



Anorexia nervosa

Algemeen:

Anorexia nervosa is een eetstoornis, die beschreven is in de DSM-IV criteria. De DSM-5 is inmiddels uitgegeven, alleen de criteria worden nog niet toegepast bij het stellen van de diagnose. Deze eetstoornis wordt gekenmerkt door een te laag gewicht in verhouding tot lengte en leeftijd en een intense angst om in gewicht toe te nemen of dik te worden. De beleving van lichaamsgewicht, -omvang en -vorm is verstoord. Tevens is er bij vrouwen vaak sprake van amenorroe. Dit criterium is in DSM-5 vervallen. Er wordt onderscheid gemaakt in het beperkende type (geen of zeer weinig voedsel tot zich nemen) en het purgerende type (eetbuien en daarnaast weinig eten, braken, laxeren of diuretica gebruiken). Beiden komen al dan niet voor met een extreem bewegingspatroon. Als de eetstoornis niet aan alle DSM-criteria van Anorexia Nervosa voldoet, spreken we van eetstoornis NAO (niet anderszins omschreven). Belangrijk is dat de arts verwijst naar een diëtist die gespecialiseerd is in de behandeling van eetstoornissen, zie hiervoor www.dietisten-eetstoornissen.nl Patiënten staan vaak ambivalent tegenover behandeling. Vaak ontkennen ze het eetprobleem. Ze melden zich met andere klachten bij de huisarts. De huisarts kan de diagnose eetstoornis overwegen als iemand uit de risicogroep voor eetstoornissen met psychische klachten, maagdarmklachten of menstruatieklachten op het spreekuur komt. De huisarts kan dan specifiek vragen naar eetproblemen.

Voorkeursmoment voor verwijzing naar de diëtist:

diagnostiek

- bij een BMI < 18,5 kg/m² of bij kinderen standaarddeviatiescore (SDS) < -1 en verdenking op anorexia nervosa
- bij onvoldoende inzicht in de voedselinname, voedingsgewoonten, houding ten opzichte van voeding, gewicht en voedingsgerelateerde onderwerpen en vermoeden van anorexia nervosa
- bij een negatief zelfbeeld.

behandeling

- na het stellen van de diagnose.

Relevante gegevens voor de diëtist:

- diagnose: (vermoeden van) anorexia nervosa, eventuele comorbiditeit
- laboratoriumgegevens uit bloed of urine: indien van toepassing zoals leukocyten, Hb, Na, K, bicarbonaat, Cl, ureum, creatinine, ASAT, ALAT, totaal eiwit, albumine en glucose.
- medicatie: laxantia, diuretica, psychofarmaca, gewichtsreducerende medicatie (stackers) wanneer deze door de patiënt gebruikt worden.
- overig: lengte, gewicht(sverloop), bloeddruk, hartslag, temperatuur, ziekte-inzicht, purgeergedrag, activiteitenpatroon, behandelvoorgeschiedenis, andere zorg-/hulpverleners.

Doelstelling behandeling diëtist:

- in fase waarin gewichtstoename doelstelling is: streven naar 0,3-1 kg per week
- daarna handhaven gezond gewicht
- komen tot een (gezonde) volwaardige, normale voeding en adequaat eetgedrag
- verandering van irreële cognities rondom voeding en gewicht door middel van psycho-educatie
- voorkomen van terugval.

Kenmerken behandeling:

- aandacht voor een eventueel refeedingsyndroom
- bij laxantiamisbruik: eventueel voedingsvezelverrijkt
- motiveren tot behandeling en gedragsverandering
- psycho-educatie met betrekking tot:
 - inzicht geven in voeding en voedingsgerelateerde onderwerpen
 - gevolgen vasten en/of purgeergedrag
 - gevolgen ondervoeding
 - honger en verzadiging (leren) herkennen
 - spijsvertering verbeteren.



- gedragsverandering door middel van:
 - normaliseren voedingsgewoonten
 - inzicht geven in en veranderen van irrationele gedachten.

Behandeltijd:

- zorgniveau 6, zie 'werkwijze diëtist'.

Bijzonderheden:

- jonge vrouwen van 15-25 jaar vormen 95% van alle eetstoornispatiënten. (Top)sporters waarbij het gewicht een rol speelt bij de uitoefening van de sport, vormen een risicogroep voor het ontwikkelen van eetstoornissen. Modellen en balletdanseresen horen bij de risicogroep. Zij melden zich vaak bij de huisarts met psychische klachten, maagdarmlaaiers en/of menstratieklachten.
- de behandeling dient bij voorkeur multidisciplinair te gebeuren. De diëtist werkt samen met een psycholoog of psychiater (waarbij het wenselijk is dat er regelmatig afstemming van taken en afspraken is).
- in gespecialiseerde centra is de diëtist bij voorkeur vanaf aanmelding betrokken bij de behandeling
- vroegtijdige onderkenning is belangrijk voor het instellen van de juiste behandeling en om de kans op genezing te vergroten
- indien de behandeling stagneert of ambulante behandeling tekortschiet, dient opname of deeltijdbehandeling in een gespecialiseerd centrum in overweging genomen te worden
- somatische behandeling is geïndiceerd bij terminale ondervoeding, hypokaliëmie en hypoglycemie
- eetstoornissen leiden tot een verhoogde sterftkans en een verhoogde kans op suïcide.

Bronnen:

CBO/Trimbos instituut. Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. Utrecht: 2006 Crow SJ, Peterson CB et al. Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. Am J Psychiatry. 2009 Oct 15

Murphy, R., S. Straebl, Z. Cooper, C.G. Fairburn (2010), 'Cognitive Behavioral Therapy for eating Disorders'. Psychiatric Clinics of North America, sep, 33 (3): 611-27 Vandereycken W, Noordenbos G. Handboek eetstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom; 2008

Vandereycken, W., C.a.L. Hoogduin, (2012), Handboek psychopathologie. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

*De actualisering van **Anorexia Nervosa** is gerealiseerd door Liesbeth Libbers, zelfstandig diëtist en psycholoog te Hengelo, Sjerty Peeters, zelfstandig diëtist te Sittard en Anne-Ruth van Veen, diëtist Novarum, centrum voor Eetstoornissen en Obesitas te Amsterdam, mede namens het netwerk Voedings Interventie Eetstoornissen (VIE).*

Aangepast op 1 juli 2015