

## ANOREXIA NERVOSA

Behandelingsresultaten van 41 gevallen en een vergelijkend katamnestic onderzoek inzake 26 gevallen,

door J. LANSSEN \*

(uit de Utrechtse Universiteitskliniek voor Psychiatrie,

Hoofd: Prof. Dr. J. H. Plokker)

### INLEIDING

In dit artikel wordt een verslag gegeven van een onderzoek naar het psychisch en somatisch welzijn en het sociaal functioneren van die patiënten, die onder de diagnose 'anorexia nervosa' op de psychiatrische afdeling van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht zijn opgenomen geweest. De bedoeling is geweest, gegevens te vergelijken van de toestand bij het ontslag uit de kliniek met de bevindingen bij opname. Daarnaast is een katamnestic onderzoek verricht.

Daar er in grote lijnen sinds 1960 op deze kliniek een gewijzigde behandeling is ingevoerd, worden in dit artikel de resultaten van de behandeling van de patiënten van na die tijd vergeleken met de resultaten van de behandeling van vóór die tijd. Voor beide groepen patiënten is de situatie bij ontslag bekeken, evenals de toestand ten tijde van het katamnestic onderzoek. Over de behandelingsresultaten van de anorexia nervosa is momenteel nogal wat bekend. Afgezien van vele publikaties over kleine aantallen patiënten, zijn er een 25-tal auteurs die over wat grotere aantallen de behandelingsresultaten vermelden. Men vindt hiervan een overzicht bij Ziolkó die tot een totaal van plm. 700 gevallen komt. Follow-up gegevens over kortere of langere tijd zijn van veel minder gevallen bekend.

Na het samenvattende artikel van Ziolkó zijn er nog enkele artikelen over dit onderwerp verschenen, welke op een patiëntenmateriaal van enige omvang betrekking hebben, zoals van *Crisp*, *Dally* en *Sargant*, *Farquharson* en *Samuel-Lajeunesse*. Als samenvatting van deze gegevens kan in overeenstemming met Ziolkó worden gezegd, dat de meest verschillende therapeutische procedures worden toegepast, variërend van een louter op een lichamelijke toestand gerichte aanpak tot een intensief psychotherapeutische. De therapeutische verwachtingen variëren van zeer optimistisch tot zeer pessimistisch. Over het geheel genomen wordt 1/3 van de gevallen als goed genezen, 1/3 als verbeterd en 1/3 als in slechte toestand verkerend (of met terugval) beschouwd.

---

\* E.t. assistent psychiatrie.

De beoordelingscriteria zijn overigens niet steeds dezelfde: soms wordt alleen de lichamelijke toestand in beschouwing genomen, dan weer de psychische toestand in meer of minder brede zin.

Ook de diagnostische omgrenzing van het beeld is bij vele auteurs niet scherp. Sommige auteurs vatten onder het begrip *anorexia nervosa* alle psychogene anorexiën samen, waarbij dan wel weer eens een uitzondering gemaakt wordt voor de anorexie die bij schizofrenie kan voorkomen. Door het gebrek aan klaarheid op deze punten moeten de gegevens uit de literatuur met de nodige reserve worden gehanteerd.

Wat het verdere verloop na de behandeling betreft, houden vele auteurs rekening met een chronisch verloop in 1/3 der gevallen, waarbij de lichamelijke toestand sterk fluctueert. Men beschrijft in dit verband een eigenaardige psychische eindtoestand, ook wel als een soort defecttoestand betiteld, uiteraard niet te verwarren met een defecttoestand bij schizofrenie. In 1/3 der gevallen rekent men met een neurotische eindtoestand, terwijl 1/3 der gevallen het relatief goed zou blijven maken resp. geheel genezen zou blijven.

Een dodelijke afloop is niet zo zeldzaam als wel wordt aangenomen (Ziolko geeft aan: van 7 tot 14 procent).

#### A HET ONDERZOEK NAAR DE BEHANDELINGSRESULTATEN

(1) *Selectie eigen materiaal* — Bij dit onderzoek hebben wij ons beperkt tot de patiënten, die uiterlijk 31 december 1964 uit onze kliniek ontslagen zijn teneinde een behoorlijke follow-up periode van minstens drie jaar te verkrijgen.

Onder de diagnose 'anorexia nervosa' vonden wij, bovenstaande tijdsgrens in aanmerking genomen, in het diagnosekaartsysteem 44 gevallen. Met uitzondering van 1 patiënt waren dit allen vrouwen. Deze ene man, die later is overleden (de doodsoorzaak is voor ons niet achterhaalbaar), wordt hier verder buiten beschouwing gelaten.

Van de 43 vrouwen hebben wij verder twee gevallen buiten ons onderzoek gelaten, omdat zij te kort waren opgenomen (1 dag resp. 1 week).

Er bleven dus 41 vrouwen en meisjes over, waarvan de eerste is opgenomen in 1943.

Met behulp van de gegevens uit de ziektegeschiedenis is in alle gevallen gecontroleerd, of de diagnose 'anorexia nervosa' wel van toepassing was. Hierbij zijn de criteria gebruikt, zoals die, vrij streng, door *Lafeber* zijn opgesteld. Deze hebben betrekking op het gewichtsverlies, de amenorroe, de obstipatie, en psychiatrische verschijnselen als: een alles doordringend streven naar vermagering, reductie van het gedachtenleven tot voedselproblematiek en tot de wens de vrouwelijke vormen te elimineren, een sterk verzet tegen behandeling,

stoornis in de beleving van de eigen lichamelijkeheid in de zin van te dik zijn.

