

# Onderzoek naar de kennis van patiënten over de mogelijke lichamelijke gevolgen van hun eetstoornis

W. VANDEREYCKEN, L. AERTS, E. DIERCKX

**ACHTERGROND** Een beperkte kennis van de lichamelijke gevolgen van een eetstoornis kan een uiting zijn van probleemontkenning of -minimalisering, met als gevolg mogelijk onvoldoende bereidheid tot behandeling.

**DOEL** Nagaan welke kennis patiënten hebben over de mogelijke lichamelijke gevolgen of risico's van hun eetstoornis en of deze kennis verbetert na psycho-educatie.

**METHODE** Een kennisvragenlijst werd bij 66 patiënten afgenomen kort na opname en bij 40 nog eens na ongeveer een maand. In de tussenperiode werd psycho-educatie over het thema gegeven in de vorm van een groepsessie en een voorlichtingsbrochure.

**RESULTATEN** De kennis bleek in het algemeen behoorlijk goed: gemiddeld 14 van de 20 antwoorden correct, hoewel een aanzienlijk aantal patiënten op 11 vragen antwoordde met 'ik weet het niet'. Bij de tweede afname nam dit aantal opvallend af, waardoor de algemene kennis significant verbeterd was na een maand (gemiddeld 17 van de 20 correct). Deze verbetering was onafhankelijk van het type eetstoornis. Eén vraag lokte het grootste aantal onzekere of foutieve antwoorden uit, ook bij tweede afname: 'Als een jonge vrouw nog nooit gemenstrueerd heeft, kan ze ook niet zwanger worden'.

**CONCLUSIE** Het is aan te bevelen op een meer systematische wijze onderzoek te doen bij patiënten naar de (gebrekkige) kennis over lichamelijke gevolgen van een eetstoornis. Belangrijke lacunes of misvattingen kunnen dan als uitgangspunt dienen voor gerichte psycho-educatie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)9, 823-828]

**TREFWOORDEN** eetstoornis, lichamelijke gevolgen, motivatie, psycho-educatie

In een eerdere bijdrage in dit tijdschrift schreven Dewandeleer en Vandereycken (2007) dat er nauwelijks specifieke literatuur te vinden was over psycho-educatie over lichamelijke aspecten van eetstoornissen. Dat is inmiddels niet veranderd. Er is wel wat gepubliceerd over psycho-educatieve programma's in het algemeen (Pettersen e.a. 2011), waarbij het thema lichamelijke gevolgen aan bod kwam, maar de methode of het effect ervan werd verder niet specifiek onderzocht. Een paar onderzoeken wezen erop dat de kennis over voeding bij deze patiënten niet bijzonder is (Breen & Espelage

2004; Soh e.a. 2009). Maar hoe zit het met de kennis over lichamelijke gevolgen of gevaren? Voor zover ons bekend werd dit nog niet onderzocht. Een beter zicht op de hiaten of misvattingen in dit verband kan bijdragen tot een gerichte voorlichting. Een aangepaste psycho-educatie kan vervolgens het motivatieproces – de bereidheid tot (volgehouden) inzet in een behandeling – bevorderen. Daarom besloten wij een verkennend onderzoek op te zetten.

## METHODE

### Deelnemers

De deelnemers waren 66 vrouwelijke patiënten opgenomen op de afdeling Eetstoornissen van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen in Tienen. Hun gemiddelde leeftijd bedroeg 20,8 jaar (SD: 5,61; uitersten: 14-36 jaar) en de gemiddelde ziekteduur was 5 jaar (SD: 4,74; uitersten: 0,5-20 jaar). Volgens DSM-IV-criteria werden de volgende diagnoses vastgesteld: 33 patiënten hadden anorexia nervosa van het restrictieve type (AN-R), 10 hadden anorexia nervosa van het eetbui-purgerende type (AN-P), 11 boulimia nervosa (BN) en 12 hadden een eetstoornis niet anderszins omschreven (ESNAO).

### Vragenlijst en afname

Wij stelden een lijst op met 20 vragen gericht op de kennis over de lichamelijke gevolgen of gevaren van een eetstoornis. In de literatuur vonden we een dergelijke vragenlijst niet, wel werden we geïnspireerd door een opleidingstoets voor hulpverleners (Rosenvinge e.a. 2003). Verder werd als bron gebruikgemaakt van gespecialiseerde literatuur (Birmingham & Beumont 2004; van Elburg & ten Wolde 2008; Kaplan & Noble 2007). De deelnemers kregen de opdracht elke vraag te beantwoorden met 'juist', 'ik weet het niet' of 'onjuist'. Een totaalscore van het aantal correct beantwoorde vragen werd berekend (maximum = 20).

