

Behandeling van eetstoornissen

dag 2

Inhoud

Thema

- Anorexia Nervosa

Van tevoren lezen en opdrachten maken, de gemaakte opdrachten worden meegebracht op de cursusdag.

1. *Werken met de richtlijn terugvalpreventie bij jeugdige patiënten met anorexia nervosa.*

Psychopraktijk, 2-2010, T. Berends, B. van Meijel en A. van Elburg: Psychopraktijk, 2-2010, 31-33

Bestudeer het artikel en beantwoord het volgende:

- Noem minimaal 3 symptomen van terugval
- noem 4 mogelijke factoren die terugval kunnen uitlokken

2. *Het refeedingsyndroom, van theorie naar praktijk.* S. ten Dam en S. de Groot. NTvD, 2014, 69 (3), pg 14-17

Bestudeer het artikel en beantwoord het volgende:

- beschrijf de lichamelijke gevolgen van ondervoeding
- leg uit waar je op moet letten bij het hervoeden van een CI die ondervoed is en waarom

3. *Extra informatie behorend bij dag 2, inclusief somatisch protocol*

Bestudeer de bijgeleverde informatie en beantwoord het volgende:

- noem 3 acute en 3 chronische gevolgen van anorexia nervosa
- noem minimaal 5 behandeldoelen bij de behandeling van een CI met anorexia nervosa
- denk je dat je als diëtist alleen een CI met anorexia nervosa kunt behandelen en geef aan waarom wel of waarom niet.

Programma cursusdag 2

Dagvoorzitter Linda Hover, diëtist MUMC Maastricht

9:00 - 9:30	Ontvangst met koffie/thee
9:30 - 10:00	Bespreking huiswerk
10:00 – 11:00	Presentatie over fysieke en medische aspecten/complicaties bij anorexia (door Oriana Easton, arts Rintveld Eetstoornissen, Zeist)
11:00 - 11:15	koffiepauze
11:15 - 11:30	Presentatie over voedingsaspecten bij 'refeeding' (door Sjerty Peeters, Diëtistenpraktijk Sjerty Peeters, behandeling van eet- en gewichtsproblemen)
11:30 - 12:15	Video Mw. Anorexia 11:30 – 12:00 Discussie over belevingswereld patiënt (door Linda Hover)

12:15 - 13:00	Lunchpauze
13:00 - 14:00	Opzet behandelplan n.a.v. diagnose en uitvoer behandelplan (door Linda Hover)
14:00 – 15:00	Oefenen door deelnemers met casussen in berekening in kleine groepjes energiebehoefte, opzet behandelplan etc. Plenair nabespreken o.b.v. Sjerty Peeters en Linda Hover.
15:00 - 15:15	Theepauze
15:15 - 16:30	Oefenen in kleine groepjes in het voeren van een adviesgesprek waarbij geadviseerd wordt over het voedingsadvies aan een AN patiënt aan de hand van de meegebrachte en uitgewerkte casussen. Plenair nabespreken o.b.v. Sjerty Peeters en Linda Hover.
16:30 – 17:00	Bespreken van het huiswerk voor dag 3 <ul style="list-style-type: none">- Bestuderen van de informatie en artikelen bij dag 3- oefenen met het opzetten van een behandelplan naar aanleiding van de diagnostiek en oefenen in berekening van energiebehoefte gericht op gewichtstoename- beschrijf een casus van een patiënt met boulimia nervosa uit je praktijk en breng deze mee op dag 4 om te gebruiken in de oefeningen- probeer uit te zoeken welke andere disciplines eetstoornissen behandelen in je regio en kijk eens of je contact kunt leggen voor een meer multidisciplinaire benadering

Korte samenvatting fysieke en medische aspecten, complicaties bij AN

Acute gevolgen:

- Laag kalium, waardoor ecg afwijkingen, risico op hartritmestoornissen en acute hartdood.
- Trage pols: <50/min (<40/min -> monitor)
- Ondertemp: <36,0
- Lage bloeddruk
- Hypoglycemie
- Refeedingsyndroom

Chronische gevolgen:

- Nierfunctiestoornissen door uitdroging bij braken en laxeren
- Schade gebit door braken
- Refluxklachten ook na stoppen met braken
- Chronische obstipatie tgv laxeren
- Afwezige/onregelmatige menstruatie
- Verminderde vruchtbaarheid (ook op lange termijn mogelijk)
- Osteoporose
- Groeivertraging/achterstand

Conclusie:

- Bij lage voedingsintake: verdelen over veel eetmomenten om laag glucose te voorkomen.
- Bij braken/laxeren (risico laag kalium): advies voeding en labcontroles via arts.
- Bij snel afvallen/snel aankomen: op korte termijn verwijzen arts voor lich onderzoek en lab.

Korte samenvatting diagnostiek en behandelplan AN

Nadat voldoende diagnostiek gedaan is, kan de diëtistische diagnose vastgesteld worden. Op basis hiervan wordt het behandelplan geschreven. Diëtistische behandeling richt zich doorgaans op 4 kerndoelen. Het eerste doel is normaliseren van het gewicht en de lichaamssamenstelling. Ten tweede is de behandeling gericht op normaliseren van het voedingspatroon. Ten derde wordt getracht compensatiegedrag af te bouwen. Tot slot wordt tijdens de behandeling gewerkt aan het verminderen van anorectische cognities.

Normaliseren van het gewicht begint met het opheffen van de somatisch bedreigde toestand (zie refeeding). Iedere patiënt krijgt een persoonlijk voedingsadvies, afgestemd op de energiebehoefte. Bij het vaststellen van de energiebehoefte wordt rekening gehouden met verschillende aspecten, zoals het mogelijk optreden van het refeedingsyndroom, het huidige activiteitsniveau en mate van gewenste gewichtstoename. In eerste instantie wordt de energiebehoefte vertaald naar veilige voedingsmiddelen; de voedingsmiddelen die extreme angst oproepen worden later geïntroduceerd. Als het niet lukt om voldoende energie binnen te krijgen met normale voeding, kan voor drinkvoeding of sondevoeding gekozen worden.

Het is van belang om duidelijkheid te creëren over hoeveelheid gewichtstoename die van de patiënt verwacht wordt als de somatisch bedreigde toestand opgeheven is. Een belangrijk signaal voor genormaliseerd gewicht is het terugkeren van de menstruatiecycclus. Iedere patiënt heeft een persoonlijk streefgewicht, gebaseerd op leeftijd en lengte. Indien mogelijk kan de groeicurve, bijgehouden door de gezondheidsdienst in de kindertijd, gebruikt worden om het streefgewicht vast te stellen. Is dit niet het geval, dan is een gemiddeld gewicht aan te raden als richtlijn. Hiervan kan afgeweken worden als lichamelijk herstel eerder optreedt.

De patiënt is onder invloed van de angst voor gewichtstoename niet geneigd meer te gaan eten dan ze doet. Er kan gekozen worden voor het inzetten van het gehele voedingsadvies in 1x of voor het stap-voor-stap opbouwen van het voedingspatroon. Dit is afhankelijk van steun van ouders, verpleegkundigen of derden. Er zijn waterdichte afspraken rondom de eetmomenten, eetgedrag en compensatiegedrag nodig.

Het normaliseren van het voedingspatroon richt zich op regelmatig leren eten, vergroten van de variatie van producten bij de dagelijkse voedselinname, het leren eten in verschillende situaties, plaatsen en tijden. Een deel van de patiënten leert weer genieten van het eten en kan weer eten op geleide van het honger- en verzadigingsgevoel. Door te oefenen in dagelijkse situaties leert de patiënt dat de angst niet realistisch is. Voorbeelden van groepsgenoten zijn hierbij helpend.

Psycho-educatie over verschillende onderwerpen gerelateerd aan gewicht en voeding wordt gebruikt om anorectische cognities te verminderen en motivatie tot behandeling te verhogen. Afbouwen van compensatiegedrag vindt plaats in verschillende fasen van de behandeling.

Afbouwen van braken en laxeren start in de beginfase van de behandeling. Afbouwen van hyperactiviteit wordt gestart zodra de patiënt voldoende energie in kan nemen. Hiervoor stelt de patiënt samen met de diëtist een afbouwschema op.

