

Voordrachtenreeks 9, 1967

## **Groepstherapie voor anorexia-nervosa patiënten**

**door Dr. Chr. Lafeber, zenuwarts  
(uit de Utrechtse Universiteits Kliniek voor Psychiatrie,  
Hoofd: Prof. Dr. J.H. Plokker)  
mede namens Dr. P.J. Jongerius en J. Lansen**

Vandaag willen wij uw aandacht vragen voor een bepaalde vorm van groeps-psychotherapie, zoals we die voor een achttal van onze anorexia-nervosa patiënten sinds zeven maanden in onze kliniek toepassen. Deze speciaal voor hen geconstrueerde groep is een onderdeel van hun totale behandeling.

We hebben dit project gepland voor een jaar en nu de tijd voor de helft verstreken is hebben wij de behoefte ons te bezinnen. Wij hebben geprobeerd om dat wat ons als wezenlijk voorkomt onder woorden te brengen. Uit de voorlopige gevolgtrekkingen trachten we tot nader inzicht te komen, om in de tweede helft van het therapiejaar doeltreffender te kunnen werken.

Uiteraard zijn onze conclusies zeer voorlopig en kunnen later aanvechtbaar blijken.

Om te kunnen nagaan wat er gebeurt moeten we de voornaamste symptomatologie, de meest kenmerkende trekken van hun persoonlijkheidsstructuur en hun gezinsachtergrond bespreken. Daarna zullen we de motieven aanvoeren waarom we het gezelschap uit uitsluitend anorexia-nervosa patiënten hebben samengesteld onder leiding van een mannelijk en een vrouwelijk therapeut.

We zullen de vorm bespreken waarin we de activiteiten aan de patiënten hebben aangeboden. Het geheel staat onder supervisie van collega Jongerius, van wiens kennis omtrent het therapeutisch groepswork we dankbaar gebruik hebben gemaakt. Dan volgt een korte schets van ons reilen en zeilen gedurende de 32 zittingen, die patiënten en therapeuten met elkaar doorbrachten. De patiënten zijn allen ook in individuele psychotherapie. Vier van de acht zijn bij een van de groeps-psychotherapeuten, vier bij een derde. Een van deze laatste vier heeft in het kader van een gesplitste therapie ook individuele contacten met de vrouwelijke groepstherapeut. Bij drie patiënten wordt intensief met de ouders gewerkt, de moeder van een hunner zelfs is op grond van het gestoorde huwelijk en de extreem ambivalente relatie met haar zieke dochter in haar woonplaats in persoonlijke psychotherapie gegaan.

We krijgen de indruk, dat deze patiënten het samenzijn in de groep op een voor hen specifieke manier beleven. Drie van hen hebben dit ons in de individuele gesprekken medegedeeld. Van twee treffende voor-

beelden zal ik u straks uitvoeriger vertellen. Hieraan hebben we onze inzichten ontleend, waar de specifieke gevaren maar ook de mogelijkheden van deze groep liggen. Daarnaast zijn er ook therapeutische effecten aan te wijzen, zoals die in andere therapeutische groepen naar voren kunnen komen.

Ik bedoel hier groepen van gewone neurotische patiënten. Tot slot zullen we trachten te formuleren op welk aspect van de zieke persoonlijkheid deze groep naar onze mening in de eerste plaats werkt en op welke kanten van de problematiek het minder direct aanslaat. Wij willen zo tot een nauwere omschrijving van de karakteristiek van deze werkwijze komen.

Veel belangwekkende kanten van dit ziektebeeld moeten in het kader van deze opzet onbesproken blijven. Ik denk hier aan de historische ontwikkeling van het anorexia-nervosa begrip, de theorieën omtrent de genese, de plaats van het ziektebeeld in de psychiatrie, de sociogene aspecten en de andere zijden van de behandeling.

Over de symptomatologie dan het volgende:

Anorexia nervosa heeft een duidelijke voorkeur voor vrouwen van vroege puberteit tot jonge volwassenheid. Met het intreden der menstruatie op steeds jongere leeftijd is ook de leeftijdsgrens van anorexia naar beneden verschoven (voorheen 15-25 jaar, thans ongeveer 11-25 jaar). Het klinische beeld wordt somatisch gekenmerkt door de volgende trias:

(a) Gewichtsvermindering van ten minste 20%, in ernstigere gevallen tot 40% en bij uitzondering zelfs tot 60%. Bij patiënten van normale lengte zien wij vaak een gewicht tussen de 30 en 37.5 kg. Het laagste gewicht wat wij zelf zagen bedroeg 26 kg bij een meisje van 14½ jaar.

(b) Amenorrhoea. Deze kan beginnen vóór de stoornis in de voedselopneming manifest wordt. Meestal begint ze ongeveer gelijktijdig, soms lange tijd erna. Deze amenorrhoea bestaat bij sterk vermagerde patiënten soms vele jaren en, als er geen genezing of verbetering bewerkstelligd kan worden, gedurende het verdere leven.

