

BEHANDELING ANOREXIA NERVOSA

IN HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS

Psychologen Algemene Ziekenhuizen

Mw. Drs. C.Kruyff, Orthopedagoog, Juliana Kinderziekenhuis, Den Haag

*Mw. Drs. A.W. de Boer, Gezondheidszorgpsycholoog, Ziekenhuis
Nij Smellinghe, Drachten*

*Drs. P.M. Oudejans, klinisch psycholoog- psychotherapeut, Meander Medisch
centrum te Amersfoort*

*Met dank aan dr. E van Furth – directeur van het Kenniscentrum Eetstoornissen - die het
document van de nodige
kritische kanttekeningen voorzag.*

Juni 2007

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 ONDERZOEK

1.1 Uitgangspunten	4
1.2 Wat is anorexia nervosa	4
1.3 Kenmerken van het anorectisch gedrag	4
1.4 Bijkomende klachten:	5
1.5 Moeilijkheden voor een diagnose op jongere leeftijd	5
1.6 Differentiaaldiagnostiek	5
1.7 Incidentie	5
1.8 etiologie	5
1.9 diagnostiek	6
1.10 Psychologische kenmerken	6
1.11 Het kind zelf	6
1.12 Lichamelijke effecten van anorexia nervosa	7
1.13 Sociale effecten van anorexia nervosa	7

Hoofdstuk 2 BEHANDELING

2.1 Coördinatie m.b.t. de behandeling	8
2.2 Indicatie voor klinische behandeling in het algemeen ziekenhuis:	8
2.3 Uitgangspunten voor een klinische behandeling gewichtsherstel bij jongeren	8
2.4 Maatregelen t.a.v gewichtstoename	8
2.5 Refeeding bij Anorexia Nervosa in de acute fase	9
2.6 Gevaren in de refeedingfase:refeedingsyndroom	10
2.7 Psychologische behandeling	10
2.8 Motiveringstechnieken	11
2.9 Cognitieve therapie	11
2.10 Teamoverleg	11
2.11 Valkuilen voor de behandelaar	12
2.12 Functie van de diëtetiek	12

Literatuur	14
Kenniscentrum Eetstoornissen	14

Bijlagen	15
----------	----

Bijlage 1. differentiaaldiagnose bij verdenking van een lichamelijke oorzaak van bestaande eetproblemen.	15
Bijlage 2 . beoordeling voedingstoestand	16
Bijlage 3. complicaties bij realimentatie	17
Bijlage 4 Taken en verantwoordelijkheden van Verpleegkundigen en Pedagogisch Medewerkenden.	18
Bijlage 5 Psychologische tests en vragenlijsten	19

HOOFDSTUK 1 ONDERZOEK

Anorexia nervosa in het algemeen ziekenhuis

Inleiding

Dit document is geschreven in opdracht (2002) van de commissie “protocollen en richtlijnen” welke deel uitmaakt van het kwaliteitsbeleid van de PAZ (Psychologen Algemene Ziekenhuizen)

De commissie bestaat uit

Piet Oudejans (pm.oudejans@meandermc.nl)

Hetty Scholten (H.Scholten@telenet.be)

Elmi laHaye

Carla Flik

Het document is geschreven ter ondersteuning van de in het algemeen ziekenhuis werkende klinisch psycholoog – psychotherapeut dan wel medisch psycholoog wanneer hij/zij zich geplaagd ziet voor vraagstellingen m.b.t. anorexia nervosa. Het document bevat een aantal handreikingen en aanbevelingen welke gebaseerd zijn op ervaringen en de deskundigheid van een aantal collegae welke op dit onderwerp enige ervaring hebben opgedaan t.a.v. diagnostiek, behandeling, doorverwijzing en samenwerking met andere disciplines. In die zin is dit een monodisciplinair geschreven document vanuit de optiek van de klinisch psycholoog werkzaam in het algemeen ziekenhuis.

Veel nadruk ligt dan ook op het diagnostische proces, het onderzoek naar de aandoening, de behandelbaarheid van de aandoening, de ernst van de aandoening, en het bepalen van een behandelstrategie, waarbij aandacht voor doorverwijsmogelijkheden en nazorg.

Wat de status van dit stuk betreft kunnen we het volgende stellen.

Er zijn twee belangrijke ontwikkelingen die de oorspronkelijke vraagstelling hebben doorkruisd. Ten eerste is er in Nederland het Kenniscentrum Eetstoornissen – vorig jaar gesloten na het stopzetten van de overheidssubsidie – dat er toe heeft geleid dat er nu supraregionaal werkende specialistische klinieken en behandelcentra voor eetstoornissen zijn opgericht. Dit betekent een verandering van de behandeling in algemene ziekenhuizen met een verschuiving naar psychoeducatie, motivatie en doorverwijzing.

Ten tweede is de Richtlijnencommissie van de PAZ een andere koers gaan varen: geen monodisciplinaire richtlijnen meer, maar multidisciplinaire richtlijnen samen met aanverwante beroepsverenigingen, waarbij gebruik gemaakt wordt van de deskundigheid en de subsidieregelingen van ZonMW.

Deze ontwikkelingen hebben er toe bijgedragen, dat dit document in een ander daglicht is komen te staan. Het mag zeker niet een “richtlijn of protocol” genoemd worden volgens de huidige formats en criteria. Wel een aantal handreikingen vanuit de praktijkervaring van op dit gebied werkzame collegae. Daarnaast zijn ook de belangrijkste gezichtspunten voor de praktijk van de medisch psycholoog vanuit het Trimbosprotocol opgenomen. Tenslotte heeft ook de voormalig directeur van het Kenniscentrum Eetstoornissen van de Robert Fleurystichting het document van de nodige kritische kanttekeningen voorzien.