Buitendien vindt men stemmingsveranderingen als: depressiviteit en apathie; daarnaast vaak een opvallende activiteitsdrang en een beleven van onmacht vanuit eigen kracht te denken, voelen en handelen. Een zeer groot deel van onze patiënten voldeed aan deze criteria. In de gevallen uit de eerste jaren was het een enkele maal onmogelijk, op grond van de beschikbare gegevens uit te maken of we hier met een meer hysterisch gekleurd beeld te maken hadden (althans wat de gegevens over de psychische toestand betreft). Bij de gevallen uit later jaren kwam een zestal niet aan de 20 procent-gewichtsvermindering toe ten opzichte van de norm zoals die ontleend is aan de Geigy Scientific Tables; hun gewicht bij opname was relatief gunstiger. Toch bleek uit hun voorgeschiedenis dat zij wel degelijk aan een, aan de norm voldoende, gewichtsverlies hadden geleden. Aangezien de rest van het beeld aan de diagnostische criteria voldeed, hebben wij hen bij de onderzochte gevallen gehandhaafd. Ondanks bovengenoemde bezwaren menen wij, alle 41 gevallen tot ons onderzoek te kunnen rekenen. Overigens kan nog worden opgemerkt, dat de in de literatuur soms genoemde moeilijkheid inzake de afgrenzing van het ziektebeeld ten opzichte van de schizofrenie of de melancholie bij ons niet is voorgekomen. Dit houdt waarschijnlijk verband met het feit, dat de nosologische categorieën in onze kliniek betreffende deze ziektebeelden steeds tamelijk scherp zijn gehanteerd.

(2) *Onderverdeling van het materiaal* — Het patiëntenmateriaal hebben wij verdeeld in 2 groepen, op grond van de klinische behandeling.

De behandeling is steeds afgestemd geweest op verbetering van de lichamelijke toestand, met zonodig bedrust, diëet, sondevoeding, roborantia. De psychiatrische begeleiding heeft daarbij uiteraard de persoonlijkheid van de patiënt niet buiten beschouwing gelaten.

Sedert 1960 heeft Lafeber echter in onze kliniek een meer systematische psychotherapeutische aanpak toegepast, waarbij in een intensief persoonlijk contact de psychische problematiek werd doorsproken. Deze therapie drong de patiënte tot confrontatie met zichzelf, en had bovendien didactische aspecten, onder andere inzake het versterken van het ik-gevoel, oefening van adaequate zelfstandigheid e.d. (Voor het overige wordt verwezen naar de betreffende literatuur).

Een complicerende factor is, dat sedert kort voor 1960 ook de neuroleptica en antidepressiva aan deze patiënten werden voorgeschreven. Wanneer wij een eventueel verschil zouden vinden tussen de groep behandelde patiënten van vóór 1960 en daarna, zou dit mogelijk ook hieraan zijn te danken.

Eenvoudigheidshalve noemen wij in de navolgende bespreking de groep patiënten van vóór de caesuur in 1960: groep A, terwijl de na die tijd behandelde patiënten hier verder groep B worden genoemd. Groep A omvat 18 personen, groep B 23 personen. Eén van de patiënten van groep A werd op de kinderpsychiatrische afdeling behandeld.

(3) *Hier volgen enige anamnestiche gegevens over de patiënten* —  
 3;1 *Huwelijk* — Van de 13 meerderjarige personen uit groep A zijn er slechts 2 gehuwd, terwijl er van de 5 meerderjarige personen uit groep B 4 gehuwd zijn. Er zijn geen minderjarige gehuwden in deze groepen.

3;2 *Kerkgenootschap* — Van groep A behoren 9 personen tot de R.K.-kerk, 8 zijn er protestant, 1 is er onkerkelijk.

Voor groep B zijn deze cijfers resp. 9, 11 en 3.

Er is geen verschil van betekenis tussen beide groepen. Ten aanzien van het algemene bevolkingspercentage pleegt het cijfer voor onkerkelijken aan de lage kant te liggen, doch er kan niet worden uitgemerkt of er een verschil van betekenis is met de algemene populatie van de kliniek. Het is bekend, dat tot voor kort door onkerkelijken namelijk vaak nog een kerkgenootschap werd opgegeven, om diverse redenen.

3;3 *Voorafgaande behandeling in verband met anorexia nervosa* — Uit groep A waren 4 personen eerder in hun leven in verband met het huidige ziektebeeld klinisch psychiatrisch behandeld, uit groep B waren dit er 2. Veel groter was het aantal gevallen, dat een voorafgaande klinische behandeling, in verband met het onderhavige ziektebeeld, had ondergaan bij een ander specialisme. Dit betrof vooral opnamen op een interne afdeling, in sommige gevallen ook op een endocrinologische afdeling.

Bij groep A zien we hier 10 opnamen, bij groep B 12.

Dikwijls, doch niet altijd, vond de opname in onze kliniek plaats vanuit een dergelijke afdeling.

Overige belangrijke gegevens, zoals de sociaal-economische achtergrond van de patiënten of het ouderlijk gezin, schoolopleiding en beroep, intelligentieniveau, plaats in de kinderrij, leeftijd bij het intreden van de menarche e.d. worden hier verder onbesproken gelaten.

Over het algemeen beschikken wij slechts in zeer beperkte mate over deze gegevens, met name wat betreft groep A. Wanneer wij alleen de gegevens van groep B in ogenschouw zouden nemen, zouden wij een scheefgetrokken beeld krijgen.