De patiënten vulden de vragenlijst in bij het begin van hun opname. Daarna werden dezelfde vragen in een groepssessie psycho-educatie als uitgangspunt genomen voor een interactieve bespreking van de lichamelijke gevolgen en gevaren van een eetstoornis. Ook kregen de patiënten een speciale brochure hierover (voor informatie over het behandelprogramma, zie <http://www.alexianen-tienen.be/terberken>).

Ongeveer een maand later werd de deelnemers verzocht de vragenlijst nogmaals in te vullen. Deelname aan het onderzoek was vrijwillig en

stond los van het behandelprogramma: patiënten die de vragenlijst niet invulden, kregen dezelfde psycho-educatie. Van de 66 patiënten vulden 40 (18 met AN-R, 7 met AN-P, 9 met BN en 6 met ESNAO) de vragenlijst een tweede keer in. Dit verschil had vooral een praktische reden: door een personeelswisseling was het onderzoek een tijd onderbroken. Verder toonde een statistische vergelijking geen verschillen tussen patiënten met en zonder tweede meting.

### Statistische analyses

Om na te gaan of de types eetstoornissen een significant verschil vertoonden in leeftijd, ziekteduur, score bij eerste en tweede afname werden eenzijdige variantieanalyses (ANOVA's) uitgevoerd (met post-hocanalyses volgens Scheffé). Verder verrichtten we t-toetsen voor gepaarde waarnemingen om verschillen in scores bij eerste en tweede afname te toetsen. De invloed van het type eetstoornis op de verandering in scores tussen de twee meetmomenten werd nagegaan met een tweezijdige ANOVA voor herhaalde metingen.

TABEL 1 Gemiddelde leeftijd, ziekteduur en scores op de vragenlijst voor de verschillende types eetstoornissen

|                     | Type        | N  | Gemiddelde (SD) |
|---------------------|-------------|----|-----------------|
|                     | eetstoornis |    |                 |
| Leeftijd; in j      | AN-R        | 33 | 20,91 (6,54)    |
|                     | AN-P        | 10 | 21,50 (6,15)    |
|                     | BN          | 11 | 20,73 (3,77)    |
|                     | ESNAO       | 12 | 19,92 (4,08)    |
| Ziekteduur; in j    | AN-R        | 33 | 4,11 (4,89)     |
|                     | AN-P        | 10 | 6,70 (5,12)     |
|                     | BN          | 11 | 4,14 (3,30)     |
|                     | ESNAO       | 12 | 6,83 (4,71)     |
| 1ste meting (score) | AN-R        | 33 | 14,24 (3,92)    |
|                     | AN-P        | 10 | 14,30 (3,89)    |
|                     | BN          | 11 | 13,27 (4,86)    |
|                     | ESNAO       | 12 | 14,75 (2,45)    |
| 2de meting (score)  | AN-R        | 18 | 17,06 (1,96)    |
|                     | AN-P        | 7  | 17,86 (2,27)    |
|                     | BN          | 9  | 17,22 (2,33)    |
|                     | ESNAO       | 6  | 17,00 (1,41)    |

AN-R = anorexia nervosa restrictief type; AN-P = anorexia nervosa eetbui-purgerend type; BN = boulimia nervosa; ESNAO = eetstoornis niet anderszins omschreven

Voor alle analyses werd een alfa-criterium van 0,05 gehanteerd.

## RESULTATEN

De ANOVA's toonden geen significante verschillen tussen de types van eetstoornissen voor respectievelijk leeftijd ( $F(3,62) = 0,150$ ;  $p = 0,930$ ), ziekteduur ( $F(3,62) = 1,584$ ;  $p = 0,202$ ), eerste meting ( $F(3,62) = 0,294$ ;  $p = 0,830$ ) en tweede meting ( $F(3,36) = 0,291$ ;  $p = 0,832$ ). De t-toets toonde een significant verschil tussen de twee metingen ( $t(39)$ ;  $p = 0,000$ ),

waarbij de gemiddelde score op de vragenlijst bij de tweede afname (17,23; SD: 1,98) significant hoger was dan die bij de eerste (14,05; SD: 3,82) (tabel 1). De variantieanalyse met type eetstoornis als covariaat toonde geen significant interactie-effect ( $F(3,36) = 0,289$ ;  $p = 0,833$ ), waardoor we kunnen aannemen dat de verbetering tussen de twee meetmomenten (significant hoofdeffect ( $F(1,36) = 40,602$ ;  $p = 0,000$ )) hetzelfde is voor de verschillende types van eetstoornissen.

