

Hoe innovatief en doordacht alle informatie ook was die deze dag mij als deelnemer heeft verschaft, feitelijk bevestigde alles eens te meer de al eeuwen bekende uitspraak van de Romeinse dichter Juvenalis:

Mens sana in corpore sano.

Oftewel: Een gezonde geest in een gezond lichaam. Het belang en de essentie hiervan voor een bewust en even-

wichtig leven, kan ik nu in ieder geval eens te meer onderschrijven!

Angélique Bols

Voor een uitgebreide weergave van de lezingen en workshops, zie: www.lichaamengeest.nl

75% van anorexiapatiënten geneest na een behandeling met de Mandometermethode*.

Tenminste, dat claimen de Zweedse bedenkers van deze relatief nieuwe behandeling (zie box 1). Dat is veel meer dan de 50% die de meeste klinieken rapporteren. Ook het terugvalpercentage (10% in vijf jaar) is extreem laag. De gedachte achter de Mandometermethode verschilt dan ook fundamenteel van andere behandelingen.

Een andere benadering van Anorexia Nervosa

De theorie in het kort

De Mandometermethode is gebaseerd op de behandelingsmethode van William Gull (1816-1890), de arts die de naam anorexia nervosa voor het eerst gebruikte. Zijn behandeling bestond uit twee delen: onder streng toezicht het eetpatroon herstellen en de patiënt warm en inactief houden zodat de patiënt niet onnodig energie verliest. Gull beschreef toen al hoe deze methode verschillende patiënten genas, maar had nog geen idee waaróm de behandeling zou werken.

Net als de behandeling van Gull is de Mandometermethode er vooral op gericht het eetpatroon te herstellen en de activiteit van patiënten te verminderen. De Zweedse onderzoekers die de Mandometermethode hebben ontwikkeld, hebben daarentegen wel een theorie waarom deze methode succesvol is. Ook sommige Nederlandse

* Bergh C, Brodin U, Lindberg G and Södersten P, Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa, PNAS 2002, 99: 9486-9491

De Mandometermethode

De Mandometermethode is een relatief nieuwe behandelingsmethode voor anorexia nervosa. De methode is ontwikkeld in Zweden en wordt daar in vier klinieken toegepast. Ook in de Verenigde Staten en Australië zijn klinieken die de Mandometermethode toepassen.

Behandeling

De Mandometermethode is er vooral op gericht om het eetpatroon te herstellen. Daarvoor krijgt elke patiënt een mandometer een klein weegschaaltje verbonden met een computer, onder zijn bord. Deze computer geeft aan hoeveel gram eten er op het bord ligt, hoe snel je eet en wat de ideale eetsnelheid zou moeten zijn. Bovendien vraagt de computer regelmatig hoe de patiënt zich voelt. Daarnaast krijgen patiënten een warmte-behandeling, waarbij hun, vaak verstoorde, lichaamstemperatuur op peil wordt gehouden. Bovendien wordt geprobeerd om de hyperactiviteit van patiënten terug te dringen. Tot slot wordt er toegewerkt naar een volledige terugkeer in de maatschappij.

Resultaten

De resultaten van de Mandometermethode lijken hoopgevend. In 2008 werd een onderzoek gepubliceerd waarbij 45 patiënten uit drie klinieken gevolgd zijn. 75 % van hen was na een jaar genezen, en de terugval na 5 jaar bleek 10% te zijn¹. Dat is een goede score, aangezien de gangbare methoden voor 50% werkt, waarvan nog weer 30% binnen vijf jaar terugvalt.

Het verschil

De Mandometermethode verschilt met andere behandelingen voor Anorexia in de manier waarop men naar anorexia kijkt. De meeste behandelingen zijn gericht op het oplossen van psychische problemen van patiënten, waardoor hun eetgedrag vanzelf gaat veranderen. De Mandometermethode gaat er juist vanuit dat psychische problemen en andere klachten veroorzaakt worden door het verstoorde eetpatroon. Door het eetpatroon te verbeteren zouden de andere symptomen en problemen vrijwel vanzelf moeten verdwijnen.

onderzoekers, zoals de Groningse neuro-endocrinoloog Anton Scheurink, hebben bijgedragen aan het formuleren van dit idee. Volgens die theorie is anorexia een gevolg van een disregulatie en disbalans van regulerende stoffen, neurotransmitters, in de hersenen. Deze disbalans in neurotransmitters kan ontstaan als een persoon begint met diëten.



SCAN0024

Twee factoren, namelijk de kick van het afvallen en hyperactiviteit, veroorzaken een verhoging van de neurotransmitters dopamine en noradrenaline. Bij anorexiagevoelige mensen kunnen deze stoffen elkaar en het dieetgedrag versterken. Daardoor kan een patiënt in een negatieve spiraal terecht komen, waarbij diëten het belangrijkste wordt in het leven van de patiënt. Volgens de onderzoekers is een herstel van het eetpatroon de enige manier om uit deze negatieve spiraal te komen.

