

Psycho-educatie over osteoporose bij patiënten met anorexia nervosa

K. DEWANDELEER, W. VANDEREYCKEN

SAMENVATTING Osteoporose is een vaak voorkomende complicatie bij eetstoornissen, in het bijzonder anorexia nervosa. Gerichte informatie hierover aan patiënten kan hun ziektebesef en inzet voor behandeling vergroten. Op grond van beperkte literatuur en eigen klinische ervaring worden concrete suggesties voor psycho-educatie gedaan, in het bijzonder over het belang van gewichtsherstel en voorkoming van fractuurrisico's. Hoe verschillend het effect hiervan kan zijn, blijkt uit drie voorbeelden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)2, 105-109]

TREFWOORDEN anorexia nervosa, osteoporose, psycho-educatie

Van anorexia nervosa (AN) zijn allerlei somatische complicaties bekend, waarvan de meeste reversibel zijn na herstel van gewicht en voedingstoestand (Birmingham & Beumont 2004; Katzman 2005; Ten Wolde 2002). Een ernstige en potentieel irreversibele complicatie is osteoporose. Gezien het latente fractuurrisico moeten patiënten hierover goed ingelicht worden en de nodige preventieve maatregelen nemen. Maar AN-patiënten zijn vaak geneigd hun problematiek te ontkennen of te minimaliseren. Goede psycho-educatie kan dan ook een belangrijke rol spelen in het ziektebesef en de bereidheid tot behandeling (Mehler & Andersen 1999). In onderhavig artikel wordt kort de literatuur over osteoporose bij AN besproken. Vervolgens worden aan de hand van drie gevalbeschrijvingen het belang en de impact van psycho-educatie aangetoond.

ANOREXIA NERVOSA EN OSTEOPOROSE

De botvorming vindt vooral tijdens de tweede levensdecade plaats. De ontwikkeling van AN in deze periode kan resulteren in verminderde bot-

densiteit. Osteopenie en osteoporose treden dan op door toename van botresorptie en onvoldoende compensatie hiervan door botformatie (Mehler 2003). Verschillende factoren kunnen de piekbotmassa (bereikt na voltooiing van de lengtegroei) beïnvloeden: hypo-oestrogenemie, verlaagde waarden van insulin-like growth-factor 1, verhoogde cortisolwaarden, fysieke activiteit, ondervoeding, te weinig inname van vitamine C en D, en een laag lichaamsgewicht. De botdensiteit bij AN-patiënten is significant gecorreleerd met de *body-mass index* (BMI), ziekte duur en leeftijd waarop de eetstoornis begon (Katzman 2005).

Diagnostiek gebeurt door botdensitometrie (meting van de *bone mineral density*, botmineraaldichtheid, BMD) ter hoogte van de wervelkolom en de femurkoppen. Is de gemeten waarde 1 tot 2,5 standaarddeviatie lager dan de voorspelde piekbotmassa, dan wordt dat beschouwd als een teken van osteopenie. Men spreekt van osteoporose bij een BMD van meer dan 2,5 standaarddeviaties beneden de referentie. Voor kinderen en adolescenten gebruikt men een Z-score die weergeeft hoeveel standaarddeviaties de BMD afwijkt van een

referentiewaarde, gematcht naar leeftijd, geslacht en ras (Birmingham & Beumont 2004).

Er bestaat onzekerheid over de reversibiliteit van osteoporose bij AN, zeker bij een langdurige ziektegeschiedenis die al op jonge leeftijd is begonnen. Bij de behandeling ligt de nadruk op herstel van gewicht, voedingstoestand en normale oestrogeenspiegel. Hormoonsubstitutie heeft geen bewezen meerwaarde en wordt zelfs ontraden omdat het een belangrijk symptoom, amenorroe, artificieel wegneemt en het natuurlijk herstel van de mens afremt. Extra inname van vitamine C en D wordt aanbevolen. Er bestaat nog onduidelijkheid over de intensiteit, duur en frequentie van fysieke activiteit die nodig is om de botvorming te bevorderen. Dat sommige AN-patiënten nog een behoorlijke botdensiteit hebben, kan samenhangen met een bepaalde graad van fysieke activiteit. Is er echter sprake van extreme activiteit, dan kan dit ondergewicht en een daling van geslachtshormonen in de hand werken en zo osteoporose bevorderen (Katzman 2005).