Het is van belang het behandelplan regelmatig te evalueren.

Korte samenvatting voedingsaspecten bij refeeding

Het refeedingsyndroom is een complicatie die kan optreden bij het hervoeeden van een anorexia patiënt. Vooral in de eerste 2 weken van hervoeeden kan het refeedingsyndroom optreden. Oorzaken zijn een extreem laag lichaamsgewicht of in korte tijd een zeer groot gewichtsverlies voor aanvang van het hervoeeden. Maar ook bij een lage voedingsintake of een zeer afwijkend eetpatroon moet de diëtist bedacht zijn op het kunnen ontstaan van een refeedingsyndroom.

Om dit refeedingsyndroom te voorkomen is het langzaam opbouwen van de voeding, bij patiënten die tot de risico groep behoren, belangrijk. Gestreefd wordt te starten met een voeding die 40-60 kcal per kg actueel lichaamsgewicht bevat. Voorkeur heeft het om oraal te voeden, verdeeld over zes eetmomenten per dag. De vochtinname dient laag tot normaal te zijn.

Voor sondevoeding wordt gekozen bij patiënten met dusdanige ondervoeding dat bradyfrenie en spierzwakte optreedt. En bij patiënten met recidiverende hypoglycemieën en bij ernstige hypokaliëmie.

De voeding wordt stapsgewijs opgebouwd, afhankelijk van het gewicht en de labwaardes.

Formules voor de berekening van het rustmetabolisme

Harris-Benedict formule

Voor vrouwen:

$$477,593 + (9,247 \times \text{kg}) + (3,098 \times \text{cm}) - (4,33 \times \text{jaren})$$

Voor mannen:

$$88,362 + (13,397 \times \text{kg}) + (4,799 \times \text{cm}) - (5,677 \times \text{jaren})$$

Basaal metabolisme (WHO) (in kcal/dag)

WHO formule

0-3 jaar	$60,9 \times (\text{gewicht in kg}) - 54$	$61,0 \times (\text{gewicht in kg}) - 51$
3-10 jaar	$22,7 \times (\text{gewicht in kg}) + 495$	$22,5 \times (\text{gewicht in kg}) + 499$
10-18 jaar	$17,5 \times (\text{gewicht in kg}) + 651$	$12,2 \times (\text{gewicht in kg}) + 746$

Schofield

Schofield met gewicht *hiermee bereken je de RMR

0-3 jaar	$59,5 \times (\text{gewicht in kg}) - 30,3$	$58,3 \times (\text{gewicht in kg}) - 31,1$
3-10 jaar	$22,7 \times (\text{gewicht in kg}) + 504$	$20,3 \times (\text{gewicht in kg}) + 486$
10-18 jaar	$17,7 \times (\text{gewicht in kg}) + 658$	$13,4 \times (\text{gewicht in kg}) + 692$

Schofield met lengte en gewicht * hiermee bereken je de RMR

	Jongens	meisjes
0-3 jaar	$0,167 \times (\text{gewicht in kg}) + 1516,7 \times (\text{lengte in m}) - 617,3$	$16,2 \times (\text{gewicht in kg}) + 1022,7 \times (\text{lengte in m}) - 413,3$
3-10 jaar	$19,6 \times (\text{gewicht in kg}) + 130,2 \times (\text{lengte in m}) + 414,7$	$17,0 \times (\text{gewicht in kg}) + 161,7 \times (\text{lengte in m}) + 371,0$
10-18 jaar	$16,2 \times (\text{gewicht in kg}) + 137,1 \times (\text{lengte in m}) + 515,3$	$8,4 \times (\text{gewicht in kg}) + 465,4 \times (\text{lengte in m}) + 200,0$

RMR x (activiteitenfactor + ziektefactor -1) x groeifactor

Energie absorptie coëfficiënt

- Ziektefactor voor AN: acute fase < 2 weken: 0,82
Subacute fase > 2 weken: 1,0
- Activiteitenfactor voor AN:
 - Bedlegerig: 1
 - Beperkt actief: 1,1
 - Normaal actief: 1,3 – 1,5
 - Schoolkind/ adolescent: 1,5
 - Adolescent bij intensieve sportbeoefening: 1,7 – 2,1
- Energie absorptie coëfficiënt
 - > 3 jaar 0,95 – 0,98
- Groeifactor:
 - Kinderen > 2 jaar 1,02
 - Puberteitsgroeispuurt (tijdens piek) 1,04 (1,20)

Samenvatting van de film: interview met mw. Anorexia

Het **doel** van mevrouw Anorexia is:

iemand de macht over haar eigen leven afnemen, gehoorzaamheid afdwingen en laten spartelen op het randje van de dood.

De **makkelijkste slachtoffers** voor mevrouw Anorexia zijn:

jonge vrouwen die onzeker zijn over zichzelf, hoge eisen aan zichzelf stellen, prestatiegericht en perfectionistisch zijn én al bezig zijn met hun uiterlijk, met lijnen. Wanneer hun omgeving deze zaken ook belangrijk vindt, helpt dit mevrouw Anorexia haar invloed te versterken.

Mevrouw Anorexia gebruikt de volgende **middelen** om haar doel te bereiken:

1^e verleiden: ze vertelt haar slachtoffer dat deze er veel winst bij te behalen heeft wanneer ze mevrouw Anorexia in haar leven toelaat: ze overtuigt haar ervan dat ze meer geaccepteerd en gewaardeerd zal worden wanneer ze mooier (= slanker) is. Hierbij maakt ze dankbaar gebruik van het heersende modebeeld. Ook zorgt ze ervoor dat haar slachtoffer zich sterk en trots gaat voelen omdat ze het eten kan laten staan. Bovendien zorgt ze ervoor dat haar slachtoffer steeds minder gaat voelen, zodat ze steeds minder last heeft van negatieve emoties als angst of onzekerheid.

2^e twijfel zaaien: mevrouw Anorexia zorgt ervoor dat haar slachtoffer onzeker wordt over eten, over gewicht of waar dan ook over: onzekere mensen zijn nu eenmaal een makkelijker prooi!

3^e dreigen: mevrouw Anorexia dreigt dat haar slachtoffer lelijk, moddervet en door iedereen geminacht zal worden wanneer ze gaat eten. Ze legt haar slachtoffer strenge regels op – en maakt daarbij handig gebruik van het perfectionisme van haar slachtoffer waardoor deze zich erg schuldig gaat voelen wanneer ze de regels van Mevrouw Anorexia niet opvolgt. Deze regels hebben vaak betrekking op hoeveel (weinig) iemand mag eten, hoeveel ze moet bewegen en soms ook op hoeveel tijd ze moet besteden aan haar studie, werk of huishouden.

4^e straffen: wanneer het slachtoffer het toch waagt om de door mevrouw Anorexia opgelegde regels te overtreden, volgen er straffen: nóg minder eten, nóg meer bewegen of nóg harder werken.

5^e ontnemen van de levenslust: door al deze maatregelen raakt iemand steeds meer het plezier in het leven kwijt, waardoor mevrouw Anorexia nóg meer gelegenheid krijgt om de macht over iemands leven over te nemen.

6^e bang maken voor het leven: doordat iemand steeds zwakker wordt door té weinig te eten, gaan de gewone dingen als werk, studie en relaties aangaan haar steeds zwaarder vallen. Wanneer het slachtoffer maar zwak genoeg is, zal de omgeving dit soort dingen steeds minder van haar verwachten. Daardoor heeft haar slachtoffer mevrouw Anorexia steeds meer nodig: mét haar hoeft ze deze spannende dingen niet te doen.

7^e vertroebelen van de blik: mevrouw Anorexia zorgt ervoor dat haar slachtoffer, wanneer ze in de spiegel kijkt, altijd een dik en vet persoon ziet, hoe mager zij in de ogen van anderen ook is.

8^e trots: is ook al genoemd onder “verleiding”, maar is zo ’n machtig wapen dat het hier nogmaals genoemd wordt: zo lang iemand er trots op is dat ze de verleiding van het eten kan

weerstaan en zich daardoor een bijzonder en krachtig mens voelt, zolang is het voor mevrouw Anorexia makkelijk haar macht te behouden en uit te breiden.

