

# Psychologische aandachtspunten bij bariatrische heelkunde



ROZEMARIJN JEANNIN



AN STRAUVEN



ILSE ULEENS



AN VANDEPUTTE

Kenniscentrum Eetexpert

## Inleiding /abstract

Bariatrische heelkunde (BHK) wordt beschouwd als de meest effectieve manier om gewicht te verliezen bij morbide obesitas [1]. Door de fysieke, cognitieve en hormonale veranderingen die de ingreep met zich meebrengt, vormt BHK een hulpmiddel om levensstijlaanpassingen door te voeren en gezondheidswinst te boeken [2, 3]. BHK brengt daarnaast risico's met zich mee die gemonitord moeten worden. Zo is er een beduidend verhoogde kans op nutritionele tekorten en verandert de farmacokinetiek,

waardoor de opname van medicatie gewijzigd wordt [4]. Verschillende studies tonen aan dat bij een significante groep patiënten ook psychologische problemen ontstaan, zoals depressie, verstoord eetgedrag, lichaamsontevredenheid, en middelenmisbruik [5, 6, 7, 8]. De begeleiding van obesitas in het algemeen en bariatrische heelkunde in het bijzonder vraagt daarom een multidisciplinaire aanpak. Dit artikel zoomt in op enkele specifieke psychologische risico's die bij een deel van de bariatrische populatie voorkomen en relevant zijn voor de diëtistenpraktijk: eetstoornissen en alcoholproblemen.

## Het multidisciplinair traject voor en na BHK en het opsporen van psychologische aandachtspunten

Het bariatrisch team heeft *preoperatief* een belangrijke taak om het behandelingsucces te optimaliseren. Diverse internationale richtlijnen bevelen zorgvuldige screening aan door een multidisciplinair team met medische, chirurgische, psychiatrische en nutritionele expertise [9, 10, 11]. Hierbij wordt heel wat aandacht besteed aan het voorbereiden van de leefstijlaanpassingen die de patiënt na de operatie zal moeten doorvoeren, educatie rond (fysieke en sociale) gevolgen en mogelijke complicaties van de ingreep, het opbouwen van een werkrelatie met de verschillende hulpverleners, het werken aan kwaliteitsvolle motivatie, maar ook aan eventuele barrières voor succes.

Als basis moet er een goed behandelplan op maat uitgewerkt worden. Daartoe worden de probleemgebieden in kaart gebracht door het team. Samen met de psycholoog wordt vervolgens een probleemsamenhang uitgewerkt die als basis kan dienen voor verdere interventies door de verschillende teamleden. Voor een goed traject is het essentieel dat de functies van het verstoorde eetgedrag goed in kaart zijn gebracht en de onderliggende psychologische mechanismen grondig zijn verkend. Verder wordt ook ingeschat of de patiënt in staat zal zijn om met de gevolgen van de operatie om te gaan en de vereiste gedragsveranderingen en instructies op te volgen [12]. Zo komen psychiatrische stoornissen vaker voor bij patiënten die zich aanmelden voor BHK dan bij algemene populatie [13]. Tegenindicaties voor BHK zijn ernstige depressie, zelfmoordgedachten, bipolaire stoornis, manie, psychose, middelenmisbruik en boulimia nervosa (purgeergedrag). Deze moeten eerst behandeld worden en stabiel zijn [14, 11]. Bij patiënten die een verleden van seksueel misbruik kennen, kan de toegenomen aandacht van anderen voor hun lichaam als bedreigend worden ervaren [11]. Verder kan gebrekkige coping bij stressmomenten gepaard gaan met een nieuwe gewichtstoename. Deze problemen worden ingeschat, evenals het sociaal netwerk en de motivatie van de patiënt [15, 16]. Op basis van de risicofactoren die aan bod komen tijdens de preoperatieve evaluatie, kunnen aanbevelingen geformuleerd worden naar de patiënt en naar het chirurgisch team toe [15, 16].