LITERATUUR OVER PSYCHO-EDUCATIE

Een literatuuronderzoek met behulp van Medline/PubMed met de trefwoorden 'psychoeducation' en 'osteoporosis' leverde geen resultaat op. De trefwoorden 'psychoeducation' en 'eating disorders' resulteerden in twintig artikelen: vier over preventie, drie over psycho-educatie bij ouders, vier over psycho-educatie bij eetstoornissen en diabetes mellitus, en één artikel over groepspsycho-educatie voor families. De overige artikelen waren niet relevant, met uitzondering van dat van Andrewes e.a. (1996).

Het enige specifieke onderzoek over deze thematiek betreft een kwalitatief onderzoek waarin 19 AN-patiënten (met een leeftijd tussen 16 en 24 jaar) gevraagd werd naar hun mening over een botmeting en de resultaten van de test (Stoffman e.a. 2005). Het botonderzoek zelf lokte bij de meerderheid van de patiënten al verontruste reacties uit en wakkerde het besef aan dat ze door ondervoeding mogelijke schade aan hun lichaam had-

den toegebracht. Bij het vernemen van de resultaten reageerde slechts 1 patiënte met een duidelijke ontkenning, 8 toonden enige ambivalentie en 10 waren geschrokken met een reactie van boosheid op zichzelf ('waarom heb ik me dit aangedaan?'). Deze laatste groep was bereid tot extra zorg voor het probleem, waar dit bij de overige patiënten wisselde en vooral afhing van hun behandelfase. De auteurs wijzen op het belang van botonderzoek bij het vergroten van ziekte-inzicht en motivatie bij patiënten met anorexia, maar benadrukken ook dat de reacties van de betrokken patiënten erg uiteenlopend kunnen zijn.

In het boek *Eating disorders* (Mehler & Andersen 1999) is een apart hoofdstuk gewijd aan het therapeutisch gebruik van medische informatie over somatische gevolgen van een eetstoornis. Voorgesteld wordt de botdensiteit uit te zetten op een grafiek die de resultaten vergelijkt met die van normale individuen van hetzelfde geslacht en verschillende leeftijd, om de patiënt zo een beter zicht te geven op de ernst van de situatie. Op grond van klinische ervaring worden drie suggesties gedaan. Bij patiënten die te jong, te mager of minder begaafd zijn kan medische informatie extra angst creëren en daardoor een negatieve preoccupatie versterken. Daarnaast kan het bij mensen met kwetsbare persoonlijkheidskenmerken of een erg kritische instelling (soms gekoppeld aan depressiviteit) zelfverwijten induceren. Tot slot kan het geven van medische informatie aan de ouders van minderjarige patiënten het besef van de ernst aanwakkeren en hen overtuigen van de noodzaak van behandeling.

EIGEN PRAKTIJKERVARING

Op onze kliniekafdeling voor eetstoornissen behoort een botdensitometrie bij de vaste onderzoeken bij opname (tenzij deze recentelijk nog is uitgevoerd of indien er niet echt sprake is van een ondergewicht, zoals bij boulimie). De resultaten worden individueel besproken met uitleg over osteopenie en osteoporose. Ook wordt gewaarschuwd dat de aandoening irreversibel kan zijn en

