

Casuskaart

Auteur: Jeantine Harthoorn, Eric van Furth

Je bent wat je eet?



Zorgstandaard: Eetstoornissen

Generieke module: Organisatie van zorg voor kind en jeugdige

Generieke module: Samenwerking en ondersteuning naasten
van mensen met psychische problematiek

GGZ
Standaarden

ggzstandaarden.nl

DEZE CASUS KOMT UIT

Casusboek kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules

A.J.L.M. van Balkom, R.W. Kupka en J. Spijker (redactie)

Interesse in het complete casusboek Kwaliteitsstandaarden?
Neem dan contact op via info@akwaggz.nl. *Zo lang de voorraad strekt.*

Initiatief: Kwaliteitsontwikkeling GGz. © Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017.
De auteursrechten der afzonderlijke bijdragen berusten bij de auteurs.

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV
Internet: www.boompsychiatrie.nl
E-mail: klantenservice@boompsychiatrie.nl
ISBN 978 90 5898 0786

Akwa
GGZ Alliantie kwaliteit
Geestelijke
Gezondheidszorg

Je bent wat je eet?

Jeantine Harthoorn, Eric van Furth

Zorgstandaard: Eetstoornissen

Generieke modules: Organisatie van zorg voor kind en jeugdige, Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek

Een 18-jarige eerstejaars rechtenstudente bezoekt, samen met haar moeder, haar huisarts met klachten over aanhoudende vermoeidheid, geïrriteerdheid, somberheid, huilbuien, slecht slapen, spierpijn, maagpijn en obstipatie. Zij kan haar studie met moeite volgen en gaat de laatste tijd nog maar zelden uit met vrienden. Na een lichamelijk onderzoek verwijst de huisarts haar naar de polikliniek van een regionaal psychiatrisch centrum, niet alleen vanwege de huidige klachten, maar ook omdat zij extreme lijnpogingen onderneemt en lijdt aan ondergewicht. Er zou ook weleens sprake kunnen zijn van een eetstoornis, overweegt de huisarts. De patiënte krijgt een uitnodiging voor een intake op deze polikliniek. Daar vertelt de patiënte over haar klachten, waarbij zij opvalt door somberheid en onzekerheid. Vanwege haar ontwijkende antwoorden verloopt het gesprek nogal moeizaam en duurt het langer dan normaal. Zij moet regelmatig huilen, vooral wanneer het gaat over voedsel of gewicht.

Dilemma

Een 18-jarige patiënte, bij wie een vermoeden van een eetstoornis speelt, komt naar een intakegesprek. Deze meerderjarige patiënte geeft bij de intake aan dat zij liever niet wil dat haar moeder verder betrokken wordt bij de diagnostiek en eventuele behandeling. De gz-psychologe in opleiding die de intake doet, overlegt hierover met haar supervisor. Ze wil enerzijds de privacy van haar patiënte respecteren, anderzijds heeft ze heteroanamnestische gegevens nodig. Haar supervisor adviseert haar om mee te bewegen met de wens van de patiënte, zodat er mogelijk in een later stadium wel meer vertrouwen en ingang is om contact te leggen met moeder. Wat vindt u van dit beleid?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Bij het vermoeden van een eetstoornis is het gangbaar om (een van) de ouders of de partner voor het consult of intake uit te nodigen. Eetstoornispatiënten schamen zich in de eerste fase van de ziekte voor hun eetbuien of ontkennen de ernst van hun verstoorde eetpatroon. Zij spreken hoogstzelden openlijk over hun eetproblemen en melden zich niet gemakkelijk uit eigen beweging bij een ggz-instelling. Vragen over eetgedrag, eetgedachten of gewicht ontwijken zij meestal door over iets anders te beginnen of zeer algemene of wijdlopende antwoorden te geven. Zij onderrapporteren vaak de ernst van hun klachten. Vooral bij jonge patiënten is informatie van de kant van de ouders of andere directbetrokkenen daarom onmisbaar. De juiste gesprekstechniek kan helpen om patiënten zelf te laten vertellen over de eetproblematiek.