Ook *postoperatief* is psychologische follow-up noodzakelijk, naast medische, nutritionele en bewegingsgerelateerde opvolging. Het is essentieel dat de periode na de operatie,

die doorgaans gekenmerkt wordt door snel gewichtsverlies, gepaard gaat met leefstijlveranderingen om het gewichtsverlies te behouden. Hiervoor moeten ook de oorzakelijke factoren die een rol gespeeld hebben in de obesitasproblematiek behandeld worden, zoals emotioneel eten als copingmechanisme, een negatief lichaamsbeeld, disfunctionerende schema's en vermijdingsgedrag en moeilijkheden met het reguleren van het eetgedrag [17]. Verder moeten patiënten gemonitord worden rond het optreden of terugkeren van eet- en stemmingsproblemen, middelenmisbruik en andere psychiatrische symptomen. Depressieve klachten dalen beduidend in het eerste jaar na de ingreep, maar kunnen nadien terug toenemen [18]. Hiervoor worden verschillende verklaringen geopperd. Ten eerste zijn er **medische**, biologische en genetische factoren die van invloed zijn op stemming, zoals het voortduren of terugkeren van medische comorbiditeiten en farmaco-kinetische veranderingen die de absorptie van medicatie beïnvloeden (bv. van antidepressiva). Ten tweede zijn er een aantal **psychosociale mechanismen** die dit proces kunnen beïnvloeden, waaronder laag zelfbeeld, verstoord lichaamsbeeld en problemen in de partnerrelatie door veranderingen in relatiedynamiek na het gewichtsverlies. De achteruitgang in depressieve klachten kan ook **gewichts- of eetgerelateerd** zijn, bijvoorbeeld door gevoelens van teleurstelling rond (de impact op levenskwaliteit van) het bereikte gewichtsverlies, of door het ontstaan van verstoord eetgedrag. Opvallend is dat er een verhoogd suïciderisico blijkt te bestaan een tweetal jaar na de operatie [8, 19].

## Enkele bijzondere risico's uitgediept

### Eetstoornissen

Onderzoek heeft aangetoond dat eetstoornissen vaak aanwezig zijn bij obesitaspatiënten die BHK ondergaan, zowel vóór de operatie als erna. De eetbuistoornis is één van de meest voorkomende stoornissen bij deze groep. Naar schatting voldoet 30% van alle obesitaspatiënten die zich aanmelden voor BHK aan de criteria van de eetbuistoornis. De aanwezigheid van een eetstoornis voorafgaand aan de operatie is een voorspeller van het hebben van een eetstoornis twee of meer jaren na de operatie. In de prevalentie van eetbuien is een verbetering merkbaar na bariatrische chirurgie (omdat een eetbui hebben fysiek onmogelijk is geworden), maar **controleverlies** tijdens het eetgedrag komt nog steeds voor

door bijvoorbeeld de hele dag door kleine hoeveelheden te eten ('grazen'). Controleverlies rond eten dat na de ingreep ontstaat, gaat gepaard met een minder gunstige gewichtsevolutie [5]. Het hebben van een eetbuisstoornis vóór de operatie is geassocieerd met gewichtsstijging na de operatie, maar dit pas vanaf 24 maanden na de operatie [20]. Er zou dus initieel een verbetering zijn in het eet(gestoord) gedrag, maar deze vervaagt enige jaren na de ingreep.

Ook na BHK kan verstoord eetgedrag ontstaan en ontaarden in een eetstoornis. Postoperatieve symptomen als "plugging" (verstopping van het uiteinde van de maag met braken tot gevolg), "dumping" (te snelle lediging/vertering van de maaginhoud), slikproblemen en constipatie, kunnen ervoor zorgen dat patiënten restrictief gedrag gaan stellen om te compenseren voor het ongemakkelijke gevoel dat ze hebben na moeilijk te verteren voedsel of na zich te overeten. Intensieve opvolging is dus belangrijk om goed te kunnen inschatten of er sprake is van normale dan wel pathologische evolutie van het eetgedrag. Er zijn immers heel wat aanpassingen in het eetgedrag noodzakelijk, zoals porties beperken en uitgebreid kauwen, maar deze restricties kunnen ook een trigger zijn voor de ontwikkeling van een eetstoornis bij patiënten die meer vatbaar zijn om zich te verliezen in een eetpatroon gekenmerkt door extreme controle en rigide dieetregeltjes. Goede educatie en begeleiding van 'normaal eetgedrag' na BHK is essentieel. Daarnaast moeten hulpverleners ook trachten onderscheid te maken tussen enerzijds gastro-intestinale problemen die zich voor kunnen doen als complicatie na BHK enerzijds, en de evolutie naar een postoperatief ontwikkelde eetstoornis zoals anorexia nervosa, gelinkt aan de promotie van gewichtsverlies en restrictie bij BHK anderzijds, of vanuit een onderliggende eetstoornisdynamiek [21, 5, 22].

