

Hoofdstuk 7: Zwangerschap en eetstoornissen

Jan Norré

Inleiding

Eetstoornissen (ES), meer in het bijzonder anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) en eetbuistoornis (EBS), zijn ernstige psychiatrische stoornissen, die gekenmerkt worden door een onnatuurlijk laag gewicht of sterke gewichtsschommelingen, hardnekkig negatief gekleurde overtuigingen over lichaam, voeding en gewicht en een eetpatroon dat gekenmerkt wordt door erg restrictief omgaan met voeding en/of eetbuien eventueel gevolgd door compensatiemaatregelen (zelf uitgelokt braken, laxantiamisbruik, bewegingsdrang). Zowel de medische als psychosociale gevolgen zijn erg uitgebreid. Hormonale stoornissen, levensbedreigende hartritmestoornissen en osteoporose zijn de meest opvallende medische gevolgen. Een negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen en eigenwaarde en verstoorde relatiepatronen met de omgeving zijn de meest opvallende psychologische gevolgen. Eetstoornissen gaan vaak samen met andere psychiatrische problemen zoals stemming-, impulscontrole- en persoonlijkheidsstoornissen. Eetstoornissen kunnen zich ook op volwassen leeftijd manifesteren, in de levensfase waarin vrouwen te maken krijgen met thema's als kinderwens, (on)vruchtbaarheid, zwangerschap en geboorte.

Prevalentie

Alhoewel ES vaak in de puberteit of adolescentie aanvangen, blijken ook vrouwen op volwassen leeftijd met een eetstoornis te kampen. De geschatte levensloop prevalentie van AN, BN en EBS bedraagt respectievelijk 0.48%, 0.51% en 1.12% (Preti et al., 2009). De meeste ES vangen aan tussen de leeftijd van 10 en 20 jaar, waarbij AN en BN stabiliseren op volwassen leeftijd, terwijl EBS blijft toenemen tot de leeftijd van 40 jaar. Gedurende de zwangerschap beantwoordt 7,5% van de vrouwen in fertilitieitscentra aan de diagnose van een eetstoornis. Bijna één op vier zwangere vrouwen geeft aan uitgesproken bezorgd te zijn over haar lichaamsgewicht en figuur, 8,8% kampt met eetbuien en 2,3% neemt haar toevlucht tot gewichtscompenserend gedrag (Easter et al., 2013).

