

Anorexia nervosa bij kinderen

AGNES BOEZEMAN EN RIA FONT FREIDE, PSYCHOLOGEN.*

In een vergelijkend overzicht worden de verschillende theoretische en therapeutische opvattingen over anorexia nervosa geëvalueerd. Gekozen wordt voor het standpunt dat anorexia nervosa een symptoom is van een gezinscrisis, die zich binnen een bepaalde structuur – het zogenaamde psychosomatogene gezin – heeft kunnen ontwikkelen. Gezinstherapie is aangewezen om deze dysfunctionele gezinsinteracties te veranderen, waardoor de anorexia nervosa als symptoom wordt geëlimineerd. Bij de herkenning en verwijzing speelt de huisarts een belangrijke rol. Is opname nodig dan wordt een op gewichtsvermeerdering gericht gedragstherapeutisch programma aanbevolen als onderdeel van de gezinstherapie.

Als psychologen in een pediatrie praktijk worden wij herhaaldelijk geconfronteerd met anorexia nervosa-patiënten, die in de huisartspraktijk niet behandelbaar bleken. Ons inziens zijn daarvoor verschillende redenen aanwijsbaar:

1 Pogingen om het eetgedrag te beïnvloeden via gesprekken bij controlebezoeken hebben meestal geen succes; de patiënte wordt steeds magerder.

2 De psychische componenten van het beeld worden niet herkend, waarna vaak verwijzing naar de pediater volgt.

3 De huisarts realiseert zich bij herkenning de ernst en de behandelingsmoeilijkheden van het beeld en verwijst.

4 De patiënte** wacht zó lang met een bezoek aan de huisarts, dat zij in een kritieke fase is beland, zodat de huisarts niets anders kan dan verwijzen.

Omdat de huisarts een belangrijke schakel is bij de herkenning en het te volgen beleid, zullen wij eerst onze visie op anorexia nervosa uiteenzetten. Daarna zullen wij onze ideeën over het behandelingsbeleid, toegespitst op de rol van de huisarts, voorleggen.

* Auteurs zijn verboden aan het Medisch Psychologisch Instituut van het Radboudziekenhuis te Nijmegen en daar gedetacheerd werkzaam in de kliniek kindergeneeskunde.

** Omdat anorexia nervosa-patiënten doorgaans van het vrouwelijke geslacht zijn, zullen wij in het vervolg spreken over patiënte.

De klassieke syndroombeschrijving

De klassieke syndroombeschrijving van anorexia nervosa heeft in zoverre waarde, dat daardoor het beeld van de individuele patiënte is te herkennen en te differentiëren van andere anorectische symptomen. Deze syndroombeschrijving is als volgt onder te verdelen in gedragskenmerken en lichamelijke kenmerken:

Gedragskenmerken:

1 Primair een afwijkend eetgedrag, dat wil zeggen:

te geringe voedselopname en bovendien selectief (namelijk calorie-arm); hardnekkig weigeren van eten op verzoek; heimelijk wegwerken van eten en van het effect van eten, bijvoorbeeld door verstopen, braken, laxeermiddelen; niet eten staat niet gelijk met geen honger hebben (eten op heimelijke plaatsen en aanvallen van vraatzucht komen voor); veel interesse voor het eet-thema, bijvoorbeeld door er veel over te praten, zorgen voor eten van anderen, dieetkennis; niet eten is middel, geen doel. Doel van niet eten is primair handhaven van het ondergewicht. In interactietermen bekeken zijn niet eten en handhaven van het ondergewicht middelen om andere doelstellingen te realiseren.

2 Ontkenningsgedrag:

ontkennen van objectieve feiten, die verwijzen naar het niet eten en zijn gevolgen, zoals ontkenning van te mager zijn, van niet eten, van verstopen, enzovoort;

ontkenning van gevoelens van honger, dorst en vermoeidheid;

ontkenning van de eigen conditie als pathologisch, waardoor geen ziekte-inzicht en gevaren negeren. Derhalve ook ontkenning van de noodzaak beter te moeten worden en geraffineerd verzet tegen therapie, gericht op moeten eten en gewichtsvermeerdering.

3 Een monotone lijdzame expressie.

Lichamelijke kenmerken:

extreem ondergewicht, tenminste 20 à 25 procent afwijkend van het normale gewicht; amenorroe;

kenmerken van verlaagd metabolisme: ondertemperatuur, langzame pols obstipatie, slechte perifere circulatie en lage bloeddruk.

Andere lichamelijke en psychiatrische anorectische syndromen dienen uiteraard te worden uitgesloten.

Algemene trend in de huidige literatuur is de somatische kenmerken inclusief het ondergewicht te zien als consequente variabelen van de gedragsvariabelen, met name het eetgedrag. Anorexia nervosa is aldus te definiëren als een psychosomatische reactievorm.

Deze omschrijving geeft een eerste aanzet in welke richting wij een verklaring moeten zoeken, maar meer niet. Pas met een visie op het probleem is een adequate probleemoplossingsstrategie te geven.

Voor het verschijnsel anorexia nervosa bestaat een bonte variatie aan visies en derhalve ook aan gepropageerde therapeutische handelwijzen. Als men de ideeën uit de literatuur letterlijk neemt, zijn er bijna evenveel verklaringen en therapie-suggesties als auteurs die erover hebben geschreven.

