang met verschillende maten voor de ernst van de eetstoornis. Dit is in tegenstelling tot het idee dat vooral trauma op jonge leeftijd langdurige gevolgen kan hebben, zeker omdat het de normale ontwikkeling van kinderen kan verstoren (De Young e.a. 2011).

In een laatste studie van Tagay e.a. (2014) onder patiënten met AN en BN was een levensbedreigende ziekte de meest voorkomende traumatische gebeurtenis. Terwijl zij leeftijd waarop de traumatische gebeurtenissen plaatsvonden niet meenamen, was dit de enige studie waarin men wel keek naar het aantal soorten traumatische gebeurtenissen dat patiënten hadden meegemaakt. Zij vonden dat het aantal traumatische gebeurtenissen niet samenhang met de ernst van AN en BN.

Hoewel er dus al een aantal studies is naar de prevalentie van verschillende traumatische gebeurtenissen bij eetstoornissen, zijn de bevindingen uit deze studies niet altijd eenduidig. Bovendien zijn het aantal en de leeftijd waarop

AUTEURS

SUZANNE MARES, senior onderzoeker, GGNet Amarum (TOPGGZ gecertificeerd expertisecentrum voor eetstoornissen).

MAARTJE VROLING, senior onderzoeker, GGNet Amarum, en Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen; en psycholoog in opleiding tot Psychotherapeut, GGNet.

CORRESPONDENTIEADRES

Suzanne Mares, GGNet, Amarum, Postbus 2003, 7230 GC Warnsveld.
E-mail: s.mares@ggnet.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-2-2020.

traumatische gebeurtenissen plaatsvonden niet consistent meegenomen in vorige studies.

Het doel van onze studie is het onderzoeken van de prevalentie van verschillende soorten traumatische gebeurtenissen onder klinisch opgenomen patiënten met AN in Nederland. Daarbij onderzoeken we of het meemaken van traumatische gebeurtenissen op jonge leeftijd en het meemaken van meerdere soorten traumatische gebeurtenissen samenhangt met PTSS-symptomen en met de duur van de eetstoornis.

- De eerste hypothese is dat het meemaken van traumatische gebeurtenissen op jonge leeftijd samenhangt met meer PTSS-symptomen en een langere duur van de eetstoornis.
- De tweede hypothese is dat het meemaken van meerdere soorten traumatische gebeurtenissen samenhangt met meer PTSS-symptomen en een langere duur van de eetstoornis.

METHODE

Binnen GGNet Amarum, een TOPGGZ-gecertificeerd expertisecentrum voor eetstoornissen, vond in de periode januari 2014-mei 2017 dataverzameling plaats voor de huidige studie. Patiënten die een klinische behandeling kregen voor AN of een eetstoornis niet anderszins omschreven met anorectische dynamiek (ESNAO-AN) kwamen in aanmerking voor het onderzoek als zij voldeden aan de volgende inclusiecriteria: a. leeftijd ≥ 16 jaar; b. *body mass index* (BMI) $< 18,5$ en c. voldoen aan de criteria voor AN, of ESNAO-AN volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, vierde editie (DSM-IV). Patiënten die hieraan voldeden, kregen van de behandelaar mondelinge en schriftelijke

informatie. Patiënten werden geïncludeerd als zij schriftelijke toestemming gaven voor deelname.

Van de 71 patiënten die deelnamen aan de studie, gebruikten we voor het huidige onderzoek de gegevens van 60 patiënten. Gegevens van de overige patiënten werden niet gebruikt, omdat ze bij start van de studie een BMI hoger dan 18,5 hadden ($n = 2$), omdat de definitieve diagnose bulimia nervosa bleek te zijn ($n = 1$) en omdat de vragenlijst over traumatische gebeurtenissen niet was ingevuld ($n = 2$). Verder namen 6 patiënten vanwege een herhaalde opname in de kliniek 2 keer deel aan de studie. Van deze patiënten werd alleen de eerste deelname meegenomen, resulterend in de uiteindelijke steekproefgrootte van 60 patiënten.

