

HONGER NAAR KENNIS

Anorexiabehandelaars zitten verlegen om bewezen therapieën

Patiënten met anorexia nervosa moeten zo snel mogelijk weer op een normaal gewicht komen. Daarover zijn alle behandelaars het eens. Over de beste aanpak bestaat minder eensgezindheid.

ROBERT CROMMENTUYN

Laat onder anorexiadeskundigen de term 'Mandometer' vallen en de reacties zijn in één van de volgende drie categorieën onder te brengen: 'Het lijkt een technisch foefje', zegt psycholoog-psychotherapeut Eric van Furth. 'Het kan nooit een panacee zijn', beweert kinderpsychiater Annemarie van Elburg. 'Ik denk dat wij iets heel moois in handen hebben', meent daarentegen kinderpsychiater Chaim Huyser.

De drie zijn bekende namen in de wereld van de eetstoornissen. Van Furth is als manager behandelingen verbonden aan het Landelijk Kennis- en Behandelcentrum voor eetstoornissen 'de Ursula' in Leidschendam. Van Elburg is hoofd van de zorglijn Eetstoornissen voor kinderen en jeugdigen van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. En Huyser is verbonden aan de Bascule, het academische centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Amsterdam.

Deze laatste instelling opende in november een nieuwe afdeling voor kinderen met eetstoornissen. Daarbij werd en passant een voor Nederland geheel nieuwe behandelmethode voor anorexia en boulimia nervosa geïntroduceerd: de Mandometer-methode. Bij die methode is een belangrijke rol weggelegd voor een weegschaal annex computer. Met het apparaat leren patiënten weer op een normale manier eten en hun gevoel van verzadiging herkennen.

VERZADIGINGSGEVOEL

Het nieuwe Mandometer-centrum van de Bascule is open van elf uur 's ochtends tot zeven uur 's avonds. In deze periode eten de patiënten onder begeleiding van een 'casemanager' en met de Mandometer hun maaltijden. 'Het bord staat op een weegschaal die is verbonden met een computer en een scherm', legt Huyser uit. 'Op dat scherm worden afwisselend vier grafieken getoond. De eerste twee laten in een curve zien hoeveel gram per tijdseenheid de patiënt werkelijk eet en hoeveel zij zou moeten eten.' De streefwaarden liggen bij anorexiapatiënten 20 procent boven een eerder gemeten basishoeveelheid die de patiënt meent op te kunnen. De confrontatie met het verschil tussen de werkelijk gegeten hoeveelheid en de 'gezonde' hoeveelheid moet een gedragsverandering bewerkstelligen.

De streefwaarden worden net zo lang aangepast tot de patiënt een verantwoorde hoeveelheid eet. Hetzelfde gaat op voor de twee andere grafieken die te zien zijn. Die tonen in een curve het verzadigingsgevoel. Tijdens de maaltijd geven patiënten elke minuut op een schaal van een tot tien de mate van verzadiging aan. De computer vergelijkt de eigen score op het scherm met een 'ideale' curve.

Naast gewichtsverlies is compenserend gedrag in de vorm van hyperactiviteit en bewegingsdrang kenmerkend voor anorexiapatiënten. Rust vormt daarom een integraal onderdeel van de Mandometer-therapie. 'Na elke maaltijd gaan de patiënten een uur lang naar een kamer waar de temperatuur tot maximaal 40 graden wordt verhoogd. Patiënten die al wat gewicht hebben gewonnen en er beter aan toe zijn, krijgen pooljacks die met accu's worden verwarmd.'

Het grootste deel van de therapie vindt in de kliniek plaats, een deel bij de patiënt thuis. 'Het ontbijt en de snack voor het slapengaan vallen buiten de openingstijden van het centrum. Patiënten krijgen daarom de draagbare Mandometer mee naar huis. Ook in het weekend kunnen ze zo de therapie voortzetten.' De Zweedse bedenkers van de behandelmethode - Cecilia Bergh en Per Södersten van het gerenommeerde Karolinska Instituut in Stockholm - claimen een succespercentage van 75 procent. Ook zou slechts 7 procent van de patiënten binnen vijf jaar een terugval hebben. Deze resultaten volgen uit een gerandomiseerde studie die werd gepubliceerd in Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS).¹

GEZINSTHERAPIE

'Ik zou wat graag een goed behandelresultaat bij 75 procent van de patiënten hebben', zegt Van Elburg. Dat verbaast niet. Uit internationale overzichtsstudies blijkt dat gemiddeld slechts 50 à 60 procent van de anorexiapatiënten van de stoornis afkomt. In Nederland ligt dat iets hoger volgens Van Furth, omdat hier in vergelijking met het buitenland relatief lang en intensief klinisch wordt behandeld. Van Elburg schat het percentage in haar eetstoorniskliniek op basis van voorlopige

IN DE RING

Een reeks artikelen over medische controversen





gegevens uit een follow-up-onderzoek op zo'n 60. Probleem is echter dat een groot deel van de patiënten weer terugvalt in het hongergedrag.