Tabel 2 geeft de resultaten voor de twee metingen bij 40 patiënten. Wanneer we de ant-

| Vraag                                                                                                                 | Juist       | Ik weet het niet | Onjuist     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-------------|
| 1 Het lichaam van vrouwen moet een minimum vetgehalte hebben om natuurlijke menstruaties toe te laten*                | 100 (97,5)  | 0 (0)            | 0 (2,5)     |
| 2 Bij vermagering kan duizeligheid (met flauwvallen) optreden door een te laag suikergehalte in het bloed*            | 97,5 (92,5) | 0 (2,5)          | 2,5 (2,5)   |
| 3 Regelmatig braken kan geen kwaad zolang er geen bloed mee overgegeven wordt°                                        | 0 (0)       | 10 (2,5)         | 90 (97,5)   |
| 4 Het gebruik van natuurproducten als laxermiddel is niet schadelijk voor de gezondheid°                              | 7,5 (12,5)  | 12,5 (2,5)       | 80 (85)     |
| 5 Men kan tandaantasting door braken voorkomen door minstens driemaal daags de tanden te poetsen°                     | 0 (7,5)     | 17,5 (7,5)       | 82,5 (85)   |
| 6 Regelmatig braken kan dodelijke verwikkelingen teweegbrengen*                                                       | 65 (90)     | 27,5 (5)         | 7,5 (5)     |
| 7 Zolang je geen diarree krijgt is gebruik van laxermiddelen ongevaarlijk°                                            | 5 (2,5)     | 27,5 (7,5)       | 67,5 (90)   |
| 8 Als je tussen de leeftijd van 10 en 15 jaar onvoldoende in gewicht toeneemt, kan een groeivertraging optreden*      | 82,5 (92,5) | 17,5 (7,5)       | 0 (0)       |
| 9 Bij sterke vermagering kan duizeligheid optreden ten gevolge van een daling van de bloeddruk*                       | 95 (92,5)   | 2,5 (5)          | 2,5 (2,5)   |
| 10 Overvloedig water drinken om je gewicht te vervalsen kan schade toebrengen aan de hersenen*                        | 42,5 (80)   | 45 (15)          | 12,5 (5)    |
| 11 Als je na een periode van dagelijks braken hiermee stopt, kan je gewicht in enkele dagen meerdere kilo's toenemen* | 52,5 (90)   | 37,5 (7,5)       | 10 (2,5)    |
| 12 Misbruik van laxermiddelen kan onherstelbare schade aan de darmen toebrengen*                                      | 77,5 (87,5) | 22,5 (7,5)       | 0 (5)       |
| 13 Als een jonge vrouw nog nooit gemenstrueerd heeft, kan ze ook niet zwanger worden°                                 | 45 (37,5)   | 32,5 (17,5)      | 22,5 (45)   |
| 14 Door vermagering kan botverweking ontstaan maar dit wordt pas gevaarlijk zodra je pijn in je ledematen voelt°      | 0 (0)       | 27,5 (10)        | 72,5 (90)   |
| 15 Als je haaruitval hebt ten gevolge van gewichtsverlies, zal dit ook direct ophouden als je weer gewicht wint°      | 27,5 (15)   | 30 (7,5)         | 42,5 (77,5) |
| 16 Het overvloedig drinken van water heeft geen nadelen zolang je lichaam het overtollige vocht ook weer uitscheidt°  | 22,5 (7,5)  | 20 (10)          | 57,5 (82,5) |
| 17 Als door een eetstoornis je menstruaties uitblijven, worden deze het snelst hersteld met een hormonale pil°        | 12,5 (10)   | 37,5 (7,5)       | 50 (82,5)   |
| 18 Darmverstopping (obstipatie) kan optreden door misbruik van laxermiddelen*                                         | 60 (82,5)   | 35 (10)          | 5 (7,5)     |
| 19 Bij sterke vermagering kan vermoeidheid optreden ten gevolge van bloedarmoede (tekort aan rode bloedcellen)*       | 87,5 (85)   | 12,5 (15)        | 0 (0)       |
| 20 Als je lange tijd weinig eet, krimpt je maag in en gaat ze trager werken*                                          | 82,5 (97,5) | 15 (2,5)         | 2,5 (0)     |