Vragenlijsten over trauma werden in de eerste week van opname afgenomen. De afname werd begeleid door een sociotherapeut, omdat het vragen naar traumatische gebeurtenissen heftige reacties zou kunnen oproepen. Navraag na afloop van de studie liet zien dat patiënten geen extra last ondervonden van het invullen van de vragenlijst. Sommige patiënten rapporteerden bij de studie traumatische gebeurtenissen waar ze nog niet eerder over gesproken hadden. De vragenlijst was aanleiding om dat wel te gaan doen. Voor meerdere patiënten gold dat het naar aanleiding van deelname aan de studie in de behandeling makkelijker was het gesprek over trauma te openen. Deze studie is onderdeel van een groter onderzoek dat werd goedgekeurd door de ethische commissie van de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen (ECSW2014-2701-178).

Patiënten

Aan het onderzoek namen 60 vrouwen deel, variërend in leeftijd van 16-43 jaar (gemiddeld 23,03; SD: 7,84). De meerderheid had de Nederlandse nationaliteit (> 98%). Diagnosen volgens de DSM-IV waren AN ($n = 43$; 72%), ES NAO-AN ($n = 17$; 28%). De duur van de eetstoornis varieerde van 2 maanden tot 25 jaar (gemiddeld 5,0 jaar; SD: 5,62) en de gemiddelde verblijfsduur in de kliniek bedroeg 16 weken (SD: 6,83; uitersten: 3-33).

Meetinstrumenten

TRAUMATISCHE GEBEURTENISSEN

We gebruikten een Nederlandse vertaling van de *Life Events Checklist for DSM-5* (LEC-5; Weathers e.a. 2018) om te inventariseren of patiënten een of meer van 16 DSM-gedefinieerde traumatische gebeurtenissen hadden meegemaakt, zoals een verkeersongeluk, fysiek geweld, seksueel geweld of onverwacht of gewelddadig overlijden van een naaste. Als laatste was er de mogelijkheid om aan te geven of de patiënt 'overige' traumatische gebeurtenissen had meegemaakt. Per gebeurtenis werd gevraagd of de gebeurtenis de

patiënt zelf was overkomen of dat een naaste het was overkomen of dat ze getuige waren van de gebeurtenis. Daarnaast rapporteerden patiënten per type gebeurtenis in welke leeftijdscategorie (0-8 jaar; 9-16 jaar; 17 jaar of ouder) de gebeurtenis was voorgekomen. Onderzoek heeft aangetoond dat de LEC een valide instrument is (Gray e.a. 2004).

POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS

De Nederlandse versie van de *PTSD Symptom Scale – Self Report* (PSS-SR; Arntz 1993; Foa e.a. 1993) werd afgenomen bij patiënten die aangaven een traumatische gebeurtenis te hebben meegemaakt. Deze vragenlijst meet de symptomen van PTSS, overeenkomend met de DSM-IV. Deze vragenlijst bestaat uit 17 items die op een 4-puntsschaal variërend van 0 (nooit) tot 3 (5 of meer keer per week) worden beantwoord. Een hogere somscore geeft meer PTSS-symptomen weer. Onderzoek heeft aangetoond dat een score van 14 of hoger indicatief is voor de aanwezigheid van PTSS (Sin e.a. 2012; Moeller-Bertram e.a. 2014).

Ook wij hanteerden deze klinische afkapgrens om de diagnose PTSS te stellen. Onderzoek heeft aangetoond dat de PSS-SR een hoge betrouwbaarheid en validiteit heeft. Cronbachs alfa in de huidige steekproef was 0,87.