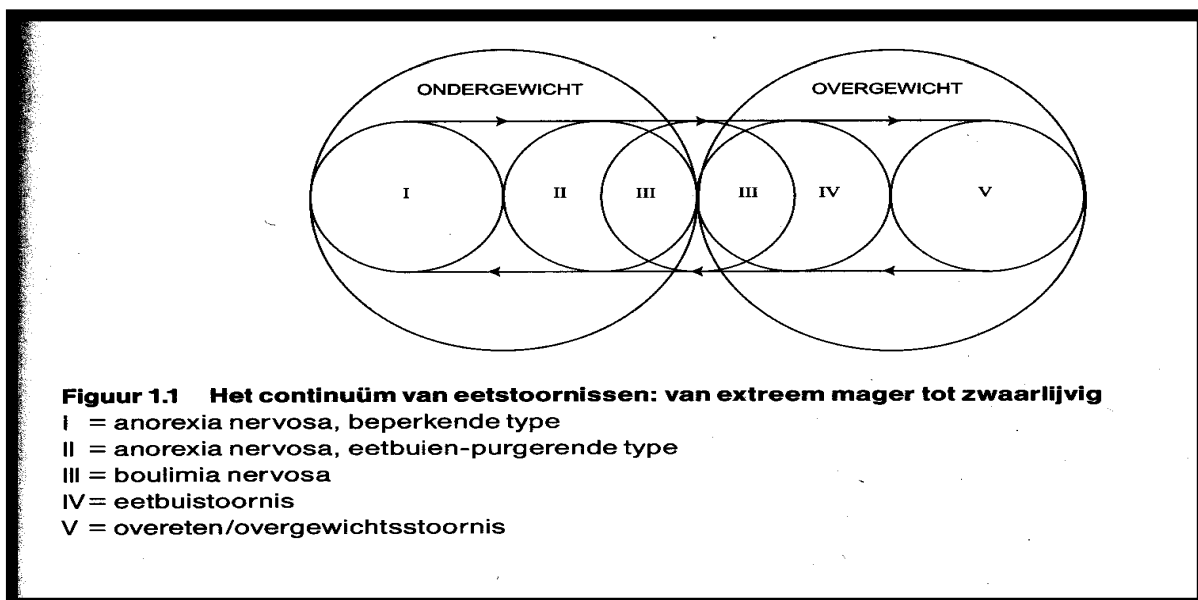
Klinisch beeld

AN wordt gekarakteriseerd door een verstoord lichaamsbeeld met intense angst om dik te worden en excessief diëten, wat tot ernstig gewichtsverlies leidt.

BN wordt gekenmerkt door herhaalde episodes van overeten gevolgd door compenseergedrag, zoals zelf opgewekt braken, laxeermiddelenmisbruik of excessief sporten om gewichtstoename te vermijden.

De EetBuiStoornis (EBS) is in de DSM-5 een aparte categorie eetstoornis. Deze toevoeging is bedoeld om te benadrukken dat er substantiële verschillen zijn tussen de EBS en het gewone fenomeen van overeten. EBS wordt gekenmerkt door terugkerende episodes van significant meer voedsel eten in een korte tijdsspanne dan de meeste mensen zouden eten onder vergelijkbare omstandigheden, met episodes gemarkeerd door gevoelens van controleverlies. Iemand met EBS kan te snel (gehaast) eten, zelfs wanneer hij of zij geen gevoel van honger heeft. De persoon kan gevoelens van schuld, schaamte of afgunst hebben en de eetbuien stiekem uitvoeren. De stoornis is geassocieerd met duidelijk lijden en komt gemiddeld minimaal één keer per week gedurende drie maanden voor.

Hoe deze verschillende ES zich verhouden ten opzichte van elkaar wordt duidelijk in onderstaand schema (Vandereycken, 2002).



Eetstoornissen en zwanger worden

In vergelijking met vrouwen met BN, verloopt de psychoseksuele ontwikkeling van vrouwen met AN trager, zijn zij minder seksueel actief en rapporteren meer seksuele klachten. Amenorroe (primair of secundair uitblijvende menstruatie) is vaak een van de eerste lichamelijke signalen van AN. Een actieve AN leidt tot inactieve kleine ovaria, door het ontbreken van stimulatie door de hypofysehormonen FSH en LH (uitval van de zogenaamde 'hypothalamus-hypofyse-gonadale as'). Nochtans kunnen deze vrouwen zwanger worden in een periode waarin ze tijdelijk ovuleren. Bij AN is dus sprake van een verminderde vruchtbaarheid, terwijl dit bij vrouwen met BN niet het geval is (Micali & Schmidt, 2006).

Twee grote populatiestudies (Easter e.a., 2011; Hoffman e.a., 2011) tonen aan dat vrouwen met een actieve ES enerzijds vaker een fertiliteitscentrum consulteren en anderzijds meer ongeplande

zwangerschappen hebben en vaker abortus plegen. Het uitblijven van menstruaties onderhoudt bij hen het geloof dat ze niet zwanger kunnen worden. De kennis over anticonceptie is vaak verre van accuraat.

Effecten van de zwangerschap op de eetstoornis

De meeste studies (Hoffman et al., 2011; Micali & Schmidt, 2006) geven aan dat er een significante afname is van de eetsymptomatologie tijdens de zwangerschap. Opmerkelijk is dat een derde van deze vrouwen overtuigd is dat een zwangerschap kan helpen hen te genezen van een eetstoornis. Nochtans reageren deze vrouwen negatiever tegenover de vaststelling dat ze zwanger zijn (Easter e.a., 2011). Voor veel vrouwen met ES zijn de lichaamsveranderingen en gewichtstoename ten gevolge van de zwangerschap makkelijker te aanvaarden. Dit neemt echter niet weg dat ondanks dit 'herstel' de verstoorte cognities over lichaam, gewicht en zelfbeeld wel degelijk (latent) aanwezig blijven (Cuffo, 2008). Zwangere vrouwen met een ES reduceren het uitgelokt braken en het misbruik van laxeermiddelen, uit angst de foetus te beschadigen, maar nemen hun toevlucht tot excessief bewegen om extra calorieën te verbranden of tot roken om hun hongergevoel onder controle te houden (Watson e.a., 2012).