Deelnemende psychologen:

Mw. Drs. C.Kruijff, Orthopedagoog, Juliana Kinderziekenhuis, Den Haag

Mw. Drs. A.W. de Boer, Klinisch psycholoog- psychotherapeut, Ziekenhuis

Nij Smellinghe, Drachten

Drs. P.M. Oudejans, klinisch psycholoog- psychotherapeut, Meander Medisch centrum te Amersfoort

1.1 Uitgangspunten

- Anorexia Nervosa (AN) is een ernstige psychiatrische aandoening. De etiologie is multifactorieel bepaald waarbij biologische, psychologische en sociale factoren een rol spelen. AN gaat in veel gevallen gepaard met ernstige somatische co-morbiditeit waardoor patiënten regelmatig in algemene ziekenhuizen worden opgenomen.
 - De complexiteit van AN vraagt een adequate samenwerking van alle betrokken disciplines en instellingen
 - In alle fasen van de behandeling is frequent en gereguleerd overleg tussen betrokkenen van de verschillende afdelingen noodzakelijk.
- AN is een hardnekkige aandoening waarbij in veel gevallen doorverwijzing naar een specialistische kliniek voor eetstoornissen noodzakelijk is. De opname in een algemeen ziekenhuis heeft dan vooral als doelstelling: gewichtstoename om dreigende somatische disfuncties af te wenden. Verder psycho-educatie, diagnostiek, cognitieve therapie en op motivering en doorverwijzing gerichte interventies.

Betrokken multidisciplinaire medewerkers

Kinderarts, Internist
 Kinder- en jeugdpsychiater,
 Psycholoog-psychotherapeut,
 Gezinstherapeut /Maatschappelijk werker,
 Diëtiste,
 Verpleegkundigen,
 Pedagogisch medewerker

1.2 Wat is anorexia nervosa ?

Volgens de Psychiatrische Diagnostische criteria (DSM-IV) is er sprake van Anorexia Nervosa bij:

- A. Onvermogen om het gewicht boven 85 % van het normale gewicht te handhaven gewichtsverlies van 15 %
- B. Intense angst om dik te worden
- C. Gestoorde waarneming van lichaamsvorm, lichaamsbeleving en lichaamsgewicht; bewustzijnsvernauwing ofwel zeer sterke preoccupatie met het lichaamsbeeld ; vaak ook veel ontkenning, negering.
- D. Amenorroe: Het uitblijven van drie achtereenvolgende menstruaties.

Vaak gaat A.N. gepaard met eetbuien, het gebruik van laxeermiddelen, diuretica, klysma's, en braken.

Men spreekt over het beperkende dan wel het purgerende type.

Vaak zien we dat patiënten een slechte eetgewoonte hebben waarbij perioden van sterke voedselweigering worden afgewisseld met vreetbuien.

De veel voorkomende internationale maat voor ziekelijke vermagering is de Body Mass Index ofwel het gewicht gedeeld door het kwadraat van de lengte.

Een normale BMI ligt tussen de 20 en 25. Tussen 20 en 18, spreekt men over magerzucht.

Beneden 18, dan spreekt men over A.N. en beneden 15 loopt de patiënte belangrijke somatische risico's. Een BMI kleiner dan 11 is dodelijk.

1.3 Kenmerken van het anorectische gedrag

- 1 vrijwillig lijnen met als doel slank en mager of niet dik te worden.
- 2 afvallen wordt als zeer positief ervaren en stimuleert tot doorgaan.
- 3 afwijkend eetgedrag en dwangmatige handelingen betreffende de hoeveelheid eten, de wijze waarop gegeten wordt het tijdstip van eten.
4. in gedachten steeds met eten bezig zijn, hierdoor geobsedeerd raken.
5. hyperactiviteit met als doel gewicht verliezen.
6. wanneer het streefgewicht gehaald is, toch doorgaan met vermageren.
7. bij vermagering niet kunnen zien hoe mager men is.

8. bij te veel eten zichzelf bestraffen met minder eten of langer uitstellen van eten.
9. na verloop van tijd kan men eetbuien krijgen.
10. na eetbuien wordt het gegetene door middel van zelfopgewekt braken of door het gebruik van laxeremiddelen zo snel mogelijk uit het lichaam verwijderd.
11. dromen over eten.
12. verlies van concentratie op andere terreinen dan eten.
13. sterke stemmingswisselingen, afhankelijk van de stand van de weegschaal en het hebben van eetbuien.
14. Neuropsychologisch dysfunctioneren, geheugenproblemen, ruimtelijke vaardigheden, concentratiestoornissen en executieve functiestoornissen.

1.4 Bijkomende klachten:

Slapeloosheid, obstipatie, koude handen en voeten, vermoeidheid, overbeheering, depressies, gespannenheid, zelfverwonding, obsessieve kenmerken/rituelen, perfectionisme, vermijding van voedsel, buitensporige lichamelijke activiteiten,

Angst en/of emotionele vervlakking

Negatief zelfbeeld

Hyperalerte controle over de omgeving;

1.5 Moeilijkheden bij een diagnose op jongere leeftijd

-Er is soms nog geen sprake van gewichtsverlies, maar de groeisprint blijft uit waardoor de aandoening lang niet kan opvallen.

-De eerste menstruatie vindt nog niet plaats waardoor de amenoroe niet gemakkelijk vastgesteld kan worden.

-Anorexia nervosa is een sterk verhullende aandoening. De patient zelf heeft geen of een gering ziektebesef. Zeker in de beginfase kunnen de symptomen onontdekt blijven.

1.6 Differentiaaldiagnostiek (Zie bijlage 1)

De volgende zaken moeten uitgesloten worden:

* Algemene medische condities die een gewichtsverlies tot gevolg hebben (tumor, AIDS)

* Een depressie in engere zin, psychose

1.7 Incidentie

Anorexia nervosa komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens. (90 à 95% meisjes tegenover 5 à 10% jongens).

Het begint meestal op de leeftijd van 13-20 jaar, maar de laatste jaren zijn aanwijzingen dat ook meisjes tussen de 8 en 12 jaar eetstoornissen hebben. (Gardner e.a. 1997))

Ongeveer 8 per 100.000 vrouwen heeft anorexia nervosa.(Hoek, H.W. 1998)

Uit vervolgonderzoek blijkt dat gemiddeld vier jaar nadat de behandeling werd verricht blijkt dat:

46,9 % is genezen

33,5% in toestand gelijk is gebleven of verbeterd

20,8 % is verergerd

5% is overleden

Hoe korter de ziekte duur, hoe groter de kans op herstel.(Steinhausen 2002)

1.8 etiologie

Hormonale afwijkingen

Hypothalamus en veranderingen in de neurotransmitters: serotonine i.v.m honger en verzadiging

Erfelijke factoren

Erfelijke factoren spelen een rol gezien de hogere incidentie bij tweelingen.