Als er sprake is van een weigerachtige (meerderjarige) patiënt die pertinent geen netwerk wil betrekken, kan er besloten worden om in eerste instantie alleen met de patiënte in gesprek te gaan om te exploreren waar die weerstand uit voortkomt. De patiënte is immers *wel* naar de intake gekomen, wat impliciet betekent dat er een hulpvraag is. Mogelijk kan in een aantal gesprekken (wellicht via een verlengde intake) meer helderheid komen over de redenen waarom (trauma, angst, schaamte, ect.), waarna er gekeken kan worden naar manieren waarop het netwerk wel betrokken kan en mag worden. Bij minderjarige patiënten zullen de ouders veel meer het voortouw nemen in de gang naar de hulpverlening.



Generieke module *Organisatie van zorg voor kind en jeugdige*, hoofdstuk 3. Inleiding, 3.4 Uitgangspunten.



Generieke module *Diagnostiek*, hoofdstuk 4. Diagnostiek, 4.3 Diagnosticeren.

De patiënte vertelt dat ze, toen ze 16 jaar was, braken ontdekte als manier van afslanken. Zo kon ze eten wat ze lekker vond en toch lijnen. Maar ze kwam tot haar schrik wel aan, waardoor zij naast het braken opnieuw probeerde te minderen met eten. Ze at meestal stiekem, grote hoeveelheden tussen de maaltijden door, en braakte daarna. De vermoeidheid en somberheid ontstonden geleidelijk. Sluipend begonnen ook concentratieproblemen.

Toen ze, bijna een jaar geleden, ging studeren en op kamers kwam te wonen, ging het echter verder mis. Voedsel, lijnen, braken, eetbuien en gewicht leken haar hele dag te bepalen.

Ze at dagelijks, wanneer ze alleen op haar kamer was, in korte tijd een grote hoeveelheid voedsel. Daarbij had ze het gevoel in een waas te handelen en de controle over zichzelf kwijt te zijn. Ze braakte dan verschillende keren en voelde zich schuldig. Ze nam zich vervolgens heilig voor de volgende dag tot

18.00 uur niet te eten. Soms lukte dat, maar dan had ze 's avonds een of meerdere eetbuien. Vaak lukte haar het vasten tot 18.00 uur niet en had ze eind van de middag al een eetbui.

Ze werd almaar angstiger en somberder en isoleerde zich steeds meer. Ze at vrijwel nooit meer in gezelschap en raakte erg geïrriteerd als mensen opmerkingen over haar voedselgebruik maakten, of wanneer gezelschap haar ervan weerhield om een eetbui te hebben. Alleen voor sporten (viermaal per week aerobics) ging ze de deur uit. Naast oefeningen op de sportschool deed ze thuis dagelijks buikspieroefeningen. Dit alles uit angst voor toename van haar gewicht.

Het ging in meerdere opzichten steeds slechter, totdat ze thuis in tranen aan haar ouders vertelde hoe beroerd en moe ze was en dat ze weleens braakte. Haar moeder stond erop dat zij samen naar de huisarts zouden gaan. Op de polikliniek werd haar lengte opgemeten en werd zij gewogen. Zij bleek een gezond gewicht te hebben: 61,5 kilogram bij een lengte van 1,70 meter.

Dilemma

Patiënten willen vaak niet praten over hun gewicht of eetpatroon, uit angst en/of schaamte. Ze voelen zich extreem dik of verafschuwen bepaalde lichaamsdelen. Kan een hulpverlener in de intakefase, waarbij de vertrouwensrelatie nog broos is, wel adequate anamnestiche informatie over het gewicht verkrijgen?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Veel patiënten met een eetstoornis schamen zich intens voor hun gewicht of ze vinden, ook al is hun gewicht normaal, dat ze te dik zijn en nemen dit zichzelf kwalijk. Informatie over het gewicht kunnen zij daarom vertekend weergeven. Het is noodzakelijk het exacte gewicht te weten om uit te sluiten dat er sprake is van een (ernstig) ondergewicht dan wel een (ernstig) overgewicht.

