

'Refeeding'-problemen bij langdurige en ernstige anorexia nervosa

In dit artikel wordt uitleg gegeven over de biochemische en psychiatrische symptomen die kunnen optreden bij patiënten met langdurige anorexia nervosa (LES-AN). Complexe situaties maken de vraag voor een aangepast behandelparadigma zichtbaar. Behandeling dient niet enkel gericht te zijn op volledig herstel maar juist te worden ingezet om nieuwe faalervaringen te voorkomen en een verbetering te bewerkstelligen in de kwaliteit van leven.

Leerdoelen

Na het doornemen van dit artikel:

- ◆ ben je op de hoogte van het 'refeeding'-syndroom;
- ◆ kun je benoemen hoe de kwaliteit van leven van een patiënt met langdurige anorexia nervosa (LES-AN) verbeterd kan worden;
- ◆ kun je benoemen wat de gevaren zijn van hervoeden bij deze patiënten;
- ◆ kun je de verschillende klinische symptomen van het 'refeeding'-syndroom herkennen.

Langdurige anorexia nervosa

Anorexia nervosa is een ernstige psychiatrische aandoening die zich kenmerkt door een intense angst om aan te komen, een verstoring in het lichaamsbeeld en beleving en een verstoord eetpatroon.

In Nederland zijn ongeveer 5500 personen die lijden aan anorexia nervosa (AN). Van deze groep herstelt ongeveer 45% gedeeltelijk, en van de laatstgenoemde groep ontwikkelt zo'n 25% zeer ernstige en langdurige klachten (hierna genoemd: LES-AN).^{1,2} LES-AN kenmerkt zich door de constante aanwezigheid van de ziekte gedurende minstens zeven jaar, minimaal één therapeutische behandeling bij een

Auteurs

Laura Schut, Marieke van de Geer

Dr. L. Schut, verpleegkundig specialist GGZ, Emergis, Goes

Drs. M. van de Geer, verpleegkundig specialist GGZ, Emergis, Goes

erkende therapeut, een duidelijke vermindering van de kwaliteit van leven binnen de diverse levensdomeinen zoals de psychische en fysieke gezondheid, relaties, sociale contacten, werk en persoonlijke ontwikkeling en een lage motivatie voor herstel. Hoewel de langdurige eetstoornis wel wordt genoemd in de Nederlandse Zorgstandaard Eetstoornissen,³ geeft deze onvoldoende handvatten in de behandeling en de bejegening van deze groep patiënten. In het actuele behandelaanbod ligt de focus nog te veel op herstel. Volgens Strober,⁴ Williams et al.⁵ en Touyz en Hay⁶ zou het accent beter kunnen liggen op de verbetering van de kwaliteit van leven en het vermijden van behandel/faalervaringen, waardoor patiënten worden ontmoedigd om hulp te zoeken.

Biochemische aspecten van ondervoeding

Door een langdurig te lage calorie-inname in verhouding tot de energiebehoefte, ontstaat een laag lichaamsgewicht met als gevolg onder