Psychologische factoren:

Vaak zijn het aangepaste, subassertieve en conflictvermijdende meisjes; sterk negatief zelfbeeld en zeer sterke koppeling van uiterlijk en gewicht aan zelfwaardering en zelfbeleving. Angst voor volwassen worden en angst voor seksualiteit kan een rol spelen.

Wat de intelligentie betreft imponeren zij boven hun niveau door hun hoge prestatiemotivatie en perfectionisme; hun intelligentie ligt lang niet altijd hoog.

Angst voor volwassen worden en angst voor seksualiteit kan een rol spelen.

Soms zijn er seksueel getraumatiseerde ervaringen in het spel.

In sommige gevallen kan er sprake zijn van een slikfobie. De vraag is of er dan wel sprake is van anorexia nervosa.

Maatschappelijke factoren

Uit onderzoek is gebleken dat anorexia nervosa uitsluitend voorkomt in de geïndustrialiseerde landen, waarin men boven de armoedegrens leeft. Het komt voor in alle sociale milieus.

In de huidige maatschappij is het slankheidsideaal zeer belangrijk. Dit komt tot uiting in de vele diëten, calorietabellen e.d. Het komt voor dat anorexia nervosa voortvloeit uit een uit de hand gelopen lijnpoging.

1.9 diagnostiek

Van belang zijn de volgende onderzoeken.

1. Voedingsanamnese (zie bijlage 2)
 2. Aanvullend lichamelijk onderzoek (zie bijlage 1)
 3. Laboratorium of beeldvormend onderzoek; ct-scan i.v.m. mogelijke tumor, als daar aanwijzingen voor zijn uit anamnese en lichamelijk onderzoek.
 4. (Kinder)Psychiatrisch onderzoek: psychiatrische co-morbiditeit,
 5. depressie.
 6. Observatiegegevens door verpleegkundigen en pedagogische medewerkers.
 7. Aanvullende anamnese van patiënt en ouders/verzorger
 8. Psychologisch onderzoek (zie bijlage 5)
 9. Gezinstaxatie
 10. Schoolinformatie
- 6 t/m/ 9 zullen in het algemeen al gedaan zijn wanneer ambulante behandeling al gaande was.

1.10 Psychologische kenmerken

Kenmerken die vaak aan Anorexia Nervosa voorafgaan

1. een gevoel van minderwaardigheid, gebrek aan eigenwaarde en zelfvertrouwen
2. een gevoel van ineffectiviteit
3. een sterke afhankelijkheid van de goedkeuring van anderen
4. overgevoeligheid voor kritische en negatieve opmerkingen
5. een gevoel van innerlijke leegte, niemand te zijn en ik- zwakte
6. geen eigen initiatieven durven nemen
7. een ontbrekend gevoel van onafhankelijkheid en autonomie
8. sterk prestatiegericht en perfectionistisch gedrag
9. sterke faalangst
10. zwart-wit denken
11. negatieve waardering van het eigen lichaam en van seksualiteit
12. sterke angst om conflicten aan te gaan, subassertief gedrag.

1.11 Het kind zelf

Vaak wordt het kind als probleemloos beschouwd, omdat het kind geen conflicten aangaat, zich zo geliefd mogelijk wil maken, zich aanpast aan anderen, niet voor zichzelf opkomt, zich sterk afhankelijk opstelt t.o.v. anderen. Door aan het eigen schoonheidsideaal te voldoen, denkt het kind er bij te horen en serieus genomen te worden.

Door te hongeren en te vermageren krijgt het kind positieve gevoelens. Het kind wordt er door gewaardeerd, het zelfvertrouwen neemt toe; men voelt zich trots, dat er toch iets is wat men

kan. Het lijnen wordt positief beloond!

Soms gaat aan de eerste lijnpoging een voor het kind aangrijpende gebeurtenis vooraf.

1.12 Lichamelijke effecten van anorexia nervosa

1. afhankelijk van het eetgedrag, de leeftijd en het oorspronkelijke gewicht, kan de betrokkene meer of minder sterk afvallen en een groeiachterstand gaan vertonen.
2. wegblijven van de menstruatie gedurende langer dan drie maanden
3. daling van de lichaamstemperatuur, koude handen en voeten
4. obstipatie, darm- en maagstoornissen
5. veranderingen in de stofwisseling en de hormoonhuishouding
6. verslechtering van het gebit door braken
7. lanugo of donsbehaving, haaruitval
8. vermoeidheid, pijn bij zitten of liggen
9. daling van de hartslag, bradycardie (vermoeidheid)
10. verslapping en uitdroging van de huid
11. na verloop van tijd kunnen honger- en dorstgevoelens verdwijnen
12. Kalium-natriumproblemen waardoor veel drinken en plassen en hartritmestoornissen.

1.13 Sociale effecten van anorexia nervosa

1. toenemend wantrouwen ten opzichte van anderen
2. soms manipulatief gedrag ten opzichte van de omgeving
3. vermijden van contacten, sociale isolatie

Hoofdstuk 2 BEHANDELING

2.1 Coördinatie m.b.t. de behandeling

Gezien de complexiteit van de problematiek en de hoge mate van impact die een A.N.--patiënte op een behandelteam kan hebben, is het van groot belang dat er een behandelcoördinator is, die voldoende kennis en inzicht in de materie heeft en ook een zeker gewicht kan leggen in de benadering en behandeling van de problematiek. Deze behandelcoördinator dient een strakke regie te voeren, scherp alle afspraken en richtlijnen te kunnen maken en naar het team toe en naar het kind en de ouders toe dit om splijting en ongewenste overdrachtsprocessen te kunnen voorkomen.

De behandelcoördinator heeft wekelijks overleg met alle betrokkenen en met de patiënte.