## Middelenmisbruik

Middelenmisbruik komt vaker voor bij personen die een bariatrische ingreep hebben ondergaan, naar schatting bij 3-10% van de patiënten die een malabsorptie ingreep (Roux-en-Y Gastric Bypass) lieten uitvoeren [23]. Dit kan deels te wijten zijn aan de selectiecriteria: alcoholmisbruik is een tegenindicatie voor BHK. Dit maakt dat er wellicht een onderrapportage is van het alcoholgebruik bij de intakeprocedure, wat een (schijnbare) stijging met zich meebrengt na de ingreep.

Er is echter onderzoek dat aantoont dat een deel van de alcoholproblemen zich pas ontwikkelen na BHK. Een eerste

groep vertoont zowel voor als na de ingreep middelenmisbruik. Uit een studie van Ertelt en collega's [24] bleek dat ongeveer 3/4 van de groep die na de ingreep een alcoholprobleem heeft ook voordien een alcoholprobleem had, andere studies geven aan dat slechts 1/3 voor de operatie een alcohol- of drugprobleem had [25]. Een tweede groep ontwikkelt een alcoholprobleem na de operatie, zonder voorgeschiedenis van alcoholisme. Bij een derde groep verdwijnt een voorafgaand alcoholprobleem na de operatie. Deze subgroep kan zicht geven op beschermende factoren.

De toename in alcoholproblemen blijkt zich op langere termijn voor te doen, met een duidelijke stijging in het tweede jaar na de ingreep [26, 27]. In het eerste jaar na de ingreep lijken patiënten hun alcoholinname te beperken [28].

Een verklaring voor de hogere gevoeligheid voor alcoholproblemen na BHK is dat alcohol op een andere manier door het lichaam verwerkt wordt, in het bijzonder bij malabsorptie-ingrepen. Er bestaat zelfs bezorgdheid dat in de periode van snel gewichtsverlies, gedurende de eerste 12 à 18 maanden na de ingreep, alcohol toxische effecten kan hebben [23]. Na *gastric bypass* bereiken alcoholniveaus een snellere en hogere piek, en alcohol blijft langer in het lichaam. De snelle en hoge piek heeft bovendien een belonend effect [26].

Andere verklaringen zijn van psychosociale aard. BHK kan heel wat psychosociale veranderingen met zich meebrengen (zie eerder), die een trigger kunnen vormen bij personen die kwetsbaar zijn voor middelenmisbruik. Drinken wordt vaak als *coping*mechanisme gebruikt, of een manier om met problemen en moeilijke gevoelens om te gaan. Dit zien we vooral bij patiënten die hoog scoren op sociale angst [25]. Verder zorgt een verminderd sociaal isolement, een positief gevolg van BHK, er ook voor dat men vaker in sociale contexten komt waar alcohol beschikbaar is. Dit kan een verhoogd alcoholgebruik met zich kan meebrengen [23].

## Tot slot

De diëtist heeft een belangrijke functie binnen de begeleiding van obesitas en van BHK. Het ondersteunen van leefstijlaanpassingen en het monitoren en corrigeren van nutritionele tekorten zijn enkele voorbeelden [29, 30]. Alle patiënten met obesitas - met of zonder BHK, met of zonder

psychologische comorbiditeiten - hebben baat bij een multidisciplinair traject waarbinnen goede voedingsbegeleiding essentieel is voor hun herstelproces. Eetexpert ontwikkelde een draaiboek voor diëtisten ter ondersteuning van de voedingsbegeleiding bij personen met obesitas, inclusief handvatten bij de screening en opvolging van BHK. Dit is te raadplegen op [www.draaiboeken.eetexpert.be/dietistendraaiboek-overgewicht](http://www.draaiboeken.eetexpert.be/dietistendraaiboek-overgewicht).

Dit artikel ging in op een aantal psychologische risico's bij BHK waar ook de diëtist alert voor moet zijn, namelijk bijdragen tot een brede psychosociale probleemsamenhang als basis voor een multidisciplinair behandelplan op maat, en verkennen van de gevoeligheid voor alcoholproblemen en eetproblemen. Dit betekent niet dat deze problemen de regel zijn.