Mevrouw Anorexia **beïnvloedt het sociale leven** van haar slachtoffer door: haar zoveel mogelijk af te houden van contacten met anderen. Hoe minder tijd iemand doorbrengt met andere mensen, hoe meer tijd die persoon heeft voor mevrouw Anorexia. In eerste instantie zorgt ze ervoor dat haar slachtoffer geen mensen meer om zich heen kan verdragen rond etenstijd. Ook zorgt ze ervoor dat haar slachtoffer het heel druk heeft met alles wat zij voor mevrouw Anorexia moet doen, zodat ze geen tijd over houdt voor anderen. Doordat de lichamelijke conditie steeds minder wordt, houdt het slachtoffer ook steeds minder energie over voor andere dingen. Bovendien zorgt mevrouw Anorexia ervoor dat haar slachtoffer hun omgeving om de tuin probeert te leiden om verborgen te houden dat Anorexia zo'n belangrijke rol in haar leven is gaan spelen: ze gaat liegen en bedriegen waardoor haar omgeving haar steeds meer gaat wantrouwen en steeds verder van haar af komt te staan.

Mevrouw Anorexia **beïnvloedt de familie** van haar slachtoffer in het bijzonder door: ervoor te zorgen dat zij zich zó bezorgd gaan maken dat zij bijna nergens anders mee bezig kunnen zijn. Zo kan zij de hele familie in haar macht krijgen. Zij is er speciaal op uit om conflicten te veroorzaken, waardoor families uit elkaar gedreven worden. Een bijzonder voorbeeld hiervan is: ervoor zorgen dat de ouders zo gericht raken op hun kind dat met Anorexia worstelt, dat zij vergeten dat ze nog meer kinderen hebben. Dit kan dan weer boosheid uitlokken van de andere kinderen, óf op de ouders óf op hun zus óf op beide. Door deze conflicten gaat het slachtoffer zich weer eenzamer en schuldiger voelen, waardoor mevrouw Anorexia weer meer grip op haar kan krijgen.

Mevrouw Anorexia heeft nog **andere familieleden**:

- zus **Boulimia** heeft ongeveer dezelfde doelgroep als mevrouw Anorexia, maar krijgt over het algemeen makkelijker vat op de meer impulsieve vrouwen die zich sneller machteloos voelen. Zij verleidt mensen troost te zoeken in veel eten (vreetbuien), waar zij zich dan achteraf zo over schamen dat ze het eten er weer uitwerken door te braken of te laxeren. Dit levert nóg meer schaamte op, waardoor ze extra geneigd zijn dit alles verborgen te houden voor hun omgeving. Ze moeten dan steeds meer liegen en bedriegen wat als gevolg heeft dat ze steeds meer van hun omgeving vervreemd raken: steeds eenzamer worden. En hiervoor zoeken ze dan weer troost in het (vr)eten. Boulimia en Anorexia kunnen goed samenwerken: wanneer iemand uit de greep van de een dreigt te ontsnappen, kan de ander het overnemen.
- zus **Binge-Eating** overtuigt mensen ervan dat ze alleen troost kunnen vinden in (veel) eten. Ze zorgt ervoor dat haar slachtoffers niet kunnen genieten van het eten, zodat ze nooit genoeg troost vinden en dus nooit genoeg eten. Haar slachtoffers worden daardoor ook objectief erg zwaar, waardoor ze zich nóg ongelukkiger en beschaamder gaan voelen en nóg meer troost nodig hebben. Dit proces wordt nog versterkt door het heersende modebeeld dat slank "mooi en sterk" is en dik "lelijk en zwak". De slachtoffers van Binge-Eating raken daardoor meer geïsoleerd, wat hen weer meer vatbaar maakt voor de invloed van Binge-Eating.

Wanneer mensen in behandeling gaan

probeert mevrouw Anorexia te overleven door zich in een stil hoekje te verstoppen. Ook probeert zij haar slachtoffers ervan te overtuigen dat zij, wanneer zij mevrouw Anorexia uit hun leven bannen, ook het begrip en de steun van behandelaars, lotgenoten, familieleden en vrienden kwijt zullen raken. Óf zij probeert haar slachtoffers ervan te overtuigen dat wanneer zij zich overgeven aan de behandeling, en dus zwaarder worden, zij moddervet zullen worden en de waardering en het respect van hun omgeving zullen verliezen.

Mevrouw Anorexia wordt, tijdens de behandeling, vooral bedreigd door de eigen wil van haar slachtoffer: wanneer zij het zát is een eenzaam leven te leiden en er écht zelf voor kiest om het gevecht aan te gaan, krijgt mevrouw Anorexia het erg moeilijk. En wanneer de vrouw zich dan ook nog gesteund voelt door de herkenning en het begrip dat zij vindt bij lotgenoten, vindt zij nog meer kracht om het gevecht te kunnen winnen.

De sociale omgeving helpt mevrouw Anorexia door:

met name in de beginfase, de verleidingsfase, veel complimentjes te geven over het afslanken. Maar ook een omgeving die het afslanken negeert, helpt mevrouw Anorexia: zij kan dan ongestoord haar gang gaan. Het allerbeste wordt mevrouw Anorexia echter geholpen door een omgeving die erg aandringt op genoeg eten: het slachtoffer gaat zich dan aangevallen voelen en zich van haar omgeving afsluiten, waardoor mevrouw Anorexia weer meer ruimte krijgt. Wanneer het slachtoffer door haar omgeving als ziek - en dus niet in staat tot het dragen van verantwoordelijkheid over haar eigen leven - wordt beschouwd, kan het slachtoffer zich ook aangevallen voelen en zich gaan afsluiten.

Ook voelt mevrouw Anorexia zich gesteund wanneer zij de hele omgeving in haar greep krijgt, bijvoorbeeld doordat zij kan bepalen wat er aan eten en drinken in huis komt en wat er wanneer gekookt en gegeten wordt.

De sociale omgeving helpt het slachtoffer van mevrouw Anorexia door:

- zich niet te laten wegsturen, betrokken te blijven bij haar
- haar te blijven betrekken bij 'het gewone leven', de leuke dingen in het leven
- haar dingen te zeggen als:
 - "ik hou van je zoals je bent, desnoods mét anorexia"
 - "het hoeft niet perfect, ik hou van je, ook als je fouten maakt"
 - "ik vertrouw je, ik vertrouw erop dat jij de verstandige keuzes maakt voor jouw leven"
- niet de controle over haar leven van haar over te nemen, maar haar te helpen in de strijd tegen Anorexia zonder de verantwoordelijkheid voor deze strijd van haar over te nemen.

Ofwel: probeer in contact te blijven met haar en mét haar te blijven genieten van de leuke dingen die het leven te bieden heeft. Vertel haar een ander verhaal over wie zij is dan het verhaal dat mevrouw Anorexia vertelt en blijf vertrouwen tonen in haar eigen kracht en verantwoordelijkheidsgevoel. Biedt haar aan te helpen in de strijd tegen Anorexia maar laat haar zelf aanvoerder blijven van de strijdkrachten.

Houd duidelijk voor ogen dat mevrouw Anorexia en haar slachtoffer niet dezelfde zijn!

Uit Dieetbehandelingsstandaard 2015 en uit Behandelingsstandaard AN, van de VIE, 2005

Incidentie en prevalentie

De lifetimeprevalentie van anorexia nervosa volgens DSM-IV-criteria bij jonge vrouwen was 1 – 2 procent in drie grote bevolkingsstudies, in Zweden (Bulik et al. 2006), Australië (Wade et al. 2006) en Finland (Keski-Rahkonen et al. 2007). De lifetimeprevalentie van anorexia nervosa volgens wat bredere criteria (zonder aanwezigheid van amenorroe) was hoger en varieerde van 2,4 – 4,3 procent in deze studies. De puntprevalentie bedraagt ongeveer 0,4 procent onder jonge vrouwen (15 – 29 jaar) in geïndustrialiseerde landen (Hoek & Van Hoeken 2003, Hoek 2006). Onderzoek in Nederland toont aan dat de hoogste jaarincidentie, 109 per 100.000 vrouwen, wordt gevonden in de leeftijd van 15 tot 19 jaar (Van Son et al. 2006). De patiënten in deze leeftijdscategorie vormen daarmee de grootste risicogroep voor anorexia nervosa. Het aandeel van zeer jonge patiënten (10 tot 14 jaar) lijkt toe te nemen. Bij jongens komt anorexia nervosa minder voor; 1 op de 10 patiënten is jongen.