(4) *De toestand bij opname* —

4;1 *Leeftijd bij opname* — Deze varieert van 12 jaar en 4 maanden tot

51 jaar en 3 maanden. Groep A bevat veel patiënten tussen de 20 en 40 jaar, terwijl groep B hoofdzakelijk patiënten jonger dan 20 jaar bevat. Het verschil in leeftijd tussen groep A en groep B is zeer significant, berekend volgens de mediaantoets ( $p > 0,01$ ).

Over het algemeen weerspiegelt de leeftijd hier de duur van het ziektebeeld. In groep B zitten dus veel meer personen met een kortere ziektegeschiedenis. Mogelijk speelt hierbij een rol, dat het ziektebeeld als zodanig in de loop van de jaren beter is onderkend. Eveneens is het mogelijk, dat door de bekendheid met de behandeling van Lafeber na 1960 de patiënten eerder ingestuurd werden.

4;2 *Gewichtstoestand bij opname* — Als norm voor het gewicht gebruikten wij de gegevens uit de 'Geigy Scientific Tables', die rekening houden met leeftijd en lengte. Daar met name bij groep A de lengte als gegeven in de ziektegeschiedenis ontbreekt, hebben wij slechts 11 getallen van groep A, en 19 van groep B. De overige gewichten konden wij niet met de lengte vergelijken, doch zij lagen gezien de leeftijd van de patiënt, aan de lage of extreem lage kant. De gewichten van de gehele groep variëren van 46 procent tot 93 procent van de norm. Alle gewichten van groep A liggen beneden het niveau van 80 procent van de norm. 13 van de 19 gewichten van groep B eveneens. Overigens is er tussen groep A en groep B geen verschil in opnamegewicht ( $0,80 > p > 0,70$ , mediaantoets).

Beide groepen zijn, statistisch gesproken, dus gelijkwaardig inzake gewichtsverlies.

4;3 *Menstruatiepatroon* — Van de 41 patiënten uit de totale groep zien wij, dat er 29 lijdend zijn aan amenorroe (waarvan 2 primair); er zijn 5 gevallen van hypomenorrie en onregelmatige menstruatie; 2 gevallen zijn normaal; 2 patiënten zijn mogelijk nog in hun prae-puberteit en menstrueren nog niet, van 3 gevallen hebben wij geen gegevens. Over de groepen verdeeld:

	groep A	groep B
amenorroe	10 (1 primair)	19 (1 primair)
hypomenorroe en onregelmatig	4	1
normaal	—	2
prae-puberteit	1	1
onbekend	3	—

Wij zien in de meerderheid van de gevallen amenorroe, waarbij groep B zeker niet onderdoet voor groep A.

4;4 *Defaecatie* — Op grond van eenvoudige criteria (frequentie, noodzaak tot gebruik van laxantia e.d.) is de defaecatie onderverdeeld in 3 categorieën, nl. ernstige obstipatie, matige obstipatie en normaal.

Wij kregen het volgende beeld:

	groep A	groep B	totaal
ernstige obstipatie	11	17	28
matige obstipatie	1	1	2
normaal	1	0	1
onduidelijke of geen gegevens	5	5	10

Zoals viel te verwachten, zien wij in meerderheid bij opname ernstige obstipatie, zowel in groep A als groep B.

4;5 *Psychiatrische aspecten* — Vrijwel zonder uitzondering kan worden gezegd, dat alle patiënten uit groep B lijdende waren aan ernstige aanpassingsmoeilijkheden van diverse aard. Voor zover het hun schoolprestaties betreft, hadden zij, zij het veelal als 'Einzelgänger' op school, ogenschijnlijk redelijk goed gefunctioneerd; het is bekend, dat deze patiënten hun best doen om zo goed mogelijke prestaties te leveren.

Na het uitbreken van de ziekte in engere zin evenwel werd de situatie in de meeste gevallen zodanig, dat een verder maatschappelijk functioneren onmogelijk was, hetzij op school, hetzij in werkkring of huwelijk. De sociale contacten waren veelal tot een minimum gereduceerd.

Voor zover de gegevens uit groep A tot onze beschikking stonden, wijzen deze op een zelfde situatie, zodat wij er van mogen uitgaan, dat vrijwel alle patiënten sociaal op minimaal niveau functioneerden. Dit geldt ook voor die patiënten van groep B, wier gewicht bij opname boven de 80 procent-norm lag. Zij waren sociaal geheel vastgelopen, met overheersing van het voor anorexia nervosa kenmerkende psychologische aspect in het beeld.

(5) *De behandeling* — Deze blijft hier verder onbesproken. Genoemd is reeds het verschil in behandeling tussen groep A en groep B. Slechts wordt gewezen op het feit, dat er geen verschil was in opnametijd tussen groep A en groep B (mediaantoets,  $0,70 > p > 0,50$ ). De behandeling in de kliniek duurde vaak vele maanden lang, variërend van drie weken tot bijna 1 jaar.

Overigens vertrokken tegen advies van groep A: 8 patiënten en van groep B: 3 patiënten. Hieruit blijkt dat er een kleiner aantal patiënten uit groep B tegen advies is vertrokken. Dit gegeven moet met enige reserve worden bekeken, daar een ontslag toch vaak, en misschien meer in groep B, het karakter van een compromis zal hebben gehad tussen patiënte, therapeut en ouders of verdere familie.