2.2 Indicatie voor klinische behandeling in het algemeen ziekenhuis:

Behandeling: er is een voorkeur voor ambulante poliklinische behandeling; we weten dat ambulante behandeling minder terugval laat zien. (Trimbosrichtlijn, p.136)

Maar: een slechte lichamelijke toestand of een BMI < 13 of een P10 bij kinderen en bij acuut lichamelijk gevaar, kan klinische behandeling in een algemeen ziekenhuis geïndiceerd zijn. Doorgaans wordt deze indicatie door de kinderarts of internist gesteld.

De klinische behandeling is er in eerste instantie op gericht om somatische stabilisatie en gewichtsherstel te bereiken.

De gevolgen van de anorexia nervosa kunnen om tactische en strategische overwegingen in eerste instantie gedefinieerd worden als een somatisch probleem.

De klinische periode kan tevens benut worden voor verdere psychiatrische en psychologische diagnostiek en voor motivering voor verdere gespecialiseerde psychotherapeutische hulp.

Is gewichtsherstel zodanig bereikt dat patiënt niet meer in de gevarenzone verkeert, dan zal in veel gevallen poliklinische behandeling overwogen worden dan wel door- of terugverwijzing naar een specialistisch centrum voor eetstoornissen.

2.3 Uitgangspunten voor een klinische behandeling gewichtsherstel bij jongeren :

- progressief invoeren van bekrachtigers naarmate voedsel-inname en gewichtsherstel optreedt
- van externe naar interne controle

Bij deze uitgangspunten is het punt van bejegening van van belang.

De Trimbosrichtlijn beveelt aan naar aanleiding van een kwaliteitsonderzoek van de Robert-Fleury stichting en de Rijksuniversiteit Leiden: "Elementen uit de vroegere gedragstherapeutische behandeling worden nog wel eens toegepast. Deze kunnen door patiënten als bedreigend, beschuldigend en bestraffend ervaren worden!".

Deze houding werkt averechts. (Trimbosrichtlijn p. 25)

-Anorexia nervosa wordt als gewichtsherstel probleem gedefinieerd

Gewichtsherstel kan het beste geleidelijk bereikt worden.

Doelstelling is dan ook gewichtsherstel tot een door de kinderarts of behandelteam bepaald minimum. Wanneer er reeds ambulante behandeling bestond zal het streefgewicht in overleg met de ambulante behandelaar worden vastgesteld. Er wordt naar gestreefd het gewichtsherstel zoveel mogelijk te bereiken door patient zelf te laten eten.

Het opheffen van de lichamelijke problemen die en opname noodzakelijk maakten, is uiteraard ook een doel.

Op het gewichtsherstel gerichte somatische behandeling gaat hand in hand met de psychische begeleiding van de patiënt en zijn/haar gezinssysteem.

2.4 Maatregelen t.a.v gewichtstoename

Vaststellen van de gewenste gewichtstoename door kinderarts, behandelteam, diëtiste

Gewicht bij opname vaststellen

Te bereiken gewicht bij ontslag bepalen

Gewenst tempo van gewichtstoename uit te drukken in een richtlijn van opnamegewicht tot

ontslaggewicht

Bandbreedte rond deze lijn:

gewicht op of onder de onderste lijn: sondevoeding

Gewicht tussen de lijnen: bedrust

Gewicht op of boven de bovenste lijn: vrij programma (afhankelijk van de fase van de behandeling).

Uitgangspunt kan zijn toename van 5 ons tot 8 ons per week.

Diëtiste bepaalt het menu eventueel met bijvoeding

Beperking van het mechanisch bewegen

2.5 Refeeding bij Anorexia Nervosa in de acute fase

Methode ontwikkeld door de heer Orest Radlach Pries en Carolien Kruyff, april 2002 en met hun beider toestemming overgenomen in dit document.

Het beleid m.b.t het hanteren van sondevoeding, snelheid en wijze waarop was genuanceerd in zijn toepassing in de zin dat er rekening werd gehouden met het psychisch welzijn van patiënte en gebaseerd o.a. op het advies uitgebracht door een commissie van de Gezondheidsraad aan VWS gericht aan mevr. E Borst in de gezondheidsnota van juni 1989.

Aanbevolen wordt in deze nota oa:

Voor het normaliseren van het eetgedrag is het van belang dat de gewichtstoename geleidelijk en gestaag plaatsvindt door het regelmatig toedienen van beperkte, maar uitgebalanceerde maaltijden, resp. voedingen en dat gelijktijdig met de gewichtstoename een vorm van psychotherapie wordt toegepast. Het toedienen van overvloedige maaltijden, kan wel leiden tot sneller gewichtsherstel, maar dit is niet bevorderlijk voor het ontwikkelen van een blijvend normaal eetgedrag. Het kan hij patiënten angst voor controleverlies over het eetgedrag en wantrouwen tegen de therapeut oproepen, of het ontstaan van boulimie bevorderen.

In de eerste fase van het gewichtsherstel zijn een duidelijke behandelstructuur en controle voor de patiënte noodzakelijk. Als de patiënte verbetert moet zij geleidelijk aan meer keuzes kunnen maken.

C. F.M. Gijsbers ea ('97) vinden bij opgenomen patiënten met anorexia nervosa enterale voeding geïndiceerd wanneer het niet mogelijk is om doelstellingen van het voedingsbeleid langs orale weg te bereiken. In het begin van de behandeling kan er een medische reden zijn om verder afvallen niet toe te staan of om tekorten aan te vullen.

De Trimbosrichtlijn (p130) noemt de volgende indicaties:

1. Terminale ondervoeding met bradyfrenie en spierzwakte
2. Een suspecte anamnese voor- of aangetoonde hypoglykemieën en uitputting waardoor er onvermogen bestaat om een normaal dieet met voldoende calorische inhoud te gebruiken.
3. Recidiverende hypoglykemieën bij ernstige ondervoeding (Robb e.a. 2002)

De beslissingen moeten wel in nauw overleg met de behandelende psycholoog of psychiater worden genomen. In de literatuur vindt men redelijke eenduidigheid over bovengenoemde indicatie. Benadrukt wordt het belang van gewichtsherstel. Bij ontslag van patiënten met anorexia nervosa moet rekening gehouden worden met de mate waarin de patiënte in staat is zelfstandig voeding tot zich te nemen en de motivatie van de patiënte en het systeem om zich voor verdere behandeling in te zetten na ontslag. Hoe dichter de patiënte bij ontslag een normaal streefgewicht benadert, hoe meer het eetgedrag hersteld is en hoe sterker de motivatie voor een psychologische behandeling, hoe minder groot de kans is op terugval. Door de gewichtstoename kunnen meerdere symptomen van de eetstoornis in ernst verminderen. Dit geldt niet voor een obsessieve bewegingsdrang en het verstoorde lichaamsbeeld en lichaamsbeleving. Tevens kunnen angst- en stemmingsproblemen ten gevolge van gewichtstoename optreden.