Wij zullen daarom beginnen met een rubricering in vier categorieën van alle uiteenlopende manieren van kijken en deze vervolgens op hun therapeutische mérites evalueren. Vervolgens zullen wij een visie op anorexia nervosa presenteren, die naar ons idee de voorkeur verdient, temeer omdat daaruit de meest effectieve behandelwijze voortvloeit. Wij eindigen tenslotte met een concreet voorstel voor de behandelingsstrategie van patiënten met anorexia nervosa, toegespitst op de huisartspraktijk.

Theoretisch overzicht

De rubricering van visies en therapeutische handelwijzen in vier categorieën (*schema*) is gebaseerd op drie variabelen, te weten:

a kijken naar het individu tegenover kijken naar interacties;

b de somatisch therapeutische tegenover de psychotherapeutische benadering;
 c symptoomgericht tegenover causaalgericht.

De vier categorieën worden aldus:

I Individueel / somatisch / symptoomgericht. Het somatische symptoom van het ondergewicht bij het individu is primaire aangrijpingspunt voor therapie. Doelstelling is herstel van de somatische conditie via technieken, gericht op gewichtsvermeerdering.

II Individueel / psychotherapeutisch / symptoomgericht. Het gedragssymptoom van de eetweigerig bij het individu is het aangrijpingspunt. Doelstelling is het on-aangepaste eetgedrag te veranderen in normaal eetgedrag via gedragstherapie.

III Individueel / psychotherapeutisch / causaalgericht. Het anorexie-syndroom wordt opgevat als symptoom van intrapsychisch dysfunctioneren. Doelstelling is dit dysfunctioneren op te lossen met onder meer herstel van het eetgedrag als resultante, via individueel gerichte psychotherapie.

IV Interactoneel / psychotherapeutisch / causaalgericht. De anorexie wordt opgevat als symptoom van een relationeel dysfunctioneren binnen het gezin van de patiënte. Doelstelling is dit relationele dysfunctioneren op te lossen, met onder meer als gevolg herstel van het eetgedrag via gezinstherapie.

Deze indeling houdt overigens niet in dat de verschillende manieren van kijken naar en behandelen van patiënten met anorexia nervosa niet gecombineerd kunnen worden toegepast.

Categorie I Individueel/somatisch/symptoomgericht.

De somatisch georiënteerde auteurs (zie literatuuropgave) geven geen theoretisch verklaringsmodel voor anorexia nervosa. Het therapeutisch handelen is te beschouwen als symptoombestrijding. De therapeutische technieken bestaan uit hospitalisatie, al dan niet gecombineerd met bedrust, gedwongen eten, sondevoeding, infuusbehandelingen en psychofarmaca.

Evaluatie van deze benaderingswijze (schema): Criterium voor herstel is gewichtsvermeerdering. Resultaten worden volgens deze strategie moeizaam bereikt en bovendien blijken zij van korte duur. De overgrote meerderheid van de patiënten valt terug in het syndroom. Voorts vergt deze strategie een langdurige hospitalisatie en levert zij veel frustraties op voor het behandelingssteam van arts en verpleegkundigen.

Schema. Vier categorieën visies en therapeutische handelwijzen

Categorie I:	Individueel/somatisch/ symptoomgericht
Criterium voor herstel:	gewichtsvermeerdering
Resultaten:	<ul style="list-style-type: none"> - moeizaam bereikt - langdurige hospitalisatie - veel frustraties - veel recidieven
Categorie II:	Individueel/psychotherapeutisch/symptoomgericht
Criterium voor herstel:	normaal eetgedrag, gemeten aan gewichtsvermeerdering
Resultaten:	<ul style="list-style-type: none"> - tamelijk vlot bereikt - weinig frustraties - recidief indien geen aanvullende psychotherapie
Categorie III:	Individueel/psychotherapeutisch/causaalgericht
Criterium voor herstel:	psychisch gezond functioneren van het individu; normaal gewicht is gevolg.
Resultaten:	<ul style="list-style-type: none"> - moeizaam bereikt - zeer lange klinische + poliklinische behandelingsduur - begeleiding in frustraties - recidieven: vallen en opstaan
Categorie IV:	interactoneel/psychotherapeutisch/causaalgericht
Criterium voor herstel:	gezond communiceren en probleem oplossen, eetmanipulaties overbodig.
Resultaten:	<ul style="list-style-type: none"> - relatief korte klinische + poliklinische behandelingsduur - weinig frustraties - geen recidief

Categorie II Individueel/psychotherapeutisch/symptoomgericht.

De gedragstherapeutische auteurs (zie literatuuropgave) beschrijven het symptoom van de eetweigerig in termen van aangeleerd gedrag. Als zodanig kan het weer worden afgeleerd en omgeleerd in aangepast eetgedrag via de zogenaamde operante conditionering. Men gaat ervan uit dat de patiënte heeft geleerd dat haar afwijkende eetgedrag positieve effecten opleverde, bijvoorbeeld aandacht. Door die winst wordt haar afwijkende eetgedrag in stand gehouden (figuur 1).

Men kan in de therapie deze vicieuze cirkel doorbreken onder twee voorwaarden: eerste voorwaarde is consequent alle positieve effecten van de eetweigerig weg te nemen; tweede voorwaarde is plezierige gevolgen exclusief aan het gewenste eetgedrag te verbinden: het zogenaamde belonen.