Data-analyse

We verwerkten en analyseerden de data met *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versie 25.0). Een somscore van het aantal soorten traumatische gebeurtenissen werd berekend. Bij de categorie 'overig' van de LEC-5 had een aantal patiënten gespecificeerd wat deze overige traumatische gebeurtenis was, terwijl anderen aangaven 'een overige gebeurtenis' te hebben meegemaakt. Een aantal patiënten had bovendien meerdere overige traumatische gebeurtenissen genoteerd. Omdat niet alle patiënten deze toelichting bij de categorie 'overig' hadden gegeven, telden we het vóórkomen van een of meerdere overige traumatische gebeurtenissen als 1 trauma bij het berekenen van de somscore.

De prevalentie van traumatische gebeurtenissen werd berekend door het percentage patiënten binnen onze groep te berekenen dat had gerapporteerd die specifieke traumatische gebeurtenis te hebben meegemaakt, waarbij deze prevalentie werd uitgesplitst naar leeftijdscategorie en wie het trauma had ondergaan. Omdat sommige patiënten bepaalde traumatische gebeurtenissen op meerdere leeftijden en zowel als getuige als in de rol van slachtoffer hadden meegemaakt, is de som van de afzonderlijke percentages soms hoger dan de levenslange prevalentie.

Vervolgens voerden we respectievelijk een U-toets van Mann-Whitney en een t-toets uit om te onderzoeken of patiënten die wel of geen vroegkinderlijk traumatische

gebeurtenissen hadden meegemaakt, verschilden in de duur van de eetstoornis en scores op de *PTSS-SR*. Hierbij keken we naar de somscore, maar ook naar het al-dan-niet voldoen aan de criteria voor *PTSS*, in het laatste geval met een χ^2 -toets.

Tot slot voerden we respectievelijk lineaire en logistische regressies uit om te onderzoeken of het aantal soorten traumatische gebeurtenissen samenhang met de *PTSS*-somscore en de duur van de eetstoornis enerzijds en de dichotome *PTSS*-score anderzijds. Bij de analyses voor aantal soorten traumatische gebeurtenissen controleerden we voor leeftijd.

RESULTATEN

FIGUUR 1 geeft een overzicht van het aantal soorten trauma's per persoon. Hierin is te zien dat 6 patiënten (10%) geen traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt. Het gemiddeld aantal soorten trauma's per persoon was 3,00 (SD: 2,25).

Een overzicht van het percentage patiënten dat elke traumatische gebeurtenis afzonderlijk had meegemaakt (totaal, per levensfase, zelf/ander als lijdend voorwerp) wordt weergegeven in **TABEL 1**. De resultaten uit deze tabel laten zien dat fysiek geweld het frequentst voorkwam, direct gevolgd door ongewenste seksuele ervaringen en het onverwacht overlijden van een naaste. Zowel in de vroege kindertijd als in de late kindertijd/vroege adolescentie kwam fysiek geweld veruit het vaakst voor. Boven de 17 jaar kwamen traumatische seksuele ervaringen het vaakst voor. De traumatische gebeurtenis die de patiënten het vaakst zelf was overkomen, was een ongewenste seksuele ervaring, direct gevolgd door fysiek geweld.

Wat betref de restcategorie waren er 35 (58%) patiënten die rapporteerden dat zij een of meerdere overige trauma-

tische gebeurtenis(sen) hadden meegemaakt. Deze overige traumatische gebeurtenissen waren onder andere pesten ($n = 8$), een scheiding ($n = 3$), overlijden van een naaste ($n = 3$), een ziekenhuisopname of een medische ingreep ($n = 4$) en zelfmoord ($n = 2$).