Complicaties en klachten

Eetstoornissen hebben grote gevolgen voor de patiënten en kunnen tot ernstige complicaties en klachten leiden. Deze klachten uiten zich zowel op somatisch als op psychisch en sociaal gebied. Veel eetstoornispatiënten ervaren een verminderde kwaliteit van leven (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen, 2006).

Complicaties en klachten bij eetstoornissen

Lichamelijke klachten die kenmerkend zijn voor anorexia nervosa hangen vooral samen met ondergewicht, ondervoeding, vasten en een extreem activiteitenpatroon. (Vandereycken & Noordenbos 2008).

Hieronder worden eerst de lichamelijke gevolgen genoemd, vervolgens worden de sociale en emotionele gevolgen beschreven.

Lichamelijke complicaties en klachten bij anorexia nervosa

De lichamelijke klachten bij anorexia nervosa-patiënten zijn afhankelijk van de ernst van het ondergewicht en het al of niet aanwezig zijn van purgeergedrag als braken en laxeren. De meest kenmerkende algemene klachten zijn:

- ondergewicht of onvoldoende gewichtstoename;
- gestoorde lengtegroei met eventueel korte gestalte;
- uitputting;
- verlaagd basaal metabolisme;
- gestoorde aanpassing aan warmte en koude.

Daarnaast zijn er op orgaangebieden allerlei afwijkingen:

- neuro-endocrien, zoals het wegblijven van de menstruatie of een onregelmatige menstruatie, een vertraagde puberteitsontwikkeling;
- metabool, bijvoorbeeld lage bloedsuikers;
- cardiovasculair, lage bloeddruk, ritmestoornissen, acute hartdood;
- bewegingsapparaat, botontkalking, botbreuken, krampen en spierzwakte;
- maagarmkanaal, buikpijn, vertraagde maagontlediging, obstipatie;
- huid, donsbeharing, bleke en droge huid;

- afwijkingen in het bloedbeeld, de zenuwen en nieren;
- verstoringen in de vocht-, zuur-, base- en elektrolytenhuishouding (vaak als gevolg van braken en laxeren) of een waterintoxicatie.

Een deel van de klachten verdwijnt als de patiënt herstelt, een deel van de klachten is blijvend. Bij kinderen en adolescenten die anorexia nervosa hebben gehad kunnen lichaamsgroei en seksuele lichamelijke ontwikkeling achterblijven. Er zijn aanwijzingen dat osteopenie een frequent voorkomende complicatie van anorexia nervosa is. Een lagere 'peak bone mass' verhoogt het risico van latere osteoporose.

Osteoporose kan ontstaan als gevolg van een tekort aan vrouwelijke geslachtshormonen door een verminderde botaanmaak en onvoldoende belasting van het skelet door ondergewicht. Verder kan een tekort aan eiwit, calcium, kalium, fosfaat in de voeding of een verlies hiervan ten gevolge van braken of laxeren, een rol spelen bij het ontwikkelen van blijvende lichamelijke klachten (Katzman 2005, Vandereycken & Noordenbos 2008). Er is een aantal specifieke gevolgen die ontstaan door braken (zowel bij anorexia- als boulimia nervosa-patiënten). Denk hierbij aan tandbederf, erosie tandglazuur, gezwollen speekselklieren, beschadiging aan slokdarm en beschadiging van de handrug. Specifieke gevolgen van het gebruik van laxemiddelen zijn beschadigingen aan de darmen, diarree, krampen, trommelstokvingers (zowel bij anorexia- als boulimia nervosa-patiënten). Gevolgen van overmatig bewegen en sporten gericht op gewichtsregulatie kunnen leiden tot sportblessures en overbelasting van het bewegingsapparaat (zowel bij anorexia als bij boulimia nervosa-patiënten).

Sociale en emotionele complicaties en klachten bij eetstoornissen

Eetstoornispatiënten kunnen het fysiek en mentaal vaak niet meer opbrengen om te werken, te studeren of naar school te gaan en raken in een sociaal isolement.

Vrijtijdsbesteding,

gezondheid, seksualiteit, de financiële situatie en de maatschappelijke positie worden vaak als onbevredigend ervaren. Al met al leiden deze patiënten vaak een ingeperkt en in feite gehandicapt leven (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006).

Anorexia nervosa

De volgende sociale en emotionele gevolgen van anorexia nervosa worden mogelijk als klacht ervaren:

- als gevolg van sterke gewichtsafname vervlakken de emoties;
- naarmate hun gewicht afneemt, trekken mensen met anorexia nervosa zich terug.
- Uiteindelijk raken ze in een sociaal isolement;
- de weigering voldoende te eten leidt vrijwel altijd tot conflicten met ouders of partner;
- als gevolg van anorexia nervosa neemt de zin in seks af;
- langdurige ziekte en opnames tijdens de jeugd belemmeren een succesvolle schoolloopbaan;
- anorexia nervosa kan leiden tot blijvende arbeidsongeschiktheid (Schoemaker & De Ruiters 2003).

Medische geschiedenis en diagnostiek

Het diagnosticeren van een eetstoornis kan worden belemmerd door de ontkenning van de patiënt over de aard en ernst van de stoornis, door een gebrek aan ziekte-inzicht en door angst om de eetstoornis los te moeten laten. Dit is mede afhankelijk van de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van de patiënt.

Omdat een eetstoornis niet altijd herkend wordt in de eerste lijn, zullen kinderartsen, internisten, maag-lever-darmartsen en gynaecologen soms patiënten op hun spreekuur krijgen met lichamelijke klachten die op een eetstoornis berusten. Onverklaard gewichtsverlies, groeiachterstand, menstruatiestoornissen en heftige maagdarmklachten kunnen aanleiding zijn om een patiënt voor nadere diagnostiek naar de tweede lijn te verwijzen. Daarnaast kunnen de complicaties van een gediagnosticeerde eetstoornis aanleiding zijn om een patiënt door te verwijzen (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006).

Relevant medicijngebruik

Medicatie die voorgeschreven wordt in verband met psychische klachten zoals antidepressiva en anxiolytica (tegen angststoornissen) komt vaak voor. Het gebruik van anticonceptie dient nagevraagd te worden, dit omdat hierdoor niet kan worden vastgesteld of er normaal gemenstrueerd wordt.

Bij de behandeling van eetstoornissen is er beperkt bewijs voor de werkzaamheid van antidepressiva bij de eetbuistoornis aan het eind van de behandeling als naar vermindering van eetbuien en remissie wordt gestreefd (NICE-richtlijn 2004).

Medicijnen die vaak misbruikt worden door eetstoornispatienten zelf zijn:

- laxeermiddelen;
- diuretica, afslankpillen;
- stackers en medicijnen voor lichamelijke en psychische klachten (practice based).

Stackers zijn vetverbranders; pillen met de capaciteit vet te verbranden en meer energie te geven. De ingrediënten efedrine, synefedrine en cafeïne zorgen mogelijk voor een sterk verhoogde hartslag, trillende handen en voeten, problemen met praten en een verminderde nachtrust. Minder zichtbaar is dat er hartproblemen kunnen ontstaan en infarcten (Chen et al. 2004, Haller & Benowitz 2000). Tegenwoordig wordt er minder gebruikgemaakt van stackers onder andere omdat ze in Nederland niet te koop zijn, wees erop bedacht dat ze nog wel via internet verkrijgbaar zijn.

Behandeling algemeen

Naast motivatietechnieken beschrijven we in dit hoofdstuk het belang van een multidisciplinaire behandeling, de somatische behandeling, psychologische interventies, voedingsmanagement en andere onderwerpen die onderdeel uitmaken van de behandeling.