Antwoorden: \* = correct, ° = fout.

woorden bij eerste afname analyseerden, bleek dat de vraag naar vruchtbaarheid en mogelijke zwangerschap het vaakst fout beantwoord werd (vraag 13; 18/40 foute antwoorden), gevolgd door vragen over haaruitval (vraag 15; 11/40 fout) en over de risico's van overvloedig water drinken (vraag 10; 9/40 fout). De beste kennis bleek voor het verband tussen vetpercentage en menstrueren (vraag 1; 40/40 correcte antwoorden), duizeligheid wegens hypoglykemie (vraag 2; 39/40 correct) of ten gevolge van hypotensie (vraag 9; 38/40 correct).

Opvallend bij de eerste afname was dat bij 11 vragen het antwoord 'ik weet het niet' gegeven werd door minstens een vijfde van de patiënten. Bij de tweede afname werd dit antwoord slechts bij 3 vragen gegeven door 15-17,5% van de deelnemers. Deze opvallende verschuiving ging meestal gepaard met meer correcte antwoorden; slechts bij 4 vragen (4, 5, 12 en 18) was er een kleine toename (van 2,5 tot 7,5%) van foutieve antwoorden. Bij vraag 13 ('Als een jonge vrouw nog nooit gemenstrueerd heeft, kan ze ook niet zwanger worden') bleef een aanzienlijk aantal (37,5%) foutief antwoorden; dit was ook de vraag waar het grootste aantal (17,5%) onzeker over bleef ('ik weet het niet').

## DISCUSSIE

Voor zover ons bekend is dit het eerste onderzoek naar de kennis van patiënten over de lichamelijke aspecten van hun eetstoornis. Ongeacht het type eetstoornis gaven onze patiënten bij aanvang van de opname blijk van een relatief goede kennis (gemiddeld 14 van de 20 antwoorden correct). Toch bleek een belangrijk aantal (20-45%) het antwoord op meer dan de helft van de vragen niet te kennen. Ongeveer een maand later was deze kennis significant verbeterd (gemiddeld 17 van de 20 correct beantwoord). Dit was vooral te wijten aan een verschuiving van twijfel ('ik weet het niet') naar correcte antwoorden. Uit de reeks springt één vraag er duidelijk uit als de moeilijkste of meest foutief beantwoorde, zowel bij eerste (45%) als bij tweede afname (37,5%): 'Als een jonge vrouw nog nooit gemenstrueerd heeft, kan ze ook niet zwanger

worden'. Gezien de gevolgen die deze misvatting kan hebben, moet zeker aan dit thema extra aandacht worden geschonken bij psycho-educatie.

Bij dit onderzoek moeten wij opmerken dat onze patiënten vrijwillig waren opgenomen in een gespecialiseerde therapieafdeling. Zij hadden reeds een behandeltraject achter de rug en toonden in hun bereidheid tot intensieve therapie een aanzienlijk probleembesef. Deze groep is dus zeker niet representatief en we mogen minder kennis veronderstellen bij jongere patiënten met een kortere ziektegeschiedenis en/of nog geen (bereidheid tot) behandeling. Ons onderzoek laat geen uitspraak toe over de verklaring van de kennisverbetering na een maand. Dit komt wellicht door de psycho-educatie, maar we kunnen dit niet aantonen.

## CONCLUSIE

Patiënten met een eetstoornis zijn vooral in de beginfase geneigd hun problematiek te ontkennen of te minimaliseren. Wanneer er ernstige lichamelijke gevolgen dreigen, kan confrontatie hiermee het probleembesef versterken (Stoffman e.a. 2005). Vele patiënten hebben wel kennis van bepaalde gevolgen, maar relativeren of neutraliseren die met de gedachte dat 'het zo erg nog niet is' of 'zo iets alleen anderen overkomt' (Vandereycken & Van Humbeeck 2008). Goede psycho-educatie kan dan een belangrijke rol spelen in het probleembesef en de motivatie voor behandeling (Andersen 1999). Echter, dit aspect werd tot op heden nog niet bestudeerd. Ons onderzoek is allereerst een uitnodiging om systematisch na te gaan wat patiënten weten over de mogelijke lichamelijke gevolgen van hun eetstoornis. Dit kan het uitgangspunt vormen van motivering tot verandering, hetgeen ook tijdens een behandelingstraject een belangrijk aandachtspunt blijft. Ten slotte zou het nuttig zijn om verschillende methodes van psycho-educatie te vergelijken en hun impact op het therapeutisch proces en resultaat te onderzoeken.