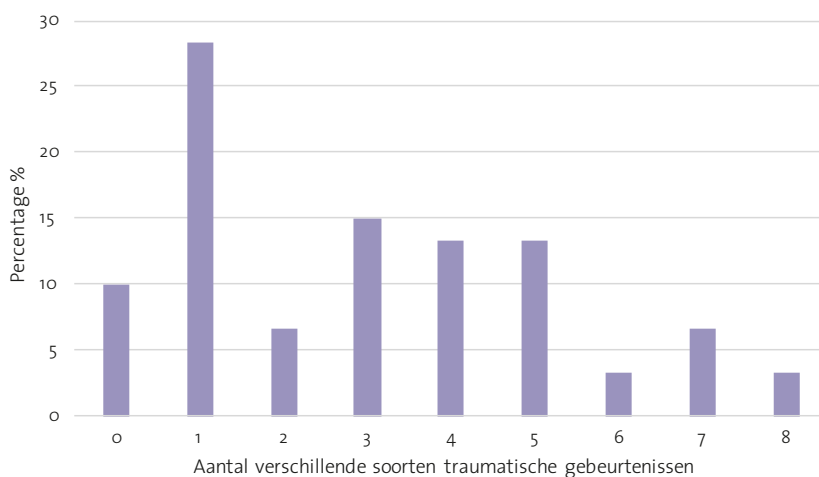
Vroegkinderlijk trauma

De gemiddelde duur van de eetstoornis, *PTSS*-symptomen en *PTSS*-diagnose voor de totale groep patiënten en de patiënten met en zonder vroegkinderlijk trauma zijn apart weergegeven in **TABEL 2**. Er was een significant verschil met een groot effect in de duur van de eetstoornis tussen patiënten met en zonder vroegkinderlijk trauma ($U = 317$; $z = -1,97$; $p = 0,049$; Cohens $d = 0,83$), waarbij de patiënten die meldden dat zij in de vroege kindertijd een traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt een langere duur van de eetstoornis rapporteerden dan patiënten die niet meldden dat zij in de vroege kindertijd een traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt. Er was geen significant verschil in de *PTSS*-symptomen tussen patiënten met en zonder vroegkinderlijk trauma ($t(39) = -1,57$; $p = 0,124$; Cohens $d = 0,49$). Wel was er een significant verschil in het aantal *PTSS*-diagnosen tussen patiënten met en zonder vroegkinderlijk trauma ($\chi^2(1; n = 41) = 4,74$; $p = 0,029$; Cohens $d = 0,71$), waarbij patiënten met vroegkinderlijk trauma vaker aan de *PTSS*-diagnose voldeden dan patiënten zonder vroeg trauma. Er was hier sprake van een middelgroot effect.

Aantal soorten traumatische gebeurtenissen

Resultaten van de regressieanalyses lieten een significante en positieve samenhang zien tussen het aantal soorten traumatische gebeurtenissen en de duur van de eetstoornis en de *PTSS*-scores. Dit wil zeggen dat hoe meer soorten traumatische gebeurtenissen patiënten hadden meege-

FIGUUR 1 Percentage personen naar aantal soorten traumatische gebeurtenissen



TABEL 1 Levenslange prevalentie van de verschillende typen traumatische gebeurtenissen (in %)

Traumatische gebeurtenis	Levenslang	0-8 jaar	9-16 jaar	17+ jaar	Zelf	Als getuige	Als naaste
Natuurramp	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Brand of ontploffing	15,0	6,7	5,0	3,3	11,7	5,0	0,0
Verkeersongeluk	23,3	8,3	10,0	8,3	13,3	1,7	13,3
Ernstig ongeluk werk, thuis of in vrije tijd	10,0	0,0	3,3	6,7	8,3	1,7	0,0
Blootstelling aan gevaarlijke stoffen	1,7	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	1,7
Fysiek geweld	38,3	20,0	31,7	16,7	28,3	16,7	16,7
Aangevallen zijn met wapen	11,7	0,0	8,3	8,3	8,3	1,7	5,0
Ongewenste seksuele ervaring	33,9	6,7	16,7	16,7	30,0	0,0	3,3
Seksueel geweld	16,7	8,3	8,3	10,0	16,7	0,0	0,0
Blootstelling aan oorlog of strijd	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gevangenschap	6,9	3,3	1,7	3,3	3,3	0,0	3,3
Levensbedreigende ziekte	27,6	6,7	15,0	10,0	1,7	10,0	23,3
Ernstig menselijk lijden	13,8	1,7	3,3	10,0	0,0	10,0	10,0
Plotseling gewelddadig overlijden	7,0	0,0	1,7	5,0	0,0	1,7	5,0
Onverwacht overlijden van een naaste	31,6	8,3	13,3	10,0	6,7	5,0	18,3
Ernstige verwonding, schade of dood door u veroorzaakt	7,0	1,7	1,7	3,3	6,7	0,0	0,0