De behandeling van anorexia nervosa patiënten heeft de laatste decennia een grote ontwikkeling doorgemaakt. Dertig jaar geleden was het bereiken van een normaal gewicht het belangrijkste doel.¹ Sindsdien is er veel veranderd. Volgens de richtlijnen van de American

Psychiatric Association en de conceptrichtlijn van het CBO zijn de volgende behandeldoelen beschreven:

- Gewichtsherstel tot een gezond gewicht;
- Behandeling van de medische complicaties;
- Verhoging motivatie om gezond te eten en deel te nemen aan de behandeling;
- Voedingsvoorlichting met als doel gezonde voedselkeuze en gezond eetgedrag;
- Corrigeren van onjuiste gedachten, attitudes en gevoelens over de eetstoornis;
- Behandeling van bijkomende psychische stoornissen;
- Betrekken van de familie bij de behandeling en zorgen voor gezinstherapie indien noodzakelijk;
- Voorkomen van terugval;
- Normaliseren van het voedingspatroon;
- Resocialisatie en kwaliteit van leven;
- Afbouwen van compensatiegedrag.^{5,6}

Multidisciplinaire behandeling

Er bestaat op dit moment geen enkelvoudige behandeling van eetstoornispatiënten in de gespecialiseerde instellingen. Mensen met anorexia nervosa krijgen meestal een behandeling die bestaat uit verschillende behandelonderdelen. Op grond van klinische ervaring wordt wel aangenomen dat de behandeling van anorexia nervosa vraagt om een multidisciplinaire aanpak. De volgende disciplines dienen in de klinische setting bij de behandeling te worden ingezet: somatisch arts (internist), diëtist, psychiater, psycholoog/ psychotherapeut en verpleegkundige. Daarnaast kunnen ook andere disciplines worden ingeschakeld, zoals psychomotorisch therapeut, systeemtherapeut, beeldend therapeut en gynaecoloog.¹ Aangezien het in de eerstelijnsgezondheidszorg niet altijd mogelijk is in een teamverband te werken, wordt bij de behandeling geadviseerd in ieder geval samen te werken met psychiater/psycholoog/ psychotherapeut en huisarts/ kinderarts (afhankelijk van de leeftijd) of eventueel een zelfhulpgroep (voor informatie zie de sites van de Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa en van het Kenniscentrum Eetstoornissen).^{7,8}

Bij een multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn is het van groot belang een duidelijke taakverdeling te maken en concrete doelstellingen af te spreken. De diëtist houdt zich bezig met het gewichtsherstel, verhoging van de motivatie om gezond te eten, voorlichting over gezond voedsel en gezond eetgedrag, corrigeren van onjuiste gedachten, attitudes over voedsel en het voorkomen van terugval in ongezond eetgedrag.

Behalve de afstemming van de taakverdeling dient er een goede verslaglegging en regelmatige evaluatie van het proces plaats te vinden met de betrokken disciplines om te voorkomen dat er onduidelijkheden rondom de behandeling ontstaan. De diëtist dient daarbij zorg te dragen voor een goede rapportage.

Somatische behandeling

Somatisch Protocol Eetstoornissen

Welke Somatische controles zijn nodig bij eetstoornispatiënten?

Om als huisarts een indicatie te stellen tot opname in een algemeen ziekenhuis kunnen de volgende controles informatie geven (frequentie afhankelijk van de waardes gevonden bij het onderzoek).

Anamnese: (eventueel heteroanamnese) over voedingsintake, vochtintake, klachten als spierzwakte, trillerigheid, zweetaanvallen, concentratiestoornis, duizeligheid en flauwvallen.

Lichamelijk onderzoek: Lengte, gewicht, bloeddruk, pols en temperatuur.

Bij forse gewichtstoename in korte tijd kan er sprake zijn van refeeding (oedeem, hypofosfataemie, stijging pols frequentie).

Bij een lage BMI en daarbij gewichtsdeling maar ook bij een redelijke BMI maar snelle gewichtsdeling kunnen RR, P, en Temp opeens snel dalen en kan ernstige hypoglycaemie ontstaan.

Lab: (in ieder geval eenmalig) natrium, kalium, chloride, bicarbonaat, fosfaat, magnesium, albumine, ureum, kreatinine, ALAT, ASAT, glucose niet nuchter, BSE, TSH, volledig bloedbeeld.

Lab vervolg op indicatie: Bij purgeren kalium vervolgen.

Bij ernstig ondergewicht/ verder afvallen / anamnese passend bij hypoglycaemie: Glucose NN, natrium, kalium, chloride, bicarbonaat, fosfaat, magnesium, albumine, ureum, kreatinine.

ECG indicatie: (o.a. beoordelen frequentie, ritme, QTc verlenging, repolarisatiestoornis)

Purgeren, bradycardie. Bij iedere patiënt met AN eenmalig. Herhalen bij verdere gewichtsdeling.

Opnamecriteria voor acute opname op een somatische afdeling zijn de volgende complicaties:

Ernstige bradycardie (<40/min) en hypotensie

Hypothermie

Uitputting

Ernstige dehydratie

Ritmestoornissen

Electrolytstoornissen (bijv, hypokaliaemie <2 of <3.5 met ECG afwijkingen)

Spierzwakte

Gestoord zuur-base evenwicht

Hypoglycaemie (of suspecte anamnese voor hypoglycaemie)

Convulsies (bijv, tgv overmatige vochtintake waardoor hyponatriaemie)

Syncope

Bovenstaande informatie is deels afkomstig uit de richtlijn eetstoornissen 2006 van het CBO www.ggzrichtlijnen.nl (hoofdstuk 4 & 6).

Medicatie

Behandeling met medicijnen is nooit de enige behandeling bij anorexia nervosa. De toepassing van een groot aantal medicijnen is onderzocht als toevoeging aan een veel bredere psychologische behandeling, maar tot op heden vrijwel zonder resultaat. Alleen gezonde voeding in gecontroleerde doses bleek in de acute fase een goed medicijn. SSRI's (fluoxetine), voorgeschreven als het gewicht eenmaal is hersteld, verminderen wel de kans op terugval.⁵

Bij braken hebben protonpomp-remmers mogelijk een nuttig effect op pyrosisklachten, alkalose en hypokaliëmie; bewezen is dit echter niet. Er zijn aanwijzingen dat metoclopramide en cisapride zijn gecontraïndiceerd vanwege het risico op ritmestoornissen.⁵

Psychologische interventies

Er is nauwelijks wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van therapieën. Over de ambulante psychotherapieën zijn geen harde conclusies te trekken. In de meeste instellingen wordt vaak cognitieve therapie aangeboden naast gedragstherapie. Bij jeugdigen zou gezinstherapie betere resultaten bieden dan individuele therapie.⁴

Gedragstherapie

Binnen de gedragstherapie wordt eerst in kaart gebracht welke factoren het eetgedrag in positieve en welke het in negatieve zin beïnvloeden. De gedragstherapie richt zich op het aanleren van gezond en normaal eetgedrag. Gedragstherapeutische methoden die bij de behandeling van eetstoornissen vaak gebruikt worden zijn: dieetmanagement, zelfcontroletechnieken, exposure-technieken en terugvalpreventie. De belangrijkste techniek die binnen al deze methoden naar voren komt is de 'self-monitoring' namelijk het registreren van het eetgedrag in eetdagboeken (zie bijlage 6: Eetdagboek). Gedragstherapie wordt zelden alleen en op zichzelf staand toegepast, maar vrijwel altijd gekoppeld aan de cognitieve therapie, waarbij dan de cognitieve gedragstherapie ontstaat. Onderdelen uit de gedragstherapie zoals dieetmanagement passen goed binnen de behandeling van de diëtist die zich richt op het aanleren van gezond en normaal eetgedrag (zie hoofdstuk IV: Behandeling diëtist).⁹

Cognitieve therapie

In de cognitieve therapie wordt er van uit gegaan dat gedrag gestuurd wordt door stabiele cognitieve structuren, ook wel schema's genoemd. Die schema's worden in de loop der jaren gevormd door ervaringen die mensen opdoen en ze zijn noodzakelijk om de voortdurende stroom van informatie te ordenen. Ze bepalen welke informatie wel en welke niet wordt waargenomen. Schema's geven het beeld dat iemand van zichzelf, andere mensen en de wereld om zich heen heeft weer. Een schema wordt geactiveerd door een bijpassende gebeurtenis. Automatische gedachten –dit zijn snelle, voorbewuste gedachten waar eigenlijk niet bij wordt stilgestaan- zijn het product van de op schema's gebaseerde informatieverwerking. Samen met de ervaren emoties en het gedrag geven automatische gedachten een aanwijzing over welke interpretaties iemand maakt en wat de inhoud zou kunnen zijn van de onderliggende schema's. Wanneer er sprake is van psychopathologie, zoals bij anorexia nervosa, zijn bepaalde schema's hyperactief. Deze schema's bepalen voor

een belangrijk deel de informatieverwerking. Hierdoor treden er vertekeningen in interpretatie op en dit kan leiden tot excessieve emoties en gedragingen.⁹

