



BIJLAGE 4

Classificatie eetproblemen en eetstoornissen

Er is geen overeenstemming over classificatie en terminologie van eetproblemen en eetstoornissen bij kinderen en adolescenten. Duidelijke criteria en afkapscores ontbreken en er wordt onvoldoende rekening gehouden met leeftijds- en ontwikkelingsaspecten die een rol spelen bij de expressie van eetstoornissen (Bryant-Waugh, 2010). Bovendien is een duidelijke leeftijdsindeling niet te geven door de verschillen in ontwikkelingsniveaus en -snelheid van kinderen. Voorschoolse leeftijd plaatst men tussen 0-4 jaar, maar een met spreiding tot 6 jaar. In de praktijk worden verschillende indelingen gehanteerd.

Kindergeneeskundige indeling

In Nederland hebben Kindermann en Kneepkens (2010) vanuit de kindergeneeskunde 4 typen eetproblemen beschreven die in de voorschoolse leeftijd voorkomen (zie kader).

Eetproblemen in de voorschoolse leeftijd:

- Aan type I liggen pedagogische problemen ten grondslag. De kinderen eten dan minder dan gemiddeld, maar groeien en functioneren goed. De angst van de ouders dat de geringe voedselinname een medische oorzaak heeft, is zelden terecht.
- Type II betreft de extreem selectieve eters. Deze kinderen weigeren specifiek voeding met een bepaalde smaak, geur of structuur. Hun weigergedrag gaat verder dan de angst die veel jonge kinderen vertonen voor onbekende voedingsmiddelen. Kinderen met dit soort eetproblemen zijn vaak ook op andere sensorische gebieden overgevoelig (geluidsprikkels, vieze handen). Het selectieve eetgedrag kan voedingsdeficiënties veroorzaken.
- Type III betreft kinderen met eetproblemen als gevolg van lichamelijke ziekte. De hiermee gepaard gaande verminderde eetlust, verhoogde voedingsbehoefte, slechte conditie, fysieke belemmeringen of negatieve ervaringen tijdens eten en drinken kunnen eetaversies doen ontstaan.
- Type IV betreft pathologische voedselweigering. Dit is een ernstige eetstoornis die leidt tot extreem vermijdingsgedrag van vrijwel alle soorten voedsel. In de meeste gevallen zijn de voedingsproblemen ontstaan door een lichamelijke ziekte of beperking, maar blijven de negatieve associaties rond eten en drinken voortduren na het behandelen hiervan. Dit mondt vaak uit in een eetstrijd tussen kind en ouders en kan leiden tot voedingsdeficiënties, groeivertraging en sociale isolatie.

Kinder- en jeugdpsychiatrische indelingen

Eetstoornissen bij *jonge kinderen* (globaal tussen de 0 en 4 jaar) worden binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie beschreven in de DSM-IV-TR (zie kader) en de DC:0-3R (zie kader) (American Psychiatric Association, 2001).

De **DSM-IV-TR** onderscheidt 3 groepen eetstoornissen bij jonge kinderen:

- Pica betreft het eten van niet-eetbare zaken.
- Rumineren is het ophalen van voeding.
- De voedingsstoornissen op de zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd vormen een restgroep voor alle overige eetproblemen met significant gewichtsverlies waarvoor geen medische oorzaak gevonden wordt.

De **DC: 0-3R** onderscheidt een zestal eetstoornissen bij jonge kinderen:

- Bij een *regulatievoedingsstoornis* kan een kind voortdurend niet de toestand bereiken die nodig is om te kunnen drinken of eten, bv. door een gespannen houding of slaperigheid.
- Bij een *relatievoedingsstoornis* zit het probleem in een verstoorde ouder-kindinteractie.
- Bij een *sensorische voedingsstoornis* weigert een kind op basis van zintuiglijke over- of ondergevoeligheid consequent voeding met een bepaalde geur, smaak of textuur, terwijl het andere voedingsmiddelen wel accepteert.
- Bij een *posttraumatische eetstoornis* ligt een trauma of negatieve ervaring in mond, keel of maag-darmkanaal ten grondslag aan voedselweigeren.
- Bij een *eetstoornis als gevolg van een somatische aandoening* is een kind wel bereid te drinken of eten, maar wordt het hierin door lichamelijke factoren beperkt.
- Kinderen met *infantiele anorexia* weigeren langdurig zonder duidelijke oorzaak een adequate hoeveelheid voeding te eten of te drinken, waardoor een groeiachterstand ontstaat.