## Keynotes voor de diëtist

BHK maakt onderdeel uit van een leefstijlbehandeling. Multidisciplinaire samenwerking kenmerkt het volledige bariatrische traject, van screening tot (langdurige) follow-up.

Er bestaat een comorbiditeit tussen BHK en eetstoornissen. Controleverlies bij het eten kan (blijven) bestaan na de ingreep. Restrictief eetgedrag als reactie op gastro-intestinale veranderingen kan een eetstoornis uitlokken.

De bariatrische populatie is gevoeliger voor alcoholproblemen. Alcohol wordt op een andere manier verwerkt door het lichaam. De patiënt dient hiervan op de hoogte gebracht te worden. Voorzichtigheid is geboden bij alle patiënten, en drankgebruik wordt best zoveel mogelijk beperkt.

Na BHK kan een persoon om diverse redenen op psychosociaal vlak uit evenwicht geraken. Er is een toename in risico op alcoholproblemen en suïcide een tweetal jaar na de ingreep. Alertheid rond psychosociaal welzijn van de patiënt is geboden, dit bij elk teamlid. Bij bezorgdheid dient tijdig verwezen te worden naar een psycholoog.

Op zoek naar handvatten in de voedingsbegeleiding bij bariatrische chirurgie? Eetexpert ontwikkelde een draaiboek voor diëtisten waarin dit werd uitgewerkt. Ga naar <http://www.draaiboeken.eetexpert.be/dietistendraaiboek-overgewicht/voedingsbegeleiding-bij-bariatrische-chirurgie> ■

## Bibliografie

1. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, „Richtlijn morbide obesitas,” Utrecht, 2011.
2. M. Zwaan, J. E. Mitchell, M. B. Spitznagel, M. Hawkins, M. Allosco, R. Galioto, S. Garcia, L.

Miller en J. Gunstad, „Neurocognitive effects of obesity and bariatric surgery,” *European Eating Disorders Review*, vol. 23, pp. 488-495, 2015.