Effecten van de eetstoornis op zwangerschap en bevalling

Vrouwen met een voorgeschiedenis van ES of een actieve ES van het purgerende subtype (zelf uitgelokt braken en/of laxantiamisbruik) hebben een verhoogd risico op hyperemesis gravidarum (zwangerschapsbraken). Deze symptomen kunnen een actieve ES camoufleren.

Er is weinig bekend over het voedingsgedrag van vrouwen met een actieve ES rond de conceptie, tijdens de zwangerschap en de mogelijke gevolgen hiervan op de foetus. Micali en Treasure (2009) werkten een risicomodel uit. Een tekort aan proteïnen in de voeding, in combinatie met verhoogde concentraties van stresshormonen (door de verstoorte terugkoppeling naar hypofyse vanuit de bijnier, angst en depressie), kan aanleiding geven tot groeivertraging, lager geboortegewicht en een negatieve latere ontwikkeling bij het kind. Het restrictieve voedingspatroon kan tevens leiden tot laag foliumzuur, ijzer en suikers in het bloed. Bij AN kan zelfs sprake zijn van al of niet symptomatische hypoglycaemieën. Bij BN spelen schommelingen in de bloedsuikerspiegels ook een mogelijke rol bij het vaker voorkomen van miskramen.

Hoewel dit risicomodel aannemelijk lijkt, worden deze hypothesen in wisselende mate bevestigd in empirisch onderzoek. Waar vroegere studies (voor overzicht zie Micali & Schmidt, 2006; Bansil, 2008) wezen op een verhoogd risico voor op complicaties, zoals een lager geboortegewicht, prematuriteit en intra-uteriene vruchtdood, lijken grotere populatiestudies dit niet te bevestigen (Hoffman e.a., 2011, Micali e.a., 2012). Dit kan mogelijk verklaard worden door de variabiliteit (actueel actieve ES

versus lifetime prevalentie ES) in ernst van de ES-psychopathologie, de wisselende onderzoekspopulaties en het al dan niet corrigeren voor bijkomende versturende factoren. Uit een recente meta-analyse komt echter wel naar voren dat kinderen van moeders met AN gemiddeld een bijna 200 g lager geboortegewicht hebben dan moeders zonder AN (Solmi, 2014).

Hoewel overtuigend wetenschappelijk bewijs ontbreekt, is het in algemene zin goed om bij vrouwen met ES rekening te houden met zwangerschaps- en geboortecomplicaties.

Postpartum eetpatroon en lichaamsbeeld

De zorg voor de baby kan extra stressvol en belastend zijn voor het eet- en slaappatroon van de jonge moeder met ES. Vermits zij lange tijd alleen thuis is, geeft haar dit de gelegenheid om (stiekem) terug te keren naar de eetsymptomatologie, als copingstrategie om met de druk van de verwachtingen, de spanningen en de negatieve gevoelens die deze verandering in hun leven kan veroorzaken, om te gaan. Vanwege het fysiologische gewichtsverlies na de bevalling en omdat ze niet langer voor het kind 'gezonder' hoeven te eten, kunnen vrouwen snel weer terugvallen in hun eetstoornis.

Borstvoeding

Onderzoek geeft een tegenstrijdig beeld over borstvoeding bij vrouwen met ES (Hoffman et al., 2011). Het al dan niet geven van borstvoeding kan bepaald worden door negatieve gevoelens of omstandigheden, zoals de angst om via borstvoeding het kind te veel te laten eten, het optreden van een postpartum depressie of een obsessieve bezorgdheid om zo snel mogelijk weer het gewicht van voor de zwangerschap te bereiken.

De relatie met het kind

Uit onderzoek komt naar voren dat moeders met een (voorgeschiedenis van) ES een grotere kans hebben op voedingsproblemen bij hun baby. Deze associatie lijkt vooral verklaard te worden door bijkomende angst en depressie (Micali e.a., 2011). Ook op latere leeftijd (7-10 jaar) hebben kinderen van moeders met een ES een verhoogde kans op het krijgen van psychische klachten. Hierbij staan met name emotionele problemen als angst en depressie op de voorgrond (Micali e.a., 2014).

