

Welke vorm van psychotherapie voor ambulante patiënten met anorexia nervosa?

Achtergrond

Anorexia nervosa gaat gepaard met ernstige morbiditeit en met uitgesproken psychosociale co-morbiditeit¹. Anorexia nervosa heeft bovendien de hoogste mortaliteit onder alle psychiatrische aandoeningen en heeft een hoog hervalpercentage². In richtlijnen geniet psychotherapie de voorkeur³, maar de doeltreffendheid is weinig onderbouwd⁴ en de aanbevelingen zijn grotendeels gebaseerd op klinische ervaring.

Samenvatting

Duiding

Myriam Vervaeke, Centrum voor Eetstoornissen Universitair Ziekenhuis Gent

Referentie

Zipfel S, Wild B, Croß C, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (AN-TOP study): randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:127-37.

Bestudeerde populatie

- 242 vrouwen, 18 jaar of ouder (gemiddelde leeftijd 27,7 jaar), met anorexia nervosa of een subsyndromale vorm ervan volgens de DSM-IV-criteria en een BMI tussen 15 en 18,5 kg/m² (gemiddeld 16,7 kg/m² (SD 1,0)); waarvan 39% met een ziekte duur >6 jaar, 53% met een restrictieve vorm van anorexia nervosa en 40% met minstens één bijkomende mentale aandoening; gerekruteerd in 10 Duitse universiteitsdepartementen voor ambulante zorg in psychosomatische geneeskunde en psychotherapie
- exclusiecriteria: middelenmisbruik; gebruik van neuroleptica; psychotische of bipolaire stoornis; ernstige niet-gestabiliseerde lichamelijke ziekte; lopende psychotherapeutische behandeling.

Onderzoekopzet

- multicenter, gerandomiseerde, gecontroleerde studie met 3 groepen die gedurende 10 maanden werden behandeld met ofwel:
 - ~ focale psychodynamische therapie (n=80): patiënten doelgericht helpen om intrapsychische en interpersoonlijke conflicten (zoals verlies aan gevoel van eigenwaarde) in relatie tot hun eetstoornis te exploreren en te verwerken
 - ~ verbeterde cognitieve gedragstherapie (n=80): patiënten krijgen educatie over ondergewicht en uithongering en krijgen hulp bij het starten en onderhouden van regelmatige voeding en gezonde gewichtstoename
 - ~ geoptimaliseerde standaardbehandeling (n=82): patiënten krijgen een lijst van psychotherapeuten met ervaring in de behandeling van eetstoornissen (gedekt door de ziekteverzekering in Duitsland) en bezoeken regelmatig de huisarts voor o.a. de opvolging van het gewicht; aan huisartsen werd gevraagd om patiënten met een BMI <14 kg/m² door te verwijzen naar het ziekenhuis en alert te zijn voor psychologische en psychiatrische stoornissen van de patiënten
- follow-up na 4, 10 (einde behandeling), 13 en 22 maanden.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: BMI na 10 en 22 maanden
- secundaire uitkomstmaten: algemene psychopathologie en eetstoornis gerelateerde psychopathologie, gemeten met verschillende schalen: **EDI-2**, **SCID-I**, **SIAB-EX**, **PSR**; feedback van de patiënten over het nut (VAS van 0 tot 10) en de duur van de psychodynamische therapie en de cognitieve ge-

Klinische vraag

Wat is het effect en de veiligheid van focale psychodynamische psychotherapie en verbeterde cognitieve gedragstherapie in vergelijking met een geoptimaliseerde gebruikelijke behandeling bij ambulante volwassenen met anorexia nervosa?

dragstherapie (te kort, adequaat, te lang); globale uitkomst op basis van PSR en BMI (variërend van score 3 (genezen) = PSR van 1 of 2 + BMI >18,5 kg/m² tot score 1 (volledig syndroom van anorexia nervosa) = PSR van 5 of 6 + BMI ≤17,5 kg/m²)

- **intention to treat analyse.**

Resultaten

- studie-uitval van 54 patiënten (22%) na 10 maanden (einde therapie) en van 73 (30%) patiënten na 22 maanden follow-up (significant het hoogst in de groep met standaardbehandeling)
- BMI nam toe in alle groepen, zowel na 10 maanden (resp. 0,73 kg/m², 0,93 kg/m² en 0,69 kg/m² in de groep met psychodynamische therapie, cognitieve gedragstherapie en gebruikelijke zorg) als na 22 maanden (resp. 1,64 kg/m², 1,30 kg/m² en 1,22 kg/m²), in beide gevallen zonder significant verschil in toename tussen de groepen
- na 22 maanden was er een significant hoger percentage patiënten met volledig herstel in de groep met psychodynamische therapie versus de groep met gebruikelijke zorg (35% versus 13%, p=0,036).

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat geoptimaliseerde gebruikelijke zorg waarbij men psychotherapie combineert met een gestructureerde zorg door de huisarts, de basisbehandeling zou moeten worden voor volwassenen met anorexia nervosa. Focale psychodynamische therapie toonde wel voordelen aan in termen van herstel na 22 maanden en verbeterde cognitieve gedragstherapie was effectiever op het vlak van snelheid van gewichtstoename en verbetering van eetstoornis gerelateerde psychopathologie. Resultaten op lange termijn zullen in de toekomst moeten helpen om deze nieuwe op een handboek gebaseerde behandelingsstrategieën aan te passen en te verbeteren.