Casus

Elsa, een 39-jarige gescheiden moeder met een eetstoornis sinds haar puberteit, werd in haar jeugd langdurig mishandeld en misbruikt, ze was het slachtoffer van huiselijk en seksueel geweld. Eten werd haar troost, dat was er tenminste. Snoepen werd eetbuien, de eetbuien zorgden voor schaamte en schuldgevoelens, maar ook voor een momentje om even niet te hoeven denken en voelen. Elsa creëerde uiteindelijk ernstig overgewicht. Lijnen lukte haar niet, vroeger had ze al vele pogingen ondernomen. Met al die pogingen oogstte zij vooral de hoon van haar moeder. Zelfs dat mislukte. Maar wat haar vroeger niet lukte, lukte haar nu wel. Elsa besloot, heel radicaal, niet meer te eten, ze dronk enkel koffie om zich op de been te houden en, als zij er echt niet onderuit kon, at ze en spuugde dit later uit. Dan viel het allemaal niet op. Maar ook: Elsa hoefde niet meer na te denken over haar verleden, het niet-eten gaf haar vleugels. Zij hield dit maanden vol. De kilo's vlogen eraf, soms wel drie kilo per week. Totdat het niet meer ging en zij tijdens haar vrijwilligerswerk flauwviel, ze kon niet meer reageren. Een goede vriend drong aan op hulp bij de afdeling eetstoornissen. Dit was lastig want zij voelde de plicht om thuis te zijn en te zorgen voor haar zoontje van 7. Hij had haar toch nodig? Eenmaal op de kliniek bleek haar gewicht 48 kg, een BMI van 19. De serumwaarden van haar bloed waren in eerste instantie niet afwijkend wat betreft de elektrolyten, wel was er sprake van een laag Hb (7,2), ijzer, ferritine en een vitamine D-deficiëntie. Het ECG was afwijkend; een bradycardie van 45 en aritmie werden geconstateerd. Na één dag werden haar voeten dik en steeg haar gewicht. Tijdens het lichamelijk onderzoek scoorde Elsa een 1 op de SUSS-test (figuur 1),¹⁰ wat betekent dat Elsa niet in staat was om zonder hulp van haar handen van een liggende houding naar rechtop zittende houding te komen. Elsa werd bij aanvang van de opname in de eerste week dagelijks gewogen, een gewichtsstijging van 3 kg/7 dagen werd waargenomen. Dagelijkse monitoring van het bloed wees op hypofosfatemie en hypokaliëmie. Op dag 2 mat het fosfaat 0,65 en kalium 2,7. Elsa voelde zich moe, zo moe, maar nog erger, zij kwam weer aan. Haar overtuiging dat je van eten altijd aankomt, klopte dus...

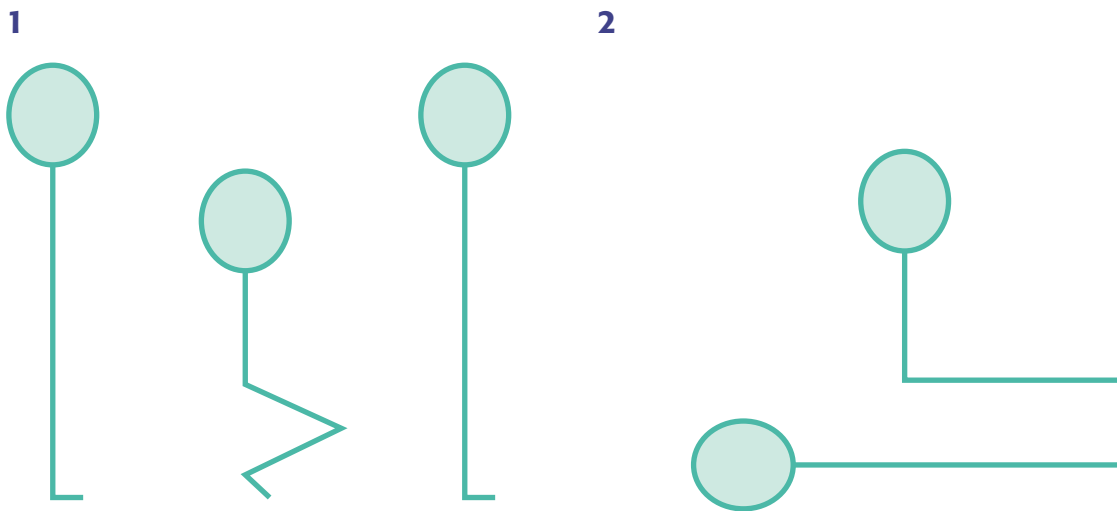


andere tekorten in de mineraal- en zouthuishouding. Hoewel dit mechanisme geldt voor iedereen die te veel lichaamsgewicht verliest vanwege een aanhoudend te laag calorisch aanbod, kan er bij LES-AN-patiënten een blijvend probleem ontstaan in de balans van elektrolyten doordat het eetpatroon verstoord blijft. Dit wordt al dan niet uitgelokt door purgeren door middel van het innemen van laxeermiddelen en/of zelfopgewekt braken.⁷ Daarnaast bestaat het risico op de ontwikkeling van het 'refeeding'-syndroom bij het proces van hervoeding, dat in potentie levensbedreigend kan zijn.⁸ Hierbij is het verstandig te realiseren dat iedere 'ondervoede' patiënt in zekere mate dit risico loopt, denk hierbij ook aan andere kwetsbare psychiatrisch patiënten (ouderen, verslavingsproblematiek)⁸ met ondervoedingsverschijnselen bij wie de noodzaak voor klinische behandeling acuut aanwezig is. Het 'refeeding'-syndroom kan in principe al ontstaan na meer dan tien dagen extreem weinig eten. Het risico is het grootst bij patiënten met een gewicht < 70% van het ideaalgewicht en diegenen die in een korte tijd snel gewicht zijn kwijtgeraakt.⁸ Chang et al.⁹ vergeleken de behandelresultaten van het 'refeeding'-syndroom bij de acute en de langdurige vorm van AN. Er werd geen verschil in herstel gevonden tussen de beide groepen. Om het behandelprobleem beter te kunnen begrijpen, volgt hierna een uitleg van het 'refeeding'-syndroom aan de hand van een casus. De naam van de patiënte is gefingeerd.