dat daarom behandeling noodzakelijk is. Er wordt een combinatiepreparaat van calciumcarbonaat 1,5 g en colecalciferol 200 IE gegeven: dagelijks 1 tablet bij osteopenie en 2 bij osteoporose, te nemen gedurende 6 maanden. Er wordt aan de patiënten meegedeeld dat het hier slechts om supplementen gaat en dat het meeste succes bereikt wordt door gewichtsherstel en terugkeer van de menses. Er wordt tevens geadviseerd om jaarlijks een nieuwe botmeting te laten uitvoeren om de ontwikkeling te volgen. Volgens Mehler (2003) is er geen exact interval bepaald voor deze follow-upmetingen. Wat betreft het risico op fracturen worden patiënten aangemaand voorzichtig te zijn bij het uitoefenen van contactsporten en andere disciplines waarbij een groot valgevaar bestaat. Anderzijds is volledige immobiliteit niet aangewezen en moeten patiënten fysiek actief blijven. Extra aandacht gaat uit naar bewegingsdrang, omdat deze een daling van het lichaamsgewicht en amenorroe in de hand kan werken en op die manier osteopenie en osteoporose. Bij minderjarige patiënten worden ook de ouders ingelicht. Naast het individuele gesprek wordt ook regelmatig aan een groep opgenomen patiënten psycho-educatie gegeven over lichamelijke gevolgen van een eetstoornis, inclusief botafwijkingen.

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Ook al kan men psycho-educatie wat standaardiseren en aanbieden via internet, voorlichtingslektuur, groepssessies of computerprogramma's (Andrewes e.a. 1996), de impact ervan zal individueel erg verschillen, zoals onderstaande voorbeelden illustreren.

Patiënte A Dit 17-jarige meisje wordt opgenomen wegens een enige jaren bestaande AN van het restrictieve type (BMI 11,5). Tijdens de opname blijkt dat ze een onrealistisch lichaamsbeeld heeft. Vorige opnames werden voortijdig afgebroken. In de verslagen is sprake van opvallende ziekteontkenning. Ook na vaststelling van osteoporose en haar gewaarschuwd te hebben

voor verhoogd fractuurrisico blijft ze hyperactief, waarbij ze onder meer schaatst (risicosport). De informatie over haar somatische toestand lijkt geen invloed te hebben op haar gedrag. Dit kan geweten worden aan gebrekkige contactvaardigheden of beperkte cognitieve mogelijkheden, zoals Mehler & Andersen (1999) signaleerden. Er kan echter ook sprake zijn van een biologisch verstoord realiteitsbesef en gestoorde informatieverwerking op basis van ernstige ondervoeding.

Patiënte B Een 30-jarige vrouw met AN is sterk gepreoccupeerd met 'gezond eten', ze doet obsessief aan sport en vertoont tussendoor eetbuien die gecompenseerd worden door braken en laxeren. Aanvankelijk vermeed ze het eten van bepaalde voedingsmiddelen na een nierbekkenontsteking. In de loop van de jaren werd haar eetpatroon steeds restrictiever. De BMI bij opname is 15,7 maar zij ziet 'overal vet' aan haar lichaam en wil alleen spiermassa ontwikkelen. Patiënte heeft sterke bewegingsdrang en doet buikspieroefeningen op geritualiseerde wijze. De botmeting is normaal. Patiënte reageert opgelucht op dit resultaat, maar vreest op termijn botafwijkingen te krijgen. Ofschoon haar bottoestand normaal blijkt, heeft het onderzoek haar toch tot nadenken gestemd over wat ze haar lichaam mogelijk aan kan doen. Ze werd zich veel bewuster van haar bewegingsdrang, al zit ze nog gevangen in ambivalentie ('wat is gezonder: meer vet of meer spieren?').

Patiënte C Een 16-jarig meisje wordt opgenomen wegens ernstig ondergewicht (BMI 14,6). Ze heeft sinds een aantal maanden amenorroe en meldt tal van lichamelijke klachten, zoals hartkloppingen, hoofd- en nekpijn, en haaruitval. De botdensitometrie wijst op osteoporose en patiënte reageert hierop emotioneel. Ze volgt de behandelafspraken strikt op, maar komt geregeld bevestiging vragen over haar lichamelijk functioneren. Wellicht vertoont ze vanuit haar perfectionistische instelling een 'voorbeeldige' therapietrouw, maar ook een overmatige bezorgdheid