(6) *De toestand bij ontslag* — Het ontslag vindt bij deze patiënten vaak plaats op een moment, dat zij zich nog sterk 'waar' moeten

maken inzake hun sociale aanpassing. Weliswaar is er in klinisch verband dikwijls een duidelijke verbetering merkbaar, doch het blijft de grote vraag, hoe het in de maatschappij verder zal gaan. Daarom hebben wij de beoordeling van de toestand bij ontslag, het sociale functioneren en het subjectief ondervinden van problematiek buiten beschouwing gelaten. Dit aspect komt beter tot zijn recht in het katamnestiche gedeelte van dit artikel.

6;1 *De gewichtstoestand* — In sommige gevallen is geen verbetering bereikt, in andere gevallen een uitstekende; soms is er sprake van een duidelijk overgewicht. Wij beschikken over 10 ontslaggewichten van groep A, en 19 van groep B, die we met de norm kunnen vergelijken.

Wanneer we als afdoende beschouwen het feit (in overeenstemming met het internationale gebruik) dat 87,5 procent van de norm is bereikt, dan zien wij:

	minder dan 87,5%	meer dan 87,5%
groep A	(waarvan 7 minder dan 80%)	1
groep B	3 (alle 3 minder dan 80%)	16

Van deze 16 personen van groep B, die aan de 87,5 procent-grens voldoen, zijn er 2 op een sterk overgewicht, 125 procent resp. 137 procent.

Wij mogen uit de gewichtspercentages van groep A en groep B afleiden, dat er een verschil bestaat inzake de gewichtsverbetering van groep B en groep A (mediaantoets: de waarschijnlijkheid van een toevalsverdeling is kleiner dan 0,01).

Wij mogen deze conclusie slechts trekken, als deze 10 personen van groep A en deze 19 van groep B representatief geacht mogen worden voor hun groepen. Controle op hun leeftijd en opnameduur leert, dat ze op deze punten volkomen in overeenstemming zijn met hun groep.

Een andere methode om gewichtsverbetering bij ontslag te vergelijken, wat betreft groep A en groep B, is de gewichtsverandering per persoon, uitgedrukt in procenten van het opnamegewicht, na te gaan. Wij hebben dan met het zo vaak ontbrekende gegeven 'lengte' niets te maken. Voor groep A komen wij op deze wijze aan 17 getallen, voor groep B aan 23 getallen. Op het eerste gezicht lopen deze getallenreeksen ver uiteen, een indruk die bevestigd wordt door statistisch onderzoek: de waarschijnlijkheid dat beide getallenreeksen tot eenzelfde populatie behoren, is volgens de Mann-Whitney U test (*Siegel* p. 116 e.v., spec. 121):  $p = 0,0091$ . We mogen dus, met een confidentieniveau van 0,01, aannemen dat deze getallen van groep B een andere grootte hebben dan van groep A. Ook hieruit concluderen wij, dat er een duidelijke gewichtsverbetering van groep B bestaat ten opzichte van groep A.

6:2 *Menstruatiepatroon* — Met name onder de patiënten van groep B kwam herstel van de menstruatie tot stand. Over het algemeen ging dit gepaard met gewichtsherstel; daar, waar gewichtsherstel uitbleef, vond ook geen normalisering van de menstruatie plaats. In sommige gevallen echter herstelde de menstruatie zich, zoals ook in de literatuur wordt beschreven, vóór de gewichtstoestand normaal was. Vaker gebeurde het, dat ondanks de gewichtsverbetering er (nog) geen menstruatie was ingetreden.

Voor zover de gegevens uit groep A bekend zijn, wijzen zij slechts op incidentele verbetering.

6:3 *Defaecatief* — In vele gevallen bleef obstipatie bestaan, meestal in matige vorm. Ook bij ettelijke patiënten, die op gewicht gekomen waren, bleef een matige obstipatie bestaan. In groep A persisteerde de obstipatie, voor zover de gegevens strekken, in vrijwel alle gevallen waar het bij opname ook bestond.

(7) *Bespreking van de resultaten* — Wanneer wij letten op de somatische aspecten, dan moet over de groep patiënten als geheel geconcludeerd worden, dat een belangrijk deel van hen, en wel ongeveer 1/3, een minimaal te wensen gewicht bij hun ontslag niet bereikt; een feit, dat overeenstemt met literatuurgegevens.

Wanneer wij echter groep A en B met elkaar vergelijken, dan komt groep B aanzienlijk gunstiger voor de dag. Verreweg de meeste patiënten uit deze groep bereiken de grens van 87,5 procent van de gewichtsnorm. Dit feit wordt ook langs andere statistische weg bevestigd.

Het zelfde gunstige beeld van B ten opzichte van A zien wij, wat het herstel van menstruatie en defaecatie betreft.

Vragen wij ons af, waarom groep B zoveel gunstiger resultaat bereikt, dan kunnen wij op grond van onze gegevens wijzen op:

— het verschil in *anamnestische gegevens* tussen groep A en groep B. A is ouder bij opname, is zo goed als zeker dus langer ziek; overige antecedentsverschillen zijn er niet wat betreft de ernst van het ziektebeeld in somatisch en psychisch opzicht, voorafgaande behandeling of godsdienst, maar wellicht wel op andere, niet achterhaalde gebieden.

— het verschil in *behandeling*. Hierbij denken wij speciaal aan de andere vorm van psychotherapeutische aanpak die groep B heeft ondergaan, en aan de nieuwere medicamenten die, zoals reeds gezegd, bij de patiënten van groep A slechts in enkele gevallen zijn gebruikt; het verschil kan niet zitten in de duur van de klinische behandeling, daar deze voor beide groepen hetzelfde is geweest.