TABEL 2 Vergelijking tussen patiënten met (n = 30) en zonder (n = 30) vroegkinderlijk trauma

	Hele groep		Vroeg trauma		Geen vroeg trauma		zt/ χ^2	p
Gem. duur eetstoornis in jaren (SD)	5,0	(5,62)	7,14	(7,21)	2,82	(1,64)	-1,97	0,049
Gem. aantal PTSS-symptomen (SD)	21,17	(9,79)	22,96	(8,72)	18,07	(11,03)	-1,57	0,124
Aantal met PTSS-diagnose (%)	30	(50,0)	22	(36,7)	8	(13,3)	4,74	0,029

maakt, hoe langer de eetstoornis duurde ($R^2 = 0,40$; $b = 0,89$; $p < 0,01$). Hierbij werd gecontroleerd voor de huidige leeftijd van de patiënt. De resultaten in **FIGUUR 2** laten zien dat er sprake was van een exponentieel verband tussen het aantal verschillende soorten traumatische gebeurtenissen en de duur van de eetstoornis. Er was geen significant verband tussen het aantal soorten traumatische gebeurtenissen en het aantal PTSS-symptomen ($R^2 = 0,60$; $b = 0,15$; $p = 0,83$). Verder bleek dat hoe meer soorten traumatische gebeurtenissen patiënten hadden meegemaakt, hoe vaker ze aan de PTSS-diagnose voldeden ($b = 0,58$; Wald (t) = 4,53; $p < 0,05$).

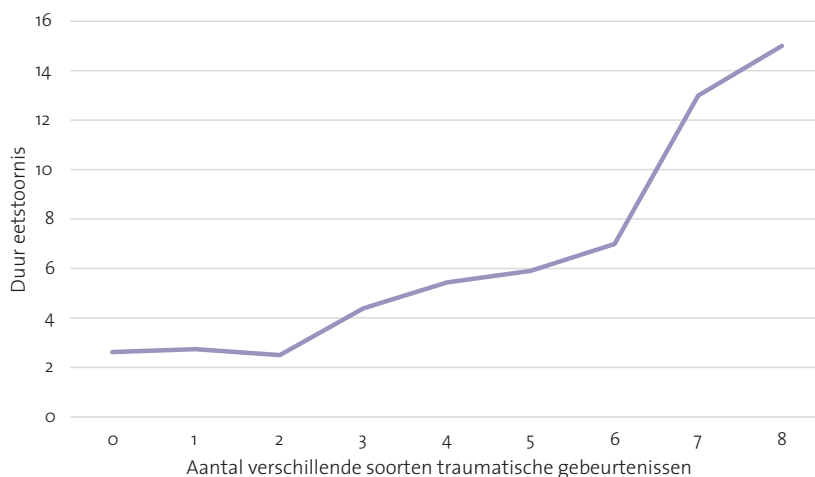
DISCUSSIE

Hoge prevalentie trauma

Een eerste opvallende bevinding in onze studie is het hoge percentage patiënten dat in hun leven een traumatische