Wat is het 'refeeding'-syndroom?

Een veelvoorkomende verstoring die in potentie levensbedreigend kan zijn, is de verstoring in de elektrolytenbalans. Deze ontstaat door hervoeding ('refeeding'-syndroom), of toont een meer chronisch beloop, door de blijvende disbalans tussen voeding-intake en energieverbruik, al dan niet ondersteund door purgeren, door middel van het innemen van laxeermiddelen en/of zelfopgewekt braken.³

Het menselijk lichaam bevindt zich doorgaans in een anabole toestand. Elektrolyten zijn positief of negatief geladen anorganische ionen en spelen een rol in het op peil houden van de vochtthuishouding en de handhaving van de zuurgraad in het lichaam. Onze belangrijkste elektrolyten zijn calcium, kalium, natrium, magnesium, chloride, fosfaat en bicarbonaat. Een relatief snelle inductie van een disbalans in de elektrolyten kan uitgelokt worden door hervoeding, wat nodig is als er op



Figuur 1 Sit-up squat (SUSS)-test: beschrijving en score.¹⁰

1 Squat-stand: de patiënt buigt door de knieën (squat) en staat weer op, indien mogelijk zonder gebruik van de handen.

2 Sit-up: de patiënt ligt plat op de rug en gaat, indien mogelijk zitten zonder gebruik van de handen.

Score (per test): 0 lukt niet; 1 alleen mogelijk met gebruik van handen; 2 mogelijk, maar met zichtbare moeite; 3 mogelijk zonder moeite.

Tabel 1 Mogelijke klinische verschijnselen bij hyperinsulinemie en hyperglykemie.

hyperinsulinemie	antidiuretisch effect: natrium- en dus ook vochtretentie, met als gevolg overvulling van het vaatstelsel
hyperglykemie	osmotische diurese en dehydratie

enig moment langdurig onvoldoende calorieaanbod is geweest. Een disbalans in de elektrolytenhuishouding is een van de symptomen van het bredere scala binnen het 'refeeding'-syndroom, dat staat voor het verband tussen de volgende problemen:

hypofosfatemie, hypokaliëmie, hypomagnesiëmie, glucose-intolerantie en thiaminedeficiëntie, een verminderde orgaanfunctie en overvulling.⁸

Het 'refeeding'-syndroom is een verstoring van het hormonale en metabole stelsel vanwege een aanbod van koolhydraten (calorieën) bij een lichaam in een ondervoedingstoestand,

ook wel de katabole toestand genoemd.⁸ Door een aanbod van calorieën zal het lichaam herstellen (anabole toestand), maar wordt dus de insulineaanmaak gestimuleerd en stijgt deze in het bloed (tabel 1).

Vervolgens wordt de glucose opgenomen in de cellen en koppelt die tijdens dit transport de elektrolyten uit het bloedplasma.

Gevolg: daling van de elektrolytenserumwaarden. Door de hypofosfatemie is de omzetting van ADP (adenosinedifosfaat) naar ATP (adenosinetrifosfaat) verstoord, dit is de belangrijkste energiebron voor het

Tabel 2 Klinische verschijnselen bij hypofosfatemie.

cardiaal	acute hartdood, decompensatio cordis, aritmie
neuromusculair	spierzwakte, moeheid, paresthesie, ataxie, tremoren, verminderde peesreflexen, spierafbraak, insulten, coma, dysartrie
pulmonaal	respiratoire insufficiëntie
gastro-intestinaal	anorexie, misselijkheid, braken, leverstoornissen
hematologie	hemolyse, verminderde functie van leukocyten en trombocyten

Tabel 3 Klinische verschijnselen bij verlaagde elektrolyten in het bloedplasma.

