

BEHANDELING

dr. Greta Noordenbos

senior onderzoeker eetstoornissen,
was onderzoeker en universitair
docent, afdeling Klinische Psychologie,
Universiteit Leiden

dr. Hans Bloks

klinisch psycholoog, deskundige in de
behandeling van ernstige eetstoornissen,
werkte bij Ursula, Centrum voor
Eetstoornissen, Leiden

BIJ ERNSTIGE EETSTOORNISSEN ZIJN VROEG INGRIJPEN EN PSYCHOTHERAPIE CRUCIAAL

Smoor extreme anorexia in de kiem

Tien jonge vrouwen ontwikkelden zo'n sterke aversie tegen eten dat ze eraan zijn overleden. De les hieruit is dat vroeg ingrijpen essentieel is en dat psychotherapie daar een onderdeel van moet zijn.



Nog steeds overlijden er jonge mensen aan de gevolgen van een eetstoornis. Welke verbeteringen in hun behandeling zijn wenselijk en welke rol speelt de huisarts hierbij? Om meer inzicht te krijgen in de behandelgeschiedenis van eetstoornispatiënten die zijn overleden, zijn de ouders van tien overleden patiënten geïnterviewd.¹ Het betrof allemaal jonge vrouwen met anorexia nervosa. Ze waren gemiddeld 13,2 jaar (range: 11 tot 17 jaar) toen de eetstoornis begon. Ondanks de vele behandelingen tijdens de jarenlange ziekteduur (gemiddeld 6,2 jaar; range: 2 tot 13 jaar) overleden ze uiteindelijk aan de gevolgen van hun eetstoornis. De directe doodsoorzaak was bij twee patiënten lichamelijke uitputting door ondervoeding, drie van de vrouwen overleden aan een hartstilstand, drie pleegden suicide, bij één patiënte werd palliatieve sedatie toegepast en een patiënte van 23 jaar koos voor euthanasie. Opvallend was dat de eetstoornis niet alleen op relatief jonge leeftijd begon, maar ook dat de patiënten in korte tijd extreem weinig gingen eten en radicaal afvielen. Dit vraagt om snelle diagnostiek en behandeling, want hoe langer het anorectische eetgedrag duurt, hoe moeilijker het is te veranderen, hoe ernstiger de lichamelijke, psychische en sociale gevolgen en hoe kleiner de kans op herstel.²

Vroege diagnostiek door huisartsen is van groot belang

De huisarts speelt een cruciale rol in het eerste contact met patiënt en ouders, het stellen van de diagnose en de doorverwijzing naar behandeling. Hoe kan de huisarts een eetstoornis onderkennen? Welke signalen zijn alarmerend en maken snel ingrijpen en behandeling nodig? Welke behandeling is effectief en draagt bij aan duurzaam herstel? Hoe zijn terugval, heropname en eventueel overlijden te voorkomen?

Met spoed opnemen

Bij Amelie* (12 jaar) begon de eetstoornis in de kerstvakantie, toen ze in korte tijd haar voedselinname drastisch verminderde en enkele kilo's afviel. Na enkele weken gingen de ouders met haar naar de huisarts. Die zag onmiddellijk in dat haar eetgedrag niet klopte en verwees haar naar een kinderarts die deskundig is op het terrein van eetstoornissen. De lichamelijke gevolgen waren toen al dermate ernstig en levensbedreigend dat Amelie werd doorverwezen naar een academisch ziekenhuis.

Bij Bette (12 jaar) was eveneens sprake van radicaal lijngedrag. Doordat ze heel weinig at en intensief sportte viel ze snel af waardoor ze in korte tijd nog maar 40 kilo woog. Met haar moeder ging ze naar de huisarts. Die constateerde direct dat er sprake was van anorexia nervosa en verwees haar naar een behandelcentrum voor eetstoornissen. Helaas was daar een wachttijd van zes weken.

Omdat Bette bleef afvallen en op een gegeven moment ook niet meer wilde drinken, namen haar ouders contact op met een kinderarts in het ziekenhuis waar haar moeder werkte. Omdat ze een zeer lage bloedsuikerwaarde had en ook andere lichamelijke signalen alarmerend waren, liet de kinderarts haar met spoed opnemen.