De matige succespercentages weer spiegelen de beperkte kennis over wat de beste behandelmethode is voor anorexia nervosa. Van Furth: 'De aandoening is 130 jaar geleden voor het eerst beschreven. De incidentie is in die periode continu gebleven en lijkt de laatste decennia zelfs iets toe te nemen. Desondanks is er nauwelijks wetenschappelijk onderzoek verricht naar effectiviteit van therapieën.' Het beschikbare onderzoek toont aan dat psychofarmaca bij anorexia nervosa geen nut hebben. Over de ambulante psychotherapie zijn geen harde conclusies te trekken. Wel is aangetoond dat bij jeugdigen met anorexia in een vroeg stadium gezintherapie iets betere resultaten boekt dan individuele therapie.

De gezinsgerichte benadering staat daarom centraal in de Utrechtse eet-

de aandoening bevorderen of instandhouden en helpen zij de ouders om die aan te pakken. De ouders krijgen ook steun in het omgaan met hun kind. Eens per week zijn er lichamelijke controles door een arts en gesprekken met een diëtist. Van Elburg: 'We maken gebruik van de band tussen kind en ouder en van het natuurlijke gezag van ouders. Jonge kinderen vertrouwen uiteindelijk op wat hun ouders zeggen.'

FEEDBACK

De Utrechtse kinderpsychiater ziet geen radicale verschillen met de methode die Huyser in Amsterdam introduceerde. 'Wij moeten het hebben van de feedback op het gedrag van de patiënt. Dat is bij de Mandometer net zo. Alleen is het bij ons niet een computer, maar zijn het de ouders en de hulpverleners die de feedback leveren. Ik ben erg benieuwd of en bij welke patiënten die computermethode een meerwaarde heeft.'

Bij de Mandometer-methode draait het om een weegschaal annex computer

stoornissenkliniek van Van Elburg. 'Wij maken gebruik van de kracht en waarde van het gezinssysteem. We werken met de ouders, die we laten meebehandelen. Daarvoor hebben we het zogeheten ziekenhuis-thuisprotocol ontwikkeld.' In het protocol staat gezond leren eten voorop. De ouders nemen - aan de hand van voedingsadviezen - de zorg voor de maaltijden op zich. Het kind wordt 'ziek' verklaard en moet zich als zodanig gedragen. Ook zijn er duidelijke gedragsregels, zoals een verplicht uur rust na de maaltijd, geen discussies over eten en thuis niet wegen.

In de gezintherapie kijken de therapeuten of er zaken in het gezin spelen die

Dat is ook een vraag die bij Van Furth leeft. 'Hoe staat het met de basis? Bij mijn weten is er met de Mandometer één trial gedaan. En die was met patiënten van wie je mag verwachten dat ze goede resultaten zullen laten zien. Het is niet duidelijk wat de waarde is van de feedback die de computer levert en het is de vraag of je die feedback ook op een andere manier kunt bieden.'

Van Furth vraagt zich ook af hoe de Mandometer-methode is ingebed. In Nederland is een tweefasenprogramma standaard. Na het opgang brengen van een normaal voedingspatroon volgt meestal psychotherapie of cognitieve gedragstherapie om onderliggende pro-

blemen en psychische comorbiditeit te behandelen. 'De berichten die ik over de Amsterdamse benadering hoor, wekken de indruk dat door herstel van het eetpatroon en warmtebehandeling de klus kan worden geklaard.'

Huyser erkent dat er slechts één gerandomiseerde trial met de Mandometer is gepubliceerd. Dat is wat hem betreft afdoende om de proef op de som te nemen. 'Het artikel in PNAS is een solide basis. Bovendien is het niet uitzonderlijk dat de behandeling van anorexia nervosa steunt op slechts één wetenschappelijk artikel. Het fundament onder de voorkeur voor gezintherapie boven individuele therapie berust ook maar op één publicatie.'²

SOMATISCH

Blijft echter Van Furth's zorg over de context waarbinnen de Bascule de Mandometer aanbiedt. In verschillende andere artikelen beweren Bergh en Södersten namelijk dat anorexia nervosa een puur somatisch probleem is. Volgens hen voldoen de meeste patiënten niet aan twee van de vier criteria die het diagnostisch handboek DSM stelt: angst voor gewichtstoename en een gestoorde perceptie van het eigen lichaam. De Zweden denken dat er helemaal geen psychopathologische basis is voor de eetstoornis. In plaats daarvan zou er sprake zijn van een ontregeling van het neuro-endocrinologische systeem. Volgens hen stimuleert hongeren - net als verhoogde fysieke activiteit - het hormonale beloningssysteem in de hersenen en zorgt dat voor een aangename sensatie. Anorexia ontstaat dan na een snelle conditionering aan dit proces. Psychische klachten als angst, depressie en dwang zijn in deze visie een gevolg van anorexia en zijn geen medeveroorzakers. Bergh en Södersten hebben aangetoond dat de psychische klachten verdwijnen als een patiënt weer normaal eet. Zonder psychotherapie dus.