Het doel van cognitieve therapie bij anorexia nervosa is om disfunctionele schema's, waarbij veelal irrationele gedachten betrokken zijn, te veranderen. Deze irrationele gedachten worden binnen de therapie omgevormd naar rationele gedachten en gevoelens, die niet resulteren in gestoord eetgedrag. Dit proces verloopt stapsgewijs. Als eerste leert de patiënt de irrationele gedachten te identificeren. Daarna leert de patiënt om een automatische gedachte te herformuleren tot een concrete hypothese, welke onderbouwd is met rationele gedachten. Deze hypothese wordt getoetst aan de realiteit, dit wordt 'uitdagen' genoemd. Daarbij wordt er doorgaans gebruik gemaakt van twee verschillende methoden; de Socratische dialoog (ondervraagtechniek) en het gedragsexperiment (gegevens verzamelen over houdbaarheid van de gedachte). Uiteindelijk formuleert de patiënt een alternatieve opvatting, welke leidt tot minder problematische gevoelens en gedrag.⁹ Omdat de cognitieve therapie vrijwel altijd gecombineerd wordt met gedragstherapie, spreekt men meestal van cognitieve gedragstherapie.

Interpersoonlijke therapie

In de interpersoonlijke therapie gaat men ervan uit dat de eetstoornis het gevolg is van verstoorde interpersoonlijke relaties. Het doel van de therapie is het huidige sociale functioneren van de patiënt te verbeteren. Het gaat niet om het veranderen van de persoonlijkheid zelf. Het is in het algemeen een kortdurende therapie waarbij eerst een behandelfocus wordt gekozen uit een aantal probleemgebieden zoals rouw, interpersoonlijke conflicten of rolverandering. Met de therapeut samen wordt gezocht naar relaties tussen het interpersoonlijke functioneren, het zelfbeeld en de eetstoornis, waarna deze in de therapie bewerkt worden.⁹

Gezinstherapie / systeemtherapie

Omdat een adolescent met anorexia nervosa in een groeifase van afhankelijkheid naar onafhankelijkheid verkeert, maken de ouders en de rest van het gezin altijd deel uit van de problematiek van deze patiënten. Het gezin krijgt dan ook een centrale plaats in de behandeling en het kind kan ook niet zonder deze steun en hulp. Psycho-educatie aan de ouders over de stoornis is van groot belang om hun gevoelens van angst en onmacht te verminderen en om hen te motiveren actief deel te nemen aan de behandeling samen met het kind en de therapeuten. Binnen de totale behandeling van anorexia nervosa bij kinderen en adolescenten is een therapie die zich richt op het hele gezin onontbeerlijk. In onderzoek wordt beschreven dat vooral voor jonge, niet-chronische patiënten bewijs is gevonden dat het betrekken van de familie bij de behandeling zinvol is.¹ Deze systeem- of gezinstherapie vergt een specialistische aanpak. In een gezinstherapie komen aspecten aan bod zoals de gezinsstructuur en relatie tussen ouders onderling en tussen de verschillende ouders en de verschillende kinderen, de wijze van communiceren binnen het gezin, de wijze waarop men met problemen omgaat en het psychosociaal functioneren van de verschillende gezinsleden.⁴

Aandachtspunten bij de behandeling van kinderen en adolescenten

In de adolescentieperiode staan kinderen voor een aantal belangrijke overgangen in hun leven. Vanaf de puberteit (het geslachtsrijp worden) tot aan volwassenheid verandert er veel

zowel op lichamelijk, geestelijk als sociaal gebied. De manier waarop het kind deze veranderingen doormaakt is voor elk kind verschillend en wordt bepaald door genetische, biologische en omgevingsfactoren. Een eetstoornis is meestal een symptoom van ernstige stagnatie in de ontwikkeling van het kind naar volwassenheid. Beschermende factoren zoals bijvoorbeeld goede interpersoonlijke vaardigheden en het hebben van voldoende eigenwaarde spelen een belangrijke rol. Risicofactoren zijn bijvoorbeeld gepest worden, minderwaardigheidsgevoelens en perfectionisme gecombineerd met een hoog angstniveau. Anorexia ontstaat vaak op jonge leeftijd, de grootste piek ligt tussen 14 en 18 jaar. In de klinische praktijk ziet men echter ook al jonge kinderen vanaf een jaar of 9 die met ernstige eetproblemen en ondervoeding te kampen hebben. Dit hoeft niet in alle gevallen anorexia nervosa te zijn en de juiste behandeling vraagt dan ook om een goed diagnostisch inzicht van de behandelaars.⁴ Welke setting men voor de behandeling bij kinderen en adolescenten kiest hangt niet alleen af van factoren als gewicht, duur en ernst van de eetstoornis, maar ook van de mate van ontkenning, de stagnatie in de ontwikkeling, eventuele comorbiditeit, doorgemaakte trauma's en de draagkracht van het gezin. Bij kinderen en jongeren heeft een ambulante of dagklinische behandeling de voorkeur, het gezin en de peergroep vormen voor hen immers de belangrijkste voedingsbodem voor verdere ontwikkeling. Hoe jonger de patiënt, des te zwaarder dit argument telt. Het behandelklimaat dient bij kinderen en jongeren zo te zijn dat onderhandelen, humor, geduld en flexibiliteit de toon zetten. Net als bij volwassenen is motiveren een proces dat als een rode draad door iedere behandeling loopt. De ontwikkelingsfase van jonge eetstoornispatiënten bepaalt echter de manier waarop dit vorm krijgt. Patiënten jonger dan 13 jaar willen vooral dat hun ouders het belang van de behandeling inzien en soms zelfs dat zij de beslissing voor hen nemen. Oudere adolescenten willen daarentegen juist zelf invloed kunnen uitoefenen op hun behandelprogramma. Een steunende, niet veroordelende houding van ouders en behandelaars helpt hen om een keuze te maken. Gewichtsherstel brengt het vermogen om te voelen terug. Angst en verlangen om weer een gewone adolescent te zijn, strijden daarbij heftig om de eerste plaats.¹⁰

Voedingsmanagement bij anorexia nervosa

Gewichtsherstel is een belangrijk doel van iedere behandeling van anorexia nervosa, maar met het bereiken van een gezond gewicht is de behandeling nog niet geslaagd te noemen. De patiënt is vaak angstig om aan te blijven komen. Naast gewichtsherstel en het vinden van een balans in energieverbruik en -inname, is de behandeling gericht op het komen tot realistische gedachten ten aanzien van voeding en gewicht en het stoppen van eventueel compensatiegedrag.

De behandeling van de diëtist bestaat globaal uit twee onderdelen, namelijk:

- voedingsinterventie om de voedingstoestand en het gewicht te herstellen; en
- geven van psycho-educatie.

De voedingsinterventie richt zich op het ontwikkelen van een regelmatig voedingspatroon, waarbij uitbreiding van en variatie in het aantal en het soort voedingsmiddelen wordt gestimuleerd indien dit te beperkt is. Als ondersteuning en richtlijn kunnen hierbij een eetdagboek en een voedingsadvies of voorbeelddagmenu worden gebruikt.

Psycho-educatie is het op didactische wijze aanbieden van informatie over de eetstoornis met als doel attitude- en gedragsverandering te bewerkstelligen (Davis et al. 1997).

Er wordt tijdens de behandeling door de diëtist gewerkt met individuele doelstellingen die in het volgende gesprek worden geëvalueerd. De doelstellingen zijn concreet, haalbaar en positief geformuleerd. Bij de evaluatie wordt aandacht besteed aan positieve of negatieve ervaringen die zijn opgedaan aan de hand van de uitvoering. Factoren die de ontwikkeling kunnen belemmeren worden onderzocht en bekeken hoe ze met de patiënt in de toekomst kunnen worden aangepakt om het doel uiteindelijk toch te behalen.