In de diagnostische fase is het noodzakelijk patiënten niet alleen te vragen naar hun gewicht, maar patiënten ook daadwerkelijk te wegen. Een arts die betrokken is bij de intakeprocedure, speelt hierbij een belangrijke rol. De arts kan vanuit zijn beroep als vanzelfsprekend vragen om te wegen en meten, evenals een ecg te maken en ander somatisch hulponderzoek te doen.

Als patiënten met eetstoornissen vervolgens weigeren zich opnieuw te wegen, kan dit stapsgewijs doorbroken worden in de behandelfase door hen te wennen aan het wegen.



Zorgstandaard Eetstoornissen, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring.

De patiënte is een goed verzorgde jonge vrouw die in het contact vermijdt en verlegen is. Regelmatig heeft zij suïcidaal getinte gedachten, waarbij ze aangeeft soms concrete suïcideplannen te hebben. De stemming is meestal somber, maar kan ook snel wisselen. Affectieve instabiliteit treedt vooral op bij conflicten, frustraties en alleen-zijn. Zij heeft regelmatig huilbuien, ervaart vaak irritaties en heeft dagelijks moeite met inslapen. Ze voelt zich vaak onzeker en wordt regelmatig overvallen door een intens gevoel van leegte. In het gesprek is er een angstige reactie op confrontatie met aan voedsel en gewicht gerelateerde vragen, waarop zij een antwoord probeert te vermijden. Zij vertelt ook angsten te ervaren bij prestatiegerelateerde kwesties en zich in het algemeen onzeker of minderwaardig te voelen.

Dilemma

Tijdens een vergadering van de indicatiecommissie wordt de casus besproken. De hulpverlener bespreekt de zorgen rondom een eventuele depressieve stoornis en de geuite suïcidale gedachten van de patiënte. De hulpverlener twijfelt of een behandeling van de eetstoornis momenteel zinvol is. De indicatiecommissie oordeelt dat het beter is eerst de depressieve stoornis te behandelen. Wat vindt u van dit oordeel?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

De indicatiecommissie kan dit oordeel op basis van de beschikbare gegevens niet vullen: er ontbreekt nog informatie over de ernst en de aard van de depressieve stoornis. Het kan van belang zijn deze beoordeling te laten doen door een psychiater, met een psychiatrisch onderzoek. Als de depressieve stoornis op de voorgrond staat en ernstig is, vooral als deze gepaard gaat met ernstige melancholische (vitale) kenmerken en suïcidaliteit, is het beter de depressie eerst te behandelen, omdat die dan gezien wordt als primaire aandoening.

Vragenlijsten kunnen worden gebruikt om te screenen op comorbide problematiek wanneer dit wordt vermoed (zie specifieke modules van angststoornissen, depressie, persoonlijkheidsstoornissen, verslavingsproblematiek voor geschikte vragenlijsten). Wanneer er inderdaad aanwijzingen zijn voor comorbide psychische stoornissen, heeft het de voorkeur om deze verder vast te stellen met een semigestructureerd psychiatrisch interview, zoals de SCID.

Een comorbide ernstige depressieve stoornis verdwijnt meestal niet vanzelf wanneer de boulimia nervosa behandeld is. De cognitieve therapie bij boulimia nervosa heeft een geheel andere inhoud dan die bij een depressieve stoornis.



**Zorgstandaard *Eetstoornissen*, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring,
4.3 Specialistische diagnostiek, 4.3.1 Specialistische psychiatrische diagnostiek.**

Er vindt een lichamelijk onderzoek plaats door een arts.

De arts in opleiding tot psychiater (aios) besluit nader onderzoek te doen, alvorens een behandelplan te maken. Er wordt nagevraagd:

- hoelang de eetbuien al bestaan;
- wanneer de depressieve klachten begonnen zijn en hoe ernstig de depressie is;
- of er symptomen aanwezig zijn die wijzen op een borderline-persoonlijkheidsstoornis (dit gebeurt ook door een heteroanamnese via de ouders).