## B HET KATAMNESTISCH ONDERZOEK

(1) *Uitvoering* — Voor zover zij bereikbaar waren, is aan alle 41



personen schriftelijk verzocht, mede te werken aan dit onderzoek. Alle personen, die tot medewerking bereid bleken, werden persoonlijk ondervraagd, aan de hand van een door de onderzoeker in te vullen schema. Het interview kon, naar wens van de betrokkene, plaatsvinden te haren huize of op de psychiatrische polikliniek van het Academisch Ziekenhuis.\*)

Wanneer een negatieve reactie werd verkregen, zagen wij af van verder onderzoek. Wanneer wij geen reactie kregen, werd patiënte nog een tweede maal aangeschreven.

Daar wij vreesden, dat exploratie van andere bronnen van gegevens (familie, werkgever, huisarts) een mogelijke storende factor kon zijn inzake het psychisch evenwicht van de patiënten, zagen wij in het algemeen daarvan af. Gewezen moet dus worden op het feit, dat onze inlichtingen vooral op gegevens van de (ex) patiënten zelf berusten, met alle mogelijke vertekening van dien. (Het al of niet bewust bieden van een te gunstig of ongunstig beeld).

Tenslotte kregen wij de volgende situatie:

	groep A	groep B
volledige gegevens verkregen	11	15
overleden	1	—
weigerden, onbereikbaar of		
2 x geen reactie	6	8
totaal	18	23

Van groep A blijkt 1 persoon aan de complicaties van haar ziekte in cachectische toestand te zijn overleden (op 40-jarige leeftijd). Zij blijft verder buiten dit onderzoek. Van de 14 personen, over wie wij geen gegevens hebben, (van enkelen hebben wij door persoonlijke bekendheid nog wat gegevens) blijken er 2, ondanks alle naspeuringen, onvindbaar. De motieven van weigering tot deelname lopen uiteen: bv. de ouders schrijven dat patiënte het goed maakt en dat zij verder geen prijs stellen op contact; één patiënte antwoordt dat zij 'over de geloofscrisis heen is en geen herinnering aan de moeilijke jaren wenst, zij het dan dat het lichaam nog zwak is'; een enkele vermoedt boze opzet van de artsen die haar momenteel behandelen, om langs slinkse wegen meer gegevens over haar te verkrijgen; sommigen weigeren zonder opgaaf van redenen; anderen blijven, in verband met de toekomstige werkkring, liever verder buiten onze registratie.

Onze indruk, die mede bepaald is door toevallige gegevens die buiten

\* Het grootste deel van de interviews is verricht door de psychiatrisch sociaal werkster mejuffrouw D. E. A. M. Steur, een vijftal interviews door de auteur, terwijl ook Dr. Lafeber enkele patiënten heeft geïnterviewd. In een enkel geval konden de gegevens door beide laatstgenomden zonder meer worden verstrekt, daar de patiënt nog of weer in behandeling was.

dit onderzoek om aan ons bekend zijn, is, dat de toestand van deze weigeraarsters zeer verschillend is.

Voor zover wij thans de follow-up gegevens bespreken, noemen wij de 'respondenten' uit groep A: A' en uit groep B: B'.

De vraag, of A' als een verantwoorde steekproef uit A, en B' als een verantwoorde steekproef uit B te beschouwen is, is moeilijk te beantwoorden. Het feit, dat de niet-respondenten nogal uiteen lopen, maakt dat wij enig vertrouwen kunnen hebben in het feit dat de steekproeven niet eenzijdig zijn. Wanneer wij overigens nagaan of er tussen A' en B' verschillen zijn inzake leeftijd bij hun opname van eertijds en hun opnameduur, dan blijken er, berekend naar de mediaantoets, geen verschillen tussen A' en B' te zijn. We mogen daarom concluderen, dat van de A-groep de relatief jongeren positief hebben gereageerd op de vraag naar follow-up medewerking.

Een prettige bijkomstigheid is, dat de groepen A' en B', door het wegvallen van het leeftijdsverschil bij opname en daardoor ook van het verschil in ziekteduur voor opname, beter vergelijkbaar zijn met elkaar dan A en B.

Overigens is er een grote spreiding in de tijden, dat de follow-up werd verricht, gemeten na het ontslag, en wel variërend van 23 jaar en 10 maanden tot 3 jaar en 7 maanden. Wij achten deze periode van 3½ jaar overigens ruim voldoende om een goede indruk te krijgen over de toestand van de patiënt. Het moet aannemelijk worden geacht, dat uit het verloop van de situatie in 3½ jaar duidelijk wordt, hoe het levenspatroon van de patiënte verder zou zijn, al kan het in een incidenteel geval wel voorkomen, dat er na die tijd belangrijke veranderingen plaatsvinden.

(2) *De toestand van de patiënt bij het katamnestic onderzoek — Gewichtstoestand* — De gewichtspersentages, ingedeeld volgens de gewenste norm van 87,5 procent, blijken dan als volgt te liggen:

	minder dan 87,5%	meer dan 87,5%
A'	8	3
B'	3	11

Volgens Fisher's test is de waarschijnlijkheid, dat deze verdeling toevallig is, te verwerpen op een niveau van 0,025 (eenzijdig). We mogen dus concluderen, dat qua gewicht groep B' het beter maakt dan A'. In totaal bereikt echter 40 procent van de gehele groep de gewenste norm niet.

	regelmatig	amenorroe	onregelmatig
A'	7	4	0
B'	7	3	5
totaal	14	7	5

Hierbij moet worden aangetekend, dat in de rubriek 'Amenorroe' 2 patiënten uit groep A' en 1 patiënte uit groep B' vermeld zijn, die thans de gemiddelde leeftijd van de menopauze hebben bereikt, zonder verder na hun ontslag gemenstrueerd te hebben.