## LITERATUUR

- Andersen AE. Eating disorders: a guide to medical care and complications. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1999.
- Birmingham CL, Beumont PJV. Medical management of eating disorders. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
- Breen HB, Espelage DL. Nutrition expertise in eating disorders. *Eat Weight Disord* 2004; 9: 120-5.
- Dewandeleer K, Vandereycken W. Psycho-educatie over osteoporose bij patiënten met anorexia nervosa. *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 105-9.
- Elburg A van, ten Wolde A. Lichamelijke aspecten. In: Vandereycken W, Noordenbos G (red.). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- Kaplan AA, Noble S. Medical complications of eating disorders. In: Wonderlich S, Mitchell JE, de Zwaan M, Steiger H (red.). *Annual review of eating disorders*. Oxford: Radcliffe; 2007.
- Pettersen G, Rosenvinge JH, Wynn R. Eating disorders and psychoeducation: patients' experiences of healing processes. *Scand J Caring Sci* 2011; 25: 12-8.
- Rosenvinge JH, Skårderud F, Thune-Larsen K. Can educational programmes raise clinical competence in treating eating disorders? *Eur Eat Disord Rev* 2003; 11: 329-43.
- Soh NL, Touyz SW, Dobbins TA, Surgenor LJ, Clarke S, Kohn MR, e.a. Nutrition knowledge in young women with eating disorders in Australia and Singapore. *Austr N Z J Psychiatry* 2009; 43: 1178-84.
- Stoffman N, Schwartz B, Austin SB, Grace E, Gordon CM. Influence of bone density results on adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 250-5.
- Vandereycken W, Van Humbeeck I. Denial and concealment of eating disorders: a retrospective survey. *Eur Eat Disord Rev* 2008; 16: 109-14.

## AUTEURS

WALTER VANDEREYCKEN is hoogleraar Psychiatrie, KU Leuven, en hoofd van de afdeling Eetstoornissen, Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen, Tienen.

LIES AERTS is arts in opleiding tot psychiater, Medisch Centrum Sint-Jozef, Munsterbilzen en Centrum voor Kinderpsychiatrie, Hasselt.

EVA DIERCKX is docent, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, en stafmedewerker onderzoek, Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen, Tienen. Correspondentieadres: prof. dr. Walter Vandereycken, Liefdestraat 10, 3300 Tienen, België.

E-mail: walter.vandereycken@ppw.kuleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-2-2012.

## SUMMARY

How much do patients know about the possible physical consequences of their eating disorder? – W. Vandereycken, L. Aerts, E. Dierckx –

**BACKGROUND** A lack of knowledge about the physical consequences of an eating disorder can be a sign that the patient either denies that there is a problem or minimises the problem; this can result in the patient being reluctant or unwilling to be treated.

**AIM** To find out how much patients know about the possible physical consequences of (or the risks involved in) their eating disorder and to check whether they know considerably more after some psycho-education.

**METHOD** Sixty-six female patients completed a questionnaire shortly after being admitted to a specialised eating-disorder unit and 44 patients completed the same questionnaire after about a month. In the intervening period patients received some psycho-education about the possible physical consequences of eating disorders. The psycho-education took the form of an interactive group session and a brochure of information.

**RESULTS** In general, the patients' knowledge about possible consequences of their illness was reasonably satisfactory (on average, 14 out of 20 questions were correct), although a considerable number of patients answered 11 questions with 'I don't know'. In the second round there was a considerable decrease in the number of 'I don't know' answers, showing that after a month patients' knowledge had improved (17 out of 20 patients now gave positive answers); the answers were independent of the type of eating disorder. One question in particular elicited the largest number of uncertain or incorrect answers, even in the second round; the question was: 'Can a woman who has never menstruated become pregnant?'

**CONCLUSION** It is advisable to assess, in a systematic way, whether patients have adequate knowledge about the physical consequences of an eating disorder. Gaps in patients' knowledge or misunderstandings can then serve as a starting point for a specific type of psycho-education.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)9, 823-828]

**KEY WORDS** eating disorders, physical consequences, patients' knowledge, psycho-education