Huyser is bekend met deze theorieën, maar past ze niet toe in de Bascule. 'Wij wijken niet sterk af van wat in Nederland gebruikelijk is. Het is niet zo dat wij psychotherapie vervangen door de computer. Ons programma heeft drie pijlers: naast het voedingsprogramma en de aandacht voor het compensatoire gedrag hebben wij een uitgebreid sociaal rehabilitatieprogramma. Daarbij kijken we ook naar onderliggende problemen en proberen patiënten bijvoorbeeld >>

<< stapsgewijs te laten terugkeren naar school.' Toch zijn er ook opvallende verschillen met de benadering zoals bijvoorbeeld de Leidschendamse en Utrechtse klinieken die hanteren. 'We betrekken ook hier de ouders bij de behandeling, want zonder hen gaat het niet. Maar ze staan bij ons minder centraal. En we geven ook geen cognitieve gedragstherapie of psychomotore therapie.'

WEGEN

Opvallend genoeg is juist Van Elburg wel te spreken over die benadering. 'Net als wij stelt de Bascule nadrukkelijk de biologische kant van de zaak voorop. Anorexia is een ziektebeeld met veel lichamelijke kenmerken. Er is sprake van een verhongerend lichaam en er treden belangrijke endocrinologische veranderingen op. Daarop moet de behandeling op de eerste plaats gericht zijn.' Volgens de Utrechtse kinderpsychiater is er pas de laatste tijd meer aandacht voor de lichamelijke aspecten van de eetstoornis. Nu ligt in de behandeling nog vaak te veel nadruk op de psychologie. Volgens haar komt dat mede door een gebrek aan medische belangstelling. 'Kinderartsen weigeren soms om sterk ondervoede patiënten op te nemen. "Onze bedden zijn voor zieke patiënten", zeggen ze dan. Ze zien de somatiek niet, terwijl het bloedbeeld bijvoorbeeld sterk afwijkt.'

Ook in de eigen beroepsgroep en bij psychologen houdt de belangstelling voor de somatische aspecten van anorexia niet over. 'De beschikbare literatuur wordt alleen gelezen door een klein groepje geïnteresseerde collega's. Op een eetstoornissencongres sta ik doorgaans voor een zaal vol psychologen. De ken-

Pas de laatste tijd is er meer aandacht voor de lichamelijke aspecten

nis van de somatiek krijgt daar maar moeizaam voet aan de grond. Gelukkig verandert het langzaam. Toen ik tien jaar geleden begon was het 100 procent psychologie. Nu is het bij ons redelijk normaal dat therapeuten bij een anorexisch kind de bloeddruk laten meten en het gewicht laten vaststellen. Voorheen was dat not done, hoewel wegen toch nauwelijks een voorbehouden handeling kan worden genoemd.'

Van Elburg hoopt dat de multidisciplinaire richtlijn 'Eetstoornissen' die binnenkort verschijnt, verder bijdraagt aan een andere kijk op anorexia nervosa. 'Ik hoop dat de biologische factoren in de richtlijn meer aandacht krijgen. Voor kinderartsen komt er bijvoorbeeld duidelijk in te staan welk bloedonderzoek vereist is. En de richtlijn is nuttig

om behandelaars aan te spreken op de therapie die ze inzetten.'

Bij gebrek aan nieuw bewijsmateriaal zal de eetstoornissenrichtlijn waarschijnlijk geen uitsluitsel geven over de effectiefste behandelmethode bij anorexia nervosa. De waarde van de Mandometer-methode zal over enkele jaren pas blijken. Van Elburg: 'Die methode is interessant. We hebben dan ook besloten om een vergelijkende

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

studie op te zetten naar de behandelresultaten van onze kliniek in Utrecht, die van de Bascule in Amsterdam en die van het centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie Triversum in Alkmaar.'

De Amsterdamse kinderpsychiater Huyser heeft ondertussen goede hoop op een herhaling van de mooie resultaten uit Zweden. 'De eerste indrukken zijn positief. De Mandometer-methode past heel goed bij de patiënten. We hebben echt het gevoel dat dit is waar het om draait.' ■

Referenties

1. Bergh C et al in PNAS 2002; 99 (14): 9486-91.
2. Russel GF et al in Archives of General Psychiatry 1987; 44 (12): 1047-56.

Links naar websites over de Mandometer en eetstoornissen vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