(c) Obstipatie die langer nog dan de amenorrhoea kan blijven bestaan.

Op psychiatrisch gebied bestaan de volgende symptomen:

(a) De alles doordringende streving naar vermagering. Er is een hevig verzet tegen de vrouwelijke lichamelijkeheid, en de patiënte zoekt herkrijging van de status van het geslachtloze kind. Deze vermagering wordt met alle middelen nagejaagd: braken, laxantiamisbruik, heimelijk verdonkeremanen van voedsel. Berucht is de vindingrijkheid van deze patiënten in misleidingen bij de controles op de weegschaal.

(b) Eigenaardige stemmingsveranderingen van een autonoom karakter. De depressiviteit is niet massaal maar wel doordringend. De patiënten zijn hierdoor vaak teruggetrokken, soms zelfs paranoïd of schizoïd. In veel gevallen wordt dit gemaskeerd door schijnopgewektheid en door mechanische onpersoonlijke hyperactiviteit, een eigenaardige bijenvlijt. Vooral deze oncorrigeerbare activiteitsdrang bij de extreem vermagerde mensen heeft reeds de allereerste schrijvers gefraspeerd. Noodzakelijk voor het stellen van de diagnose is het verschijnsel echter niet.

(c) De merkwaardige reductie die het gehele psychische leven heeft ondergaan. Het denken en doen cirkelt uitsluitend om de voedselproblematiek en om de wens de vrouwelijke vormen te elimineren en te maskeren. Opmerkelijk is het steeds aanwezige verzet tegen pogingen van buitenaf tot wijziging van deze toestand. Klassiek is het gebrek aan ziekte-inzicht. Er bestaat bij de patiënte een typische gestoordheid in de beleving van haar eigen lichamelijkeheid. Zij beleeft zich onveranderlijk als te dik. Zij ontkent honger te voelen (die er wel is) en ontkent in het begin ook elk gevoel van dorst. De overactieve typen ontkennen vermoeidheid, soms zelfs koude en pijn. Naar mijn ervaring worden deze gevoelens later tijdens de therapie wel toegegeven.

(d) Tot slot noem ik hier de merkwaardige verschijnselen die erop wijzen dat de patiënten zich in werkelijkheid onbekwaam tot eigen initiatief voelen. Zij weten zich onmachtig vanuit eigen kracht te denken, te voelen en te handelen. Deze laatste symptomen kan men pas waarnemen als men erop verdacht is. Uit de aard van de zaak deelt patiënte die uit zichzelf niet mede. Zij kan zich hierover pas uiten in een terugblik, wanneer zij een zekere graad van herstel heeft bereikt.

De patiënten die wij hier bespreken zijn allen reeds over hun fase van extreme vermagering heengekomen. Vijf zijn inmiddels op normaal gewicht, maar twee van hen menstrueren nog niet. De drie overigen daar-entegen menstrueren nu wel, maar stagneren in hun gewicht reeds maanden tussen de 45 en de 50 kg. Onze hoop op therapeutische beïnvloeding via groepstherapie was dan ook niet alleen op hun lichamelijk herstel gericht. Het ging ons meer om een therapie die de verbetering van hun intermenselijk communiceren nastreeft. We doelen hier dus op de kenmerkende stoornis in de persoonlijkheidsstructuur, die na lichamelijk herstel meest onveranderd blijft voortbestaan wanneer geen psychotherapeutische begeleiding volgt. Ze kunnen zich sociaal niet of nauwelijks staande houden. Door hun grote kwetsbaarheid voor bepaalde traumata blijft de neiging om in de symptomen terug te vluchten overduidelijk aanwezig.

Hilde Bruch<sup>1</sup> beschreef hoe deze vrouwen en meisjes hun denken, voelen en handelen niet als van binnenuit, als ik-bepaald beleven, maar uitsluitend als antwoorden op vragen en eisen van buitenaf. Een persoonlijk standpunt innemen is hun niet mogelijk. Ze zijn aan de ander en het andere willoos vervallen. Ze staan als het ware te letterlijk open voor de suggesties van de omgeving, die als een dwingende eis worden beleefd. Wanneer ze uit zelfbehoud gedwongen worden om *niet* op verlangens van anderen in te gaan, voelen ze zich radicaal uit het contact gestoten en daarmee totaal verworpen. Ze kunnen zich in het emotionele contact niet geheel of gedeeltelijk afsluiten, als het ware niet psychisch diafrageren. In het contact, als het er is, hebben zij dan veel te weinig de beleving van psychische zelfwerkzaamheid, te weinig ik-bewustzijn.

<sup>1</sup> Bruch, Hilde: 'Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa'. *Psychosomatic Medicine* (Journal of the Amer. Psychosom. Ass.) March-April 1962, Vol XXIV no. 2, 187.