3. J. Colquitt, K. Pickett, E. Loveman en G. Frampton, „Surgery for weight loss in adults,” *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 8, 2014.
4. H. Van den Hout, A. Smorenberg en M. Klemm-Kropp, „Langetermijncomplicaties van bariatrische chirurgie: Het mes snijdt aan twee kanten,” *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 158, p. A7559, 2014.
5. E. Conceição, A. Vaz, A. Bastos, A. Ramos en P. Machado, „The development of eating disorders after bariatric surgery,” *Eating Disorders*, vol. 21, pp. 275-282, 2013.
6. K. Järholm, T. Olbers, C. Marcus, S. Marild, E. Gronowitz, P. Friberg, P. Johnsson en C. E. Flodmark, „Short-term psychological outcomes in severely obese adolescents after bariatric surgery,” *Obesity*, vol. 20, pp. 318-323, 2012.
7. D. B. Sarwer en A. N. Fabricatore, „Psychological issues before and after bariatric surgery,” in *In: M. Dieltz, M. Gagner, J. Dixon, J. Himpens, & A. Madan (Eds.), Handbook of obesity surgery*, Canada, FD-Communications, 2010.
8. J. E. Mitchell, R. Crosby, M. de Zwaan en S. Wonderlich, „Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery,” *Obesity*, vol. 21, pp. 655-672, 2013.
9. J. I. Mechanick et al., „Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 Update,” *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 9, pp. 159-191, 2013.
10. National Institute for Health and Care Excellence, „Obesity: identification, assessment, and management of overweight and obesity in children, young people and adults,” NICE, UK, 2014.
11. A. G. Snyder, „Psychological assessment of the patient undergoing bariatric surgery,” *The Ochsner Journal*, vol. 9, pp. 144-148, 2009.
12. I. C. A. G. Z. Pataky, I. Carrard en A. Golay, „Psychological factors and weight loss in bariatric surgery,” *Current Opinion in Gastroenterology*, vol. 27, p. 167-173, 2011.
13. S. Malik, J. E. Mitchell, S. Engels, R. Crosby en S. Wonderlich, „Psychopathology in bariatric surgery candidates: A review of studies using structured diagnostic interviews,” *Comprehensive Psychiatry*, vol. 55, pp. 248-259, 2014.
14. G. S. Matharoo, E. Renick, J. N. Afthinos, T. Straker en K. E. Gibbs, „Preoperative evaluation of bariatric surgery patients,” in *Chih-Kun Huang (Ed.), Essentials and controversies in bariatric surgery*, Intech, 2014, pp. 1-31.
15. D. LeMont, M. Moorehead, M. Parish, C. Reto en S. S. Ritz, „Suggestions for the pre-surgical psychological assessment of bariatric surgery candidates,” *American Society for Bariatric Surgery*, 2004.
16. S. Sogg, J. Lauretti en L. West-Smith, „Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients,” *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 12, pp. 731-749, 2016.
17. M. A. Gowey, J. Reiter-Purtill, J. Becnel, J. Peugh, J. E. Mitchell en M. H. Zeller, „Weight-related correlates of psychological dysregulation in adolescent and young adult (AYA) females with severe obesity,” *Appetite*, vol. 99, pp. 211-218, 2016.
18. A. Müller, J. E. Mitchell, C. Sondag en M. de Zwaan, „Psychiatric aspects of bariatric surgery,” *Current Psychiatry Reports*, vol. 15, pp. 397-304, 2013.
19. H. A. Tindle, B. Omalu, A. Courcoulas, M. Marcus, J. Hammers en L. H. Kuller, „Risk of suicide after long term follow-up from bariatric surgery,” *The American Journal of Medicine*, vol. 123, pp. 1036-1042, 2010.
20. S. H. Niego, M. D. Kofman, J. J. Weiss en A. Geliebter, „Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 40, pp. 349-359, 2007.
21. E. Conceição, M. Orcutt, J. Mitchell, S. Engel, K. Lahaise, M. Jorgensen, K. Woodbury, N. Hass, L. Garcia en S. Wonderlich, „Eating disorders after bariatric surgery: a case series,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 46, pp. 274-279, 2013.
22. J. M. Marino et al., „The emergence of eating pathology after bariatric surgery: a rare outcome with important clinical implications,” *International Journal of Eating Disorders*, vol. 45, pp. 179-184, 2012.
23. P. S. Bagdade en B. Grothe, „Psychosocial evaluation, preparation, and follow-up for bariatric surgery patients,” *Diabetes Spectrum*, vol. 25, pp. 211-216, 2012.
24. T. W. Ertelt, J. E. Mitchell, K. Lancaster, R. D. Crosby, K. J. Steffen en J. M. Marino, „Alcohol abuse and dependence before and after bariatric surgery: a review of the literature and report of a new data set,” *Surgery for Obesity and Related Diseases*, vol. 4, pp. 647-665, 2008.
25. V. Ivezaj, K. Saules en L. M. Schuh, „New-onset substance use disorder after gastric bypass surgery: Rates and associated characteristics,” *Obesity Surgery*, vol. 24, pp. 1975-1980, 2014.
26. A. B. Cuellar-Barboza, M. A. Frye, K. Grothe, M. L. Prieto, T. D. Schneekloth, L. L. Loukianova, D. K. Hall-Flavin, M. M. Clark, V. M. Karpayak, J. D. Miller en O. A. Abulseoud, „Change in consumption patterns for treatment-seeking patients with alcohol use disorder post-bariatric surgery,” *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 78, pp. 199-204, 2015.
27. W. C. King, J.-Y. Chen, J. E. Mitchell, M. A. Kalarchian, K. J. Steffen, S. G. Engel, A. P. Courcoulas, W. J. Pories en S. Z. Yanovski, „Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery,” *Journal of the American Medical Association*, vol. 307, pp. 2516-2525, 2012.
28. P. A. Svensson et al., „Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish Obese Subjects study,” *Obesity*, vol. 21, pp. 2444-2451, 2013.
29. B. S. Bal, F. C. Finelli, T. R. Shope en T. R. Koch, „Nutritional deficiencies after bariatric surgery,” *Nature Reviews Endocrinology*, vol. 8, pp. 544-556, 2013.
30. D. Kulick, L. Hark en D. Deen, „The bariatric surgery patient: a growing role for registered dietitians,” *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 110, pp. 593-599, 2010.