ten aanzien van haar lichamelijke toestand. Dit sluit aan bij de waarschuwing van Mehler & Andersen (1999) dat informatie ook extra angst en/of schuldgevoel kan uitlokken.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Motiveren tot verandering blijft gedurende de behandeling van AN een belangrijk aandachtspunt. Uiteraard geldt dit allereerst voor de patiënten die hun eetstoornis ontkennen of minimaliseren. Want dit kan een ernstige belemmering vormen bij de hulpverlening en soms een gedwongen behandeling noodzakelijk maken. Maar ook AN-patiënten die een behandeling hebben aanvaard, kunnen regelmatig het therapiedoel, en in het bijzonder het streefgewicht, ter discussie stellen.

Voorlichting over de somatische gevolgen op korte en lange termijn kan hier een motiverende rol spelen. Toch kunnen veel patiënten bepaalde gevolgen wel rationeel inschatten, maar emotioneel neutraliseren vanuit de gedachte dat 'zoiets alleen anderen overkomt' (Vandereycken 2005). Anderzijds reageren AN-patiënten vaak verschillend op de lichamelijke complicaties: daling van geslachtshormonen en amenorroe vinden velen helemaal niet erg, maar dat ze belemmerd kunnen worden in hun bewegingsvrijheid of sportieve prestaties schrikt hen wel af.

Bij AN moet informatie over de bottoestand onderdeel zijn van de voorlichting, zowel in de diagnostische fase als in de loop van de behandeling. Een vergelijkend onderzoek over de effecten hiervan zou wenselijk zijn, maar kan alleen betrekking hebben op de vorm van de psycho-educatie omdat het ethisch niet verantwoord zou zijn deze informatie te onthouden aan een controlegroep.

LITERATUUR

- Andrewes, D.G., O'Connor, P., Mulder, C., e.a. (1996). Computerised psychoeducation for patients with eating disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 492-497.
- Birmingham, C.L., & Beumont, P.J.V. (2004). *Medical management of eating disorders. A practical handbook for health care professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Katzman, D.K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *The International Journal of Eating Disorders*, 37(Suppl.), S52-S59.
- Mehler, P.S. (2003). Osteoporosis in anorexia nervosa: prevention and treatment. *The International Journal of Eating Disorders*, 33, 113-126.
- Mehler, P.S., & Andersen, A.E. (Red.). (1999). *Eating disorders. A guide to medical care and complications*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stoffman, N., Schwartz, B., Austin, S.B., e.a. (2005). Influence of bone density results on adolescents with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 37, 250-255.
- Wolde, A. ten. (2002). Lichamelijke aspecten. In W. Vandereycken & G. Noordenbos (Red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 147-169). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vandereycken, W. (2005). Denial of illness: a concept in search of refinement. In A. Columbus (Red.), *Advances in psychology research - Volume 37* (pp. 63-95). New York: Nova Science Publishers.

AUTEURS

K. DEWANDELEER is psychiater in het H. Hartziekenhuis in Roeselare en was ten tijde van het onderzoek als psychiater in opleiding werkzaam op de afdeling directieve therapie van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen in Tienen.

W. VANDEREYCKEN is buitengewoon hoogleraar aan de KU Leuven en hoofd van de afdeling directieve therapie van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen in Tienen en consulent aan het Universitair Psychiatrisch Centrum in Kortenberg.

Correspondentieadres: prof. W. Vandereycken, Liefdestraat 10, B-3300 Tienen, België.

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

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-8-2006.

SUMMARY

Psycho-education about osteoporosis in anorexia nervosa patients – K. Dewandeleer, W. Vandereycken –

Osteoporosis is a frequent complication in patients with eating disorders, particularly with anorexia nervosa. Informing patients about the disorder can give them a better understanding of their illness and encourage them to comply with treatment. Guided by the literature, which is rather limited, and our own clinical experience we make specific suggestions with regard to psycho-education (particularly concerning a patient's need to put on weight and avoid the risk of fractures). We give three examples which illustrate how differently patients may react to our suggestions.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)2, 105-109]

KEY WORDS anorexia nervosa, osteoporosis, psycho-education