

Vroeg ontstane eetstoornissen: literatuuroverzicht

I. POPPE, A. SIMONS, I. GLAZEMAKERS, D. VAN WEST

- ACHTERGROND** De incidentie van anorexia nervosa (AN) bij adolescenten is duidelijk toegenomen door de jaren. In verschillende studies en in de media wordt gesuggereerd dat AN de laatste tijd ook meer voorkomt in de preadolescentaire fase. Gezien de impact van een eetstoornis op een kind is het belangrijk tijdig de juiste diagnose en behandeling te starten.
- DOEL** Een overzicht geven van de kenmerken en kwetsbaarheden van de patiënt met vroeg ontstane eetstoornis. Deze informatie kan belangrijk zijn in het kader van vroegdiagnostiek, preventie en sensibilisering betreffende vroeg ontstane eetstoornissen.
- METHODE** Wij verrichtten een literatuuronderzoek naar vroege eetstoornissen. Hiervoor werd gebruikgemaakt van de medische database PubMed en aanverwante relevante artikelen die vanuit de referenties werden geselecteerd. Er werden 34 relevante artikelen geselecteerd, gepubliceerd tussen 1987 en 2014.
- RESULTATEN** In de literatuur worden kenmerken en kwetsbaarheden vermeld op verschillende vlakken. Er worden biologische factoren beschreven (voorafgaande streptokokkeninfectie, voorafgaande huisartsconsulten, medische voorgeschiedenis), psychologische factoren (comorbiditeit, temperament, bepaald persoonlijkheidsprofiel, maturatieangst) en omgevingsfactoren (familiale voorgeschiedenis, familiaal functioneren, stresserende gebeurtenissen).
- CONCLUSIE** Vanuit de literatuur lijkt de vroege ontwikkeling van AN bij kinderen gerelateerd aan een complexe combinatie van etiologische factoren. Er is echter behoefte aan nog meer onderzoek betreffende deze patiëntengroep.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)11, 805-814

TREFWOORDEN vroege eetstoornis, early-onseteetstoornis, anorexia nervosa bij kinderen



ARTIKEL



805

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE | JAARGANG 57 | NOVEMBER 2015

Uit onderzoek (Smink e.a. 2012) blijkt dat de totale incidentie van anorexia nervosa (AN) in Europa de laatste decennia stabiel is gebleven (Nederland: 7 per 100.000 persoonsjaren). De incidentie bij adolescenten tussen 15 en 19 jaar is echter significant toegenomen door de jaren tot 109,2 per 100.000 in Nederland. In verschillende studies en media wordt gesuggereerd dat AN de laatste tijd ook meer voorkomt in de preadolescentaire fase. Er is een aantal Europese en niet-Europese studies voorhanden waarin men verder onderzoek doet naar de incidentie van eetstoornissen bij kinderen. De incidentie van vroeg ontstane eetstoornissen (*early-onset*) varieert tussen de 2,6 en 3,0 per 100.000 (Nicholls e.a. 2011; Pinhas e.a. 2011). Het

aandeel jongens in de groep patiënten met een vroege eetstoornis blijkt groter (30%) dan in de groep met een later begonnen AN (Arnou e.a. 1999). Op dit moment geven deze cijfers vooral een idee aangaande de incidentie van vroege eetstoornissen, maar bieden deze nog geen bewijs dat er een stijging is in de incidentie van eetstoornissen bij kinderen, hoewel dit binnen de klinische praktijk en in de media wel wordt gesuggereerd.

Er is discussie over eventuele verschillen in klinische presentatie en onderliggende etiopathofysiologie tussen vroege en adolescentaire AN (Matsumoto e.a. 2001; Cooper e.a. 2002; Walker e.a. 2014). Uit onderzoek van Karwautz e.a. (1997) blijken artsen nog onvoldoende aan de moge-

lijkheid van een onderliggende eetstoornis te denken in hun differentiaaldiagnose bij een kind met gewichtsverlies. Een goede en tijdige diagnosestelling is echter belangrijk aangezien kinderen zich in een kritische periode van groei en botontwikkeling bevinden, waardoor malnutritie een ernstige invloed kan hebben op hun ontwikkeling indien deze niet tijdig wordt behandeld (Reiersen & Houlihan 2008).

De ernstige impact en mogelijke toename in incidentie van vroege eetstoornissen maken het belangrijk een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van deze jonge patiëntengroep. In dit artikel geven wij een literatuuroverzicht over de karakteristieken en kwetsbaarheden van deze patiënten. Deze informatie is belangrijk in het kader van vroegdiagnostiek, preventie en sensibilisering. Informatie betreffende de behandeling en uitkomsten daarvan valt buiten het opzet van deze review.

METHODE

Wij verrichtten een literatuuronderzoek naar vroege eetstoornissen, waarvoor we gebruikmaakten van de medische database PubMed. Als zoekcriteria werden de termen 'early-onset eating disorders', 'early-onset anorexia nervosa', 'childhood eating disorders' en 'childhood anorexia nervosa' gehanteerd. Aangezien de gepubliceerde literatuur over dit onderwerp nogal beperkt was, werd besloten geen

AUTEURS

ISABEL POPPE, kinder- en jeugdpsychiater in opleiding, Universiteit Antwerpen.