Vermits vrouwen met een eetstoornis zich in relaties vaak minderwaardig voelen vanuit een tekort aan zelfvertrouwen en een broze eigenwaarde, zullen ze er alles aan doen om zo goed mogelijk over te komen bij anderen en de ander te behagen. Een 'perfecte' moeder willen zijn, verhoogt de druk en de onzekerheid ten aanzien van het kind en kan aanleiding geven tot een problematische hechting

tussen moeder en kind. Wanneer moeder zich voelt falen in haar nieuwe rol, kan dit een bijkomende trigger zijn voor terugval in de ES.

Comorbiditeit

ES hebben een hoge comorbiditeit met stemmings- en angststoornissen. Vrouwen met een ES (in de voorgeschiedenis) rapporteren in een populatie onderzoek 36% klinisch relevante depressieve klachten tijdens de zwangerschap en 45% na de zwangerschap. Vrouwen met een ES scoren even hoog of zelfs hoger op het voorkomen van een postpartum depressie in vergelijking met moeders met een depressie in hun voorgeschiedenis. Bovendien hebben vrouwen met een ES van het purgerende subtype vaker een traumatische voorgeschiedenis (Carreto-Garcia e.a., 2012), hetgeen het risico op postpartum depressie verhoogt (Hoffman et al., 2011; Micali & Schmidt, 2006).

Behandeling

Screening

De aanwezigheid van een actieve ES beïnvloedt het verloop van een zwangerschap en is geassocieerd met mogelijke complicaties

Het behandeladvies vanuit de wetenschappelijke literatuur is:

- 1) als een vrouw met een actieve ES zich aandient voor behandeling en zij heeft tevens kinderwens (vaak de motivatie om in behandeling te gaan), is het belangrijk dat vanaf het begin de prioriteiten besproken en duidelijk gesteld worden. Het is belangrijk om de partner te betrekken bij de behandeling en zicht te krijgen op de relationele dynamiek en welke rol de ES en de kinderwens hierbij spelen;
- 2) Als een echtpaar zich aanmeldt op een fertiliteitscentrum en er blijkt sprake te zijn van een actieve ES, dan dient de prioriteit uit te gaan naar behandeling van de ES. Het paar hiervoor motiveren spaart hen inspanningen, kosten, stress en complicaties van geassisteerde bevruchtingstechnieken.

Een recente studie (Easter et al., 2013) geeft aan dat ES meer voorkomen dan verwacht bij zwangere vrouwen. Daarom is een adequate screening van de ES vroegtijdig in de zwangerschap aangewezen. Gynaecologen kunnen hiervoor gebruik maken van een eenvoudig gestandaardiseerd instrument: de SCOFF vragenlijst (Morgan e.a., 1999). Dit is een korte vragenlijst, waarbij de patiënt antwoordt met ja/nee (zie kader). Bij twee of meer ja-antwoorden is er een sterke aanwijzing voor de aanwezigheid van een eetstoornis en is verwijzing naar een deskundig therapeut aangewezen.

[Kader]

SCOFF- vragenlijst

- 1) Voel je je ongelukkig omdat je je oncomfortabel vol voelt, als je gegeten hebt?
- 2) Maak je je zorgen over het feit dat je controle hebt verloren over hoeveel je gegeten hebt (gevoel van controleverlies)?
- 3) Heb je in de voorbije drie maanden meer dan vijf kilo verloren?
- 4) Ben je ervan overtuigd dat je dik bent, terwijl anderen zeggen dat je oké of te dun bent?
- 5) Zou je durven stellen dat lichaam, voeding en gewicht je leven domineren?

Verwijzing: de motivatie scherp stellen

Vrouwen met ES laten zich niet zomaar verwijzen voor behandeling hiervan, zeker niet wanneer hun focus is zwanger worden. Onderzoek onder Amerikaanse gynaecologen toont aan dat slechts de helft van hen vindt dat het opsporen van een ES binnen hun werkveld valt en een overgrote meerderheid geeft aan dat hun kennis over deze problematiek ontoereikend is (Leddy e.a., 2009). Bovendien spreken de meeste vrouwen bij hun fertiliteitsarts of gynaecoloog niet over het actueel zijn van een ES of over hun negatieve gevoelens tegenover het registreren van hun gewicht.