Onder 'Regelmatig' is bij A' een vrouw vermeld, die normaal menstrueerde, na haar ontslag tot haar menopauze.

Over het geheel genomen menstrueert dus iets meer dan de helft van de respondenten regelmatig. Wanneer wij nagaan, of er verschil bestaat tussen A' en B' inzake het überhaupt gemenstrueerd hebben, moeten wij de rubriek 'onregelmatig' voegen bij 'regelmatig'. We krijgen dan statistisch geen significant verschil (Fisher's toets).

Als bijzonderheid valt verder nog te vermelden, dat bij A' 3 vrouwen pas opnieuw gingen menstrueren na een partus.

*Defaecatie* — Op grond van de gegevens en in overeenstemming met de reeds eerder gebruikte indeling, zouden we willen onderscheiden in ernstige en matige obstipatieproblematiek. Vermelding verdienen voorts nog: sporadisch (bij tijden) obstipatieproblematiek, diarree, en normaal.

	ernstig	matig	sporadisch	diarree	normaal
A'	5	1	—	1	4
B'	3	3	3	—	5
totaal	8	4	3	1	9

Ruwweg genomen, heeft 1/3 dus een normale defaecatie en bij eveneens 1/3 is deze ernstig gestoord. Bij de helft zijn er in elk geval moeilijkheden op dit gebied. Tussen de groepen A' en B' is er geen opvallend verschil.

Wanneer wij thans ook andere gezichtspunten, en wel psychiatrische en sociale aspecten in het onderzoek betrekken, krijgen we de volgende gegevens:

*Eetproblematiek* — Zonder het gewicht er in te moeten leggen, kan men zich een oordeel vormen over de eetproblematiek door vragen te stellen naar de instelling ten aanzien van het voedsel, de frequentie van het eten, de aard van het voedsel (diëet), braakneigingen e.d. Wij kwamen tot een indeling inzake de eetproblematiek in: ernstig, matig en geen problemen.

Afgaande op de verstrekte gegevens kunnen wij de volgende tabel opstellen:

	ernstig	matig	geen probleem
A'	5	3	3
B'	1	4	10
totaal	6	7	13

De helft van de patiënten blijkt dus nog eetproblematiek te hebben, onder te verdelen in ongeveer gelijke aantallen zware en matige problemen. Groep B' komt in dit beeld gunstiger voor de dag, hetgeen mogelijk ook blijkt uit de gewichtstoestand van deze groep.

*Seksualiteit* — Exploratie van dit aspect bleek soms niet eenvoudig. Wellicht moeten wij hier speciale reserves hebben ten aanzien van de meegedeelde feiten.

Wij treffen de volgende situatie aan:

	gehuwd sex. relatie bevredigend voor patiënt	gehuwd afwijzing van seksualiteit	ongehuwd en volledig abstinent	overig
A'	2	4	5	—
B'	4	2	7	2

Onder de rubriek 'Ongehuwd en volledig abtinent' zijn personen geregistreerd, die allen te kennen gaven, niet te masturberen en geen of nauwelijks erotische fantasieën of dromen te hebben.

Van de 12 gehuwden wijst de helft alle seksualiteit af, een situatie die soms verontschuldigd wordt met de eigen lichamelijke toestand, soms echter zonder meer wordt geponeerd, waarbij de echtgenoot blijkbaar meestal in de toestand berust.

Wij mogen concluderen, dat door het overgrote deel der respondenten de seksualiteit in brede zin genomen vermeden of afgewezen wordt. De beide groepen ontlopen elkaar daarin niet veel.

*Sociale contacten* — We hebben hierbij speciaal het oog op het functioneren in het verband van kennissenkring en familie. Dit is moeilijk te evalueren, omdat de situaties waarin de patiënten verkeren zo verschillend zijn; een gehuwde vrouw staat voor andere opgaven dan een ongehuwde e.d. Over het algemeen voelen de gehuwden op dit punt geen gemis; het hangt vooral van de man af, of het gezin een al of niet uitgebreide kennissenkring heeft.

Bij de ongehuwden treffen we dikwijls een situatie aan, waarin men nauwelijks vriendschappen heeft en eigenlijk een eenzaam bestaan. Bij de overige ongehuwden zien we, dat slechts enkelen een goede vriendin of kennis hebben, die een 'dragend' contact biedt. Verder heeft men nogal wat oppervlakkige contacten, waar men in wezen toch niet door geraakt wordt, maar die mogelijk wel belangrijk zijn om in evenwicht te blijven. Het is moeilijk, hierin verschil tussen de beide groepen te ontdekken.

*Werk* — Voor zover zij gehuwd zijn, werken zij vooral in het eigen gezin. De meesten zijn daar tevreden mee en voldoen inzake het

huishoudelijk aspect wel. Zelf zijn zij nogal eens ontevreden. Van de ongehuwden is het beeld verschillend, maar de meeste leden van beide groepen houden zich bij één werkkring of studie, waarin zij het wel naar hun zin hebben en qua werk goed voldoen. De overigen mislukken dikwijls, kunnen zich niet handhaven, zijn niet tevreden, en veranderen vaak van werkkring. Over het algemeen is het werk-aspect van het huishouden bij de gehuwde vrouw en bij de meeste ongehuwden de aanpassing aan werk of studie bevredigend.

