

Meerwaarde van gezinstherapie na hospitalisatie voor anorexia nervosa bij adolescenten?

Klinische vraag

Leidt bij meisjes en jonge vrouwen (13 tot 21 jaar) met anorexia nervosa toevoeging van gezinstherapie na hospitalisatie tot meer gewichtstoename en normale menstruaties dan alleen een multidisciplinaire, gestructureerde, geïndividualiseerde behandeling?

Duiding

Lies Depestele, gezinstherapeute Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen, Tienen

Achtergrond

Gezinstherapie staat bekend als een effectieve behandeling van anorexia nervosa bij (jonge) adolescenten^{1,2}. Het is nog onduidelijk waaraan deze effectiviteit toe te schrijven is: aan de actieve betrokkenheid van de ouders bij de aanpak van de eetstoornis op zich of eerder aan belangrijke veranderingen binnen het gezinsfunctioneren^{3,4}. In de meeste studies gaat het om een behandelingsprogramma met een actieve betrokkenheid van de ouders bij de aanpak van de eetstoornis. Deze studie wil de mogelijke meerwaarde nagaan van het toevoegen van gezinstherapie die focust op de gezinsdynamiek na een ziekenhuisopname en dit in vergelijking met alleen een multidisciplinaire, gestructureerde en geïndividualiseerde behandeling.

Referentie

Codart N, Berthoz S, Curt F, et al. A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. PLoS One 2012;7:e28249.

Samenvatting van de studie

Bestudeerde populatie

- rekrutering: alle patiënten gehospitaliseerd tussen januari 1999 en juli 2002 in een Parijs ziekenhuis op een afdeling voor levensbedreigende fysieke of psychische aandoeningen (BMI <14 en/of snel gewichtsverlies en/of aantasting van vitale functies, ernstige depressie, hoog suïciderisico, chronische ondervoeding met ondergewicht en falen van ambulante zorg)
- inclusiecriteria: meisjes tussen 13 en 21 jaar, DSM-IV diagnose van anorexia nervosa met aanvang vóór 19 jaar, ziekte duur van maximum drie jaar, woonachtig in Parijs, nog geen gezinstherapie gekregen
- exclusiecriteria: Franse taal niet machtig of niet in de mogelijkheid de interviewer te begrijpen, metabole aandoening die interfereert met eetgedrag of spijsvertering, psychotische stoornis (van adolescent of ouder).

Onderzoekopzet

- RCT met blinding van de effectbeoordeelaars
- interventiegroep (n=30): multidisciplinaire, gestructureerde, geïndividualiseerde behandeling + gezinstherapie
- controlegroep (n=30): alleen multidisciplinaire, gestructureerde, geïndividualiseerde behandeling
- gezinstherapie sessies van 1,5 uur om de drie of vier weken gedurende achttien maanden; focus op intra-familiale processen en niet op eetstoornissymptomen; deelname door patiënt, ouders en siblings ouder dan zes jaar
- interventie werd reeds opgestart vóór ontslag uit het ziekenhuis
- follow-up na zes, twaalf en achttien maanden.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: verschil tussen de groep met multidisciplinaire behandeling (MD) + gezinstherapie (GT) en de groep met alleen multidisciplinaire behandeling wat betreft het aantal

patiënten met goede of middelmatige versus slechte **Morgan & Russell score**

- secundaire uitkomstmaten: Mini-Neuropsychiatrisch Interview (MINI); Global Outcome Assessment Scale (GOAS), Eating Disorder Inventory (EDI), Weissman's Social Adjustment Scale (SAS), Body Mass Index (BMI), menstruele status, gebruik van contraceptiva en aantal hospitalisaties tijdens de follow-up periode
- intention to treat en per protocol analyse.

Resultaten

- primaire uitkomstmaat: significant meer patiënten met goede of matige Morgan & Russell (MR) score in de interventie- versus de controlegroep (zie tabel)
- secundaire uitkomstmaten:
 - ~ significant meer patiënten met BMI $\geq 10^{\text{de}}$ percentiel en minder patiënten met amenorroe in de interventie- versus de controlegroep
 - ~ geen significante verschillen voor de andere secundaire uitkomstmaten tussen beide groepen.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat gezinstherapie met focus op intra-familiale dynamiek in de plaats van op eetstoornissymptomen en toegevoegd aan een multidimensioneel behandelingsprogramma de effectiviteit van de behandeling verbetert bij meisjes met ernstige anorexia nervosa.

Financiering van de studie

Ministerie van Volksgezondheid (Frankrijk)

Belangenconflicten

De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Tabel. Aantal (percentage) patiënten met goede of matige Morgan & Russell (MR) score in de groep met multidisciplinaire behandeling (MB) + gezinstherapie (GT) en de groep met alleen multidisciplinaire behandeling (MB); met verschil tussen beide groepen uitgedrukt in p-waarde, absoluut verschil (AV) met 95% BI en Odds Ratio (OR) met 95% BI.

	MB+GT	MB	p	AV (95% BI)	OR (95% BI)
Goede of matige MR score (n=59)*	12/30 (40,0)	5/29 (17,2)	0,054	22,8 (-0,4 tot 42,9)	3,2 (0,9 tot 10)
Goede of matige MR score (n=53)**	12/26 (46,2)	4/27 (14,8)	0,013	31,3 (6,5 tot 51,8)	4,9 (1,3 tot 18,3)

* volgens intention to treat analyse

** volgens per protocol analyse

Methodologische beschouwingen

Het idee om te vertrekken van een bestaande multidisciplinaire behandeling is goed (vaak ook de enige haalbare methode in de praktijk), maar we moeten hierbij wel bedenken dat de toevoeging van een bijkomende interventie (hier gezinstherapie) uiteindelijk leidt tot meer behandeling (twaalf extra sessies) in de interventiegroep dan in de controlegroep. Het verschil in resultaat tussen beide groepen zou dus te wijten kunnen zijn aan meer therapie, ongeacht welke therapie men zou toegevoegd hebben. Daarom was het beter geweest mocht de controlegroep naast de multidisciplinaire behandeling ook een niet-specifieke controletherapie gekregen hebben, zodat het aantal sessies in beide groepen vergelijkbaar was. Pas dan zouden we kunnen uitmaken of het aangetoonde effect te wijten is aan de specifieke inhoud van de bijkomende gezinstherapie.