Op deze manier verandert het niet eten in wel eten en dus in gewichtsvermeerde-

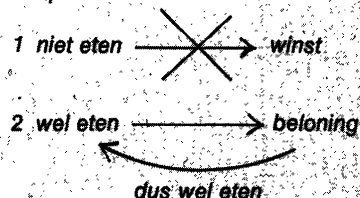
ring. Deze therapie kan alleen slagen als iedereen, die met de patiënte te maken heeft, deze richtlijnen volgt. Voorts moeten de programma-onderdelen op de individuele patiënte zijn afgestemd. Evaluatie van deze benaderingswijze (schema): Criterium voor herstel is normaal eetgedrag, gemeten aan gewichts-

Figuur 1. Voor verklaring zie tekst.

Gedragstherapeutisch kijken: Betekenis symptoom:



Therapie:



vermeerdering. Deze therapie is eveneens een vorm van symptoombestrijding. De resultaten zijn goed, in deze zin dat er snel gewichtsvermeerdering optreedt. Toepassing van dit programma levert weinig frustratie op voor het behandelingssteam, doch vraagt wel goed teamwork. Terecht waarschuwen gedragstherapeuten (*Garfinkel, Kline en Stancer*) voor verwaarlozing van de rest van de symptomen en geven zij expliciet aan dat er meer therapie nodig is voor algeheel herstel.

Categorie III *Individueel/psychotherapeutisch/causaalgericht.*

De intrapsychisch georiënteerde auteurs (zie literatuuropgave) geven wel een expliciete verklaringstheorie voor anorexia nervosa. Kern van het syndroom is volgens hen, dat de anorexiapatiënte niet kan voldoen aan de voornaamste eis die in de fase van de puberteit aan haar wordt gesteld. Deze eis is het ontwikkelen van een eigen identiteit, inclusief de seksuele, nodig om in sociaal en seksueel opzicht als zelfstandige vrouw te functioneren. Wat bereikt zij dan door haar extreme vermagering? Enerzijds ontkomt zij aan de eis zelfstandig te gaan worden door zich in de toestand van zorgwekkende afhankelijkke patiënt te manoeuvreren. Tevens ontkomt zij aan de seksualiteit door haar lichaam te reduceren tot een kinderlijf, ontdaan van seksuele en erotische prikkels. Anderzijds tracht zij door ongrijpbaar te zijn in haar afwijkende eetpatroon, zich nog enigszins onafhankelijk op te stellen. Zij heeft daarmee een belangrijk machtsmiddel in de hand, dat tevens als een be-dekt agressief verzet tegen de moeder kan worden opgevat. Het is volgens *Bruch* een laatste wanhopige poging zelf nog iets te willen en te kunnen en niet volledig onder

te gaan in afhankelijkheid van anderen: belichaamde levensonmacht (*Van de Loo*). Voor de oorzaken van het uitblijven van de identiteitsontwikkeling verwijst men naar opvoedingspatronen, waarbij, al naar gelang de auteur, accenten verschillend worden gelegd. *Lafeber* noemt de symbiotische relatie tussen moeder en dochter, terwijl de vader in de opvoeding weinig aanwezig is. *Van de Loo* beschrijft als kenmerkend voor het opvoedingspatroon, dat de ouders geen vertrouwen stellen in de behoeftesignalen, spontane impulsen en creatieve mogelijkheden van het kind, zodat het kind deze zelf ook gaat wantrouwen. Op deze manier krijgt het kind geen kans iets eigens op te bouwen, zodat het in extreme mate afhankelijk blijft van de gedragswijzen en denkpatronen van de ouders en anderen. Voor de therapie heeft deze manier van kijken als consequentie, dat de psychotherapeut probeert in een individuele relatie met de patiënte alsnog de leemten uit de opvoeding in te vullen. De therapeutische relatie is te zien als een soort opvoedingssubstituut. Sommige auteurs (*Groen, Feldman-Toledano; Reinhard, Kenna en Succop; Verbeek*) trachten dit ook de ouders alsnog te leren. Naargelang de visie van de therapeut krijgt seksuele angst en afweer aandacht. Evaluatie van deze benaderingswijze (*schema*): Criterium voor herstel van anorexia nervosa is een psychisch gezond functioneren, waarvan een normaal gewicht onderdeel is. Resultaten worden moeizaam bereikt en vergen een lange klinische en poliklinische behandelingsduur. Naar onze mening komt dit voort uit de individuele manier van kijken: weliswaar worden verklaringen gegeven over interacties, doch deze zijn veronderstellingen, getrokken vanuit individueel afgenomen interviews met de patiënte en/of de vader en/of de moeder, terwijl men zich in de behandeling richt op het individu en afziet van het expliciet aan-

pakken van die interacties. Een voordeel van deze aanpak is dat tevens enige begeleiding door de verpleegkundigen wordt gegeven in hun omgang met de patiënt, doch zonder expliciet een eetbeleid uit te stippelen.