ANNIK SIMONS, kinder- en jeugdpsychiater, zorgeneid Eetstoornissen, Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA), Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA).

INGE GLAZEMAKERS, klinisch psycholoog, UKJA, ZNA, gastprofessor Universiteit Antwerpen, vakgroep CAPRI.

DIRK VAN WEST, kinder- en jeugdpsychiater UKJA, ZNA; gastprofessor Universiteit Antwerpen, vakgroep CAPRI; docent Vrije Universiteit Brussel, vakgroep KLEP.

CORRESPONDENTIEADRES

Isabel Poppe, Oogststraat 31/1, 2600 Berchem, België.

E-mail: isabel.poppe@student.ua.ac.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-3-2015.

verdere selectie te maken op grond van specifieke leeftijd, pubertair of menarcheaal stadium. Er werden geen beperkingen opgelegd omtrent publicatiejaar.

Op basis van de inhoud van het abstract werd ingeschat of

TABEL 1 Selectieprocedure literatuur

Zoekstrategie (PubMed)

Zoektermen in titel: 'early-onset eating disorders', 'early-onset anorexia nervosa', 'childhood eating disorders', 'childhood anorexia nervosa'

Artikelen geïncludeerd tot 2014



Totaal

63 unieke artikelen



48 artikelen geëxcludeerd wegens:

- Early-onset eetstoornis van het type binge-eating, boulimia, ... (n = 3)
- Focus op behandeling en uitkomsten (n = 6)
- Focus op medische gevolgen (n = 6)
- Focus op genetica (n = 1)
- Niet de gewenste patiëntengroep (focus op adolescenten) (n = 27)
- Anorexiabeeld met medische oorzaak (n = 1)
- Niet-Engelse publicaties (n = 4)

Totaal 15 artikelen



Literatuurlijst

19 additionele artikelen



Totaal: 34 artikelen

TABEL 2 Beschrijving onderzoekspopulatie patiënten met early-onset eetstoornissen in de geïncludeerde studies; reviews niet geïncludeerd

1ste auteur (jaartal)	Aantal patiënten	Gem. leeftijd (jaar)	Diagnosticum	Onderzoek
Arnow (1999)	26 meisjes	10,9	Geen leeftijdscriterium Tanner-schaal DSM-III-R-criteria	Vergelijkend onderzoek
Atkins (1993)	21 meisjes	Bij ontstaan: 11 Bij diagnose: 11	< 12 jaar DSM-III-criteria	Retrospectief onderzoek
Bayes (2011)	10 jongens	12,8	< 14 jaar bij onset DSM-IV-criteria	Retrospectief onderzoek
Chowdhury (2003)	15 meisjes	14,11	Geen leeftijdscriterium GOS-criteria	Beschrijvend onderzoek
Cooper (2002)	33 meisjes, 5 jongens	Bij presentatie: 13,6	Geen leeftijdscriterium Premenarcheaal (meisjes) of prepubertair (jongens) bij onset GOS-criteria	Vergelijkend onderzoek
Fosson (1987)	48 (35 meisjes, 13 jongens)	Bij ontstaan: 11,7 Bij presentatie: 12,3	< 14 jaar Morgan-Rusell-criteria	Retrospectief onderzoek
Heebink (1995)	250 meisjes waar- van 10 early-onset	Bij onset: 11,75	< 14 jaar DSM-III-R-criteria	Vergelijkend onderzoek
Gordon (1997)	15 (14 meisjes, 1 jongen)	13	Geen leeftijdscriterium DSM-IV-criteria	Beschrijvend onderzoek
Gowers (1991)	30 meisjes	13,6	Geen leeftijdscriterium, wel menarchestatus Criteria van Crisp	Vergelijkend onderzoek
Lask (2005a)	19 meisjes	13,1	< 14 jaar bij onset anorexia nervosa Geen diagnostische criteria beschreven	Vergelijkend onderzoek
Lask (2005b)	24	14,4	< 15 jaar bij onset anorexia nervosa Geen diagnostische criteria beschreven	Beschrijvend onderzoek
Matsumoto (2001)	31 meisjes	12,2	< 14 jaar bij onset AN DSM-III-R-criteria	Vergelijkend onderzoek
Nagamitsu (2011)	16 meisjes	14,2	Geen leeftijdscriterium GOS-criteria	Vergelijkend onderzoek
Nicholls (2011)	208 (171 meisjes, 37 jongens)	<i>Geen gegevens</i>	< 12 jaar Gemodificeerde ICD-10- en DSM-IV-criteria	Cohortstudie
Peebles (2006)	109 (18 jongens, 91 meisjes)	11,6	< 13 jaar DSM-IV-criteria	Vergelijkend onderzoek
Pinhas (2011)	161 kinderen (138 meisjes, 22 jongens, 1 onbepaald)	11	< 13 jaar symptomen van een restrictieve eetstoornis, door de onderzoeker zelf gedefinieerd als intentionele beperking of weigering van voeding	Surveillance- studie
Pooni (2012)	22 kinderen (19 meisjes, 3 jongens)	13,0	8-16 jaar Morgan-Rusell-criteria	Patiënt-controle- onderzoek (between subjects design)
Ravelli (1993)	14 (12 meisjes, 2 jongens)	Bij onderzoek: 13,6 Bij ontstaan: 11,7	Geen leeftijdscriteria Morgan-Rusell-criteria	Beschrijvend onderzoek
Swenne (2003)	45 meisjes	13,6	DSM-IV-criteria	Retrospectief onderzoek