Deze onvrijwillige openheid heb ik buiten de psychose in die mate bij geen ander type patiënten gezien.

Een andere trek die psychotisch aandoet, is de letterlijkheid waarmee ze in hun eigen gevoel hun psychische aanwezigheid in een situatie met hun lichamelijke laten samenvallen. Wanneer ze zich bijv. ongelukkig voelen, voelen ze zich met een lichaamsgewicht van 60 kg tweemaal of meer zo ongelukkig als met 30 kg.

Een treffend voorbeeld om dit toe te lichten:

Met Mieke had ik in een fase van een slepende therapie van ongeveer twee jaar een overeenkomst gesloten. Ze was 78 pond geworden na het huwelijk van haar broer en nu zou zij met een pond per week aankomen tot 95 pond. Ze klom plichtsgetrouw tot 94 pond op en viel toen plotseling 4 pond in een week weer af. Ze stelde met overtuiging bij voorbaat, dat die vier pond er de volgende week weer bij zouden zijn. Ze was nl. tijdelijk expres afgevallen, ze moest wegens een feest op haar werk met het voltallig personeel buitenshuis dineren en met een tafelheer converseeren. Met een zwaar gewicht van 94 pond achtte zij dit ondoenlijk, ze zou veel te verlegen zijn. Met het gereduceerde gewicht van 90 pond ging dat beter. Na een week waren de vier pond er weer keurig bij.

Wanneer patiënten figuurlijk met hun figuur verlegen zitten, maakt het hun alles uit, of dat, in eigen ogen, een letterlijk dun of dik figuur betreft. Het is begrijpelijk dat meisjes met een dergelijke specifieke kwetsbaarheid juist in de puberteit, wanneer ze contacten buitenshuis gaan krijgen, en vooral wanneer de erotiek op de een of andere wijze in het geding komt, gevaar lopen in ernstige psychische nood te geraken. Ingaan op suggesties van anderen kan hen maar al te gemakkelijk en heel reëel tot het slachtoffer van een situatie maken. Het besef van eigen onvermogen zichzelf onvoldoende te kunnen beschermen, speelt in de psychische crisis-toestand een grote rol. Het uitbreken van de ziekte in engere zin bevrijdt hen goeddeels van deze gekweldheid.

De structuur van de gezinnen waaruit de patiënten afkomstig zijn, toont een zekere uniformiteit. Belangrijk is de werkelijke of psychologische afwezigheid van de vader en de eigenaardige bezittelijke instelling van de moeder ten aanzien van de dochter. Zij zijn hun persoonlijk eigendom. De moeders zien hen psychisch als het ware als uitlopers van zichzelf. Het betreft hier kinderen, waarvoor van jongs-af-aan is gedacht en gehandeld; de natuurlijke tendens van het jonge kind tot eigen initiatief en zelf-expressie is steeds ernstig onderdrukt.

We laten hier in het midden of de persoonlijkheidsstructuur van de patiënten tengevolge van deze opvoedingsinvloed zo gedefformeerd is, of dat het hier om een aanlegfactor bij het kind gaat, waardoor de moeder verleid is tot het aannemen van een dergelijke bezittelijke houding. De onmogelijkheid om met de vader, met een man dus, een dragende relatie op te bouwen, blijkt vooral van belang te zijn wanneer de patiënten er aan toe zijn om hun meer algemeen neurotische conflicten te verwerken, die meest ook talrijk zijn.

Naarmate onze ervaring met deze patiënten groeit, des te vaker zien we, dat na een periode van behandeling van de meer formele persoonlijkheidsstoornis, zoals die is beschreven, er een periode optreedt, waarin

deze mensen als gewone neurotici te beschouwen zijn. In deze fase blijkt hoe schadelijk het gemis van een dragende relatie met de vaderfiguur voor deze meisjes is geweest.

Wanneer de patiënte op een of andere wijze weer tot een zeker gewichtsherstel gebracht is, keren de gevoelens van onzekerheid, zelfverachting en wanhoop weer terug, zoals die voor het uitbreken van de ziekte hadden bestaan. Het is dan ook zaak hen met een intensief steunend contact te helpen om een recidief als antwoord op een voor hen typisch trauma te voorkomen.

In de persoonlijke psychotherapie komt dan een sterk didactisch element, omdat men deze patiënten inzicht moet geven in de typisch zwakke kanten van hun structuur, opdat ze zelf met hun ervaringen in het leven kunnen oefenen om correcties hierop aan te brengen. Een non-directieve aanpak verdragen zij geheel niet, voor hen is een contact zonder suggesties van de kant van de therapeut nl. géén contact en geen contact is voor hen geen bestaan. Het pedagogische element komt er dan veelal ook dik op te liggen. Ik kwam daarom op de gedachte deze mensen in een groep samen te voegen. Immers haast alleen iemand, die aan hetzelfde lijdt of geleden heeft, kan zich indenken hoe deze mensen te moede zijn. Ook na jaren ervaring, blijft een niet-anorectische therapeut hier moeite mee hebben.