De kick van het afvallen

De eerste factor die meespeelt bij het ontstaan van die negatieve spiraal, is de kick van het afvallen. Bijna iedereen probeert wel eens af te vallen. Als de wijzer op de weegschaal een kilootje minder aanwijst kan dat een kick geven. Het afvallen heeft moeite gekost, maar dat kilootje eraf is een mooie beloning.

Die kick van het afvallen zorgt ervoor dat je hersenen dopamine gaan maken. Dopamine is een neurotransmitter die in de hersenen wordt vrijgegeven als er leuke dingen gebeuren. Dopamine komt bijvoorbeeld ook vrij bij het eten van chocola, drugsgebruik en risicosporten. Bij welke gebeurtenissen of activiteiten dopamine vrijkomt, verschilt per persoon. Als die dopamine eenmaal wordt gemaakt, geeft dat een goed gevoel, dat een tijdje blijft. Een echte beloning dus.

Niet iedereen krijgt anorexia, hoewel veel mensen proberen af te vallen. De reactie op die dopaminekick verschilt per persoon. Bij anorexiapatiënten kan er door die kick net zoiets gebeuren als bij verslaving; je wordt afhankelijk van die dopaminekick. Zoals een alcoholverslaafde die ontdekt dat alcohol zorgt dat hij zich beter gaat voelen (want alcohol zorgt bij die persoon voor veel dopamine). Hij zal steeds weer op zoek gaan naar meer alcohol. De hersenen registreren vanzelf dat dat goede gevoel en de alcohol met elkaar samenhangen. Ook het zoeken naar drank, het stelen, liegen en bedriegen horen daarbij. Omdat dat allemaal nodig is om uiteindelijk alcohol - en dus die dopaminekick - binnen te krijgen. Zo is alcoholverslaving eigenlijk een leerproces, waarbij iemand leert dat het verslavende middel, de mensen die daarbij horen (de drankmaatjes), de omgeving (het café) en het liegen, allemaal samenhangen met die ene beloning: een dopaminekick.

Op een soortgelijke manier kan bij anorexiapatiënten het afvallen dopamine vrijmaken. Zij zullen het afvallen

echt als een kick ervaren. Na verloop van tijd registreren de hersenen dat er een verband is tussen afvallen, de dopaminetoeename en het goede gevoel daarvan. Daardoor worden de minder leuke aspecten van het diëten, zoals het laten staan van lekker eten, ruzie maken over eten en zelfs het hongergevoel, toch de moeite waard. Want samen leiden ze tot die ene beloning: een nieuwe dopaminekick. Het vooruitzicht van die beloning maakt al het andere daaraan ondergeschikt.

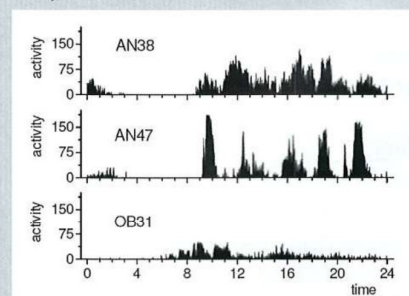
Daarnaast is er een andere neurotransmitter, noradrenaline, die een rol lijkt te spelen bij het in stand houden van het dieetgedrag. Deze neurotransmitter blijkt bij ernstig ondergewicht toe te nemen. Noradrenaline zorgt ervoor dat je je steeds meer bewust bent van je omgeving. Bovendien zorgt noradrenaline dat je je op één ding gaat focussen; het afvallen. Het afvallen kan zo een obsessie worden: het begin van anorexia. De patiënt trekt zich terug uit de sociale omgeving, en heeft er alles voor over om maar niet te hoeven eten. Alles voor die dopaminekick.

Hyperactiviteit en evolutie van eetgedrag

De tweede factor die die negatieve spiraal in stand houdt, is de hyperactiviteit, één van de opmerkelijkste verschijnselen van anorexia. Hoe minder patiënten eten, hoe actiever ze worden. Niet alleen bewegen ze bewust om af te vallen, ook onbewust zijn anorexiapatiënten actiever. Uit een onderzoek hiernaar blijkt heel duidelijk het verschil in activiteit tussen anorexia- en obesitaspatiënten (figuur 1).

Figuur 1

De activiteit van twee anorexia-patiënten en een obesitaspatiënt. De piek van anorexiapatiënten is veel hoger dan die van obesitaspatiënten

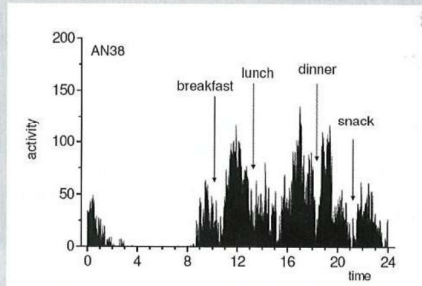


Bovendien blijkt dat anorexiapatiënten het actiefste zijn vlak voor een maaltijd (figuur 2). Ook bij dieren met ondergewicht is deze hyperactiviteit waargenomen. Blijkbaar bewegen patiënten niet alleen bewust om af te vallen. De patiënten blijken juist ook onbewust te bewegen, veroorzaakt door hun ondergewicht.