TABEL 2 **vervolg**

1ste auteur (jaartal)	Aantal patiënten	Gem. leeftijd (jaar)	Diagnosticum	Onderzoek
Walker (2014)	104 (19 jongens, 85 meisjes)	11,8	< 12 jaar DSM-5-criteria	Vergelijkend onderzoek
Watkins (2001)	95 kinderen (jongens en meisjes)	14,74	Geen leeftijdscriterium, wel puberteitscriteria Geen duidelijke diagnostische criteria	Vergelijkend, retrospectief onderzoek
Watkins (2002)	227 meisjes, 33 jongens	Geen gegevens	< 18 jaar GOS-criteria	Retrospectief onderzoek
Watkins (2012)	66 kinderen	Geen gegevens	Geen gegevens	Vergelijkend onderzoek
Willoughby (2005)	93 meisjes, 9 jongens	Geen gegevens	Geboren tussen 1971-1990 DSM-IV-criteria	Retrospectief onderzoek

het artikel relevant was voor de onderzoeksvraag. Wanneer uit het abstract bleek dat de focus eerder zou liggen op genetica, medische gevolgen, behandeling of uitkomsten werd besloten deze niet te verwerken. Deze informatie is zonder twijfel ook waardevol, maar zou waarschijnlijk niet bijdragen tot de onderzoeksvraag. Wanneer vervolgens de volledige tekst werd opgevraagd, werd er verder geselecteerd naar inhoud. Hoewel er getracht werd de 'patiënt met een vroege eetstoornis' zo breed mogelijk te beschrijven en de 'doelgroep' in het literatuuroverzicht niet nauwkeurig bepaald werd, excludeerden wij artikelen waarbij men voornamelijk laat-adolescenten onderzocht. Tevens excludeerden wij eetstoornissen van het type binge-eating of boulimia op vroege leeftijd. Om bijkomende literatuur te vinden keken we ook naar de literatuurlijsten van de artikelen (zie **TABEL 1**). Op deze manier werden er uiteindelijk 32 relevante artikelen geanalyseerd, gepubliceerd tussen 1987 en 2014 (zie **TABEL 2**).

RESULTATEN

In de literatuur relateert men de vroege ontwikkeling van AN bij kinderen aan een complexe combinatie van etiologische factoren met elk een andere impact (Atkins & Silber 1993). Analooq aan andere psychiatrische stoornissen geven wij aan de hand van het biopsychosociaal model een overzicht van de beschreven karakteristieken.

Biologische factoren

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

Uit onderzoek van Watkins e.a. (2001) bij premenarcheale patiënten met AN lijkt een voorgeschiedenis van een fysieke ziekte een significante risicofactor te zijn voor vroege eetstoornissen in het algemeen, en voor AN in het

bijzonder wanneer er meer dan één fysieke ziekte aanwezig is. Zij noemen een aantal hypothesen die deze bevinding zouden kunnen verklaren. Een mogelijkheid is dat een voorafgaande fysieke ziekte die symptomen geeft van fysiologische anorexia, kan leiden tot de ontwikkeling van het psychiatrische ziektebeeld AN. Echter, in de studie bleek het vaker over een ziektebeeld in de voorgeschiedenis te gaan niet gerelateerd aan het gastro-intestinaal stelsel.

Een andere hypothese is dat de voorgaande ziekte een negatief effect zou hebben op het lichaams- en zelfbeeld en hiermee gevoelig maakt voor het ontstaan van een eetstoornis. Atkins en Silber (1993) suggereren dat patiënten met vroege AN en een opmerkelijke vroege medische voorgeschiedenis (zoals een ventriculaire septumdefect, prematuriteit met complicaties, neonatale herpes of ernstige infectieuze ziekte) een groep vormen van preadolescentaire anorectische patiënten bij wie deze vroege fysieke bedreiging kan bijdragen tot het *vulnerable child syndrome*. Deze kwetsbaarheid zou zorgen voor een toegenomen ouderlijke angst en verstoring in de psychosociale ontwikkeling van het kind. Vincenzi e.a. (2010) beschrijven een aantal casussen waarbij men een mogelijke link ziet tussen AN bij kinderen en een voorafgaande streptokokkeninfectie (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections*; PANDAS).