Voedingsinterventie

Hoofdelementen van de dieetbehandeling zijn voedingsinterventie en psycho-educatie. De elementen die van belang zijn bij de voedingsinterventie worden hieronder besproken.

Gewicht

De Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (2006) raadt aan met ambulante patiënten met anorexia nervosa afspraken te maken over de gewenste gewichtstoename, met als richtlijn 0,5 kg per week. Bij patiënten die op een somatische afdeling zijn opgenomen wordt aanbevolen een hogere gewichtstoename na te streven van 1 – 1,5 kg per week.

In internationale richtlijnen zoals de APA (2000) en NICE (2004) wordt een geringere gewichtstoename aangeraden. Bij ambulante patiënten 0,25 tot 0,5 kilo per week en voor patiënten op een somatische afdeling 1 – 1,5 kg per week.

Vanuit het patiëntenperspectief, verwoord door Ixta Noa, wordt aanbevolen de laagste gewichtstoename na te streven. Dit omdat veel patiënten een grote gewichtstoename als te angstig ervaren, zeker wanneer de psychologische behandeling nog niet kan plaatsvinden.

De Multidisciplinaire Richtlijn beveelt aan om bij iedere individuele patiënt die zich niet in de acute fase bevindt, de energiebehoefte te bepalen door gebruik te maken van de Harris-Benedict- en/of WHO-formule. Deze formules dienen slechts als uitgangspunt voor het vaststellen van de energiebehoefte. Daarnaast dient men rekening te houden met lichamelijke activiteit, angst en onrust en het gewichtsverloop.

Bij patiënten met anorexia nervosa richt voedingsinterventie zich op herstel van de voedingstoestand en het gewicht aan de hand van voeding volgens de Richtlijnen goede voeding.

Er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt over hoe vaak gewichtscontrole plaatsvindt en wie er eindverantwoordelijk is voor de lichamelijke toestand. Vanuit de professionele verantwoordelijkheid is dit de arts. Het is vanuit somatisch oogpunt gezien gewenst bij vrouwen het streefgewicht te baseren op dat gewicht dat de menstruatie doet terugkeren. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de leeftijd, de lengte, de sekse, de etniciteit, de lichaamsbouw en de persoonlijke groeicurve (Fredriks et al. 2000, 2001).

Ontwikkelen inzicht in houding/cognities met betrekking tot eetgedrag

Om inzicht te kunnen krijgen in het eigen eetgedrag kan het bijhouden van een eetdagboek helpen. In het eetdagboek wordt dagelijks opgeschreven wat en op welk tijdstip er iets wordt gegeten en welke gevoelens en gedachten aanwezig zijn. Hierdoor kan het verband tussen bijvoorbeeld streng lijnen of maaltijden overslaan en eetbuien inzichtelijk worden gemaakt.

Soms kunnen bepaalde klachten en gevoelens die de patiënt ervaart in verband gebracht worden met de voedingsgewoonten.

Tips bij irreële gedachten

De irreële gedachten kunnen het lijnen, overeten of het purgeergedrag in stand houden of verergeren. Tijdens het bewustwordingsproces is het belangrijk om bij de patiënt te toetsen of hij/zij bereid is om de opvattingen te onderzoeken. Soms dient men eerst te werken aan het motiveren tot onderzoeken van het probleem. De irreële gedachten (bijvoorbeeld 'van boter en jus kom ik kilo's aan') kunnen naast het kritisch onderzoeken of de veronderstelling waar is, bijvoorbeeld door bewijzen voor en tegen de stelling te onderzoeken, ook worden uitgedaagd door oefeningen te doen. Zo zou men in de vorm van een experiment boter op een boterham kunnen smeren of jus bij de aardappelen te nemen en zo te onderzoeken of het gevreesde bewaarheid wordt. Door ervaringen op te doen (bijvoorbeeld bij regelmatig wegen zal blijken dat de kilo's er niet aan vliegen), zal de patiënt steeds meer realistische gedachten kunnen ontwikkelen en vertrouwen krijgen in benodigde voedingsinname in relatie tot het gewicht.

Tips bij rigide houding

De rigide houding ten aanzien van de voeding kan naast het onderzoeken via cognitieve technieken worden doorbroken door stapsgewijs voedingsmiddelen die nog niet op het menu staan te introduceren, bereidingswijzen aan te passen en de variatie van moeilijke voedingsmiddelen uit te breiden. Aan de patiënt kan worden gevraagd om een opsomming te maken van verboden en toegestaan voedsel en hierin vervolgens een volgorde te laten aanbrengen van het meest moeilijke tot het meest makkelijke voedingsmiddel (angst-hierarchie opstellen). Dit biedt de mogelijkheid om stapsgewijs verboden voedingsmiddelen te introduceren in nieuwe situaties en verder uit te breiden.

Regelmatig eetpatroon en energiebehoefte

Het eetdagboek dient tevens als basis om een regelmatig voedingspatroon en een volwaardige (energie)inname op te bouwen. Afhankelijk van de lichamelijke toestand kan de energie-inname bij anorexia-patiënten stapsgewijs (hoe het stappenschema eruit moet komen te zien is aan de diëtist zelf, op basis van fingerspitzengevoel) worden opgebouwd, door introductie van een maaltijd of tussendoortje totdat de voeding voldoet aan de Richtlijnen goede voeding, bestaande uit drie hoofdmaaltijden en drie of vier tussenmaaltijden. Ter ondersteuning kan er een voedingsadvies of voorbeelddagmenu worden opgesteld, gerelateerd aan de energiebehoefte om volgens de gestelde norm aan te komen. De energiebehoefte kan individueel berekend worden aan de hand van de energie-inname, het activiteitenpatroon (inclusief hyperactiviteit) en de mate van gewichtstoename. De gewichtsherstelde patiënten met anorexia nervosa hebben vaak tijdelijk 200 – 400 kcal meer nodig dan voor leeftijd, geslacht, lengte en gewicht gemaakte controles (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006).

Eetstoornispatienten kunnen darmklachten hebben als gevolg van het gebruik van laxeertabletten. Uit angst voor obstipatie, een vol gevoel en een 'dikke buik' blijven ze laxeren. Een vezelrijke voeding met 30 tot 40 gram vezel per dag verdient de voorkeur (Gezondheidsraad 2006). Ook kunnen probiotica en prebiotica worden geadviseerd bij

obstipatie. Indien nodig kan door de behandelend arts tijdelijk een ondersteunend middel geadviseerd worden.

Bij eetstoornispatiënten kunnen de volgende stappen gezet worden in het aanleren van een ander eetpatroon:

- het eetdagboek is de basis om het eetpatroon te gaan veranderen;
- in de praktijk, bij ambulante setting is het meer haalbaar om het voedingsadvies stapje voor stapje op te bouwen, in de klinische setting kan meteen het volledige voorbeelddagmenu voorgeschreven worden, rekening houdend met risico op het ontstaan van het refeedingsyndroom;
- het is voor de patiënt niet helpend om het voedingsadvies in calorieën te vertalen, gebruik hiervoor inhoudsmaten;
- geen maaltijden overslaan, ook niet na een eetbui;
- let in het begin niet zo op de hoeveelheden. Pas later de hoeveelheden aan. Gebruik als richtlijn de aanbevolen hoeveelheden van voedingsmiddelen;
- maak een lijst van voedingsmiddelen die geen of weinig angst (voor bijvoorbeeld een eetbui) oproepen. Voeg later de voedingsmiddelen die veel angst oproepen toe aan het dagmenu;
- benadruk dat variatie belangrijk is;
- besteed ook aandacht aan het eetgedrag en aan alternatieve activiteiten;
- doe niets anders tijdens de maaltijden (zoals lezen, televisie kijken). Besteed aandacht aan het eten, probeer ervan te genieten;
- kies een vaste plaats om te eten;
- als er eten overblijft gooi dit dan weg;
- probeer geen 'gevaarlijk' voedsel in huis te hebben (voedsel dat een eetbui kan oproepen);
- gebruik bij het boodschappen doen een lijstje (Hoenderdos & Van Wezel 1997).