Ik had de hoop, dat de meer geoefenden in deze levenskunst de zwakkere zusters met hun zelfverkregen inzichten zouden kunnen bijstaan.

Dat er echter aan een dergelijke groep ook gevaren kleven, was te voorzien. De patiënten zijn immers in hun ziekte vervallen uit kwellend gevoel van onmacht, gebrek aan zelfgevoel. Ze leden extreem aan het tekort aan prestige bij anderen. In hun ziek zijn wordt dit anders. Op vreemde wijze ontlenen ze er een autoriteitsgevoel aan. Het geeft hun een pseudo-identiteit. Dit wordt in hoge mate versterkt door de ongerustheid en de daaruit voortvloeiende bemoeienis en aandacht, die de eetstoornissen en vermagering bij de omgeving, vooral bij de moeder, teweegbrengen. Patiënte, die zich eerst geheel door anderen geleefd voelde, is nu het middelpunt geworden.

Per definitie kan er in een ruimte maar één middelpunt zijn. De pseudo-identiteit wordt voor een deel gedragen door het feit, dat de toestand van patiënte voor de anderen, de niet-anorectische dus, een grotere bron van zorg is dan voor haarzelf. Begrijpelijk, dat patiënte geen tweede anorectica in haar omgeving verdraagt. De ervaring leert dan ook, dat bij verpleging van meerderen op een afdeling, in elkaars gezichtsveld, er een strijd om de titel van 'de allermagerste' begint.

Dat het hier om een ziekte gaat, waarbij de intermenselijke relatie in het geding is, bewijst de deining, die deze patiënten met hun zo passieve houding om zich heen weten te veroorzaken. Ik wijs hier bijv. op het grote verschil met de vaak ook ernstige eetstoornissen bij de endogene depressie. Hier ontbreekt werkelijk de eetlust en is de patiënt niet op effect t.a.v. de omgeving bedacht. Dit levert in de praktijk dan ook geen ernstige problematiek voor de sfeer op de afdeling op. Wanneer de onderlinge jaloezie tussen enkele patiënten al zo heftig is, wat is er te verwachten,

wanneer er acht bij elkaar geplaatst worden?

Een tweede reden om huiverig te zijn voor een dergelijke groep is de belasting die deze voor de therapeut betekent. De individuele therapie is immers al zo moeizaam. Ik durfde er dan ook niet alleen aan te beginnen. Collega Lansen nu bleek in de Viersprong te Halsteren zowel ervaringen met groeps-therapie, als met de behandeling van anorexia-nervosa-patiënten te hebben opgedaan. Hij had de ervaring, dat ze in groepen met neurotici van ander type kans zagen vele maanden lang aanwezig te zijn zonder werkelijk te participeren. Hij wilde graag meewerken aan het experiment van een zuivere anorexia-nervosa-groep. Hij geeft de volgende motivering voor het bestaansrecht van deze therapie:

I. Het is bekend, dat de anorectische patiënt in de groep erin slaagt in een geïsoleerde positie te blijven. Het blijft heel vaak een niet-verbaal participerende figuur, die wel toeluistert. Zodra een inbreng van meer actieve aard verwacht wordt, in gesprek of psycho-drama, geeft deze patiënte 'niet thuis'.

Ze mogen niet aangesproken worden. Inbreng is voor hen gelijk aan kwetsbaar zijn, grijpbaar zijn, zichtbaar zijn. Evenals de patiënte zich door het niet-eten zo materieel ongrijpbaar, non-existent tracht te maken, evenzeer tracht zij interpersoonlijk non-existent te zijn. De gewone groepstherapieën slagen er niet in dit te doorbreken, daar dit mechanisme al te sterk is.

II. Een mogelijkheid moet daarom gezocht worden in een groep van gelijksoortige patiënten. Wanneer hetzelfde mechanisme in alle groepsleden werkzaam is, moet het ineffectief zijn. Immers, dit mechanisme is het streven naar non-existentie t.o.v. anderen. In de groep van anorectische patiënten bereiken allen dezelfde graad van non-existentie, d.w.z. het verschil anorectische patiënt met anderen is opgeheven. Het is een kunstgreep om zo een groep van gelijken te scheppen. Het is zoiets als het vormen van een groep van kluzenaars. Allen hebben hetzelfde onttrekkingsmechanisme, werkzaam t.o.v. anderen, ontkracht zodra zij in een groep gelijken komen. Men zou als vergelijking kunnen zeggen 'diamant is harder dan elke andere stof en is dus alleen met diamant te slijpen'.

De anorectische levenshouding is voor alle anderen zo ondoordringbaar, dat het alleen door andere anorectici te bewerken is.