Uit onderzoek van Lask e.a. (2005a) blijkt dat meisjes met vroege AN vaker naar de huisarts gingen in de 5 jaar voor de diagnose werd gesteld dan meisjes zonder psychische problemen. Wanneer naar de reden tot consultatie wordt gekeken, gaat deze vaker over eetgedrag, lichaamsvorm en gewicht. Uit het onderzoek concludeert men dat één enkele consultatie in het kader van eetgedrag, lichaamsgevoel of -vorm een sterke voorspeller is van het optreden

van AN. Premenarchale meisjes met eetstoornissen kunnen een lange voorgeschiedenis hebben van slechte gewichtstoename en groeiretardatie voor het begin van het gewichtsverlies (Gowers e.a. 1991; Swenne & Thurjell 2003). Premenarcheale patiënten zijn premorbide magerder en kleiner van gestalte. Deze bevindingen zijn in tegenstelling tot de oudere meisjes met AN die meestal starten met gewichtsverlies op een bovengemiddeld gewicht zonder een voorgeschiedenis van moeilijke gewichtstoename. Swenne en Thurjell (2003) stellen dat het belangrijk is bewust te zijn dat slechte gewichtstoename en groeiretardatie geassocieerd kunnen zijn met vroege eetstoornissen.

Uit verschillende onderzoeken (Lask e.a. 2005b; Nagamitsu e.a. 2011) bij kinderen met AN blijkt een verminderde prefrontale bloedtoevoer bij bepaalde cognitieve taken, wat mogelijk wijst op een verstoord evenwicht in de neurale routes in het limbische systeem (hypothalamus-hypofyse-abnormaliteit).

ONTWIKKELINGSVERLOOP

Wanneer naar de ontwikkeling wordt gekeken van patiënten met een vroege eetstoornis, blijkt uit retrospectief onderzoek (Watkins e.a. 2002; Willoughby e.a. 2005) dat het merendeel van deze patiënten geboren worden in de periode van april tot juni. Er wordt gesuggereerd dat het moment van geboorte en mogelijk ook van conceptie een significante factor is binnen de multifactoriële etiologie van vroege eetstoornissen. Uit de British National Surveillance Study (Nichols e.a. 2011) blijkt slechts bij 2 van de 186 geïncludeerde patiënten sprake van prematuriteit (< 36 weken zwangerschapsduur).

Atkin en Silber (1993) staan stil bij de vroege temperamentkenmerken van patiënten met vroege AN. Hieruit blijkt bij 71% van de patiënten een uitzonderlijk gemakkelijk temperament in de vroege jaren. Deze kinderen wilden graag anderen plezier en hadden geen woede-uitbarstingen. Bij 20% van de kinderen met een vroege eetstoornis blijkt er in de ontwikkeling een voorgeschiedenis van vroege eetproblemen. Nichols e.a. (2011) stellen dat vroege eetproblemen een risicofactor kunnen zijn in het ontstaan van vroege voedingsproblemen.

In verschillende artikelen wordt de rol van puberteit bij vroege AN verder belicht (Atkins & Silber 1993; Gowers e.a. 1991). Hieruit blijkt dat puberteit zowel voor de premenarcheale als postmenarcheale groep, gecorrigeerd voor leeftijd, als de belangrijkste precipiterende factor van de eetstoornis wordt gezien. Ook de overgang naar het middelbaar onderwijs wordt als precipiterende factor aangehaald. Deze factoren wijzen op een transitie uit de relatief beschermde wereld van kinderen met verhoogde eisen aan het copingsysteem. Wanneer dit copingsysteem reeds is

overvraagd door sommige andere etiologische factoren, kan de ontwikkeling naar AN optreden. In de studie van Heebink e.a. (1995) stelt men vast dat patiënten met premenarcheale AN een grotere maturatieangst vertonen dan degenen met postmenarcheale AN. Uit de studie van Gowers e.a. (1991) blijkt dat in de postmenarcheale groep, gecorrigeerd voor leeftijd, een seksuele ervaring ook een mogelijke precipiterende factor is in het ziekteproces, terwijl dit bij de premenarcheale patiënten zelden werd gerapporteerd.

Psychologische factoren

PSYCHIATRISCHE COMORBIDITEIT

Patiënten met een vroege eetstoornis vertonen een hoge psychiatrische comorbiditeit: depressie, angststoornis en obsessieve-compulsieve stoornis. Een angststoornis blijkt de meest voorkomende comorbiditeit (Bayes e.a. 2011; Fosson e.a. 1987; Nichols e.a. 2011).

Een autismespectrumstoornis wordt niet vaker gediagnosticeerd bij patiënten met een vroege eetstoornis dan in een controlegroep. Echter, repetitief en stereotiep gedrag wordt wel vaker geobserveerd. Tevens is er een niet-significante trend naar meer sociale moeilijkheden zoals wederkerigheid (Pooni e.a. 2012).

Wat de comorbide depressie en angststoornis betreft, is er binnen de literatuur enige discussie. In het onderzoek van Heebink e.a. (1995) stelt men vast dat jonge patiënten met een eetstoornis significant minder angst en depressieve kenmerken aangeven op de *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck e.a. 1961) en op de angst-subschaal van de *Symptom Checklist-90* (Derogatis 1977) in vergelijking met de adolescentaire patiënt met AN. Het onderzoek van Arnow e.a. (1999) bij patiënten met premenarcheale AN vindt echter geen significant verschil betreffende angst en depressie bij premenarcheale patiënten in vergelijking met postmenarcheale patiënten. Arnow e.a. (1999) wijten het verschil van hun bevindingen ten opzichte van die van Heebink e.a. (1995) aan het feit dat Heebink e.a. in hun onderzoek onderscheid maken op leeftijd en niet op het pubertaire stadium.