Psycho-educatie

Zoals al eerder beschreven heeft psycho-educatie als doel om attitude- en gedragsverandering te bewerkstelligen: irrealistische cognities over voeding, gewicht en compensatiegedrag te achterhalen en te normaliseren. Ter ondersteuning kan er schriftelijk voorlichtingsmateriaal worden mee gegeven. Gedacht kan worden aan de volgende onderwerpen:

1. De lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van het problematisch eetgedrag (bijvoorbeeld het eten in gezelschap en de al eerder beschreven lichamelijke gevolgen);
2. Goede voeding, aanbevolen hoeveelheden voedingsmiddelen, variatie en gezond eetgedrag, functies van voedingsmiddelen, voedingsstoffen en spijsvertering. Anorexia patiënten hebben weinig inzicht in normale hoeveelheden voedingsmiddelen. Daarom kan psycho-educatie zich onder andere richten op portiegrootte: wat zijn normale hoeveelheden beleg op het brood, hoe groot zijn porties bij de warme maaltijd? Hoeveel licht frisdranken, kauwgom, scherpe kruiden en dergelijke worden gebruikt?;
3. Effecten en schadelijke gevolgen van purgeergedrag. Indien er sprake is van purgeergedrag wordt informatie gegeven over lichamelijke gevolgen en (in)effectiviteit van gewichtsreducerende middelen. Aan de hand van een stappenplan kunnen deze middelen afgebouwd worden. In overleg met de verantwoordelijke arts kan tijdelijk

gebruik gemaakt worden van stoelgangbevorderende middelen van minder agressieve aard dan de contactlaxantia om obstipatie tegen te gaan. Middelen van de eerste keus zijn gezuiverde zemelen, volumevergrotenende polysacchariden en PEG (polyethyleenglycol, macrogol)-bevattende preparaten. Middelen van de tweede keus zijn osmotisch werkzame verbindingen. Stoppen of afbouwen van purgeren kan aan de hand een eetdagboek (inzicht in purgeergedrag) en het aanleren van een alternatief gedrag in plaats van purgeren. Bij het stoppen/ afbouwen van laxantia geeft men informatie over vezelrijke voeding en vochtintake en vochtretentie. Er wordt aandacht besteed aan de effecten van vezels op maag- en darmfunctie.²⁴ In de onderstaande tabel staan de meest voorkomende laxeermiddelen vermeld met de bijhorende werking;

Soorten laxeermiddelen⁴

<i>Type</i>	<i>Werking</i>	<i>Voorbeelden</i>
<i>Contactlaxantia af te raden middelen</i>	Bevorderen de voortstuwing van de darminhoud door chemische prikkeling van de darmwand. Kunnen leiden tot buikpijn, misselijkheid en een opgeblazen gevoel. Kunnen bij overmatig gebruik waterige diarree en verlamingsverschijnselen van de darm veroorzaken en soms een zwarte verkleuring van de darmwand.	Bisacodyl (Nourilax. Sulcolax), rhamnusproducten, sennaproducten, ricinusolie
<i>Glijmiddelen</i>	Maken de darminhoud zachter en meer glijbaar.	Glycerol, paraffine
<i>Osmotische werkende middelen tweede keuze middelen</i>	Trekken water aan in de darm waardoor de darminhoud zachter wordt en het volume toeneemt. Dit bevordert de beweeglijkheid van de darm. Kunnen leiden tot buikpijn, misselijkheid en een opgeblazen gevoel.	Microlax, lactulose (Duphalac), lactitol (Importal), sulfaten, fosfaten
<i>Volumevergrotenende middelen eerste keuze middelen</i>	Trekken water aan in de darm waardoor de darminhoud zachter wordt en het volume toeneemt. Dit bevordert de beweeglijkheid van de darm. Kunnen leiden tot buikpijn, misselijkheid en een opgeblazen gevoel.	Zemelen, psylliumzaad (Metamucil)

4. Vochtbalans: braken en laxeren verstoren beiden de elektrolytenhuishouding in het lichaam. Indien het purgeergedrag acuut wordt gestaakt, kan het lichaam grote hoeveelheden (2–5 liter) vocht vasthouden. Om een verandering in het lichaamsvocht te meten, wordt gekeken naar veranderingen in de lichaamssamenstelling;
5. Beweging en hyperactiviteit. Inzicht in de energiebehoefte kan bijdragen aan het ontwikkelen van een realistische houding omtrent de relatie tussen energie-inname en

energieverbruik. Educatie op dit gebied kan ook bijdragen aan het verklaren van gewichtsverloop;

Overmatig bewegen kan worden afgebouwd nadat eerst in kaart is gebracht welke bewegingen de patiënt doet en wanneer. Daarbij kan verschil aangebracht worden in bewegen voor de eetstoornis en bewegen omdat het noodzakelijk is (om naar het toilet te kunnen gaan of ter ontspanning). Het streven is om te gaan sporten als activiteit waar de patiënt plezier aan beleeft en niet omdat het moet om calorieën te verbranden. Er kunnen rustmomenten worden ingebouwd (zoals 1 uur na de maaltijd blijven zitten of bepaalde oefeningen of bewegingen verminderen of stoppen). Tevens dient een advies te worden gegeven aan de patiënt wat een normaal bewegingspatroon is;

6. In toenemende mate worden in verschillende settings fatburners aangeboden. Een veelgebruikt soort is de Stack, bekender onder de naam Stackers. Belangrijk voor een behandeling is de signalen van gebruik te herkennen om vroeg te kunnen interveniëren en educatie te geven. De ingrediënten efedrine, synefedrine en cafeïne zorgen voor een ogenschijnlijk motorische onrust, met de nadruk op tremor aan extremiteiten en soms een haperende, struikelende verbale uitingvorm. De hoge rusthartslag kan problemen geven bij inspanning en slapen.^{25,26} Inmiddels zijn efedrines verboden in voedingssupplementen in Nederland. Ze zijn echter nog wel verkrijgbaar via internet;
7. Temperatuursregulatie: advies over adequate kleding (ook 's nachts) toegespitst op het seizoen. Patiënten kleden zich vaak te koud of laten hun raam open staan, met de achterliggende gedachte om meer energie te verbranden. Uit onderzoek is gebleken dat patiënten lichamelijk rustiger worden en minder bewegingsdrang ervaren als ze zich warm genoeg kleden.^{27,28} In bijlage 7 'Checklist anamnese eetstoornis AN' is een overzicht van diverse onderwerpen die bij psycho-educatie aan de orde kunnen komen.

Literatuur dag 2, anorexia nervosa

Gebruikte literatuur

relevante onderdelen uit de Dieetbehandelingsstandaard (2015) relevante onderdelen uit de Behandelingsstandaard AN van de VIE (2005)

Vandereyken W., Noordenbos G., et al (2008). *Handboek eetstoornissen*; de Tijdstroom, Utrecht.

Informatorium voor voeding en diëtetiek, 2008.

Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen. (2006). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg en het

Trimbos-instituut. Utrecht: Trimbos-instituut, te downloaden via www.ggzrichtlijnen.nl

NICE-clinical guideline (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London, National Institute for Clinical Excellence.

dieetbehandelingsrichtlijn eetstoornissen, mei 2015. Deze richtlijn is geschreven door Mw. Diana Barneveld, diëtist zelfstandig gevestigd te Harderwijk, Mw. Janneke Brand, diëtist Rintveld, Kliniek voor eetstoornissen Zeist, Mw. Jose Groot, diëtist Human Concern, centrum voor eetstoornissen Amsterdam, Mw. Sjerty Peeters, diëtist zelfstandig gevestigd te Sittard en Mw. Anne-Ruth van Veen, diëtist Novarum, Kliniek voor eetstoornissen Amsterdam
"ouders van bondgenoot" help je kind met een eetstoornis volgens de Maudsley methode

Lock, J., Le Grange, D. (2011). *ouders van bondgenoot, help je kind met een eetstoornis volgens de Maudsley methode*. Uitgeverij Ekklesia

Spaans, J. (1998). *Slank, slanker, slankst. Over Anorexia en wat je eraan kunt doen*. Uitgeverij Boom.

<https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/prevention-work-health/gezond-en-veilig-opgroeien/groeidiagrammen-in-pdf-formaat/>

Verplichte en interessante toegevoegde literatuur: zie website