Eetproblemen op de basisschoolleeftijd (globaal tussen de 4 en 12 jaar) kunnen in deze leeftijdsfase ontstaan en zich hiertoe beperken. Daarnaast worden er uitlopers van de hiervoor beschreven 'jonge' problematiek of vroege incomplete voorlopers van de klassieke eetstoornissen in puberteit en adolescentie gezien.

Voor kinderen in de basisschoolleeftijd zijn de GOS-criteria¹¹ (zie kader) ontwikkeld (Nicholls, 2009).

11) Great Ormond Street Hospital, Londen.

De **GOS-criteria** onderscheiden 4 groepen eetstoornissen op de basisschoolleeftijd:

- Restrictieve eters hebben een normaal gevarieerd voedingspatroon, maar geven weinig om eten. Ze volgen de onderste lijnen van de groeicurven.
- Selectieve eters zijn overmatig kieskeurig en eten een beperkt aantal producten. De meeste kinderen groeien voldoende. Dit type eetgedrag heeft met name een negatief effect op sociaal gebied. Ook kunnen er specifieke voedingsdeficiënties ontstaan.
- Kinderen met emotioneel bepaalde eetproblemen eten te veel of te weinig voeding uit spanning of onbehagen. Tot deze groep behoren ook kinderen die voedsel weigeren door interactieproblemen, na een traumatische ervaring of als emotionele respons op een somatische ziekte. Langdurige weigering kan een bedreiging vormen voor de gezondheid of voor de kwaliteit van de relatie met een kind.
- Kinderen met complete of gedeeltelijke beelden van klassieke eetstoornissen, zoals anorexia of boulimia nervosa, zijn in tegenstelling tot de andere 3 categorieën overmatig sterk gericht op hun voedingspatroon, gewicht en lichaamsbeeld. Het GOS-team plaatst de dwangmatige overeters apart. Zij eten langdurig te veel en hebben overgewicht, maar zijn niet overmatig bezig met hun gewicht en lichaamsvorm of met het treffen van compenserende maatregelen.

Bij *pubers, adolescenten en jongeren* (globaal tussen de 12 en 23 jaar) staan de in de DSM-IV-TR beschreven klassieke eetstoornissen op de voorgrond (zie kader).

Eetstoornissen bij pubers, adolescenten en jongeren volgens de **DSM-IV-TR**:

- Jongeren met *anorexia nervosa* weigeren hun lichaamsgewicht te handhaven op een voor hun leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht. Daarnaast hebben zij een intense angst om dik te worden en is er sprake van een stoornis in de beleving van het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm, waardoor het eigen lichaam als dikker wordt ervaren dan het in werkelijkheid is. Bij meisjes komt hier nog het verlies van de menstruatie bij. Binnen de anorexiagroep worden een restrictief en een purgerend type onderscheiden, waarbij respectievelijk door vasten en overmatige training of door compensatoire maatregelen (braken, plaspillen, laxemiddelen) het verlaagde lichaamsgewicht wordt bereikt.
- Bij *boulimia nervosa* treden herhaald eetbuien op, waarbij de jongere de controle over zijn eetgedrag verliest, in korte tijd zeer veel eet en daarvoor compenseert. Dat wil zeggen: om gewichtstoename te voorkomen worden ook hierbij de bovengenoemde compensatoire maatregelen getroffen. Ook bij boulimia nervosa wordt het oordeel van de jongere over zichzelf onevenredig sterk en negatief beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht.
- De meeste jongeren met eetproblemen voldoen niet volledig aan bovengenoemde criteria en komen in de restgroep terecht, de *eetstoornis NAO* (niet anderszins omschreven). Een subtype is de *binge eating disorder*, waarbij eetbuien optreden, maar het compensatiegedrag ontbreekt.