PERSOONLIJKHEID

Adolescenten en volwassenen met AN zijn gewoonlijk ambitieus en perfectionistisch. Prepubertaire jongeren met AN vertonen dezelfde karakteristieken, maar intenser (Arnow e.a. 1999). Deze auteurs vergeleken het persoonlijkheidsprofiel van pre- en postmenarcheale patiënten met AN aan de hand van de *Eating Disorder Inventory* (EDI)-vragenlijst. Premenarcheale patiënten behalen een significant hogere score op de neiging tot internaliseren, een toegenomen perceptie van onafhankelijkheid en zelfbewustzijn en een groter verlangen tot sociaal wenselijk

gedrag. Prepubertaire kinderen met AN worden ook beschreven als 'pseudomatuur': ze lijken verantwoorde-lijker en betrouwbaarder dan hun kalenderleeftijd. Deze illusie van maturiteit heeft echter nadelige gevolgen: hoewel ze matuurder lijken en in staat om met serieuze problemen om te gaan, blijken ze het in de realiteit zelfs moeilijk te hebben met kleine stressfactoren.

Uit het onderzoek van Arnow e.a. (1999) blijken er bij de premenarcheale patiënt met AN significant lagere scores bij de EDI-vragenlijst op de subschalen najagen van dunheid, boulimia, ineffectiviteit en introceptief bewustzijn. Wat de lagere score op het najagen van dunheid betreft, stellen deze auteurs als mogelijke interpretatie de egosyntoniteit (beperkt inzicht in eigen problematisch functioneren) bij deze jongere patiëntengroep. De lagere score op boulimia en introceptief bewustzijn lijkt te passen bij hun jongere leeftijd.

Socioculturele factoren

FAMILIALE PSYCHIATRISCHE VOORGESCHIEDENIS

Een familiale psychiatrische voorgeschiedenis kan een risicofactor zijn bij het ontstaan van vroege eetstoornissen (Atkin & Silber 1993; Nichols e.a. 2011). Uit onderzoek blijkt het vooral om een depressieve stoornis te gaan, naast eetstoornissen, obsessieve-compulsieve stoornissen en alcoholisme. Bij 12% van de patiënten met een vroege eetstoornis blijkt er meer dan één familielid met een psychiatrische ziekte te zijn (Nichols e.a. 2011). Bij de moeders van kinderen met een vroege eetstoornis, blijkt 17% een eetstoornis in de voorgeschiedenis te hebben, vergeleken met 3-5% in de controlegroep (Watkins e.a. 2012).

FAMILIAAL FUNCTIONEREN

Het merendeel van de patiënten met een vroege eetstoornis behoort tot een hogere sociale klasse (Fosson e.a. 1987). Wat de gezinssamenstelling betreft, worden er geen significante verschillen opgemerkt tussen pre- en postmenarcheale patiënten met AN van eenzelfde leeftijd wat betreft het aantal siblings of geboortevolgorde (Gowers e.a. 1991; Matsumoto e.a. 2001). Fosson e.a. (1987) stellen dat er binnen de gezinnen van patiënten met een vroege eetstoornis sprake is van interactieproblemen zoals overbetrokkenheid, beperkte conflictoplossende en communicatieve vaardigheden. In de studie van Atkin en Silber (1993) worden er bij 57% van de ouders van patiënten met vroege eetstoornis ernstige huwelijksproblemen gezien. Bij 43% van de patiënten wordt een verstoorde moeder-kindrelatie gevonden; deze wordt gekenmerkt door overbetrokkenheid en overidentificatie van moeders kant en extreme afhankelijkheid en gebrek aan zelfdifferentiatie van dochters kant.

TABEL 3 Overzicht karakteristieken beschreven in de literatuur

Biologisch	Voorafgaande streptokokkeninfectie Hogere frequentie huisartsconsultaties Voorgeschiedenis van huisartsconsult omtrent gewicht, lichaamsvorm of eetgedrag Voorgeschiedenis fysieke ziekte Vroege fysieke bedreiging Moment van conceptie/geboorte (lente) Verminderde prefrontale bloedtoevoer Vroege eetproblemen Slechte gewichtstoename, groeiretardatie in de voorgeschiedenis Premorbide kleiner postuur en lager lichaamsgewicht Eetstoornis bij moeder in de voorgeschiedenis
Psychologisch	Psychiatrische comorbiditeit Gemakkelijk temperament Neiging tot internaliseren Meer sociaal wenselijk gedrag Pseudomaturiteit Maturatieangst
Sociocultureel	Familiale psychische voorgeschiedenis Huwelijksproblemen bij ouders Verstoorde moeder-dochter relatie Familiale interactieproblemen Hogere sociale klasse Geboorte of adoptie nieuwe sibling Stresserende gebeurtenis

LIFE EVENTS

Uit onderzoek blijkt de start van AN bij patiënten met een vroege eetstoornis bij sommigen geassocieerd aan de geboorte of adoptie van een nieuwe sibling. Bij de premenarcheale patiënten worden als precipiterende factoren vaker examendruk en het verlaten van het huis door een sibling beschreven in vergelijking met de postmenarcheale controlegroep met eenzelfde leeftijd (Atkins & Silber 1993; Gowers e.a. 1991).