Financiering van de studie German Federal Ministry of Education and Research, German Eating Disorders Diagnostic and Treatment Network

Belangenconflicten van de auteurs de auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Methodologische beschouwingen

Het protocol van deze RCT voldoet aan alle methodologische vereisten. De inclusiecriteria en de interventies zijn duidelijk beschreven. De psychodynamische therapie en cognitieve gedragstherapie verliepen volgens een vast protocol en werden uitgevoerd door ervaren therapeuten. Deze werden zelf getraind door experts en geëvalueerd door een onafhankelijke commissie. De berekening van de steekproefgrootte gebeurde correct en de randomisatie verliep geblindeerd. Toch waren er minder patiënten met een co-morbide angststoornis in de groep met psychodynamische therapie. Volgens een sensitiviteitsanalyse had dit echter geen invloed op de resultaten. De effectbeoordeelaars waren goed opgeleid om de gebruikte meetinstrumenten te gebruiken en werden zoveel als mogelijk geblindeerd.

De studie-uitval is aanvaardbaar maar toch significant hoger in de groep met gebruikelijke zorg. Een sensitiviteitsanalyse kon geen verklaring vinden voor deze selectieve uitval. De intention to treat analyse corrigeerde op een gevalideerde manier voor ontbrekende gegevens. Een per protocol analyse leverde geen verschillende resultaten op. De tijdsduur van de studie kan als een probleem gezien worden omdat een eetstoornis een follow-up vraagt van minstens 5 jaar na de behandeling⁵.

Interpretatie van de resultaten

Noch focale psychodynamische therapie, noch cognitieve gedragstherapie hadden meer effect op de BMI dan geoptimaliseerde gebruikelijke zorg. Omdat BMI als uitkomstmaat voor anorexia nervosa te beperkt is, werden ook andere aspecten van de ziekte gemeten. Door de resultaten van BMI en PSR te synthetiseren tot een status van 'genezing', 'volledig' en 'onvolledig' syndroom van anorexia nervosa konden de onderzoekers de resultaten min of meer dichotomiseren. Zo was er na 22 maanden een hoger percentage genezing in de groep die focale psychodynamische therapie kreeg dan in de groep die

gebruikelijke zorg kreeg. Volgens de auteurs is dit resultaat het gevolg van het feit dat patiënten met anorexia nervosa psychodynamische psychotherapie beter aanvaarden omdat deze behandeling de nadruk legt op interpersoonlijke relaties, inzicht in de eigen emotionaliteit en het verwerven van autonomie. Cognitieve gedragstherapie is meer directief en legt meer de nadruk op gedrag en cognities, wat minder effect heeft bij patiënten en hun (directe) omgeving die de ernst van deze aandoening vaak minimaliseren. In tegenstelling tot andere Europese landen promoot Duitsland meer psychodynamische psychotherapie dan cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van anorexia nervosa⁶.

In tegenstelling tot andere studies vond men in de hier besproken studie geen effect van cognitieve gedragstherapie^{7,8}. Misschien is dit het gevolg van het feit dat de bestaande hulpverlening voor anorexia nervosa in Duitsland zeer goed geregeld is en dat het Duitse gezondheidssysteem een tussenkomst voorziet voor psychotherapie. Patiënten die door de huisarts begeleid werden kregen uiteindelijk evenveel psychotherapeutische hulp dan patiënten in de andere groepen.

Referenties

1. Fitzpatrick KK, Lock J. Anorexia nervosa. *Clinical Evidence* 2011.
2. Zipfel S, Löwe B, Reas DL, et al. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 2000;355:721-2.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE clinical guideline 9. January 2004.
4. Hay P, Bacaltchuk J, Byrnes RT, et al. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 1.
5. Carter FA, Jordan J, McIntosh VV, et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord* 2011;44:647-54.
6. Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Int J Eat Disord* 2013;46:462-9.
7. Galsworthy-Francis L, Allan S. Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clin Psych Review* 2014;34:54-72.
8. Fairburn CC, Cooper Z, Doll HA, et al. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behav Res Ther* 2013;51:R2-8.

Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct uitgevoerde studie toont aan dat er na één jaar geen verschil is in gewichtstoename bij volwassen vrouwelijke anorectische patiënten die gedurende tien maanden ambulante worden behandeld met een psychodynamische, een cognitief gedragstherapeutische of een geoptimaliseerde gebruikelijke behandeling. Patiënten in deze laatste groep kregen uiteindelijk wel evenveel psychotherapeutische hulp.

Voor de praktijk

Elke vorm van psychologische hulp bij de behandeling van anorexia nervosa moet samengaan met een regelmatige monitoring van de fysieke status (waaronder gewicht) van de patiënt en moet minstens 6 maanden aanhouden³. Elke psychologische behandeling moet gericht zijn op het verminderen van risico, het aanmoedigen van gewichtstoename en gezonde voeding, het verminderen van andere symptomen verbonden aan de eetstoornis en het bevorderen van psychologisch en fysiek herstel³. Bij de keuze voor een bepaalde vorm van psychotherapie (cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, focale psychodynamische therapie, familiale interventie) moeten zowel de patiënt als de hulpverlener betrokken worden³. De hier besproken studie ondersteunt de centrale rol van de huisarts bij de fysieke monitoring en de psychologische begeleiding van de patiënt en stelt geen meerwaarde vast van één bepaalde vorm van psychotherapie.