Niet gewogen

Bij andere patiënten duurde het langer voordat de huisarts de eetstoornis diagnosticeerde en doorverwees naar behandeling. De eetstoornis van Celia (13 jaar) begon vermoedelijk al in de zomervakantie toen ze besloot een paar weken geen vlees te eten, maar ook minder ging eten waardoor ze een paar keer bijna flauwviel. Toen haar moeder na de vakantie met haar naar de huisarts ging, zei die dat dit vaker gebeurde op deze leeftijd, doordat de hormoonspiegel verandert. De huisarts heeft haar niet gewogen, maar wel de pols gevoeld en geconstateerde dat die te laag was. In de maanden daarna leek het eetgedrag redelijk normaal, maar in december ging Celia zeer weinig eten en verloor snel gewicht.

Toen de ouders opnieuw met haar naar de huisarts gingen constateerde die dat haar gewicht te laag was en stelde voor om na veertien dagen terug te komen. Zou ze dan nog meer zijn afgevallen, dan wilde hij haar doorsturen, omdat ze dan leed aan anorexia nervosa. Omdat Celia bleef afvallen en op een gegeven moment niets meer wilde eten zijn de ouders al na een week teruggegaan naar de huisarts die toen de diagnose anorexia nervosa stelde en haar doorverwees naar behandeling.

Didi was 15 jaar toen ze wilde afvallen en minder ging eten. In het begin ging dit moeizaam, maar later lukte het om steeds minder te eten en viel ze 5 kilo af waarna de menstruatie wegbleef. Voordat het gezin op vakantie ging, hebben haar ouders de huisarts geconsulteerd. Dit was een invaller die haar gedrag niet problematisch vond en haar niet heeft gewogen. Tijdens deze vakantie is ze nog meer afgevallen zodat de ouders na de vakantie opnieuw naar hun huisarts gingen. Deze stelde toen vast dat ze anorexia nervosa had en verwees haar naar een behandelkliniek voor eetstoornissen.

Diagnostische instrumenten

Om de kans op herstel van anorexia nervosa te bevorderen is vroege diagnostiek door huisartsen van groot belang.³ Daarbij is het belangrijk om goed door te vragen naar de aard van de eet- en gewichtsproblemen. Voor huisartsen zijn enkele korte diagnostische instrumenten ontwikkeld: de SCOFF en de ESP.⁴ Met een selectie van acht gerichte vragen wordt nagegaan of iemand sterk aan de lijn doet en daarbij ongezonde strategieën hanteert.

1. Ben je bang om aan te komen en dikker te worden?
2. Vind je het belangrijk om minder te eten en af te vallen?
3. Let je erop dat je weinig suiker en vet eet?
4. Geeft minder eten en afvallen je zelfvertrouwen en controle?
5. Gooi je weleens stiekem eten weg?
6. Eet je weleens stiekem?
7. Ga je weleens braken opwekken nadat je gegeten hebt?
8. Gebruik je laxemiddelen?

De eerste drie vragen gaan over algemeen lijngedrag, maar in combinatie met vraag 4 en 5 kunnen ze wijzen op anorexia nervosa, en in combinatie met vraag 6, 7 en 8 op boulimia nervosa. Bij een positief antwoord op vraag 4 en 5, of op vraag 6, 7 en 8 is nader onderzoek nodig om een eetstoornis te diagnosticeren en andere oorzaken uit te sluiten.

Gealarmeerd raken

Als ouders aangeven dat hun dochter extreem weinig eet en in korte tijd veel afvalt, dienen huisartsen gealarmeerd te raken, want dit wijst vrijwel altijd op een eetstoornis, of een andere ernstige ziekte die om snel ingrijpen vraagt. Bij elk van de volgende kenmerken is snel aanvullend onderzoek wenselijk, zeker als meerdere kenmerken tegelijk voorkomen⁵:

- meer dan 1,5 kg gewichtsverlies per week;
- langdurige en ernstige klachten;
- hoe jonger de patiënt, hoe sneller moet worden ingegrepen;
- de patiënt maakt frequent gebruik van middelen als braken en laxeren;
- aanvullend onderzoek toont afwijkingen als elektrolytenstoornissen en trage hartslag;
- er is onderliggende of bijkomende lichamelijke problematiek.