DISCUSSIE

In dit literatuuroverzicht zijn 34 artikelen geïncludeerd waaruit we verschillende karakteristieken en kwetsbaarheden bij patiënten met een vroege eetstoornis op biopsychosociaal vlak bespreken (zie **TABEL 3**). Deze karakteristieken zijn op dit moment nog onvoldoende gedifferentieerd

om een genuanceerd antwoord te geven op de onderzoeksvraag.

Er heerst binnen de literatuur nog onvoldoende consensus over de classificatie en de etiopathogenetische verschillen tussen de adolescentaire en vroege eetstoornissen. Uit het vergelijkend onderzoek dat voorhanden is, blijken er wel degelijk significante verschillen in klinische presentatie tussen patiënten met een vroeg en een adolescentair begin van de aandoening (Walker e.a. 2014). De patiënten met een vroege eetstoornis zijn vaker van het mannelijke geslacht, verliezen gewicht in een sneller tempo en hebben minder anorectische cognities.

In dit literatuuroverzicht trachten wij een breed overzicht te bieden van de reeds beschreven karakteristieken van de patiënten met een vroege eetstoornis, maar er is nog onvoldoende wetenschappelijk significante informatie. De informatie in deze review kan wel een aanzet geven tot verder vergelijkend onderzoek. Toch zijn de beschreven gegevens volgens ons reeds waardevol in de klinische praktijk. Wanneer een preadolescentair kind zich met gewichtsverlies meldt, kan de eerstelijns hulpverlener vanuit zijn of haar anamnese en voorkennis van de patiënt reeds belangrijke kwetsbaarheden bevragen en zo nodig een eetstoornis in de differentiaaldiagnostiek opnemen. Dit zal vervolgens leiden tot een snellere verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening, wat voor deze jonge patiëntengroep erg belangrijk is. Hoe beter de kwetsbaarheden en kenmerken in kaart worden gebracht, hoe meer handvatten er zijn voor vroegdiagnostiek, sensibilisering en preventieve maatregelen.

Beperkingen

Tijdens de literatuurstudie werden er verschillende beperkingen opgemerkt. Zo blijkt de populatieomschrijving niet eenduidig in de verschillende studies. Er is weinig consensus over welke kinderen tot deze specifieke groep met een vroeg begonnen eetstoornis behoren. Men maakt gebruik van leeftijdsriteria, het pubertaire of menarcheale stadium. Daarnaast zijn er studies die helemaal geen onderscheid maken en zowel kinderen als jongeren includeren. Bij het maken van het literatuuroverzicht zijn we ons ervan bewust dat de specifieke populatieomschrijving niet uniform is in de verschillende studies, waardoor sommige bevindingen mogelijk moeilijk te vergelijken zijn.

In het artikel van Nicholls e.a. (2000) worden de verschillende diagnostische classificatiesystemen beschreven, te weten Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), International Classification of Diseases-10 (ICD-10) en de Great Ormond Street (GOS)-criteria, met elk een verschillende specificiteit en toepasbaarheid. De GOS-criteria (Lask & Bryant-Waugh 1992) bieden specifieke

TABEL 4 Classificatiecriteria voor anorexia nervosa in de DSM-5

- A. Het beperken van de energie-inname ten opzichte van de energiebehoefte, resulterend in een significant te laag lichaamsgewicht voor de leeftijd, de sekse, de groeicurve en de lichamelijke gezondheid.
- B. Een intense vrees om aan te komen of dik te worden of persisterend gedrag dat gewichtstoename verhindert, zelfs al heeft de betrokkene een significant te laag gewicht.
- C. Een stoornis in de manier waarop de betrokkene zijn of haar lichaamsgewicht of figuur ervaart, een onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht of het figuur op het oordeel over zichzelf, of persisteren in het niet onderkennen van de ernst van het actuele lage lichaamsgewicht.

criteria voor volgende eetproblemen bij kinderen: AN, voedselweigering, emotionele stoornis, selectief eten, functionele dysfagie, bulimia nervosa en pervasieve voedselweigering. Lask en Bryant-Waugh maken hiermee een groter onderscheid dan in de DSM-IV (AN beperkende/purgerende type, bulimia nervosa purgerende/niet-purgerende type, eetstoornis niet anderszins omschreven). Uit het onderzoek van Nicholls e.a. (2000) blijken de GOS-criteria het meest toepasbaar.

Eetstoornissen in de DSM-5

In de DSM-5 werd getracht de criteria gevoeliger te maken voor het classificeren van kinderen en jonge adolescenten. Daarbij worden de eet- en voedingsstoornissen ingedeeld in: 'pica', 'ruminatiestoornis', 'vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis', 'AN', 'boulimia nervosa', 'eetbuistoornis' en 'andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis'.

Voor de DSM-5-classificatie AN zijn er drie criteria (TABEL 4). Het DSM-IV-criterium van amenorroe werd verlaten, waardoor de classificatie ook toepasbaar wordt voor jongens en premenarcheale meisjes.