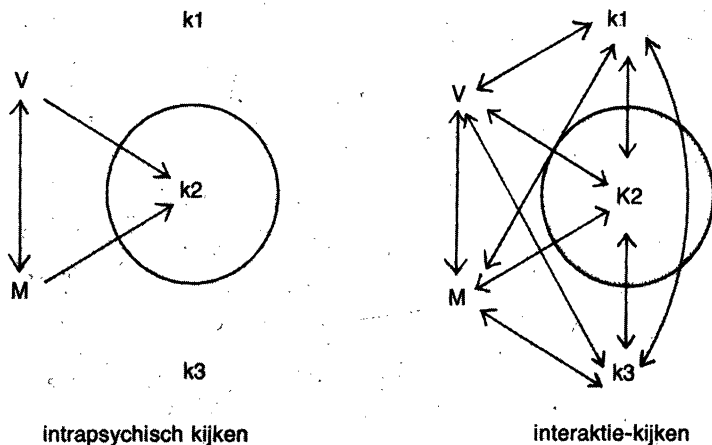
Categorie IV *Interactioneel/psychotherapeutisch/causaalgericht*

De interactioneel (gezinsterapeutisch) georiënteerde auteurs (zie literatuuropgave) gaan niet uit van het individu maar van relaties tussen individuen. Omdat deze wijze van kijken, ook wel systeemtheorie genoemd, niet zo bekend is als de individuele manier van kijken en tot geheel andere bevindingen komt, wordt het verschil in het kort uitgelegd.

Gegeven een anorectisch kind dat de middelste is uit een gezin met drie kinderen. Zowel de intrapsychische als de relationele benadering gaan ervan uit dat de anorexia is ontstaan vanuit het opvoedingspatroon binnen dit gezin. Dit gegeven wordt door deze twee benaderingen echter anders uitgewerkt (*figuur 2*). De intrapsychische richting zegt: door de invloed van voornamelijk de ouders ontstaan er karakterveranderingen in het kind dat anorectisch wordt: dit kind nu wordt er uitgelicht en behandeld. De interactionele benadering wijst erop dat de beïnvloedingslijnen echter blijven bestaan en dat deze invloed per definitie wederkerig is. Voorts dat behalve de invloed, welke het kind op de ouders heeft, alle gezinsleden elkaar beïnvloeden. Zijn de beïnvloedingslijnen gestoord, dan zullen deze hun uitwerking hebben op alle gezinsleden. Volgens deze interactionele benadering is het anorectisch kind een symptoom van een bepaald beïnvloedingspatroon binnen het hele gezin: een symptoom dat de interactielijnen (beïnvloeding) binnen het gezin kenmerkt en tevens structureert.

In de therapie kijkt de interactionele benaderingswijze expliciet naar de interactiepatronen tussen de gezinsleden en probeert deze te beïnvloeden, zodat hetgeen, dat het symptoom veroorzaakt en in stand houdt, wordt aangepakt. Daardoor krijgt het individu de kans zich binnen gezondere interactiepatronen (relaties) verder te ontwikkelen. Niet alleen de anorexia, maar elk symptoomgedrag wordt door de interactiebenadering zo bekeken (*Watzlawick, Beavin, Jackson; Watzlawick, Weakland, Fisch, Haley (1972, 1973); Selvini-Palazolli (1970, '74 en '76)*). Op dit moment is men nog niet veel verder dan het formuleren van de kenmerken van het psychosomatische gezin (*Minuchin; Minuchin, Baker en Liebman*). Onderzoek is aan de gang om te kunnen komen tot het onderscheiden van een aantal specifieke

Figuur 2. Voor verklaring zie tekst.



relatiepatronen, dat op hun beurt aanleiding geeft tot specifieke symptomen, zoals bijvoorbeeld anorexia nervosa.

Het psychosomatische gezin wordt door hen beschreven als een gezin waarvan de vader en moeder samen de kinderen hun opvoedingspatronen zodanig opleggen, dat eigen initiatief, eigen mening en agressie zonder meer worden afgewezen. Hierdoor ontstaat een gezin waarbinnen niemand individueel mag zijn, niemand „eigen terrein” mag bezitten, Zij noemen dit een diffuse gezinsstructuur”. Hierdoor gedragen de kinderen (en de ouders) zich als modelkinderen met sterk normgebonden gedrag. Zij zullen dus geen eigen identiteit ontwikkelen en niet worden getraind in een gezonde communicatie en noodzakelijk probleemoplossend gedrag, zoals het adequaat hanteren van agressie.

Wel specifiek voor het anorectische gezin is het wapen dat het anorectisch kind gaat hanteren als het door lichamelijke rijping en culturele eisen in de fase komt waarin zelfstandig gedrag van hem wordt verwacht (de puberteit). Dat is een opgave die patiënte wel wil realiseren, maar waarvoor zij door haar gezinsomstandigheden geen uitrusting heeft gekregen. Zij is daarom gedwongen tot een compromis te komen. Dit compromis sluit zij op het minimale terrein van het eten. Enerzijds is zij machtig door onbeïnvloedbaar eetweigeringsgedrag te vertonen, anderzijds is zij onmachtig omdat zij het verzet niet openlijk durft te voeren.

Vanuit deze interactie-theorie behandelt men een anorectisch kind door middel van gezinstherapie: dat wil zeggen het gehele gezin wordt in therapie genomen, waarbij men de aandacht vooral richt op het veranderen van de onderlinge relaties en manieren van communiceren van de gezinsleden.

Evaluatie van deze benadering (*schema*): Criterium voor herstel is dat de patiënte op een gezonde manier kan communiceren en problemen oplossen, zodat eetmanipulaties overbodig zijn.

De resultaten van deze interactie-benadering (een betrekkelijk nieuwe richting) lijken veelbelovend, omdat zij aangrijpen op de relationele factoren die anorexie veroorzaken en in stand houden.