kalium	ECG-afwijkingen met of zonder aritmieën, spierzwakte, paralyse, spierkrampen, myalgie, spierafbraak, paralytische ileus, respiratoire insufficiëntie, concentratiestoornissen, polyurie, polydipsie en hyperglykemie
magnesium	misselijkheid en braken, slaperigheid, spierzwakte, spierkrampen, tremoren, anorexie, persoonsveranderingen (NB. bemoeilijkt de correctie van hypokaliëmie en interfereert met calcium en de energiehuishouding)
natrium	hoofdpijn, misselijkheid en braken, malaise, cognitieve functiestoornissen, lethargie, verwardheid, coördinatiestoornissen, niet-cardiogeen longoedeem, spierafbraak, spiercontracties, insulten en coma
calcium	neuromusculaire prikkelbaarheid zoals paresthesiën, tetanie, convulsies, laryngospasme, hartritmestoornissen

cellulaire metabolisme. Ook treedt er een verminderde productie op van 2,3-DPG(2,3-difosfoglyceraat), dat een toegenomen affiniteit van zuurstof heeft voor hemoglobine, wat op zijn beurt leidt tot een tekort aan zuurstof van de weefsels. Dit heeft gevolgen voor het hele lichaam: cardiale, neurologische, pulmonale en hematologische complicaties staan meestal op de voorgrond (tabel 2).

Naast een ernstige daling van het fosfaat in het serum kunnen ook hypokaliëmie en hypomagnesiëmie optreden door snelle nieuwe celvorming na een katabole toestand. Hypocalciëmie kan worden versterkt door de tekorten aan kalium en magnesium. Tabel 3 geeft een uiteenzetting van de mogelijke klinische verschijnselen die kunnen optreden bij hypokaliëmie, hypomagnesiëmie, hyponatriëmie en hypocalciëmie. Tijdens de glycolyse, dat is de omzetting van de glucose in het cytoplasma van de cel, is thiamine een van de belangrijkste cofactoren. Het is dus zaak om bij hervoeding het thiamineaanbod te herstellen. Echter, vanwege een vaak langdurig slechte voedings- en dus ook vitamine-intake treedt een thiamine-deficiëntie op. Thiamine is een in water oplosbare vitamine en het (gezonde) lichaam heeft reserves tot zeven dagen. Een tekort bij een eetstoornispatiënt is dus snel ontstaan. Als gevolg van de tekorten kunnen diverse complicaties ontstaan, zie tabel 4. Eerder klinisch beleid in 2008¹⁰ zorgde voor een te grote terughoudendheid in het aanbod

van voeding tijdens de herstart van het voeden, waardoor patiënten juist overleden als gevolg van de blijvende ondervoeding, het ondervoedingssyndroom werd immers in stand gehouden.¹⁰ Destijds een logische gedachte want het 'refeeding'-syndroom wordt uitgelokt door het opstarten van een voedingspatroon. En daarbij voorzagen de destijds geldende Britse richtlijnen, de *NICE Guidelines*, in de behandeling van eetstoornissen onvoldoende in een behandelbeleid rondom de zeer ernstige anorexia nervosapatiënten. Een werkgroep geleid door dr. Paul Robinson werd geformeerd om dit probleem aan te pakken en zo ontstonden de richtlijnen omtrent het *Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa (MARSIPAN)*.¹⁰ Deze richtlijn adviseert bij het hervoeden te starten met een aanbod van 20 cal/kg/dag. Echter, indien het risico op ontwikkeling van het 'refeeding'-syndroom zeer hoog is, kan worden overwogen te starten met een calorie-intake van 5-10 cal/kg/dag. Wel dient dit aanbod in twee dagen geleidelijk opgebouwd te zijn naar 20 cal/kg/dag en wordt de patiënt tweemaal per dag klinisch en biochemisch gemonitord.¹⁰ Dat houdt dus in dat een

Hoewel niet iedere eetstoornispatiënt (ernstige) klachten bij hervoeding ontwikkelt, dient het behandelteam wel altijd op de hoogte te zijn van de risico's en gevolgen van hervoeding.