De ernst van de vermagering (criterium A) is niet meer vastgelegd in een bepaald percentage (DSM-IV), maar wordt in DSM-5 individueel beoordeeld door de clinicus. Bij kinderen kan in plaats van een gewichtsverlies ook sprake zijn van het niet voldoen aan de verwachte gewichtstoename of de normale groeicurve. Om te bepalen of aan criterium A is voldaan, dient de arts niet alleen de afwijking in de groeicurve van de jongere in overweging te nemen, maar ook de lichaamsbouw en voorgeschiedenis.

Criterium B is in DSM-5 uitgebreid met, naast intense vrees

aan te komen, de aanwezigheid van ‘persisterend gedrag dat de gewichtstoename tegengaat’. Dit criterium houdt onvoldoende rekening met de cognitieve ontwikkeling van een kind. Kinderen en jonge adolescenten zullen vanuit hun cognitieve mogelijkheden vaak de intense angst bij zichzelf onvoldoende herkennen en zien hun gedrag vaak niet als een manier om gewichtstoename tegen te gaan (Knoll e.a. 2011).

Criterium C betreffende de verstoorde lichaamsbeleving is in DSM-5 aangevuld met ‘het persisteren in het niet onderkennen van de ernst van het actuele lage lichaamsgewicht’. Ook dit criterium vereist bij het kind bepaalde cognitieve mogelijkheden (Knoll e.a. 2011).

Nieuw in DSM-5 is de classificatie ‘Vermijdende/ restrictieve voedselinnamestoornis’. Kinderen met deze classificatie tonen een duidelijk gebrek aan interesse in eten, vermijden voedsel vanwege de sensorische kenmerken ervan of hebben zorgen over de aversieve gevolgen van het eten. Zij hebben, in tegenstelling tot degenen met AN, geen vrees om aan te komen of dik te worden of vertonen geen aanhoudend gedrag dat een gewichtstoename tegengaat, noch is er een stoornis in de waarneming en ervaring van hun gewicht en lichaamsvorm. De differentiaaldiagnose is echter niet altijd gemakkelijk.

Gezien de tendens van een toenemende incidentie van vroege eetstoornissen is het belangrijk dat de kwetsbaar-

heden en karakteristieken van deze populatie verder in kaart worden gebracht. Het is noodzakelijk dat er binnen de wetenschappelijke literatuur meer consensus komt op vlak van classificatie zodat er sluitende conclusies kunnen worden getrokken. De komst van DSM-5 is hierbij alvast een stap in de goede richting, maar is volgens critici nog steeds onvoldoende sensitief (Knoll e.a. 2011). Daarnaast zal ook onderzoek op grotere schaal een grotere bewijskracht leveren.

CONCLUSIE

Op basis van ons literatuuronderzoek beschrijven we verschillende biopsychosociale kenmerken betreffende vroege eetstoornissen (zie **TABEL 3**). In de wetenschappelijke literatuur is er weinig consensus betreffende deze specifieke patiëntengroep. Het lijkt echter dat deze groep van patiënten met een vroege eetstoornis over bepaalde specifieke karakteristieken en kwetsbaarheden beschikt die relevant kunnen zijn in het vroeg erkennen en diagnosticeren van deze eetstoornis. Gezien de impact van een eetstoornis op het functioneren van het kind is vroegdiagnostiek zeer belangrijk. In DSM-5 zijn de diagnostische criteria meer aangepast om dit mogelijk te maken. Een beter beeld van de kwetsbaarheden en karakteristieken van deze patiëntengroep is zeer belangrijk in het kader van sensibilisering, preventie en vroegdiagnostiek.

LITERATUUR

- Arnow B, Sanders M, Steiner H. Premenarcheal versus postmenarcheal anorexia nervosa: a comparative study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 1999; 4: 403-14.
- Atkins D, Silber T. Clinical spectrum of anorexia nervosa in children. *J Dev Behav Pediatr* 1993; 14: 211-6.
- Bayes A, Madden S. Early onset eating disorders in male adolescents: a series of 10 inpatients. *Australas Psychiatry* 2011; 19: 526-30.
- Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry* 1961; 4: 561-71.
- Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe R, Walsh B. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 98-111.
- Chowdhury U, Gordon I, Lask B, Watkins B, Watt H, Christie D. Early Onset Anorexia Nervosa: is There Evidence of Limbic System Imbalance? *Int J Eat Disord* 2003; 33: 388-96.
- Cooper PJ, Watkins B, Bryant-Waugh R, Lask B. The nosological status of early onset anorexia nervosa. *Psychol Med* 2002; 32: 873-80.
- Derogatis L, Savitz K. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In: M.E. Maruish, red. *Handbook of psychological assessment in primary care settings*, Volume 236. Mahwah: Lawrence Erlbaum: 2000. p. 297-334.
- Fosson A, Knibbs J, Bryant-Waugh R, Lask B. Early onset anorexia nervosa. *Arch Dis Child* 1987; 62: 114-6.
- Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
- Gordon I, Lask B, Bryant-Waugh R, Christie D, Timimi S. Childhood-Onset Anorexia Nervosa: Towards Identifying a Biological Substrate. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 159-65.
- Gowers S, Crisp A, Joughin N, Bhat A. Premenarcheal Anorexia Nervosa. *J Child Psychol Psychiat* 1991; 32: 515-24.
- Heebink D, Sunday S, Halmi K. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: effects of age and menstrual status on psychological variables. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 378-82.