Alhoewel het zwanger willen worden of het zwanger zijn vrouwen met ES motiveert om aan hun problematiek te werken, blijft er heel wat ambivalentie aanwezig om de nodige veranderingen door te voeren om de ontwikkeling en de gezondheid van de foetus niet in gevaar te brengen. Dit kan voor de verloskundige zorgverlener frustrerend zijn, vermits de rationele argumenten niet aanslaan. Het is voor de omgeving soms moeilijk te begrijpen dat een ES subjectief ook voordelen oplevert. De controle over hun gewicht helpt vrouwen met een ES een gevoel te geven 'speciaal' te zijn en zich 'veilig' te voelen, om zich te beschermen tegenover negatieve gevoelens en gedachten vanuit hun laag zelfwaarde gevoel. Dit staat in literatuur beschreven en wordt door cliënten in therapie ook zelf aangegeven.

Vandaar dat het aangewezen is hen vanuit een gepersonaliseerde feedback te motiveren om hulp te zoeken voor hun ES. Schuldinducerende opmerkingen en elke vorm van kritiek zijn af te raden, want deze verminderen de bereidheid tot veranderen. In de motiverende gespreksvoering moeten eerst aanknopingspunten gezocht worden bij de kennis die de zwangere vrouw heeft, om van daaruit de misvattingen bij te sturen. Toestemming vragen om aan de vrouw verdere informatie omtrent zwangerschap en ES te mogen geven, bezorgt deze vrouwen vervolgens op een respectvolle manier een gevoel van controle en vrijheid. Tot slot is het belangrijk om deze informatie stapsgewijs te geven, zodat getoetst kan worden wat deze kennis voor haar betekent.

Het hele traject van motivering tot behandeling van de eetstoornis kan gebeuren in aanwezigheid van de partner, wat een bijkomende motivationele hefboom kan zijn tot het verhogen van de bereidheid om in behandeling te gaan voor de ES.

Basisprincipes van behandeling

Aangezien er tot op heden weinig bekend is over de oorzaken van AN, BN en EBS, is de behandeling vaak gericht op de in stand houdende factoren van ES. Vandaar dat een multidisciplinaire behandeling van een eetstoornis wordt aanbevolen. Het behandelteam kan bestaan uit een psychotherapeut, een diëtist, een psychomotorisch therapeut, een relatietherapeut en eventueel een psychiater voor medicamenteuze behandeling. Op basis van effectiviteitsonderzoek is Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) zowel voor AN als BN het meest doeltreffend (Waller e.a., 2007). De eerste doelstelling is het aanpakken van de eetsymptomatologie. Dit betekent voor AN het opbouwen van een gezond eetpatroon met een gewichtsherstel (BMI: 20-24,9). Als de vrouw zwanger is, dient er extra aandacht besteed te worden aan de kwaliteit van de voeding tijdens dit gewichtsherstel om negatieve effecten op de ontwikkeling van de foetus te voorkomen (Hoffman e.a., 2011). Dit betekent voor BN het opbouwen van een gezond eetpatroon en het stopzetten van het compensatoir gedrag en de eetbuien. Parallel hieraan worden de overgewaardeerde overtuigingen rond lichaam, voeding en gewicht gewijzigd via cognitieve gedragstherapie (Waller e.a., 2007). Daarnaast is het bij volwassen vrouwen aangewezen dat parallel partnerrelatietherapie plaatsvindt, waarbij thema's als vruchtbaarheid, kinderwens en ouderschap een centrale plaats innemen (Norré, 2008). Wanneer dit in een ambulante setting onvoldoende succesvol is, kan een residentiële behandeling aangewezen zijn om destructieve patronen te doorbreken.