III. Wanneer de anorectische patiënt zich, van buitenaf opgelegd, ergens toe verplicht heeft, is het haast niet mogelijk er zich formeel aan te onttrekken. Formeel immers moeten deze patiënten zich op grond van hun structuur aan de eisen van anderen confronteren. Hoezeer ook sabotage-elementen een rol spelen in het gedrag van deze patiënten, formeel moeten ze blijven meedoen.

In het eerste stadium van deze groeps-therapie zal daarom weinig absentisme kunnen worden verwacht.

Met het oog op de te verwachten gespannenheid van de patiënten in de groep onder de dekmantel van formele aangepastheid, was het van het grootste belang om een goede vorm te vinden, waarin de groep aan de patiënten werd aangeboden. Direct met een gespreksgroep beginnen leek tot mislukken gedoemd door de vele drukkende stilten die ongetwij-

feld zouden ontstaan. Het onbehagen zou dan zo hoog oplopen, dat de kans van slagen van begin af aan uiterst gering leek. Een activiteiten-groep maakt dat de patiënt zich door het werk altijd een houding kan geven. Een nadeel echter is, dat vooral de motorisch actieve typen zich blijvend achter het werk kunnen verschuilen. Het is dan ook een trouvaille van collega Jongerius om van ongevormd materiaal als verbandgaas, lijm, plasticine, verf en lappen poppenkastpoppen te gaan maken. Deze poppen kunnen dan later dienen als uitgangspunt van verbale expressiemogelijkheden als poppenkastspel, rollenspel e.d.

Logischerwijze groeit de groep dan met het materiaal van een creatieve activiteit naar verbale expressie.

Zolang we niet tot spelen kwamen duurden de zittingen anderhalf uur en hadden eenmaal per week plaats. Nadat de patiënten allemaal twee poppen gemaakt hadden, en er drie decors geschilderd waren, zijn we na vijf maanden tenslotte tot spelen gekomen. Van dat moment af hebben we de zittingen een uur laten duren.

De formele aangepastheid is waarschijnlijk een belangrijke voorwaarde geweest voor het blijven bestaan van de groep gedurende de eerste drie maanden. De sfeer in het begin was teruggetrokken, men was zwijgzaam en elke hoogstnoodzakelijke vraag om een klosje garen, schaar, lijm enz. werd alleen fluisterend geuit. Er heerste de gespannen sfeer als in een kathedraal, waarin men niets durft zeggen. De gesprekken die op de bandrecorder werden vastgelegd zijn nauwelijks te verstaan, het zijn vlakke monotone onpersoonlijke stemmen, die door de typiste nauwelijks te verstaan en in het geheel niet te onderscheiden waren. Toen de eerste poppen klaar kwamen was de afweer tegen het spelen ermee zo sterk, dat wij besloten nog maar een tweede ronde poppen te maken. Pas in de periode van drie tot vijf maanden kon men spreken van enige groepsvorming.

De groepssamenhang echter is ook thans nog gering. Daar drie patiënten poliklinisch waren, tegen vijf patiënten klinisch, moest bij een te vroege belasting ernstig met wegblijven rekening gehouden worden.

De tweede ronde poppen werd toch in een andere sfeer gemaakt dan de eerste. Bij de eerste werkte iedereen stug aan de eigen pop door en de meeste kregen maar heel laat hun bestemming. Het bleek achteraf, dat de bestemming voor de patiënt zelf meestal van meet af aan vaststond, maar dat men pas kleur bekende als het aan de pop overduidelijk te zien was. Hoewel er wel een vriendelijke onderlinge hulpverlening was, bleef men geïsoleerd met het eigen produkt. Het gaf veel patiënten in het begin de gelegenheid op een lusteloze en zwijgzame manier toch aan het geheel verbonden te zijn. De angst voor het spelen waarin ze vreesden zich bloot te zullen geven, bracht de groepsleden tot een vertragingsactie. Een patiënte zag kans om over één pop vijf maanden te doen, zonder de schijn van lanterfantien op zich te laden.

Bij de tweede ronde poppen was er toch meer een werken voor het gemeenschappelijke doel. Men maakte bijv. wel kledingstukken voor de pop van een ander of bijv. werd de pop van iemand door twee of drie mede-patiënten gelijk afgemaakt, terwijl de betreffende patiënte zich zelf met het decorschilderen bezighield. Ook waren er wel patiënten, die bijv. een serie handen voor de poppen van anderen maakten. De keuze van

de poppen die de patiënten zelf maakten, was soms wel een uitdrukking van hun problematiek. De kluzenaar werd door Margriet zo bewonderd omdat hij geen andere mensen nodig had. Zij zelf was zich immers het meest van allen bewust van haar angst om te midden van anderen te functioneren.

Ineke maakte een griezelig spook. Wij krijgen de indruk, dat het haar later benauwde om met deze pop om te gaan. Dit meisje, analyste van beroep, heeft via frequent braken de kalium-waarde van haar bloed verscheidene malen beneden de 2,5 mil/aeq. weten te doen dalen. In de voorgeschiedenis komt bij haar cornealaesie als automutilatie voor. Dit spook dat sterk associaties aan de dood oproept lijkt ons hiermee verband te houden. In de loop van de behandelingen zijn deze al te destructieve gedragingen verdwenen.