De gezinstherapie boekt deze resultaten binnen ongeveer een jaar en verloopt grotendeels poliklinisch. Er is geen terugval na afsluiting van de therapie. Wel propageren interactioneel georiënteerde therapeuten bij de aanvang van de therapie tevens een gedragstherapeutisch programma in te lassen, gericht op gewichtsvermeerdering, om een eerste kentering in de crisissituatie teweeg te brengen.

Conclusies uit de evaluatie en eigen ideeën en ervaring bepalen onze keuze voor een (systeemgericht) interactioneel kijken. De bevindingen van intrapsychische theorieën zijn hiermee niet in tegenspraak maar worden opgenomen in een breder kader. Dit impliceert dat het therapeutisch programma is gebaseerd op het (systeemgericht) interactiemodel, dat het geen individuele gesprekstherapie zal bevatten maar wel, indien er van een klinische fase sprake is, gedragstherapeutische technieken.

Basisfilosofie

De ideeën over anorexia nervosa waarvan wij uitgaan zijn op twee hypothesen gebaseerd.

1. *Anorexia nervosa is een ontwikkelingsstoornis*: Het kind wordt van meet af aan in een gezinssysteem geplaatst, waarin de ouders vanaf de eerste interactiesituatie louter vanuit hun eigen behoeften het kind structureren. Dat wil zeggen zij zorgen dat de behoeften worden vervuld bijna voordat zij zijn ontstaan (bijvoorbeeld voeden voordat het kind honger heeft) en tevens ondergraven zij de eigen initiatieven van het kind door het kind te bevelen hoe het moet leven (zij leggen hun normen aan het kind op). Op deze wijze zijn er voor het kind van meet af aan weinig mogelijkheden tot het ontwikkelen van een eigen identiteit („eigen territorium”). Dit moet in de puberteit tot een crisis leiden: de ontwikkelingsstoornis, die tot dan toegedekt bleef, wordt door de eisen van lichamelijke rijping en cultuur manifest.

2. *De actuele interactiepatronen zijn representatief voor het gehele opvoedingspatroon*: De opvoedingspatronen, die hebben geleid tot een anorectisch reageren van het kind, zijn te constateren door te observeren hoe de gezinsleden in het hier en nu met elkaar omgaan. Deze patronen worden zichtbaar aan de wijze waarop men met elkaar communiceert en zijn tevens te herleiden tot regels die, bewust of onbewust, in dit gezin worden gehanteerd. Dit uitgangspunt maakt het mogelijk de structuur, die er nu binnen het gezin bestaat, therapeutisch te hanteren zodat de interactiepatronen, die de anorexie in stand houden, kunnen worden gewijzigd om tot een betere probleemoplossing voor het anorectische kind te kunnen komen.

Uitgaande van deze twee vooronderstellingen zullen wij nu bekijken binnen welke interacties (gezinsstructuur) een dergelijke anorectische ontwikkeling plaatsvindt, zulks aan de hand van de regels die

deze interacties (gezinsstructuur) bepalen:

Niemand van de gezinsleden mag een eigen territorium hebben: het enige, gezamenlijke territorium is dat, wat de ouders bepalen (goedkeuren). Hieruit vloeit voort dat er geen grenzen zijn tussen de generaties (ouders-kinderen) en ook niet tussen de individuen onderling. Er zal dus geen onafhankelijk gedrag door de kinderen worden vertoond en ook geen agressie, om tot eigen territorium (identiteit) te komen.

Iedereen is het zoveel mogelijk met elkaar eens (meestal de mening van de ouders). Elk initiatief van een tegenstrever (bijvoorbeeld het hebben van een afwijkende mening, onafhankelijk gedrag) wordt zonder meer door de ouders ontkracht. Het gevolg hiervan is dat alleen afhankelijk, normatief gedrag wordt bevestigd (het doelede keurige meisje dat nooit problemen heeft opgeleverd tot aan de puberteit). Eveneens een gevolg hiervan is dat de kinderen zich steeds aanpassen aan de ouders, zodat zij, noch de ouders, leren constructief om te gaan met conflicten en problemen.

Veiligheid wordt alleen geboden bij conformatie aan het gezinssysteem (aan de gemeenschappelijke norm). Het gevolg hiervan is een fundamentele onzekerheid (onmacht) in het leggen van sociale contacten buiten het gezin; zeker zullen contacten waarin een confrontatie met een andere mening dreigt, worden vermeden. Dat het meisje pas in de puberteit anorectisch gaat reageren op dit pathologische gezinssysteem is begrijpelijk, als men in aanmerking neemt dat pas in de puberteit (door lichamelijke rijping en culturele eisen) onafhankelijk gedrag van haar wordt verwacht.

Waarom de anorexie-patiënte „kiest” voor anorexie en niet voor een ander psychosomatisch symptoom, is nog niet duidelijk. Bovendien is niet verklaard waarom andere kinderen reeds veel eerder met psychosomatische symptomen gaan reageren op een dergelijk gezinssysteem.