*Problemen t.a.v. de kinderen* — Het kindertal bij onze 12 gehuwde respondenten varieerde van 0 tot 4. Drie vrouwen hadden geen kinderen. De overige 9 hadden samen 17 kinderen. Slechts 3 van deze moeders hadden met hun kinderen geen opmerkelijke problemen. Zes vrouwen hadden dus wél moeilijkheden met hun kinderen: 1 jongen van 8 jaar stotterde en leed aan enuresis nocturna, 1 meisje had eet- en leerstoornissen en verbleef tijdelijk in een kamp van 'Kinderzorg'.

Eén moeder had een zoon op de LOM-school die erg kinderlijk was, terwijl haar dochter leed aan enuresis nocturna tot in het huwelijk; weer een andere wist met de hyperbeweeglijkheid van haar jongste zoon geen raad, hij moest naar een JVVO-kamp. Een andere moeder drong haar kind vanaf de geboorte eten op, tot het op 1½-jarige leeftijd ging weigeren en er zeer veel moeilijkheden met de moeder ontstonden, waarbij haar psychiatrische toestand danig verergerde. Tenslotte was er nog een moeder met een zoontje, die in zijn eerste levensjaren ernstige eetproblemen had gehad.

Vermelding verdient hierbij, dat een ongehuwde vrouw, die in een kindertehuis werkte, eveneens de neiging bij zich voelde opkomen de kinderen vol te proppen met eten.

De meeste moeders hadden dus in de relatie tot hun kinderen ernstige problemen, waarbij wij in het midden laten of de problemen van de kinderen door de moeder werden veroorzaakt. In ieder geval is het wel duidelijk, dat waar zich eetproblemen met het kind voordeden, de moeders voor het grootste deel hieraan mede schuld hadden.

*Psychiatrische zorg en opnamen na het ontslag* — Heropname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis vond plaats:

	voor anorexia nervosa	voor depressief beeld
A'	4	1
B'	3	2

Groep A' levert dus in 5 gevallen een psychiatrische opname op (d.i.

in bijna de helft der gevallen), waarvan 2 patiënten praktisch chronisch te noemen zijn.

Groep B' telt 5 heropnames, waarbij geen chronische.

In groep A' ziet men verder 5 personen zonder psychiatrisch contact, waarvan overigens één een ernstige diefstalproblematiek heeft. Eén patiënt van groep A' is nog onder poliklinische behandeling.

In groep B' variëren de overige 10 gevallen van nauwelijks enige nazorg tot intensief poliklinisch contact.

Groep A' vertoont meer de zwart-wit tekening van óf geen behandeling, óf opname, terwijl groep B' wel in 1/3 der gevallen heropnames telt, doch voor het overige een genuanceerder beeld van psychiatrische begeleiding vertoont.

(3) *Samenvatting van de resultaten van het katamnestic onderzoek* — Het mortaliteitscijfer is vrij laag (1 op 41 vrouwen).

Op somatisch gebied bereikt 40 procent van de patiënten de grens van 87,5 procent van de norm niet; slechts iets meer dan de helft menstrueert regelmatig. Inzake het defaecatiepatroon ondervindt de helft van de patiënten moeilijkheden van meer of minder ernstige aard.

Eetproblemen bestaan er bij 50 procent van de patiënten.

Bijna de helft van de patiënten is gehuwd, waarvan overigens weer de helft de seksualiteit afwijst. De overigen leven als het ware 'a-seksueel'.

Op sociaal gebied hangt bij de gehuwden het bevredigend functioneren af van de man. Bij de ongehuwden is er vaak grote eenzaamheid, met soms veel oppervlakkige contacten. De aanpassing aan het werk (in het gezin of daarbuiten) is bevredigend, voor zover het de arbeidsaspecten in engere zin betreft. Als moeder echter blijken onze patiënten in zeer veel gevallen problemen door te maken. Het zwaartepunt van de moeilijkheden bevindt zich volgens onze patiënten doorgaans bij het kind, doch het is zeer de vraag, of onze patiënten zelf niet een belangrijke factor in het ontstaan hiervan vormen. Voor zover het eetstoornissen betreft lijkt dat in elk geval voor de hand liggend.

Klinisch-psychiatrische heropnames kwamen voor in plm. 40 procent der gevallen, waarvan de meerderheid voor terugval in het syndroom in engere zin; de overigen voor een beeld dat als ernstig neurotisch-depressief kan worden beschouwd. Vergelijken wij de groep als geheel met overige gegevens (m.n. van Ziolkó) dan vinden wij een totaal-beeld dat wel zou kunnen passen in het eenvoudige schema van: 1/3 blijvend 'anorectisch' gestoord, 1/3 een neurotisch beeld biedend, 1/3 redelijk genezen. In ons eigen onderzoek menen wij echter er goed aan gedaan te hebben, een meer genuanceerd beeld te bieden op grond van specifieke problematiek. Dit bood ons bovendien de

gelegenheid ons materiaal in twee groepen te splitsen, die vrij goed vergelijkbaar zijn. Zij verschillen slechts op grond van de andersoortige klinische behandeling en op grond van het feit, dat zij een verschillend lange duur van follow-up hebben.