Een andere beperking in het onderzoeksopzet is het niet meten van veranderingen in gezinsprocessen, zodat we niet kunnen nagaan of de beschreven gezinstherapie ook daadwerkelijk invloed had op de interactie in de betreffende gezinnen. Ook uit andere studies over de effectiviteit van gezinstherapie bij adolescenten met anorexia nervosa was het niet mogelijk om een uitspraak te doen over wat precies de effectieve factor is: zijn de positieve resultaten een gevolg van de ouderlijke betrokkenheid in de concrete aanpak van het eetgedrag van de jongeren, dan wel een gevolg van ingrijpende intra-familiale veranderingen?⁵

Een laatste beperking van deze studie is het ontbreken van een duidelijk therapeutisch protocol, wat de auteurs trouwens zelf toegeven.

De rest van de methodologie van de studie is goed beschreven. De randomisering is correct verlopen, de onderzoeksgroep is gedetailleerd omschreven en bij aanvang van de studie zijn er geen significante verschillen tussen beide groepen wat betreft sociodemografische kenmerken en klinische eigenschappen. Verder is er een lage drop-out en gebeurde de uitkomstmeting door een team dat niet op de hoogte was van de interventie. Ten slotte is er vooraf een powerberekening uitgevoerd.

Interpretatie van de resultaten

Het verschil in Russel & Morgan score tussen beide groepen was in het voordeel van de groep met multidisciplinaire behandeling + gezinstherapie. Dat verschil was echter alleen significant in de per protocol analyse en niet in de intention to treat analyse. Bovendien waren de betrouwbaarheidsintervallen van de verschillen erg breed. Dat kan wijzen op een tekort aan power waardoor het statistisch onmogelijk was om de meerwaarde van gezinstherapie aan te tonen. Misschien is het teleurstellende resultaat ook het gevolg van het feit dat de bestaande multidisciplinaire behandeling reeds zo ruim was dat gezinstherapie geen verschil meer kon uitmaken.

Het ontbreken van een effectverschil op het psychologische vlak of in heropnamecijfers verklaren de auteurs zelf door het feit dat het gaat om adolescenten met een ernstige anorexia nervosa. Dat blijft echter een zwakke verklaring en roept vragen op over de juiste impact van de gezinstherapie. Een beter functioneren in het gezin (toch een doel van gezinstherapie) zou juist moeten leiden tot psychische verbetering en vermindering van terugvalrisico.

Uit dit onderzoek blijkt wel dat men bij gezinstherapie niet specifiek moet focussen op de aanpak van de eetsymptomen, maar dat ook het bespreken van andere familiale thema's een bijdrage

kan leveren aan het herstelproces. Wel blijft het belangrijk om in iedere situatie te bekijken hoe men ouders en siblings kan betrekken bij de behandeling. In sommige gevallen is het immers beter om ouders een aparte begeleiding te geven naast de individuele behandeling van de jongere in kwestie. Dat wordt bijvoorbeeld aangeraden wanneer een ouder zich erg negatief opstelt tegenover het 'zieke' kind of wanneer er een destructieve sfeer heerst in het gezin⁶⁻⁸.

Besluit Minerva

Op basis van deze studie kunnen we besluiten dat gezinstherapie als onderdeel van de nazorg na een opname voor anorexia nervosa, een meerwaarde kan betekenen bij adolescenten. De studiepopulatie was echter te klein om een duidelijk statistisch significant verschil te kunnen aantonen. Men zag een klinische verbetering van het lichaamsgewicht en de menstruatiecyclus, maar de kans op heropname verminderde niet. We kunnen op basis van deze studie geen uitspraak doen over welke processen werkzaam zijn bij gezinstherapie.

Voor de praktijk

Gezinstherapie staat bekend als één van de effectieve behandelingen voor (jonge) adolescenten met anorexia nervosa^{1,2}. Deze studie levert geen bewijs dat gezinstherapie beter zou zijn dan een andere behandeling, maar toont een mogelijk maar onvoldoende bewezen belang aan van de toevoeging van gezinstherapie aan een gestructureerde, multidisciplinaire behandeling.

Referenties

1. Bulik CM, Berkman ND, Brownley, et al. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Dis* 2007;40:310-20.
2. National Institute for Clinical Excellence. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline 9. London: NICE;2004.
3. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1047-56.
4. Loeb KL, le Grange D. Family-based treatment for adolescent eating disorders: current status, new applications and future directions. In: Y. Latzer & D. Stein (Eds.), *Treatment and recovery of eating disorders*. New York: Nova Science Publishers; 2012 (p 157-170).
5. Lock J, le Grange D. Can family-based treatment of anorexia nervosa be manualized? *J Psychotherapy Pract Res* 2001;10:253-61.
6. Fairburn CG. Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Dis* 2005;37(Suppl): S26-30; discussion S41-2.
7. Eisler I, Dare C, Hodes M, et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychology Psychiatry* 2000;41:727-36.
8. Eisler I, Simic M, Russell GF, Dare C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *J Child Psychology Psychiatry* 2007;48:552-60.