gebeurtenis heeft meegemaakt. Met een percentage van 90% bevindt deze prevalentie zich aan de bovenkant van de eerder gevonden prevalenties bij mensen met een eetstoornis (18-92%; Reyes-Rodríguez e.a. 2011; Carretero-García e.a. 2012; Backholm e.a. 2013; Tagay e.a. 2014). Het merendeel van de patiënten in onze studie had meerdere soorten traumatische gebeurtenissen meegemaakt (62%). Ook waren er met een percentage van 50% veel patiënten met zowel AN als PTSS, in vergelijking met vorig onderzoek (23-47%; Brewerton 2007; Tagay e.a. 2014). Mogelijk zijn de hoge prevalenties deels te verklaren doordat de gegevens verzameld zijn binnen de opnameafdeling van een TOPGGZ-gecertificeerd expertisecentrum. Dergelijke centra dragen immers zorg voor de behandeling van patiënten met complexe problematiek. De resultaten laten zien dat, binnen een groep patiënten met complexe problematiek, traumatische gebeurtenissen en de daaropvolgende problematiek zeer veelvuldig voorkomen.

FIGUUR 2 Samenhang tussen aantal verschillende soorten traumatische gebeurtenissen en duur van de eetstoornis in jaren



Typen trauma

Naast het bekijken van de algemene prevalenties van traumatische gebeurtenissen, was een doel van onze studie om onderscheid te maken tussen de verschillende typen traumatische gebeurtenissen. In eerder onderzoek vonden men uiteenlopende prevalenties (6-40%) van fysiek geweld (Carretero-García e.a. 2012; Tagay e.a. 2014). De huidige steekproef bleek aan de bovenkant van deze waarden te zitten, waarbij fysiek geweld de meest prevalentie traumatische gebeurtenis bleek te zijn, voornamelijk tijdens de vroege kinderjaren. In overeenstemming met eerder onderzoek werden juist in de latere kindertijd en de volwassen jaren traumatische seksuele gebeurtenissen vaak gerapporteerd (Reyes-Rodríguez e.a. 2011; Backholm e.a. 2013).

Hoewel fysiek geweld en traumatische seksuele gebeurtenissen het meest gerapporteerd werden in zowel vorig onderzoek als onze studie, was er een verscheidenheid aan typen traumatische gebeurtenissen die vaak gemeld werden. Zo werden ook een verkeersongeluk, een levensbedreigende ziekte en het onverwacht overlijden van een naaste door meer dan 1 op de 5 patiënten gerapporteerd, terwijl meer dan 10% van de patiënten rapporteerde een brand of ontploffing, ernstig ongeluk, een aanval met een wapen, of ernstig menselijk lijden te hebben meegemaakt. Deze bevindingen geven aan dat buiten de bekendere traumatische gebeurtenissen zoals seksueel en fysiek geweld, de aard van traumatische gebeurtenissen bij patiënten met AN zeer divers kan zijn.

Relatie met trauma op jonge leeftijd

De hypothese dat het op jonge leeftijd meemaken van een traumatische gebeurtenis samenhangt met meer PTSS-symptomen en met een langere duur van de eetstoornis

werd deels bevestigd door de resultaten. De opvallendste bevinding was dat, terwijl de duur van de eetstoornis voor patiënten zonder vroegkinderlijk trauma bijna 3 jaar was, dit voor patiënten met vroegkinderlijk trauma ruim 7 jaar was. Deze resultaten geven aan dat patiënten die op jonge leeftijd een traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt meer kans hadden op een veel langduriger verloop van hun ziekte.

Dit is een belangrijke bevinding, omdat een langere duur van de ziekte samenhangt met een slechtere uitkomst (Treasure & Russell 2011). Bovendien komt de diagnose PTSS in deze groep met vroegkinderlijke traumatisering vaker voor, hoewel deze patiënten tegelijkertijd niet meer symptomen van PTSS rapporteren dan patiënten die op latere leeftijd een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt. Dit impliceert dat het onderscheid in PTSS-klachten tussen beide getraumatiseerde groepen niet heel helder te maken is.

Deze resultaten geven aan dat het belangrijk is om, naast beoordelen of een patiënt voldoet aan de diagnosecriteria voor PTSS, na te gaan of een patiënt op jonge leeftijd traumatische gebeurtenissen heeft meegemaakt, omdat dit een indicatie kan zijn voor de ernst of hardnekkigheid van de eetstoornis. Mogelijk pleit dit voor een andere behandeling voor deze subgroep of het gelijktijdig behandelen van PTSS. Ons onderzoek geeft echter onvoldoende informatie om een dergelijke behandeling vorm te geven. Dit zal daarom nader onderzocht moeten worden.