Dilemma

De patiënte vertelt tijdens het gesprek met de aios dat ze gestopt is met braken en dat haar hulpvraag zich richt op het verminderen van de aanwezige depressieve en angstsymptomen. De aios twijfelt of het klopt dat het braken is gestopt. Zij bespreekt haar twijfel met haar supervisor, die haar adviseert de resultaten van het hulponderzoek te raadplegen om deze vraag te beantwoorden. Welk hulponderzoek moet de aios raadplegen om een aanwijzing te vinden of de patiënte wel of niet braakt?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Bloed/lab

Een van de schadelijkste gevolgen van frequent zelfopgewekt braken (en misbruik van laxantia) is een verstoord elektrolytenevenwicht, wat gemeten kan worden via bloedprikken.

Door braken kan hypokaliëmie ontstaan. Een laag kaliumniveau is vrijwel altijd een bewijs voor recent en herhaaldelijk purgeergedrag, maar een normaal kaliumgehalte sluit dit niet uit. De hypokaliëmie kan levensbedreigende stoornissen veroorzaken in de hart- en nierfunctie. Het serumkaliumniveau kan normaal zijn bij een ernstig verlaagd totaal lichaamskaliumniveau, waardoor er onvoorspelbare cardiale aritmieën kunnen optreden.

Ecg

In verband met de mogelijk gestoorde hartfunctie wordt een ecg gemaakt. Hierbij moet gelet worden op de breedte van het QRS-complex, U-golven, QT-tijd en ST-depressie.

Urinecontrole

Een hypokaliëmie met een laag kaliumniveau in de urine ($< 30 \mu\text{mol}/24 \text{ uur}$) wijst op een absoluut kaliumtekort. Patiënten die frequent braken, ontwikkelen een alkalose door verlies van HCL (maagzuur) en hebben een laag chloorgehalte van de urine (hypochloremische alkalose).



Zorgstandaard Eetstoornissen, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring, 4.3 Specialistische diagnostiek, 4.3.2 Specialistische somatische diagnostiek.

Omdat het psychiatrisch onderzoek uitwijst dat de eetstoornis de hoofdstoornis is, wordt besloten tot de hoofdclassificatie 'ernstige boulimia nervosa'. De patiënte braakt inderdaad minder dan in een eerdere periode, maar is nog steeds erg gepreoccupeerd met haar gewicht. Ze wordt wekelijks individueel behandeld met cognitieve gedragstherapie door een psycholoog-psychotherapeut van de polikliniek. Het belangrijke eerste doel van cognitieve gedragstherapie is het herstel van een gezond eetpatroon. Omdat deze therapie van patiënten een actieve en betrokken deelname verlangt, moeten zij eerst goed geïnformeerd worden over wat er aan de hand is en wat van hen verwacht wordt. Daarom start een behandeling met psycho-educatie. Patiënten krijgen voorlichting over de eetstoornis, de gevolgen, de in stand houdende factoren en de rationale, en onderdelen van de behandeling. Wanneer zij hierover voldoende weten, wordt aandacht geschonken aan wat van hen verwacht wordt en aan motivatie tot gedragsverandering. Vaak zijn patiënten nog niet bereid tot werkelijke veranderingen, of staan ze er zeer ambivalent tegenover. Het bespreken van de ambivalentie en het inventariseren van voor- en nadelen van de stoornis en van de behandeling heeft een gunstige invloed op de behandeling. Als patiënten onvoldoende ziekte-inzicht hebben en niet goed weten hoe het zit met hun eigen bereidheid tot verandering, hebben actiegerichte interventies weinig kans van slagen. Pas na psycho-educatie en motivering volgt vaak het advies een eetdagboek bij te houden en het eetpatroon te normaliseren. Later in de behandeling kan het tijdelijk vermijden van verleidelijk voedsel aan bod komen in combinatie met oefeningen om zich hier gedoseerd aan bloot te stellen (exposure in vivo).



Zorgstandaard Eetstoornissen, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.6 Psycho-educatie.