Toos, degene die verreweg het verst in haar herstel is, drukt met haar zwerver wel haar groeiende vrijheidsdrang en behoefte aan zelfstandigheid uit.

Anneke, die 5 maanden aan haar clown werkte, houdt zich ondanks het feit, dat ze in de stad een middelbare school bezoekt en enorm is vooruitgegaan in haar sociale aanpassing, krampachtig aan haar dagelijkse sonde-voedingen vast, om maar ziek te lijken in de ogen van anderen.

Ze heeft hier veel schuldgevoel over. Mogelijk drukt ze met haar clown uit, dat zij zich een caricatuur van zichzelf vindt. Verder is het opmerkelijk, dat Willy twee poppen maakte van een buitenlands type, nl. een negermeisje en een Chinees meisje. Dit schuwste, meest egocentrische patiëntje van allemaal, lijkt zich een vreemdelinge tussen anderen te voelen.

Van de andere poppen kunnen wij de samenhang met hun maaksters niet vaststellen.

Slechts één patiënte, bij wie de anorexia nervosa in engere zin eigenlijk achter de rug was en die eigenlijk thans meer voor een neurotisch beeld behandeld wordt, verlangde echt naar het spelen.

Een ander meisje, dat als schijn-aanpassing zich eenvoudig over alles enthousiast toonde, had geen bezwaar tegen het spelen, de zes anderen varieerden van 'geen zin hebben' tot absolute afwijzing.

Men kan dus wel zeggen, dat er een collectieve afweer tegen het spelen was. Toen wij noodgedwongen met het spelen moesten beginnen, begon er plotseling een absentieïsme van nagenoeg alle poliklinische patiënten op te treden, terwijl twee van de klinische patiënten hun afkeer duidelijk kenbaar maakten. Het poppenkastspel bleek niet te verteren voor hen. Toen er een proefspel gedaan werd in de poppenkast deden slechts twee leden mee, de anderen werkten verwoed door en gedroegen zich alsof er niets gebeurde. Daarom werd de techniek toegepast, dat allen rondom de tafel gingen zitten, de poppen op de hand namen en deze aan elkaar voorstelden, waarop een geïmproviseerd spel kon volgen. Dit bood weinig gelegenheid meer tot ontkomen. Praktisch alle groepsleden gingen hieraan meedoen, een situatie dus die weinig verschil toeliet. Door ze weer tot gelijken te maken kregen we de meeste participatie van allen.

Sinds twee maanden wordt er nu regelmatig op deze wijze gespeeld. De



patiënten zelf blijven voorlopig aan deze vorm vasthouden. Daar er thans met grote levendigheid en improvisatie gespeeld wordt, hebben de therapeuten geen reden hiertegen bezwaar aan te tekenen.

Verbluffend was het verschil in gedrag toen de patiënten tenslotte tot spelen gebracht werden. De meest gevorderde patiënten spelen levendig en origineel, hun stemmen zijn nu veel luider en persoonlijker dan voorheen. Het is tekenend, dat de typiste van de band nu alle tien stemmen kan onderscheiden en de goede naam weet te geven. Ook de meest schuwe patiënten tonen, in vergelijking met vóór het spelen, een duidelijk toegenomen activiteit.

Nu kwam er iets opmerkelijks aan het licht. Dit onverwachte, vlotte, geslaagde spelen, gaf deze patiënten helemaal geen prestatievreugde of functioneringslust, maar daarentegen grote angst en onlust. Zij hadden niet voor niets er zo tegenop gezien. Ze waren niet bang, dat zij het niet zouden kunnen, maar hun angst wordt gemobiliseerd nu ze tot een zekere spontaneïteit geprikkeld worden en door de situatie meegesleurd. Angst, dat ze uit hun veilig isolement gelokt worden. In hun verleden juist hebben deze meisjes hun spontaneïteit leren wantrouwen.

Ik zal u deze problematiek uiteenzetten aan de hand van twee voorbeelden.

Margriet, een zeer intelligente leerlinge van de kunstnijverheidsschool, wist deze problematiek voortreffelijk onder woorden te brengen.

De groep beangstigde haar en vooral het spelen maakte haar op een onbegrijpelijke wijze depressief en zij raakte in zo'n dysfore stemming, dat zij haar verbittering en ongenoegen met het leven voor haar relaties niet meer zou kunnen verbergen, iets wat zij voor geen geld ter wereld wilde. Zij weigerde ook pertinent de groep nog verder te bezoeken.