Ons toch, ondanks deze bestaande onduidelijkheden, beperkend tot de anorexia*, kunnen wij dit symptoom beschouwen als een onfeilbaar wapen van de patiënte tegen haar ouders in haar streven naar onafhankelijkheid binnen dit gezinssysteem: van de ene kant onafhankelijk gedrag, te weten niet te doorbreken macht over haar eigen eetgedrag, van de andere

* Onze visie op anorexia nervosa als een machtig wapen uit onmacht in de interacties tussen de patiënte en haar omgeving (primair de meest belangrijke reacties, bijvoorbeeld de partner, vriendschapsrelaties, ouderlijk gezin) geldt ons inziens ook voor de volwassen patiënte.

kant een niet verantwoordelijk zijn voor dit onafhankelijk gedrag omdat zij zichzelf tot patiënt maakt. „Machtige onmacht”.

Gedachtengang voor een beleidslijn in de huisartspraktijk

Waarschijnlijk komt de patiënte in een stadium waarin haar magerte ver is gevorderd en waarover haar omgeving, bijvoorbeeld de moeder, zich zorgen maakt. Wanneer de diagnose anorexia nervosa wordt gesteld op basis van de kenmerken, die in de inleiding zijn gegeven, gelden de volgende overwegingen:

– wij menen dat het gesprek over eten vanaf dat moment moet worden gestaakt;
– tegelijkertijd moet ouders en kind duidelijk worden gemaakt dat de anorexia een teken is voor andere problemen en dat de oplossing daarvoor moet worden gezocht in gezinsgesprekken (verwijzing voor gezinstherapie).

De herinterpretatie van de anorexia in deze zin (vergelijk psychosomatiek) en het motiveren van ouders en kind voor deze therapie is een essentieel en tevens moeilijk te hanteren onderdeel in het gehele beleid. Kernpunt van de crisis, waarin ouders en kind en in feite het hele gezin zijn vastgelopen met de anorexia als symptoom, is, dat geen van de gezinsleden bij machte is in een andere taal dan via het eten met de ander te communiceren. Daarom houden zij ook vast aan deze symptoomtaal. Het is dan per definitie erg moeilijk voor hen te kunnen herkennen en erkennen dat er eigenlijk iets anders aan de hand is dat, met de inzet van het hele gezin, om een constructieve oplossing vraagt. Zij zullen dit „risico” (het symptoom op te geven) pas durven te lopen als de nood erg hoog is (extreme magerte van de patiënte). En zelfs dan zal dit op een enorme weerstand stuiten (wel medische, maar géén psychotherapeutische hulp willen accepteren).

Het doorbreken van deze weerstand en deze omzetten in een motivering voor psychotherapeutische behandeling is min of meer analoog aan de moeilijkheden bij verwijzing van psychosomatische patiënten.

Lukt de verwijzing, dan is dit resultaat te beschouwen als een eerste fase in de psychotherapeutische behandeling. Daardoor kan waarschijnlijk de klinische fase worden overgeslagen. Het zal wel nodig zijn dat de huisarts en de gezinstherapeut contact houden met elkaar voor een sluitende taakverdeling. Vaak proberen patiënten in de therapeutische fase via medische klachten de gezinstherapie te tor-

pederen. Tevens kan de gezinstherapeut medische steun op de achtergrond nodig hebben.

Lukt de verwijzing niet, dat wil zeggen wil het gezin geen gezinstherapeutische hulp accepteren, dan stellen wij een verwijzing voor naar de kinderarts, die de patiënte bij voorkeur direct moet opnemen. Geeft de kinderarts dezelfde interpretatie aan de ouders als de huisarts in zijn verwijzingsgesprek, dan is meer herkenning mogelijk omdat de huisarts de basis heeft gelegd. De behandeling tijdens deze opname dient van meet af aan twee onderdelen te bevatten: een gedragstherapeutisch programma en een gezinstherapie. Over deze onderdelen het volgende:

Het gedragstherapeutische programma is gericht op gewichtsvermeerdering. Daarvoor moeten afspraken worden gemaakt met de pediater, de verpleging en de psycholoog. De concrete uitwerking van dit programma beschreven wij elders (*Boezeman en Font Freide*). In het kort gezegd komt het er bij dit programma op neer, dat

– enerzijds al het ongewenste gedrag van patiënte door alle betrokkenen consequent wordt genegeerd waardoor dit gaat verdwijnen;

– anderzijds via beloningsstrategieën het gewenste eetgedrag wordt opgebouwd. Behalve gewichtsvermeerdering worden met dit programma van meet af aan andere therapeutische doelstellingen gerealiseerd, namelijk:

– de crisissituatie van ouders en kind wordt snel en efficiënt doorbroken;

– de verantwoordelijkheid van de ouders voor het eten van het kind wordt overgenomen. Daardoor kunnen de ouders dit niet meer gebruiken om zich achter te verschuilen en is in de therapie de basis gelegd voor het oppakken van de werkelijke conflictstof;

– naar het kind toe is dit het gecontroleerd terugkrijgen van de verantwoordelijkheid voor gewichtsvermeerdering. Dit is een eerste stap naar het verkrijgen van eigen terrein en verantwoordelijkheid die de anorexia nervosa-patiënte broodnodig heeft.

In wezen is deze beleidslijn een afnemen van de wapens tussen ouders en kind (symptoominwisseling) en is dit gedragstherapeutisch programma te beschouwen als een onderdeel van het gezinstherapeutisch programma. Alleen het gedragstherapeutisch programma wordt klinisch afgehandeld. De klinische fase is een uitvoeriger procedure om alsnog het gezin op de gezinstherapeutische weg te zetten (vergelijk eerder beschreven motivatieproblematiek).