Uit het bestuderen van de verschillende behandelrichtlijnen komt naar voren dat in de acute fase van opname op een somatische pediatrie afdeling in eerste instantie gestreefd wordt naar een percentage gewichtsherstel naast psychiatrische doelstellingen. Gewichtstoename met behulp van sondevoeding (bijvoorbeeld alleen 's nachts) gebeurt als aanvulling op het orale dieet.

Voor wat betreft het type sondevoeding en de manier van toe passen komt naar voren dat er een voorkeur is voor toediening van porties sondevoeding al of niet in aanvulling op het orale dieet.

Een hanteerbare en efficiënte manier van genuanceerde refeeding van AN patiënten die op somatische pediatrie afdelingen met psychiatrische ondersteuning kan worden toegepast is de volgende.

Het uitgangspunt is dat gewichtsherstel zoveel als mogelijk wordt bereikt door zelf te eten. Sondevoeding wordt alleen toegepast indien het absoluut noodzakelijk is en het zelfstandig eetgedrag wordt sterk bekrachtigd.

Samen met de patiënt wordt een gewichtscurve gemaakt als globale richtlijn.

De kinderarts of internist bepaalt in samenspraak met het team het ontslaggewicht.

Uitgaande van het gewicht bij opname wordt een lijn getekend, waarbij men uitgaat na een korte periode van gewichtsstabilisatie een te realiseren geleidelijke gemiddelde gewichtstoename per dag van circa 100 gram per dag. Tevens wordt een of twee kilo's lager een parallel lopende lijn getekend.

Uit het behandelcontract kan de patiënte van het begin af zien wat de consequenties zijn van welk gewicht

's-Morgens wordt de patiënte gewogen en het gewicht wordt door de patiënte zelf in de curve genoteerd. De waarde bepaalt het verder verloop van de dag.

Is het gewicht tussen de twee lijnen, -dat betekent niet lager dan een kilo beneden het dagelijkse streefgewicht, - dan is er sprake van bedrust.

Is het gewicht beneden de onderste lijn – dat betekent lager dan een kilo beneden het streefgewicht van de dag,- dan heeft de patiënte bedrust en krijgt sondevoeding per portie zo mogelijk als aanvulling op het geen hij/zij aan dagelijks eten zelf eet.

Is het gewicht boven de bovenste lijn; dan geen sondevoeding en uitbreiding van vrijheden.

Voordelen van deze methode

1. De transparantie van de behandeling voor patiënt, ouders, behandelaars als ook verpleging.
2. De operante maatregelen zijn mild en de patiënt geraakt significant minder in de strijd met zijn omgeving m.b.t. al of niet eten.
3. Het zelfstandige eten wordt sterk bekrachtigd, wat de kans op terugval significant vermindert in vergelijking met patiënten, die alleen op gewicht gebracht worden door kunstmatige voeding.
4. De optie bedrust werkt tevens therapeutisch in de vorm van responspreventie op een eventuele obsessieve bewegingsdrang

Ook de Trimbosrichtlijn geeft aan op basis van literatuuronderzoek dat een zo nauwkeurig mogelijk door behandelaar en patient opgesteld behandelplan de beste kans van slagen geeft. (Trimbosrichtlijn p.133)

De trimbosrichtlijn (pag 125) geeft aan dat op basis van onderzoek geen eenduidige conclusies getrokken kunnen worden t.a.v. de gewenste gewichtstoename per week. De NICE-richtlijn gaat uit van 0.5 tot 1.0 kg/per week voor klinische patienten. De APA-richtlijn: 907 – 1360 gram/week

2.6 Gevaren in de refeedingfase: refeedingsyndroom

Voor mogelijke somatische ontregelingen t.g.v. een te snelle refeeding verwijzen we naar bijlage 3

2.7 Psychologische behandeling

In de eerste fase van de behandeling staat psychoeducatie op de voorgrond om motivatie voor de behandeling te bevorderen en inzicht te bieden in de eetproblematiek.

1. Zo mogelijk cognitieve herstructurering van disfunctionele cognities.
2. Angst voor gewichtstoename reduceren door: helpende gedachten formuleren; motiverend toespreken, ontspannende activiteiten en afleiding.

3. Inventariseren en zonodig en zo mogelijk bewerken van de onderliggende comorbide psychologische problematiek.
4. Ook de commitment met de ouders, die in de behandeling betrokken zijn, is van niet te onderschatten belang.

Vanaf het begin dienen wekelijks gesprekken met de ouders/verzorgers gevoerd worden gericht op:

Motivering om aan het programma deel te nemen.

Bieden van inzicht in de eetproblematiek en ondersteuning

Op indicatie kunnen er systeemgesprekken plaats vinden door een gezinstherapeut. In het algemeen wijst de ervaring uit dat de effectiviteit van gedragstherapeutische interventies groter is naarmate er gewichtsherstel optreedt. Bij het ontwikkelen van een gezonder lichaamsgewicht komen ook de belevingsaspecten van de patiënt meer naar voren en worden de emoties minder sterk afgeweerd.