- Karwautz A, de Zwaan M, Wöber-Bingöl C, Wöber C, Friedrich M. Awareness of early-onset anorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 1997; 2: 138-43.
- Knoll S, Bulik C.M, Hebebrand J. Do the currently proposed DSM-5 criteria for anorexia nervosa adequately consider developmental aspects in children and adolescents? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20: 95-101.
- Lask B, Bryant-Waugh R. Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 281-300.
- Lask B, Bryant-Waugh R, Wright F, Campbell M, Willoughby K, Waller G. Family physician consultation patterns indicate high risk for early-onset anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005a; 38: 269-72.
- Lask B, Gordon I, Christie D, Frampton I, Chowdhury U, Watkins B. Functional neuroimaging in early-onset anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005b; 37: 549-51.
- Matsumoto H, Takei N, Kawai M, Saito F, Kachi K, e.a. Differences of symptoms and standardized weight index between patients with early-onset and late-onset anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 66-71.
- Nagamitsu S, Araki Y, Ioji T, Yamashita F, Ozono S, Kouno M, e.a. Prefrontal brain function in children with anorexia nervosa: a near-infrared spectroscopy study. *Brain Dev* 2011; 33: 35-44.
- Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 317-24.
- Nicholls D, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 295-301.
- Peebles R, Wilson JL, Lock JD. How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *J Adolesc Health* 2006; 39: 800-5.
- Pinhas L, Morris A, Crosby RD, Katzman DK. Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165: 895-9.
- Pooni J, Ninteman A, Bryant-Waugh R, Nicholls D, Mandy W. Investigating autism spectrum disorder and autistic traits in early onset eating disorder. *Int J Eat Disord* 2012; 45: 583-91.
- Ravelli A, Helps B, Devane S, Lask B, Milla P. Normal gastric antral myoelectrical activity in early onset anorexia nervosa. *Arch Dis Child* 1993; 69: 342-6.
- Reiersen A, Houlihan D. Childhood onset of anorexia nervosa. *Gundersen Lutheran Medical Journal* 2008; 5: 9-12.
- Smink F, van Hoeken D, Hoek H. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406-14.
- Swenne I, Thurfjell B. Clinical onset and diagnosis of eating disorders in premenarcheal girls is preceded by inadequate weight gain and growth retardation. *Acta Paediatr* 2003; 92: 1133-7.
- Vincenzi B, O'Toole J, Lask B. PANDAS and anorexia nervosa - a spotters' guide: Suggestions for medical assessment. *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18: 116-23.
- Walker T, Hunna J, Leach D, McCormack J, Tobias K, Hamilton J, e.a. comparative study of children and adolescents referred for eating disorder treatment at a specialist tertiary setting. *Int J of Eat Disord* 2014; 47: 47-53.
- Watkins B, Sutton V, Lask B. Is physical illness a risk factor for eating disorders in children and adolescents? *Eating Behaviors* 2001; 2: 209-14.
- Watkins B, Willoughby K, Waller G, Serpell L, Lask B. Pattern of birth in anorexia nervosa. I: Early-onset cases in the United Kingdom. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 11-7.
- Watkins B, Cooper P, Lask B. History of eating disorder in mothers of children with early onset eating disorder or disturbance. *Eur Eat Disord Rev* 2012; 20: 121-5.
- Willoughby K, Bowen R, Lee EL, Pathy P, Lask B. Pattern of birth in early-onset anorexia nervosa: an equatorial study. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 61-4.

SUMMARY

Early-onset eating disorders: a review of the literature

I. POPPE, A. SIMONS, I. GLAZEMAKERS, D. VAN WEST

- BACKGROUND** The incidence of anorexia nervosa (AN) in adolescents has increased significantly in recent years. In several studies and in the media it has been suggested that AN has recently become more prevalent in the pre-adolescence. In view of the impact that an eating disorder can have on a child, it is important to diagnose and start treating the illness as early as possible.
- AIM** To review the literature on the characteristics and susceptibilities of patients with eating disorders because this information can be important for early diagnosis, prevention and identification of susceptibilities to early-onset eating disorders.
- METHOD** We searched the literature for articles relating to early-onset eating disorders. We based our search on PubMed and on related relevant articles listed in the references. We selected 34 relevant articles published between 1987 and 2014.
- RESULTS** The literature lists characteristics and susceptibilities at various levels. Many types of factors are involved; examples of 'biological' factors are prior streptococcal infection, previous consultations with GP and a patient's medical history; psychological factors include comorbidity, temperament, a particular personality profile, maturation-anxiety; environmental factors such as family history, family functioning and/or stressful events can play a role in the development of eating disorders.
- CONCLUSION** The literature indicates that the early development of AN in children is related to a complex combination of etiological factors. However, there is a need for more research into this group of patients.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)11, 805-814

KEY WORDS early-onset anorexia nervosa, early-onset eating disorder, childhood anorexia nervosa