De gezinstherapie begint tegelijkertijd met de klinische fase en zal poliklinisch doorlopen nadat de patiënte is ontslagen. De ontslagdatum zal in overleg met de kliniek worden bepaald (meestal op basis van een bepaald gewicht van de patiënte) maar zal op de gezinstherapeutische strategie niet van invloed zijn. Wel zal bij klinisch ontslag moeten worden bepaald of poliklinische controle door de kinderarts dan wel door de huisarts moet gebeuren. Na een klinische fase zal de kinderarts meestal wel poliklinisch de controle blijven houden. Het is dan echter wel nodig dat de huisarts goed is geïnformeerd over het behandelingsverloop en de gemaakte afspraken zodat hij, als zijn hulp wordt ingeroepen, weet hoe hij moet reageren.

Wat gebeurt er in de gezinstherapie?

Zoals reeds uiteengezet zal de gezinstherapie zich richten op het beïnvloeden van interactiepatronen binnen het gezin, zodat hetgeen het symptoom veroorzaakt en in stand houdt, wordt aangepakt.

Het therapeutisch werkzame middel, waarmee de interactiepatronen in het gezin worden aangepakt, is het functioneren van de therapeut zelf. Hij gebruikt eigen gedrag en reageren op de gezinsleden als belangrijkste strategie om veranderingen te bewerkstelligen. Om deze strategie concreet te kunnen beschrijven, zouden wij eerst inzicht in de communicatie- en systeemtheorie moeten geven. Dat kan echter onmogelijk in het bestek van dit artikel, weshalve wij de geïnteresseerde lezer verwijzen naar de gezinstherapeutische literatuuropgave.

Met de wijze waarop de therapeut strategisch opereert als middel, zal hij een situatie creëren, waarin nieuwe regels en communicatiepatronen kunnen ontstaan, die de oude, ziekmakende zullen vervangen. Een rechtstreekse bespreking van de gevestigde regels is juist niet de strategie, die de therapeut zal kiezen. Als dat mogelijk was zou het gezin zijn zaken zelf wel kunnen aanpakken en niet zijn komen vast te zitten.

De concrete strategie dus buiten beschouwing gelaten, zullen wij ons beperken tot het aangeven van de richting, waarin de therapeut een aantal gevestigde regels en communicatiepatronen in het gezin zal proberen te veranderen. Bijvoorbeeld zal de therapeut werken in de richting van het alsnog verwerven van een eigen territorium nodig voor het ontwikkelen van een eigen identiteit van ieder gezinslid. Indien de kinderen onderling activiteiten gaan ontplooiën, betekent dit een

losmaken uit de al te vaste greep van de ouders. Als ieder kind afzonderlijk naar buiten toe contacten legt, wordt de opgelegde beslotenheid doorbroken. Wanneer de ouders hun relatie als echtpaar een eigen inhoud kunnen gaan geven, hoeven zij niet meer voortdurend boven op de kinderen te zitten en in hun relatie van de kinderen afhankelijk te zijn (of de kinderen zo nodig te hebben). In het mogen hebben van een mening zullen de gezinsleden voor het eerst ervaren dat daarmee niet hun hele bestaan zal instorten. Het doen van een eigen keuze houdt tegelijkertijd in dat men loskomt van beperkend normgedrag. Zodoende wordt ieder gezinslid stevig op eigen benen gezet. Dat geldt ook voor de anorexia-patiënte. Haar probleem was dat zij dat best wilde, maar niet kon en niet durfde. Daarom liep zij vast in haar puberteitsontwikkeling. Met de doorbraak in het gezin van de oude structuren is voor haar ook haar dilemma opgelost. Het symptoom van de anorexie is niet meer nodig. Voor een casuïstische beschrijving van een gezinstherapie met een patiënte met anorexia nervosa verwijzen wij naar *Aponte en Hoffmann*.

Summary. Anorexia nervosa in children. The various theoretical and therapeutic views on anorexia nervosa are evaluated in a comparative survey. The view opted for is that anorexia nervosa is a symptom of a family crisis which has developed within a particular structure – the so-called psychosomatogenic family. Family therapy is indicated to alter these dysfunctional family interactions, thus eliminating anorexia nervosa as a symptom. The family doctor plays an important role in diagnosis and referral. If hospitalization is required, then a programme of behaviour therapy aimed at weight gain is recommended as feature of the family therapy.

Somatisch gerichte literatuur

- Dally, P. J. en W. Sargent (1966) *Brit. med. J.* II, 793-795.
 Dally, P. J. en W. Sargent (1960) *Brit. med. J.* I, 1770-1773.
 Wall, J. H. (1959) *Amer. J. Psychiat.* 115, 997.

Gedragstherapeutische literatuur

- Ayllon, T., E. Houghton, M. A. Osmond en H. O. Osmond (1964) *Canad. psychiat. Ass. J.* 9, 147-154.
 Azerrad, J. en R. L. Stafford (1969) *Beh. Res. Ther.* 7, 165-171.