Wij menen uit bovengenoemde cijfers te kunnen concluderen, dat groep B' gunstiger voor de dag komt dan groep A', op het punt van gewichtstoestand en eetproblematiek. Inzake menstruatiepatroon, defaecatiepatroon, seksualiteit, sociale contacten en werk zien wij weinig verschil tussen beide groepen. Inzake de relatie ten aanzien van de kinderen zijn beide groepen niet goed vergelijkbaar.

Concluderend zouden wij kunnen zeggen, dat er bij het katamnestic onderzoek gegevens zijn die pleiten voor de behandeling (Lafeber), zoals die bij groep B is toegepast.

Uit het persoonlijk contact met de patiënten hebben wij de indruk gekregen, dat de leden van B' in het algemeen in betere psychische conditie zijn dan van groep A'. Dit komt in onze follow-up niet goed tot zijn recht, wellicht omdat het objectiveren van deze gegevens een moeilijke zaak blijft.

Overigens: voor hen, die een sombere indruk uit deze cijfers zouden krijgen, zij gewezen op het feit, dat vrijwel alle patiënten, ten tijde van hun opname, in een somatische of psychische toestand van desolate aard verkeerden. De behandelingsresultaten, zowel op kortere als op langere termijn bezien, zijn toch in een derde tot de helft van het aantal patiënten goed te noemen.

*Epikrise* — 41 vrouwelijke patiënten, lijdende aan anorexia nervosa, werden klinisch behandeld in de psychiatrische kliniek van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht, te eniger tijde tussen 1943 en einde 1964.

Van deze patiënten werden er 23 na 1960 volgens een gewijzigde klinische methode behandeld, m.n. in psychotherapeutisch en medicamenteus opzicht. Van beide groepen patiënten worden de behandelingsresultaten vergeleken, waarbij de groep met de nieuwere behandeling een aanzienlijk gunstiger somatisch aspect bij ontslag vertoont; overigens is het mogelijk, dat ook een verschil in voorafgaande ziekte-duur een rol speelt.

Bij katamnestic onderzoek over een minimum termijn van 3½ jaar werden van 26 patiënten uit beide groepen uitvoerige gegevens verkregen over de somatische en psychische toestand (gewicht, menstruatie, defaecatie, eetproblematiek, seksueel leven, sociaal contact, problemen met de kinderen, verdere psychiatrische behandeling), waarbij op al deze gebieden in ongeveer 1/3 à 1/2 der gevallen problemen bleken te bestaan.

De patiënten uit de groep van de nieuwere behandelingsmethode bleken inzake gewichts- en eetproblematiek in de beste toestand te

verkeren. Eén patiënt uit de eerder behandelde groep is aan de complicaties van haar ziekte overleden.

*Dankwoord* — Een woord van dank is hier op zijn plaats jegens Mejuffrouw Dr. Chr. Lafeber, voor haar medewerking en waardevolle raadgevingen bij dit onderzoek.

Eveneens jegens Zr. D. E. A. M. Steur, die zoveel van het praktische interview-werk op doeltreffende wijze heeft verricht.

#### SUMMARY

*Between 1943 and 1964, 41 female patients, suffering from anorexia nervosa, have been admitted to and treated for some time at the psychiatric department of the University Hospital, Utrecht, Netherlands.*

*After 1960, a change in treatment took place, especially regarding the psychotherapeutic approach and drug therapy.*

*Comparison of the treatment results of both groups (pre- and post-1960) shows a much better improvement in body condition in the post-1960 group, at the time of discharge from the hospital. However, it might be, that the longer duration of illness in the pre-1960 group before admittance to the hospital has some influence upon the poorer results in this group.*

*Both groups have been submitted to follow-up examination, covering a period of at least 3½ years after discharge. Extensive information has been obtained about 26 patients. These data concern the somatic and psychic condition of the patients (weight, menstruation, defecation, food intake, sexual life, social condition, problems of and in relation to their children, new psychiatric treatment); in each one of these aspects, problems of moderate or severe degree were existing in 1/3 to 1/2 of the cases.*

*The patients of the post-1960 group proved to be, at the time of the follow-up, in better shape, regarding weight and food intake.*

*One patient, belonging to the pre-1960, group, died from direct complications of her disease.*

#### LITERATUUR

- Crisp, A. H. (1966): 'A Treatment Regime for Anorexia Nervosa', *Brit. J. Psychiat.*, 112 : 505-12.
- Dally, P., en Sargant (1966): 'Treatment and Outcome of Anorexia Nervosa', *Brit. Med. J.*, 2 : 793-5.
- Documenta Geigy, Scientific Tables (6th edition) 1962, p. 623, Geigy Pharmaceutical Company, Manchester.*
- Farquharson, R. F., en Hyland (1966): 'Anorexia Nervosa: The Course of 15 Patients, treated for 20 to 30 Years Previously', *Canad. Med. Ass. J.*, 94 : 411-19.
- Lafeber, Chr. (1965): *Klinisch-psychiatrische Studie over de Anorexia Nervosa*, diss. Utrecht.
- Lafeber, Chr. (1965): 'Theorie en Therapie van Anorexia Nervosa', *N.T.v.G.*, 109 : 1718-25.
- Samuel-Lajeunesse, B., (1967): 'Le Prognostic de l'Anorexia Mentale', *Rev. Neuro-psychiat. Infant.*, 15 : 447-70.



- Siegel, S., (1956): *Non-parametric Statistics for the Behavioral Sciences*, Mc.Graw-Hill.
- Ziolko, H. A. (1966): 'Anorexia Nervosa' *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und Ihrer Grenzgebiete*, 7 : 353-96.