In een aantal individuele gesprekken bleek nu het volgende: Het spelen met poppen gaf haar een allerakeligst gevoel van onwezenlijkheid, van onvrijwilligheid, van het haast noodlottig moeten doen wat een ander van je verwacht. Dit gaf haar onontkoombare associaties met een zeer traumatische periode in haar leven, nl. van haar 12e tot haar 15e jaar voorafgaande aan het uitbreken van haar anorexia nervosa. Het huwelijk van haar ouders was sinds jaren extreem slecht, de man was aan de drank als gevolg waarvan een zekere degeneratie van zijn karakter was opgetreden. Hoewel de echtelieden nagenoeg geen enkele verstandhouding meer hadden, wilde hij wanneer hij dronken was zijn vrouw tot sexueel contact dwingen. De vrouw nam, om zich hiertegen teweer te stellen, haar dochter Margriet als kamergenote in de echtelijke slaapkamer.

Hierdoor ontstonden ettelijke onverkwikkelijke nachtelijke scènes en ruzies, waarvan het meisje gedwongen getuige moest zijn. Deze scènes liepen altijd stereotiep af, nl. dat de man in zijn kantoor dat hij aan huis had ging slapen. Margriet nu verweet zichzelf altijd, dat ze om deze scènes op een bepaalde verbitterde manier moest lachen. Het was nog een grotere draak dan slecht toneel, vond ze. Door de situatie werd ze genoopt de zijde van de moeder te kiezen, eigenlijk contre coeur, omdat haar moeder haar altijd de gelijkenis met haar vader verweet. Pas in de therapie was haar duidelijk te maken, dat ze deze situatie wel als slecht

toneel moest beleven, op een clowneske gedepersonaliseerde wijze dus, om ze te kunnen verdragen.

Tijdens het spelen met de poppen gebeurde nu het omgekeerde: juist het spelelement gaf haar het gevoel alsof hier een vreselijke onverdragelijke werkelijkheid schuil moest gaan. Dezelfde noodlottige verlatenheid-gevoelens bevingen haar opnieuw. Wat haar het meest benauwde was de hernieuwde belevens, dat zij in het spel willoos moest doen wat anderen van haar verwachtten, net als toen.

Het was mogelijk, haar op de waarde van de groep voor haar zelf te wijzen, omdat er een mogelijkheid was dit fatale gevoel te bestrijden door haar pop een rol te laten spelen die nu juist niet aan de verwachtingen van de ander voldoet.

Zij heeft hiertoe nu twee pogingen in het werk gesteld en inderdaad voor de eerste keer kan ze aan het spel – naast het ongenoegen – nu toch ook enig plezier beleven.

Het tweede voorbeeld van angst voor het juist geslaagde functioneren in het spel levert Anneke. Zij is een 15-jarig meisje, sinds drie jaar ziek en een van de allermoeilijkst te behandelen gevallen.

Enkele zittingen geleden koos zij de pop, die een wat oudere dame voorstelt en die zij de rol van winkelierster in snoep toedacht. In het geheel van het spel had zij een groot aandeel en zij deed het op een originele, levendige manier, waardoor zij een verrassing voor ons allemaal was. Diezelfde avond schreef ze mij een brief, dat ze weer zo bang was en weer zo'n pijn in de rug had, die aan het eind van de groepszitting begonnen was.

Ze schrijft letterlijk: 'Ik heb weer dat nare gevoel in mijn rug, ik wil helemaal niet klagen, maar het is zo. Het begon aan het einde van de groep, ik vond het al zo rot dat ik zo veel moest zeggen, al moest ik dan soms ook wel weer erg lachen'.

In de eerste plaats is het opmerkelijk, dat dit meisje bij deze spontaan gespeelde rol spreekt van, dat ze iets *moest* zeggen en ze zo *moest* lachen. Het gevoel van vrijwilligheid wordt hier dus niet beleefd. De betekenis van de rugpijn kende ik reeds vrij lang uit de individuele therapie. Het huwelijk van de ouders van dit meisje nl. was tot aan de opname in de kliniek twee jaar geleden zeer slecht. Ze had de slaapkamer naast die van haar ouders, gescheiden door dunne houten schuifdeuren. Ze kon de slaapkamerscènes woordelijk volgen en ze heeft in radeloze angst en afkeer heel wat nachten slapeloos, voor haar raam staande, doorgebracht, waar de ouders geen weet van hebben.

De moeder nu weerde elk sexueel contact af en gebruikte hiervoor het argument rugpijn. Met dit afweersymptoom heeft Anneke zich geïdentificeerd. De afloop van deze nachtelijke scènes was stereotiep: de man liep boos weg en kwam daarna, veel later, nogal eens dronken thuis. Anneke's rugpijn is dus een duidelijke afweer tegen seksualiteit. In het spel echter, waarin zij zo'n aardige rol speelde, kwam de seksualiteit niet aan de orde. Het is dan ook geen reactie op de inhoud van het spel, maar op haar eigen zijnsvorm, nl. de vorm van het natuurlijk en spontaan zijn. Als een echte anorexia-nervosa-patiënte nl. weet zij, dat zij van nature geneigd is zich te conformeren aan de intenties van anderen. Wanneer zij zichzelf is heeft de seksualiteit het meest kans vat op haar te krijgen,

terwijl zij de sexualiteit terecht heeft leren vrezen. Vandaar dat het bij haar te begrijpen is, dat juist het spontane reageren, zoals in het spel, haar noodlotsgevoelens moet bezorgen en juist een sexueel afweersymptoom ter bescherming kan oproepen.