2.8 Motiveringstechnieken

In Nederland door J. Spaans en J.A. Blok ontwikkelde motivatietechniek ook wel het motivationeel interview genoemd. In hun motivatietechniek (Bloks, Furth van, Hoek, 1999) staan 5 fasen centraal: Precontemplatie, contemplatie, preparatie, actie en handhavingfase. In de precontemplatiefase is er nog geen motivatie voor verandering. Het onderzoeken van de visie die de patiënt heeft over haar eigen ziekte staat centraal naast het geven van psychoeducatie. Wanneer er bij de patiënt ambivalenties ontstaan, gaat zij door naar de contemplatiefase gericht op het vergroten van de ambivalentie en de motivatie tot verandering. Wanneer de patiënt voldoende gemotiveerd is tot verandering, treedt zij in de preparatiefase gericht op het zetten van de eerste stappen naar verandering welke plaats vinden in de volgende fase: de actiefase. Wanneer er eenmaal verandering in gedrag en in denkwijze heeft plaatsgevonden, wordt tenslotte de nadruk gelegd op hoe deze veranderingen gehandhaafd kunnen worden in de handhavingfase. Met name fase 1 en fase 2 in deze motivatietechniek kunnen van belang zijn voor de behandeling van de A.N. patiënt in het algemeen ziekenhuis. Psycho-educatie Ook psychoeducatie is van groot belang in de begin fase van de behandeling. Daarvoor kan gebruikt gemaakt worden van de publicatie van de J. Spaans, Slank, slanker, het slankst, uitgeverij Boom Meppel.

2.9 Cognitieve therapie

Toename van eigen inbreng bij het ontwikkelen van een normaal eetpatroon cognitieve therapie (Fairburn) de meest effectieve vorm van behandeling. Mogelijke disfunctionele cognities:

Als ik een kg aankom ben ik een michelin-mannetje

Dan zal iedereen mij afwijzen

Dan ben ik hoogst onaantrekkelijk

Als ik 1 boterham met pindakaas extra eet, dan weeg ik volgende week 2 kg meer

Als ik aankom, ga ik mij diep ongelukkig voelen

Als ik aankom, zie ik er als een olifant uit

Als ik aankom, zullen alle vriendinnen slanker zijn dan ik

2.10 Teamoverleg

Regelmatig overleg door het behandelteam is noodzakelijk. Daarbij kunnen aanwezig zijn: kinderarts, internist, psycholoog, gezinstherapeut, maatschappelijk werker, diëtiste en verpleegkundigen.

Van groot belang is dat er duidelijke afspraken gemaakt worden over wie wat doet en deze vast te leggen in een behandelplan.

De samenwerking tussen patiënt en behandelaars kan gestalte krijgen op de volgende wijze.

Het bieden van goede eenduidige informatie aan patiënt en ouders over diagnose en beleid

Het opstellen van een behandelovereenkomst waarin diagnose, behandelmethode, doelen, afspraken rond om eten en gewicht staan concreet omschreven en door patiënt, ouders en behandelaars worden ondertekend.

Informatie aan en overleg met de patiënt en ouders dient door de behandelcoördinator te worden gedaan.

2.11 Valkuilen voor de behandelaar

1. Te snel willen gaan. Aangezien A.N. gepaard gaat met een zeer sterke controlebehoefte en wanneer deze controle door de behandelingsstructuur uit handen wordt genomen, kunnen er sterke angstgevoelens ontstaan.
2. Overmatig stimuleren te eten induceert schuldgevoel; het niet kunnen eten, niet kunnen voldoen aan de verwachtingen die de hulpverlener heeft, werkt averechts.
3. Bestraffend of boos worden op het niet eten - immers niet eten is op angst gebaseerd – werkt ook averechts.
4. Onvoldoende bekrachtigen van de prestatie “wel eten”. A.N. patiënten die er in slagen wel te eten, moeten sterke angstgevoelens verwerken. Vergelijk dat met een gezond iemand elke dag 4 keer per dag een kwart slagroomtaart naar binnen moeten werken.

2.12 Functie van de diëtetik

Voor de afdeling diëtetik zijn er 3 klinisch belangrijke opties.

1. Vrijwel uitsluitend sondevoeding
2. Deels sondevoeding of preparaten en deels gewone orale voeding
3. Geen sondevoeding (meer) nodig. Normaal eten.

Taken en mogelijkheden van de afdeling diëtetik:

Ad 1 Uitsluitend sondevoeding: is uitvoerbaar als normale taak van de afdeling.

De diëtist berekent de voedingsbehoefte en zet die om in sondevoeding, passend bij de medische situatie. Die voeding wordt bij de voedingsdienst besteld. De verpleegafdeling krijgt een schriftelijk overzicht van wat bij de verschillende eetmomenten kan worden aangeboden. Deze coördinerende taak is alleen uitvoerbaar op basis van overleg met alle betrokkenen; het desbetreffende voedingsplan moet in de afgesproken periode daarom door alle betrokkenen worden gedragen.

Bij het overleg wordt besproken:

1. wenselijke gewichtstoename per week;
2. voedingstijden;
3. wat concreet op welk moment mag worden aangeboden; momenten van bijsturing en wijze waarop dat moet gebeuren;
4. wie in de organisatie aanspreekbaar is voor levering van wat afgesproken is.

Ad 2 Deels sondevoeding naast orale voeding. De uitbreiding van sondevoeding met uitsluitend enkele drinkvoedingen verandert niets aan de werkwijze van de diëtist.

Onderhandeling over soorten en smaken drinkvoedingen met de patiënt hoort tot de taak van de diëtist.

Omzetting op deels orale voeding kan op 2 manieren:

1. via vooraf vastgesteld opklimschema in bijvoorbeeld 3 stappen;
2. op individuele basis.

Onze voorkeur gaat uit naar een aanpak op individuele basis.

3 Als gekozen wordt voor een vooraf opgesteld opklimschema is er - in tegenstelling tot 2 geen direct contact met een diëtist meer noodzakelijk. De patiënt eet dan mee met het afdelingsmenu. Hierbij is een valkuil, dat het begrip ‘gewoon eten’ door de patiënt en door personeelsleden verschillend geïnterpreteerd en geformuleerd wordt.

Als gekozen wordt voor de individuele variant, dan kan deze taak alleen uitgevoerd worden in nauw overleg met de leden van het behandelteam.

De periode waarin met orale voeding in combinatie met een rustige leefstijl het gewicht opgebouwd wordt tot het individueel bepaalde streefgewicht, vraagt van de diëtist een andere aanpak, o.a. doordat met het oog op naderend ontslag de ouders betrokken moeten worden bij

de voeding en tevens de patiënt anders aanspreekbaar is op voeding en voedingsgewoonten dan in de vorige fasen.