Tabel 4 Klinische verschijnselen bij thiaminedeficiëntie.

thiamine	<ul style="list-style-type: none"> ◆ inefficiënt glucosemetabolisme met als gevolg opstapeling van pyrudivenzuur en lactaat (lactatacidose) en daardoor perifere vasodilatatie en oedeem ◆ aantasting van de hartspeer, waardoor hartfalen kan ontstaan (natte beriberi), syndroom van Wernicke-Korsakov, geheugen- en coördinatieproblemen, hallucinaties, coma
----------	--



dergelijke behandeling zorgvuldig uitgevoerd dient te worden door een expertteam op het gebied van eetstoornissen. De ondervoedings-toestand komt voort uit de complicaties van een psychiatrische stoornis. Het expertteam is met nadruk multidisciplinair en levert een subtiele samenwerking tussen somatische behandeling, psycho-educatie, behandeling, ondersteuning en begrip voor de psychiatrische stoornis en de persoonlijke situatie. Verdere calorieopbouw wordt uitgevoerd onder voortdurende monitoring met een uitdrukkelijke voorkeur voor een oraal aanbod om de darmintegriteit zo veel mogelijk intact te houden.⁸

Behandeling op maat

Aan de hand van de eerder beschreven casuïstiek werd het volgende beleid gemaakt. Elsa werd opgenomen met een BMI van 19. Hoewel dit binnen de normen van een gezonde gewichtsrang valt,³ was er toch sprake van een risicovolle situatie. Elsa had niet alleen veel gewicht verloren in een relatief korte periode, er was ook sprake van snel gewichtsverlies (3 kg/week!), wat volgens het MARSIPAN als zeer risicovol wordt gezien.¹⁰ Daarnaast wees de voorgeschiedenis van Elsa op purgeergedrag en was het onlangs afgenomen ECG afwijkend (aritmie en een BPM van 45).^{9,10} Als gevolg van die acute situatie en rekening houdend met de achtergrond van Elsa, werd ervoor gekozen om haar een klinische behandeling te bieden, gericht op

monitoring en behandeling van het klinisch en het biochemisch beeld. Elsa werd ondersteund in het gecontroleerd mobiliseren, om de vochtretentie in haar benen te doen afnemen met ondersteuning van de psychomotore therapeut.¹¹ Geruststelling, uitleg rondom de fysieke veranderingen met oog voor de persisterende eetstoornisovertuigingen, naast aandacht voor de situatie die Elsa doormaakte, zoals het aanbod van de afdelingsstructuur met oog voor ondersteuning bij eetmomenten, waren belangrijke interventies in de behandeling.^{3,10} En juist vanwege het langdurige karakter van de eetstoornis werd gekozen voor deze interventies, met als doel het ziekteinzicht en dus ook de eigen verantwoordelijkheid hierin te vergroten. Volgens huidige Nederlandse richtlijnen³ blijkt dat psychofarmaca weinig ondersteunend zijn bij de behandeling van de verstoring in het denken bij eetstoornissen; terughoudendheid is dan ook geboden, zeker met het oog op eventuele ernstige bijwerkingen van dergelijke middelen, zoals verlenging van de QT-tijd.^{3,10}

Veel eetstoornispatiënten pogen hun honger-gevoel te verdringen met het drinken van water of ervaren de gedachte 'schoon' te moeten spoelen van binnen zodat zij niet aankomen in gewicht, wat een overtuigende eetstoorniscognitie kan zijn.^{3,14}

Hoewel dwangbehandelingen bij anorexia patiënten niet uitgesloten zijn, is terughoudendheid hierin bij de doelgroep LES-AN zeker van belang.¹⁰ Gebleken is dat een dergelijke aanpak niet heeft geleid tot structurele verbeteringen bij degenen met een inmiddels ontwikkelde langer durende anorexia,^{4,5,6,14} waardoor faalervaringen ontstonden.