Deze hyperactiviteit lijkt tegenstrijdig, maar is te verklaren als je kijkt naar de geschiedenis van de mens. De

Figuur 2

De activiteit van een anorexiapatiënt. Er zijn duidelijke pieken te zien voor iedere maaltijd



mens heeft in de loop van de eeuwen vaak te maken gehad met honger en schaarste. Alleen als het lichaam zich goed kon aanpassen aan tijden van schaarste, kon een mens dat overleven. Het lichaam paste zich bijvoorbeeld aan door inactief te worden als er wel voedsel was, zodat de energie bewaard bleef voor tijden van schaarste. In tijden van schaarste moest het lichaam juist wél actief worden, ondanks een tekort aan energie. Doordat er tijdens het actief zoeken naar voedsel dopamine in de hersenen wordt aangemaakt, werd de activiteit beloond, ook als er geen voedsel gevonden werd. Dat zorgde ervoor dat het voedselzoeken toch leuk bleef, en men door ging met zoeken. Evolutionair gezien is hyperactiviteit bij voedseltekort dus nodig om te overleven. Daarbij is het nuttig dat de hersenen bij activiteit dopamine aanmaken, zodat het voedselzoeken leuk blijft, en je door blijft gaan, ook als het door de honger bijna niet vol te houden is.

De behandeling van anorexia nervosa

Volgens bovenstaande theorie begint anorexia nervosa dus met onschuldig lijnen. Bij gevoelige mensen kunnen de dopaminekick van het afvallen, het goede gevoel, de toegenomen noradrenaline en de hyperactiviteit zorgen dat iemand anorexia gaat ontwikkelen.

De behandeling volgens de Mandometermethode speelt in op deze theorie. Als anorexia ontstaat door te weinig voedselinname, zo redeneren de Zweedse onderzoekers, zou herstel van het eetpatroon de eerste stap naar genezing moeten zijn. Als de patiënt weer gewoon gaat eten, neemt de hoeveelheid noradrenaline af, waardoor het obsessieve gedrag verdwijnt, en de patiënt de link tussen de dopaminekick en het afvallen minder sterk ervaart. Ook de hyperactiviteit zou dan vanzelf minder moeten worden. Precies zoals William Gull zijn patiënten ruim een eeuw geleden behandelde.

Ondanks alle optimisme over deze behandelmethode beseffen de mandometerklinieken wel dat er een groot gevaar van terugvallen is na herstel. De patiënten hebben immers een sterk verband gelegd tussen het afvalgedrag en hun omgeving. De kans dat ze in hun oude omgeving weer in hun oude gedrag gaan terugvallen, is daardoor groot. Daarom wordt patiënten vaak aangeraden om ergens anders te gaan wonen, omdat ze in die nieuwe omgeving niet herinnerd worden aan hun oude gedrag.

Hoewel de lichamelijke en psychische symptomen van anorexia sterk verminderen als het eetpatroon hersteld is, is niet alles automatisch opgelost. Het feit dat patiënten zo'n behoefte aan de dopaminekick van het afvallen hadden, zou erop kunnen wijzen dat de patiënt zich niet gelukkig voelde voordat hij anorexia ontwikkelde. Op de één of andere manier moet voorkomen worden dat de patiënt weer gaat vluchten in het dieetgedrag. Daarom wordt bij de behandeling met de Mandometermethode ook aan psychische problemen aandacht gegeven.

Literatuur

- Bergh C, Brodin U, Lindberg G and Södersten P, Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa, PNAS 2002, 99: 9486-9491
- Court J, Bergh C and Södersten P. Mandometer treatment of Australian patients with eating disorders. - MJA 2008; 188: 120-121.
- Hartman D, Anorexia nervosa - diagnosis, aetiology, and treatment, Postgrad Med J 1995; 71: 712-716
- Nieuw Amsterdams Peil, Mandometer: doorbraak bij behandeling eetstoornissen of dure gebakken lucht?, 26 oktober 2007, gezien op www.mediaudies.nl op 1 maart 2010
- Pearce J M S, Richard Morton: Origins of Anorexia nervosa, Eur Neurol 2004;52:191-192
- Pedagogiek.net, Mandometer-methode bij eetstoornissen, 21 juni 2006, gezien op <http://www.pedagogiek.net> op 1 maart 2010
- Scheurink A J W, Boersma G J, Nergårdh R, Södersten P, Neurobiology of Hyperactivity and Reward: Agreeable Restlessness in Anorexia Nervosa, Physiology & Behavior. 100(5):490-495, 2010