De diëtist geeft voorlichting aan patient en ouders over gezonde voeding

Literatuur

- DSMIV, Diagnostische Criteria van de DSM-IV Swets & Zeitlinger
 Bloks, drs.J.A., Furth van, dr. E.F.,Hoek, dr.H.W. Behandelingsstrategieen bij anorexia nervosa.
 Bohn Stafleu Van loghum, Houten/Diegem 1999
 Vandereycken, Walter, Noordenbos, Greta (red.) Handboek Eetstoornissen de Tijdstroom,
 Utrecht
 NTVG 1998 1863, somatische gevaren van purgeren en ondervoeding.
 Advies commissie Gezondheidsraad aan VWS en gericht aan mw. E.Borst in de
 gezondheidsnota van juni 1989
 Stice , E. (2002) Risk and Maintenance Factors for eating pathology,
 Psychological Bulletin 128, (825-848)
 Spaans, J , Slank, slanker, het slankst, uitgeverij Boom Meppel.
 C. F.M. Gijsbers ea ('97
 Bouman, Theo K. Spiegeltje, spiegeltje aan de wand. Cognitieve gedragstherapie en de
 stoornis in de lichaamsbeleving
 Tijdschrift Gedragstherapie jaargang 31, september 1998
 Robb, A.S.Supplemental nocturnal nasogastric refeeding for better short- term outcome in
 hospitalized adolescent girls with anorexia nervosa, American Journal of Psychiatry, 159,
 (1347-1353)
 Fairburn,Christopher and Cooper Peter Eating Disorders
 Cognitive Behaviour Therapy for psychiatric problems; a practical guide edited by Keith
 Hawton, Paul M..Salkovskis, Joan Kirk and Davis M. Clark, Oxford Medical Publications,
 Oxford University Press, 1996

Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (NAE)

Het Kenniscentrum Eetstoornissen is in januari 2006 gestopt. Een deel van de activiteiten zijn
 door het N.A.E. over genomen.
 Deze vereniging van professionals bundelt deskundigheid en informatie en stimuleert
 samenwerking en wetenschappelijk onderzoek op het gebied van eetstoornissen.
 Op de website vindt u onder cliënten/behandeling/behandelvormen veel informatie over
 mogelijke doorverwijzingsadressen.

Websites

http://www.eetstoornis.info/cms/cms_ken.nsf/fspro.htm
<http://www.eetstoornissen.nl>
<http://www.centrummeetstoornissen.nl>
 Internationale website: Academy for Eating Disorders
<http://www.aedweb.org>, <http://www.aabainc.org>

Adressen Patiëntenorganisaties Eetstoornissen:

Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa
 Postbus 67
 6880 AB VELP
 Telefoon: 0900 - 82 12 433 (€ 0,20 per minuut)

Bijlagen

BIJLAGE 1. DIFFERENTIAAL DIAGNOSE BIJ VERDENKING VAN EEN LICHAAMELIJKE OORZAAK VAN BESTAANDE EETPROBLEMEN.

ALGEMEEN: infecties maligniteiten

MAAGDARMKANAAL:

oesophagitis

obstructie oesophagus (stenose, corpus alienum)

motiliteitsstoornissen: achalasia, spasmen

motiliteitsstoornissen t.g.v. systeemziekten:

dermatomyositis, sclerodermie, LE

gastritis, ulcus pepticum (helicobacter pylori)

arteria mesenterica superior syndroom

lambliaasis

coeliakie voedselallergie/intolerantie

M. Crohn

obstipatie/irritable bowel syndroom

hepatitis

BLOED: anaemie

BLOEDSOMLOOP: decompensatio cordis

KNO:

chronisch recidiverende keelontstekingen

bovenste luchtwegobstructie met sec. hypoventilatie

LUCHTWEGEN:

pneumonie

cystic fibrosis met luchtweginfecties

URINEWEGEN: uraemie

renale tubulaire acidose

METABOOL/ENDOCRIEN: hypercalcaemie hyperparathyreoidie hypothyreoidie

NEUROLOGISCH: spasticiteit spierdystrofie bulbaire paralyse myasthenia gravis

polyneuropathie syndroom van Riley Day

DEFICIENTIES: niacine: pellagra vit B1: beri beri Zn, Mg, Cl

DIVERSEN:

medicijnen (stimulerende middelen, fenothiazine-intoxicatie, vit D intoxicatie) Pb-intoxicatie

Bijlage 2 . BEOORDELING VOEDINGSTOESTAND

Anamnese:

voedingsanamnese

wijze van vermagering: weinig eten braken! gebruik van laxantia/ lichaamsbeweging

menarche; laatste menstruatie

haaruitval

Lichamelijk onderzoek:

bepaling van gewicht, lengte en puberteitsstadium

trage gang?

blauwe, koude acra; trage pols; lage bloeddruk?

N.B. tachycardie t.g.v. hypovolaemie is een indicatie voor onmiddellijk ingrijpen.

droge huid met lanugo-beharing?

dof, droog haar?

Aanvullend onderzoek:

bepaling van het ideale gewicht van de patiënt m.b.v. oude groeigegevens

ECG

bloedonderzoek: Na, K, Cl, Ca, Mg, P, Zn, albumine, TIJBC, nuchter glucose, Astrup; evt CPK (spierafbraak), amylase (bij braken, i.v.m. prikkeling van de speekselklieren), ureum en kreatinine

nuchtere osmolaliteit van de urine

Vaststellen van de grenswaarde van het gewicht, waaronder het gewicht van de patiënt niet mag dalen i.v.m. verhoogd risico van overlijden:

de kans op overlijden is verhoogd bij een daling van het gewicht tot <75% van het ideale lichaamsgewicht en sterk verhoogd bij een daling tot <60%.

Bij daling tot <75% van het ideale gewicht is er om deze reden een indicatie voor sondevoeding, die er in eerste instantie op gericht is het gewicht op een niveau van tenminste 75% te brengen/houden.

Bijlage 3. COMPLICATIES TIJDENS REALIMENTATIE: Refeedingssyndroom

De hoeveelheid toe te dienen voeding per sonde wordt berekend m.b.v. de Schofield-formule voor het rustmetabolisme en overige richtlijnen volgens het Werkboek Enterale Voeding bij Kinderen, hoofdstuk 29. Een te groot aanbod van nutriënten leidt enerzijds tot 'vetmesten' i.p.v. groei en brengt anderzijds een verhoogd risico van complicaties met zich mee.