Aanvankelijk werd biochemische monitoring de eerste vijf dagen dagelijks uitgevoerd vanwege de ontstane milde hypokaliëmie en de hypofosfatemie die was uitgelokt door redistributie van extracellulair naar intracellulair.¹⁰ Farmacotherapeutische behandeling bestond uit de orale suppletie van kalium en fosfaat en bestond uit de toediening van natriumfosfaatdrank (1 mmol/ml, 3 dd 10 ml) en kaliumchloridedrank (75 mg/ml, 3 dd 10 ml). Overigens toont een al wat ouder maar valide onderzoek aan dat orale suppletie van kalium beter wordt geresorbeerd dan intraveneuze toediening.¹² Daarbij is deze interventie patiëntvriendelijker en ziekenhuisopname voorkomend. Er werd voor kaliumchloridedrank gekozen vanwege het purgeergedrag in de voorgeschiedenis. Snel herstel van het serumkalium werd geconstateerd. Thiamine (100 mg, 1 dd), om de celwandpassage van de elektrolyten te bevorderen, calcium/colecalciferol (500 mg/ 800 IE 1 dd) en ferrofumeraat (200 mg 3 dd) werden gesuppleerd. Voor een calciumpreparaat werd gekozen vanwege de langdurige aanwezigheid van een verstoord eetpatroon, dit verhoogt het risico op osteopenie of osteoporose. Een botdensiteitsmeting (DEXA) die op een later moment in de behandeling werd uitgevoerd, bevestigde dit. De ijzersuppletie diende ter correctie van de deels verstoorde hematologie waardoor een verbeterd transport van zuurstof kon plaatsvinden. Na constatering van normalisering en stabilisatie van de extracellulaire elektrolyten werd het frequente monitoren verlaagd naar tweemaal per week. De vocht-huishouding werd gedurende de eerste zeven dagen gemonitord met als doel herregulatie. En, ter voorkoming van een water-overload, wat diabetes insipidus kan veroorzaken.³ Veel LES-AN-patiënten ervaren persisterende verstoorde eetstoornisgedachten waardoor het eet-drinkpatroon ernstig verstoord blijft, een reguliere eetstoornisbehandeling bleek hierin weinig effectief.^{13,14}

Elsa kwam in haar eerste opnameweek 3 kilo aan, dit wijst op vochtretentie doordat de chronische dehydratiesituatie werd doorbroken (verhoogde aldosteronspiegel).^{7,10} Hoewel hartfalen hierdoor zeldzaam is, is het frequent monitoren van de vitale controles (3x/dag) en het maken van ECG's (3x/week ged. de eerste 2 weken), geïndiceerd, want niet zelden is er ook sprake van een atrofische hartspier die veel vocht moet blijven rondpompen.^{3,10}

Het aanbod van deze behandeling was multipel: 1 Er was volle attentie voor het voorkomen en eventueel behandelen van lichamelijke complicaties behorende bij het 'refeeding'-syndroom; 2 de behandeling richtte zich op een verbeterd maar haalbaar eetpatroon met respect voor het volgende doel; 3 de balans werd gezocht tussen de draagkracht van de patiënt en de handhaving van een verbeterde voedingstoestand met respect voor de inmiddels langer bestaande eetstoornis. Dit laatste betreft een aangepast paradigma; er werd niet gestuurd op volledig herstel van een gezond eetpatroon, maar in samenwerking tussen het behandelteam en de patiënt werd gezocht naar een haalbaar 'compromis' om terugval in een in potentie levensbedreigende fysieke situatie te voorkomen opdat opnames in de toekomst zo mogelijk vermeden kunnen worden, wat voor veel patiënten een verbetering in de kwaliteit van leven oplevert.^{4-6,14} Daarbij, het herstelpatroon van biochemische waarden verloopt per patiënt verschillend en vergt dus, naast klinisch oordeel en de interventies, een goede samenwerking met de betrokkene die dient te zijn gericht op herstel van het vertrouwen in het eigen kunnen met inachtneming van de aanwezige eetstoornis.

Ook LES-AN-patiënten dienen toegang te hebben tot gespecialiseerde hulp omdat zij degenen zijn met een soms zeer complexe hulpvraag die een multipole aanpak vergt.¹⁴ Zowel de behandeling op het somatische als op psychiatrische vlak betreft nadrukkelijk maatwerk.^{3,14} Vanuit het oogpunt van deze dynamiek kan een dergelijke behandeling juist uitgevoerd worden door een verpleegkundig specialist als onderdeel van het specialistische multidisciplinaire team.

Betekenis voor de praktijk

Een samengestelde behandeling is beschreven waarbij gebruik is gemaakt van de MARSIPAN-richtlijn¹⁰ in de behandeling van een ernstig zieke anorexia nervosa-patiënt. De richtlijn beveelt aan om vanuit een psychiatrisch kader de pathologie te benaderen. Toch kan dit praktische dilemma's opleveren, aangenomen dat niet iedere LES-AN-patiënt bekend is in de psychiatrie.³ Soms melden patiënten zich bij een huisarts of bij een SEH-post. Daarbij kennen de gespecialiseerde eetstoornisunits geen acute bedden; patiënten die hulp willen, worden op een wachtlijst geplaatst.