Relatie met soort trauma

De tweede hypothese, dat het meemaken van meerdere soorten traumatische gebeurtenissen samenhangt met meer PTSS-symptomen en een langere duur van de eetstoornis, werd bevestigd door de resultaten. In overeenstem-

ming met eerdere studies (Carretero-García e.a. 2012; Tagay e.a. 2014) bleek dat de eetstoornis langer duurde naarmate een patiënt meer verschillende soorten traumatische gebeurtenissen rapporteerde. Bovendien bleek hier sprake te zijn van een exponentieel verband, wat wil zeggen dat de duur van de eetstoornis steeds sneller toenam naarmate het aantal soorten traumatische gebeurtenissen steeg.

Deze resultaten laten zien dat het belangrijk is om alert te zijn op hoeveel verschillende traumatische gebeurtenissen patiënten hebben meegemaakt, omdat dit een indicatie kan zijn voor het risico op een persistente eetstoornis. Onze studie liet verder zien dat patiënten met meerdere soorten traumatische gebeurtenissen vaker voldeden aan de diagnosecriteria voor PTSS. Hoewel deze bevindingen zeer informatief zijn, zou het voor vervolgonderzoek interessant zijn om in een grotere groep te onderzoeken of bepaalde typen traumatische gebeurtenissen in het bijzonder bijdragen aan het ontstaan en/of in stand houden van AN.

Beperkingen en sterke punten van dit onderzoek

Onze studie is een belangrijke aanvulling op eerdere studies naar verschillende soorten traumatische gebeurtenissen bij eetstoornissen, waaronder AN. Zover bij ons bekend is dit de eerste studie onder de Nederlandse populatie klinische patiënten met AN. Verder hebben wij de leeftijd ten tijde van traumatische gebeurtenissen en het aantal verschillende soorten traumatische gebeurtenissen gedetailleerd bij het onderzoek betrokken, wat heeft geleid tot een aantal nieuwe bevindingen en inzichten.

Naast deze sterke punten heeft deze studie ook een aantal beperkingen. Zo was het huidige aantal deelnemers niet groot genoeg om te kijken naar verschillende subgroepen,

zowel gebaseerd op de eetstoornis als op de soort traumatische gebeurtenissen. Uit vorig onderzoek is gebleken dat er verschillen kunnen zijn tussen deze subgroepen, bijvoorbeeld tussen patiënten met restrictieve versus purgeerende AN (Reyes-Rodríguez e.a. 2011; Carretero-García e.a. 2012).

Verder gebruikten we in deze studie crosssectionele data. Hierdoor kunnen we geen uitspraken doen over causaliteit. Ook zorgen het kleine aantal deelnemers en de crosssectionele aard van de gegevens ervoor dat we niet konden kijken naar onderliggende mechanismes die het verband tussen het meemaken van traumatische gebeurtenissen en het ontstaan of in stand houden van een eetstoornis kunnen verklaren. Eerdere literatuur heeft bijvoorbeeld 'locus of control', oftewel de mate waarin iemand gelooft dat hij of zij het eigen leven kan bepalen, aangestipt als mogelijk relevante factor in relatie tot zowel PTSS als eetstoornissen (Fouts & Vaughan 2002; Zhang e.a. 2014). Het is daarom belangrijk dat men in toekomstig onderzoek met een grote, heterogene onderzoeksgroep en longitudinale data verder kijkt naar subgroepen en verklarende factoren.

CONCLUSIE

Op basis van de bevindingen in deze studie concluderen we dat een verscheidenheid aan traumatische gebeurtenissen veelvuldig voorkomen bij patiënten met AN. Bovendien hebben patiënten die traumatische gebeurtenissen op jonge leeftijd en/of meerdere soorten traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt een langer durende eetstoornis. Onze studie geeft het belang aan van een gedegen inventarisatie van trauma bij patiënten met een eetstoornis, omdat dit een rol zou kunnen spelen bij het in stand houden van de eetstoornis.