- Bachrach, A. J., W. J. Erwin en J. P. Mohr. In: *Case studies in behavior modification*. Ullman & Krasner, 1965.
 Bandura, A. *Principles of behavior modification*. Holt, Rinehart & Winston, London, 1970.
 Bhanji, G. en J. Thompson (1974) *Brit. J. Psychiat.* 124, 166-172.
 Bianco, F. J. (1974) *J. Behav. Ther. en Exp. Psychiat.* 3, 223-224.
 Blinder, B. J., D. M. A. Freeman en A. J. Stunkard (1970) *Amer. J. Psychiat.* 126, 1093-1098.
 Boezeman, A. T. M. en M. J. W. Font Freide (1976) *Ned. Tsch. Diëtisten* 31, 325-331.
 Boezeman, A. T. M. en M. J. W. Font Freide (1976) *T. Kindergeneesk.* 44, 202-211.
 Garfinkel, P. E., S. A. Kline en H. C. Stancer (1973) *J. nerv. ment. Dis.* 157, 428-433.
 Hallsten, E. A. (1965) *Behav. Res. Ther.* 3, 87-91.
 Halmi, K. A., P. Powers en S. Cunningham (1975) *Arch. gen. Psychiat.* 32, 93-96.
 Kehrer, H. E. (1972) *Nervenarzt* 43, 129-136.
 Lang, P. Behavior therapy with a case of anorexia nervosa. In: Ullman, L. P. & L. Krasner. *Case studies in behavior modification*. Holt, Rinehart & Winston, New York, 1965.
 Leitenberg, H., W. Stewart Agras en L. E. Thomson (1968) *Beh. Res. Ther.* 6, 211-218.
 Lobb, L. G. en H. H. Schaefer (1972) *Psychological Reports* 30, 245-246.
 Scrignar, C. B. (1971) *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 2, 31-36.
 Stumphauer, J. S. (1969) *Psychological Reports* 24, 109-110.
 Ziemer, R. en J. Ross (1970) *Amer. Correct. Ther. J.* 24, 34-42.

Intrapsychisch gerichte literatuur

- Bruch, H. *Eating disorders*. Basic Books Inc. New York, 1973.
 Bruch, H. (1970) *Int. Psychiat. Clin.* 7, 3-24.
 Bruch, H. (1970) *J. nerv. ment. Dis.* 150, 51-68.
 Crisp, A. H. (1965) *Brit. J. Psychiat.* 112, 505-512.
 Crisp, A. (1965) *J. psychosom. Res.* 9, 67-78.
 Crisp, A. en F. Fransella (1972) *Brit. J. med. Psychol.* 45, 395-405.
 Crisp, A. en R. Halney (1974) *Brit. J. med. Psychol.* 47, 349-361.
 Groen, J. J. en Z. Feldman-Toledano (1966) *Brit. J. Psychiat.* 112, 671-681.
 Lafeber, C. *Anorexia nervosa*. Stafleu, Leiden, 1971.
 Levita, P. J. de. De relatie tussen voeding en psyche. In: *Informatorium voor voeding en diëtetik*. Redactie A. E. H. Hart, G. B. Post en T. W. Swager. H. D. Tjeenk Willink, Groningen, 1975.

- Loo, L. J. M. van de (1975) *Gedrag* 3, 135-151.
 Reinhard, J. B., M. D. Kenna en R. A. Sucoop (1974) *J. Child. Psychiat. (N.Y.)* 11, 114-131.
 Rollins, N. en A. Blackwell (1968) *J. Child. Psychol.* 9, 81-91.
 Slade, P. en G. Russell (1973) *Psychol. Med.* 3, 188-199.
 Verbeek, E. (1974) *Ned. T. Psychiat.* 16, 533-541.

Gezinstherapeutische literatuur

- Aponte, H. en C. Hoffman (1973) *Family Process* 12, 1-44.
 Barcai, A. (1971) *Amer. J. Psychiat.* 128, 286-290.
 Haley, J. *Strategies of psychotherapy*. Grune & Stratton, New York, 1972.
 Haley, J. *Uncommon therapy*. Norton, New York, 1973.
 Huygen, F. J. A. (1976) *huisarts en wetenschap* 19, 57-60.
 Liebman, R., S. Minuchin en L. Baker (1974) *Amer. J. Psychiat.* 131, 432-436.
 Minuchin, S. The use of an ecological frame work in the treatment of a child. In: Koupernik, A. J. *The child and his family*. John Wiley & Sons, New York, 1972.
 Minuchin, S. *Gezinstherapie*. Het Spectrum, Utrecht, 1973.
 Minuchin, S., L. Baker en R. Liebman (1973) *Paediat. Res.* 7, 294.
 Selvini-Palazolli, M. The families of parents with anorexia nervosa. In: Koupernik, A. J. *The child and his family*. John Wiley & Sons, New York, 1972.
 Selvini-Palazolli, M. (1976) *T. Psychotherapie* 2, 53-62.
 Watzlawick, P., J. H. Weakland en R. Fisch. *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1970.
 Watzlawick, P. *Het kan anders*. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1974.

Literatuur over follow-up studies

- Browning, C. H. en S. Miller (1968) *Amer. J. Psychiat.* 124, 146-151.
 Halmi, K. A. (1974) *Psychosom. med.* 36, 18-26.
 Kay, D. en P. Leigh (1954) *J. ment. Sci.* 100, 411-430.
 Nemiah, J. C. (1958) *Amer. J. dig. Dis.* 3, 249-271.
 Seldensticker, J. F. en M. Tragournis (1968) *J. chron. Dis.* 21, 361-367.
 Theander, S. (1970) *Acta Psychiat. Scand. (suppl.)* 214, 219.
 Selvini-Palazolli, M. *Self-starvation, from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Human contexts Books, London, 1974.