Bij elk van de volgende kenmerken moeten huisartsen gealarmeerd raken en binnen 24 uur nader onderzoek regelen. Dat is zeker het geval als de patiënt voldoet aan meerdere kenmerken:

- volledige vochtweigering met daarbij verminderd plassen of andere tekenen van uitdroging;
- langer dan vijf dagen zeer slechte voedselinname; minder dan 500 kcal per dag;
- een aan het bed gemeten lage bloedsuiker (random gemeten < 3,5 mmol/l overdag of klachten van een lage bloedsuiker);
- vertraagd denken (bradyfrenie), hartkloppingen, flauwvallen;
- een vastgestelde trage pols < 40 slagen per minuut;
- een gewicht dat onder de 70 procent van het uitgangsgewicht zit.

Wachlijsten

Omdat een patiënt een eetstoornis vaak verborgen houdt voor ouders, de ouders vaak nog enige tijd wachten voordat ze naar de huisarts gaan, en het ook even kan duren voordat de huisarts de juiste diagnose stelt, duurt de eetstoornis vaak al enkele maanden voordat de patiënt wordt doorverwezen naar behandeling. En een verwijzing garandeert helaas nog geen vroegtijdige behandeling, omdat de wachtlijsten bij centra voor eetstoornissen soms oplopen tot zestien weken of langer. Al die tijd leidt de eetstoornis tot ernstiger lichamelijke, psychische en sociale gevolgen.

Ook is de eerste behandeling lang niet altijd adequaat en effectief – zeker als deze beperkt blijft tot ambulante behandeling van een gesprek per week, of beperkt blijft tot verbetering van het gewicht. Als naast eten en gewicht niet ook wordt gewerkt aan de vermindering van de onderliggende psychische factoren, is de kans op terugval bijzonder groot.⁶

Als niet ook wordt gewerkt aan de psychische factoren is de kans op terugval groot

In ons onderzoek bleek bij alle tien patiënten de eerste ambulante behandeling te weinig intensief, te kort en te eenzijdig gericht op eten en gewicht. Daardoor bleef de angst voor eten en gewicht onverminderd voortbestaan en was de toename van het gewicht slechts van korte duur, omdat na de behandeling het anorectisch eetgedrag en het gewichtsverlies weer doorgingen. Als het gewicht erg laag was geworden, besloten behandelaars om sondevoeding te geven en als dit niet het gewenste resultaat opleverde, werd bij zeven van de tien patiënten besloten tot dwangvoeding via een rechterlijke machtiging. Zes patiënten werden in een gesloten afdeling geplaatst. Patiënten ervaren dwangvoeding als zeer beangstigend en traumatiserend.

Psychotherapie

Vanwege het radicale lijngedrag en de ernstige lichamelijke gevolgen bleven de anorexiapatiënten in ons onderzoek in het medische circuit en kregen ze geen psychotherapie, of pas in een heel laat stadium. Vaak was een voorwaarde voor psychotherapie dat ze eerst voldoende gewicht moesten hebben. Dat bleek echter een onoverkomelijke hindernis omdat ze extreem bang waren voor gewichtstoename en veel last hadden van kritische gedachten en stemmen.⁷

Hoewel het begrijpelijk is dat bij ernstige lichamelijke gevolgen de aandacht eerst uitgaat naar eten en gewicht, is het ook belangrijk om in die fase al psychische begeleiding te geven, omdat eten en gewichtstoename extreme angst en weerstand oproepen. Zeker als er geen levensbedreigende situatie meer is, moet de behandeling gericht zijn op het verminderen van verstoorde opvattingen over eten en gewicht, en van negatieve overtuigingen over zichzelf en de lichaamsomvang.

Bij een behandeling die alleen is gericht op verbetering van het eetgedrag en het gewicht is het terugvalpercentage 75 procent. Als ook langdurige psychotherapie wordt gegeven om de zelfbeleving, de lichaamsbeleving en het sociale en emotionele functioneren te verbeteren, dan daalt het terugvalpercentage tot 15 procent. ■

* De namen zijn gefingeerd

contact

noordenbos@FSW.Leidenuniv.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.