COMPLICATIES	BEVINDINGEN
Hypofosfataemie	Myocarddysfunctie, decompensatio cordis, convulsies

Acute maagdilatatie	Buikpijn, braken, misselijkheid
Dilatatie van de dunne darm	Buikpijn, braken, misselijkheid
Realimentatie-pancreatitis	Hyperamylasaemie 'Pitting' oedeem
Zinkdeficiëntie	Haaruitval

Bijlage 4 Taken en verantwoordelijkheden van Verpleegkundigen en Pedagogisch Medewerkenden.

Basishouding:

1. Besef dat de patiënte echt ziek is. Ze probeert je dus niet opzettelijk tegen te werken of te frustreren. Het moeilijke gedrag is een gevolg van het piekeren, de angst voor controleverlies over de situatie.
2. Probeer de patiënte te steunen, haar vertrouwen te geven. Laat merken dat je begrip hebt dat de patiënte moeite heeft met de gewichtstoename.
3. Als de patiënte gaat eten, in gewicht toeneemt, nemen de problemen in eerste instantie toe.
4. Laat je niet afkeurend uit over negatief gedrag. Probeer de patiënte conform haar leeftijd te behandelen.
5. Overbezorgdheid en te kritisch handelen t.o.v. de patiënte werkt neagtief.
6. Wees duidelijk; dat is belangrijk voor de patiënte. Het voorkomt zo veel mogelijk dat de verschillende hulpverleners tegen elkaar worden uitgespeeld.
7. Duidelijke afspraken is hiervoor zeer belangrijk.
8. De patiënte is verantwoordelijk voor zichzelf.
9. Als er tijdens het eten iemand erbij zit, is het niet diens taak het eten naar binnen te "praten".
10. Ga in op vragen van de patiënte. Stimuleer de patiënte om over dingen die haar dwars zitten te praten met de psycholoog of psychater
11. Houd je aan de verpleegkundige afspraken.
12. Stel je op de hoogte van de beleidsafspraken en de achtergronden.

Belangrijke verpleegkundige taken:

1. Verpleging kan patiënt wegen volgens afspraak.
2. Verpleging kan alle handelingen en observaties rond sondevoeding uitvoeren.
3. Verpleging kan controle van de kamer uitvoeren en opvallende zaken signaleren en rapporteren aan de behandelcoördinator
4. Verpleging spreekt patiënt niet aan op verstopping van voedsel etc. maar rapporteert dat in de verpleegklapper en aan de behandelcoördinator
5. Verpleging kan patiënte volgens afspraak begeleiden naar WC, douche etc.
6. Verpleging kan (volgens afspraak) bij maaltijden op de kamer van patiënte aanwezig zijn.

Vastgelegd moet worden:

1. het streven om niet meer dan een patiënte met A.N. tegelijk op te nemen.
2. Of patiënte recht heeft op een éénpersoonskamer
3. Of patiënte op een tienerkamer kan verblijven of dat een A.N.-patient altijd op de afdeling komt te liggen.

Tevens moet iets afgesproken en vastgelegd worden in het verpleegkundig dossier over:

Weegmoment

1. Door wie en hoe er gewogen wordt
2. Bezoekregeling
3. TV en ontspanning
4. Wassen, douchen, haren wassen, toiletbezoek
5. Bedrust welke uren op een dag in bed; wanneer er uit.
6. Bedtijd 's-avonds

Bijlage 5 Psychologische tests en vragenlijsten met betrekking tot eetstoornissen.

Vragenlijsten gericht op algemene eetstoornissen-symptomatologie

EDE (Fairburn & Cooper 1990) een semi- gestructureerd interview met als subschalen: lijnen, piekeren over eten, piekeren over lichaamsvorm en piekeren over lichaamsgewicht. Deze test wordt internationaal veel gebruikt als een standaard-instrument.

EDES (Vandereycken 1993) Dit is een zelfrapportage-vragenlijst met 4 subschalen: anorectische preoccupatie, seksualiteit, boulimia en psychosociale aanpassing

EDI (Garner e.a. 1983)

Dit is een vragenlijst waarmee gedragskenmerken opgespoord kunnen worden welke samenhangen met A.N.

Op 26 items wordt op een 6-puntsschaal gescoord met een 8-tal subschalen.

Wens om slank te zijn, boulimia, onvrede met het eigen lichaam, inadequatie, perfectionisme, angst voor volwassenheid, wantrouwen, en interoceptie voor honger- en verzadigingsgevoelens.

NVE (Nederlandse Vragenlijst voor eetgedrag) met drie subschalen lijnen, emotioneel eten en extern gecontroleerd eten.

Vragenlijsten gericht op de verstoorde lichaamsbeleving

BSQ (body Shape Questionnaire)(Cooper, 1987) er bestaat nog geen Nederlandse gevalideerde versie.

BSC (Body Cathexis Scale) Nederlandse versie : Baardman & de Jong 1984. gericht op lichaamswaardering, ademhaling, energieniveau en gezondheid.

BDDE (Body Dismorphic Disorder Examination) is een semi-gestructureerd interview (Rosen 1995) niet alleen bezorgdheid t.a.v. eigen lichaamsvorm en gewicht maar ook vermijdingsgedrag komt aan de orde.

BAQ,(Body Attitude Questionnaire) (Ben Tovim,& Walker, 1991) wordt gezien als een betrouwbare vragenlijst voor een breed scala aan attitudes t.a.v. innerlijke en uiterlijke lichaamsbeleving.

LAV(Lichaams Attitude Vragenlijst) ontstaan uit de BAT(Body Attitude Test) Probst e.a. 1992-1998) voor vrouwen vanaf 12 jaar. met 4 subschalen: negatieve waardering lichaamsomvang, gebrek aan vertrouwdheid met eigen lichaam, algemene ontevredenheid met eigen lichaam en een restfactor.

De Trimbosrichtlijn beveelt vooral de LAV en de BSC aan m.b.t. onderzoek naar de verstoorde lichaamsbeleving.

Juni 2007