Conclusies en praktische aanbevelingen

- Hoewel de vruchtbaarheid van vrouwen met AN afgenomen is kunnen zij toch zwanger worden. Als er geen zwangerschapswens is, dient anticonceptie aangeraden te worden.
- Als vrouwen met een ES een kinderwens hebben, is het belangrijk eerst de ES te behandelen, alvorens fertiliteitsonderzoek of behandeling te starten.
- Bij intake voor zwangerschap dient de BMI te worden vastgesteld en bij een waarde <20 navraag en screening naar ES te worden gedaan, bijvoorbeeld met de SCOFF vragenlijst (zie tekst).
- Motiveer vrouwen met ES voor verwijzing en (multidisciplinaire) behandeling en betrek hierbij de partner. Vermijd schuldinducerende opmerkingen of kritiek. Als behandeling wordt geweigerd, betrek dan in elk geval een diëtist.
- Adviseer vrouwen met een ES tijdens de zwangerschap en borstvoeding periode een multivitaminepreparaat voor zwangeren.
- Controleer alleen bij vrouwen met een actuele ES bij elke zwangerschapscontrole op electrolyten en uitdroging, vanwege de verhoogde kans op hartritmestoornissen.

- Vanwege een (mogelijk) verhoogd risico op groeivertraging lijkt het zinvol om bij actieve ES de foetale groei echoscopisch te vervolgen.
- Vrouwen met (een voorgeschiedenis van) ES hebben na de bevalling een sterk verhoogd risico op terugval/verergering van de ES, bijkomende depressie en een verstoorde moeder-kind relatie, inclusief voedingsproblemen bij het kind. Het is daarom aan te bevelen na de bevalling extra controles aan te bieden van de en zo nodig te verwijzen naar gespecialiseerde hulp voor moeder en kind.

Referenties

- Bansil, P. (2008). Eating disorders among delivery hospitalizations: prevalence and outcome. *Journal of Women's Health, 17*, 1523-1528.
- Cuffo, S. (2008). Clinical implications for pregnant women in recovery from a severe eating disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 68*, 4815.
- Easter, A., Treasure, J., & Micali, N. (2011). Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *British Journal Obstetry and Gynaecology, 118(12)*, 1491-1498.
- Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2013) Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy? *Europeen Eating Disorder Review, 1002*.
- Hoffman, E.R., Zerwas, S.C. & Bulik, C.M. (2011) Reproductive issues in anorexia nervosa. *Expert Review Obstetrics & Gynecology, 6(4)*, 403-414.
- Leddy, M.A., Jones, C., & Morgan, M.A. (2009) Eating disorders and obstetric-gynecologic care. *Journal of Womans Health, 18(9)*, 1395-1401.
- Micali, N., & Schmidt, U. (2006). Managment of eating disorders in pregnancy and the pueperium. In O'Keane, V., Marsh, M., & Seneviratne, G. (Reds.) *Psychiatry Disorders and Pregnancy*. London, Taylor & Francis, 125-142.
- Micali, N. & Treasure, J. (2009). Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review. *Eur.Eat. Disorders Rev., 17*, 448-454.
- Micali N, Simonoff E, Stahl D, Treasure J (2011). Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *J Child Psychol Psychiatry. 52(7)*:800-7.
- Micali, N., Northstone, K., Emmett, P., Naumann, U., & Treasure, J. (2012) Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: a longitudinal study of women with lifetime eating disorders. *Br J Nutr., 108(11)*, 2093-2099.
- Micali N, De Stavola B, Ploubidis GB, Simonoff E, Treasure J. (2014) The effects of maternal eating disorders on offspring childhood and early adolescent psychiatric disorders. *Int J Eat Disord. May;47(4)*:385-93.
- Morgan, J., Reid, F., & Lacey, H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disoorders. *BMJ, 319*, 1467-1468.
- Preti A., de Girolamo G., Vilagut G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, J., Haro, J.M., Morosini, P., (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research, 43(14)*, 1125-1132.
- Solmi F, Sallis H, Stahl D, Treasure J, Micali N. (2013) Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiol Rev.; 36(1)*:49-56.

Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., & Russell, K. (2007). *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: a comprehensive treatment guide*. Cambridge: Cambridge University Press.

Watson, H.J., Von Holle, A., Hamer, R.M., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P., Stoltenberg, C., Sullivan, P., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C.M. (2012). Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort. *Psychol Med.* 20,1-12.