LITERATUUR

- Arntz A. Dutch translation of the PSS-SR. Universiteit Maastricht; 1993.
- Backholm K, Isomaa R, Birgegård A. The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *Eur J Psychotraumatol* 2013; doi:10.3402/ejpt.v4i0.22482.
- Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eat Disord* 2007; 15: 285-304.
- Carretero-García A, Sánchez Planell L, Doval E, Rusin-ol Estragués J, Raich Escursell RM, Vanderlinden J. Repeated traumatic experiences in eating disorders and their association with eating symptoms. *Eat Weight Disord* 2012; 17: 267-73.
- Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1993; 6: 459-73.
- Fouts G, Vaughan K. Locus of control, television viewing, and eating disorder symptomatology in young females. *J Adolesc* 2002; 25: 307-11.
- Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment* 2004; 11: 330-41.
- Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* 2015; 29: 340-5.
- Moeller-Bertram T, Strigo IA, Simmons AN, Schilling JM, Patel P, Baker, DG. Evidence for acute central sensitization to prolonged experimental pain in posttraumatic stress disorder. *Pain Med* 2014; 15: 762-71.

- Reyes-Rodriguez ML, von Holle A, Ulman TF, Thornton LM, Klump KL, Brandt H, e.a. Post traumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosom Med*; 73: 491-7.
- Sin GL, Abdin E, Lee J. The PSS-SR as a screening tool for PTSD in first-episode psychosis patients. *Early Interv Psychiatry* 2012; 6: 191-4.
- Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 543-8.
- Tagay S, Schlottbohm E, Reyes-Rodriguez ML, Repic E, Senf W. Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources. *Eat Disord* 2014; 22: 33-49.
- Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: Theoretical exploration of maintaining factors. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 5-7.
- Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, Kaloupek DG, Marx BP, Keane TM. The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) – Standard. 2013. https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/LEC5_Standard_Self-report.PDF
- Williams SL, Williams DR, Stein DJ, Seedat S, Jackson PB, Moomal H. Multiple traumatic events and psychological distress: The South Africa stress and health study. *J Trauma Stress* 2007; 20: 845-55.
- De Young AC, Kenardy JA, Cobham VE. Trauma in early childhood: A neglected population. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011; 14: 231.
- Zhang W, Liu H, Jiang X, Wu D, Tian Y. A longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptoms and its relationship with coping skill and locus of control in adolescents after an earthquake in China. *PLoS One* 2014; 9: e88263.

SUMMARY

Trauma and anorexia nervosa: the association between trauma characteristics, PTSD and the duration of the eating disorder

S.H.W. MARES, M.S. VROLING

- BACKGROUND** Research into the prevalence of various traumatic events in anorexia nervosa (AN) is sparse, with the findings from these studies varying. In addition, the number and age at which traumatic events occurred was not consistently included in previous studies.
- AIM** To study the prevalence of different types of traumatic events, whether they occurred in early childhood or not, the number of different events and their associations with PTSD symptoms, and the duration of the eating disorder among clinically admitted patients with AN.
- METHOD** In the admission department of an eating disorder clinic, 60 female patients with AN completed questionnaires about traumatic events and symptoms of PTSD during the first week of admission.
- RESULTS** Although physical violence during early childhood and traumatic sexual events in later childhood and adulthood were the most commonly reported, there was a variety of types of traumatic events that were frequently reported. In addition, patients who had experienced traumatic events at a young age and / or multiple types of traumatic events had a longer-lasting eating disorder.
- CONCLUSION** A thorough inventory of trauma in patients with eating disorders seems important, as this could play a role in maintaining an eating disorder.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)7, 541-548

KEY WORDS anorexia nervosa, prevalence, PTSD, trauma