Een vraag voor hooggespecialiseerde behandeling bij LES-AN is aanwezig, de casus van Elsa illustreert hoe een combinatiebehandeling geboden kan worden bij een specialistisch zorgprogramma voor eetstoornissen.

Aan de hand van de casus van Elsa zijn de aanbevelingen voor de praktijk genoemd. De interventies hadden tot resultaat dat haar lichamelijke toestand snel verbeterde. De vermoeidheid nam af waardoor zij weer belangstelling voor andere zaken kreeg en aandacht kon besteden aan de voor haar belangrijke zaken zoals haar zoontje. Met Elsa werd besproken niet zozeer de nadruk te leggen op het gewicht; dit stabiliseerde rond een BMI van 19 nadat zij eerst een rappe gewichtsgroei toonde, die werd veroorzaakt door het extracellulaire vocht. Elsa kreeg handvatten mee, om een overzichtelijke en haalbare maaltijd te kunnen nemen; dit maakte het ook weer mogelijk om samen met haar zoontje te eten, iets waar zij veel waarde aan hechtte. Voor Elsa was het het allerbelangrijkst om weer thuis te kunnen zijn in de rol van moeder, wat zij ervoer als een flinke verbetering in haar kwaliteit van leven. Daarbij werd in de behandeling ook aandacht besteed aan een betere betrokkenheid van de ex-partner van Elsa door middel van de inzet van een maatschappelijk werkende; de zorg voor de zoon kwam niet meer alleen op Elsa neer waardoor zij de ruimte voelde om de polikliniek eetstoornissen te blijven bezoeken. Elsa kwam in aanmerking voor een combinatie-aanbod waarin een psychomotore therapeut werd betrokken. Elsa ontving vervolgens psycho-educatieve en lichaamsgerichte ondersteuning waarbij de focus vooral lag op acceptatie en omgang met eetstoornis-

gerelateerde cognities en gedragingen naast een traumabehandeling vanwege de comorbiditeit die een rol speelde in de afgenomen kwaliteit van leven. Daarnaast bleef de polikliniek betrokken bij het strategisch monitoren van het serumbloed op maandelijkse basis ter preventie van ontsporing van de elektrolyten. Door deze regelmaat kon tijdig worden ingegrepen door, indien nodig, Elsa te voorzien van orale suppletie van elektrolyten en vitamines, wat opname-voorkomend was.

Literatuur

- 1 Steinhausen H. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;59:1284-93.
- 2 Thornton LM, Welch E, Munn-Chernoff MA, et al. Anorexia nervosa, major depression, and suicide attempts: Shared genetic factors. *Suicide Life Threat Behav* 2016;46(5):525-34.
- 3 Zorgstandaarden Eetstoornissen. Beschikbaar via: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen/samenvatting>. Geraadpleegd 15-08-2019.
- 4 Strober M. The chronically ill patient with anorexia nervosa, development, phenomenology, and therapeutic considerations. In Grilo CM, Mitchell JE, editors. *The treatment of eating disorders*. New York: Guilford Press, 2010.
- 5 Williams KD, Dobney T, Geller J. Setting the eating disorder aside: an alternative model of care. *Eur Eating Dis Rev* 2010;18(2):90-6.
- 6 Touyz S, Hay P. Severe and enduring anorexia nervosa (SE-AN): in search of a new paradigm. *J Eating Dis* 2015;3(1):26.
- 7 Tenwolde A. Lichamelijke aspecten. In Vandereycken W, Noordenbos G, redactie. *Handboek Eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom, 2002.
- 8 Richtlijn ondervoeding. Beschikbaar via: <https://www.stuurgroepondervoeding.nl/wp-content/uploads/2019/02/SoV01-Richtlijn-Ondervoeding-losse-paginas-210x297februari-2019.pdf>. Geraadpleegd 15-08-2019.
- 9 Chang YC, Thew M, Hettich K, et al. Adolescent inpatients with eating disorders: Comparison between acute and chronic malnutrition states on a refeeding protocol. *Glob Pediatr Health* 2019;6, PMC6457078
- 10 MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa (2nd ed.). Beschikbaar via: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr189.pdf?sfvrsn=6c2e7ada_2. Geraadpleegd 15-08-2019.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.psyfarvs.nl.