Bij Anneke wijst nog een ander incident bij het spel erop, hoe diep dit schijnbaar onnozele poppenspel deze patiënten kan aangrijpen. Margriet had in de rol van zwerver een negatieve houding aangenomen door zich gedurende het gehele spel in een hooiberg te slapen te leggen. De pop van Anneke had geprobeerd hem te bewegen tot deelneming aan het spel, maar haar pop was een 'oude zeur'. Anneke voelde zich op slag afgewezen en voelde zich na de groep doodongelukkig. Zó bleef Willy een keer plotseling weg zonder aankondiging toen haar pop de politieagent door de burgemeester als minder slim werd beschreven. Ook een derde patiënte, Ineke, bleef enkele malen weg, zg. met vakantie, uit angst voor het spel.

Overzien we nu de redenen waarom de patiënten zo bang zijn om tot een natuurlijk improviserend spel te worden verleid, dan zijn er twee groepen van verschijnselen, die we goed moeten onderscheiden, nl. de formele en de inhoudelijke factoren.

Formeel noem ik dié factoren, die meer specifiek aangrijpen op de typische zwakte in de persoonlijkheidsstructuur van de anorexia-nervosapatiënt. Ik zou dit een formeel kenmerk willen noemen. Het onvermogen dus om het innerlijk beleven als een eigen beleven te ervaren. De meisjes hebben dus niet het gevoel werkelijk zeggingschap te hebben over hun eigen gevoelens t.o.v. anderen en de daaruit voortvloeiende handelingen. Ze kunnen zich dan ook alleen veilig voelen bij anderen die hen volkomen toegewijd en op hun heil uit zijn. Natuurlijk is dit niet in elke levenssituatie te garanderen. Vooral in de puberteit moeten ze ondervinden, dat de mens zich slechts staande kan houden indien hij op een persoonlijke wijze vermag stelling te nemen, en juist dit laatste kan ze niet.

Wanneer de patiënte nu tot spelen met een pop wordt gebracht, moet zij bij monde van die pop opnieuw een rol spelen, stelling nemen, beslissingen nemen, uitspraken doen. Het opmerkelijke nu van ons poppenspel is, dat er wel degelijk emoties worden geuit, boosheid, teleurstellingen, negativiteit, angst voor afwijzing, enz.

Een mooi voorbeeld hoe een patiënt zich aan de buitenwereld over het eigen innerlijk tracht te oriënteren, vormde Trees. Trees verkeert op het ogenblik in een existentiële crisis. Ze is reeds acht jaar ziek, waarvan nu 1 1/2 jaar in onze kliniek. Ze heeft een gewicht van 93 pond en is thans in de psycho-therapie zo ver gevorderd, dat ze weet, dat de weg terug naar het extreme ziek zijn voor haar gesloten is. Ze verdraagt nl. niet meer de typische dubbel-verhouding van zichzelf met de omgeving. Ze slaagt er echter ook nog niet in naar de genezing door te schieten. Dit maakt haar zo depressief, dat zelfmoordgedachten zich nogal eens aan haar opdringen.

Op een van de spelzittingen nam zij bewust de clown met de redenering: 'Een clown maakt altijd grapjes, dus als ik hém speel dan word ik vanzelf vrolijker'. Merkwaaardig genoeg werd zij tijdens dit spel als het ware door Toos in de rol van kluizenaar ontmaskerd. Die eiste nl. van de clown, dat

bij de schmink van het gezicht zou vegen, om te laten zien of hij dan nog grapjes kon maken. Dit tegenspel van Toos bracht Trees ertoe zich te bezinnen op de eigenaardige beweegredenen om de clown te kiezen, en had zeker een therapeutisch effect.

Het blijkt dus, dat patiënte al spelend haar anorexia-nervosa mimicri moet opgeven. Zo wordt begrijpelijk, dat het spel hen haast met een existentiële angst moet vervullen. Deze onlustgevoelens dienen in de persoonlijke psychotherapie te worden opgevangen, om de patiënte het voortgaan in de groep mogelijk te maken.

In tegenstelling tot wat men bij andere therapeutische groepen wenselijk acht, ondervinden wij het als een uitgesproken voordeel, dat de patiënten groepstherapeut en individuele therapeut in één persoon hebben. De groepstherapeut kan dus met de patiënt persoonlijk meebeleven, wat ze in de groep te verwerken kreeg en dit individueel met haar doorwerken. We gaan er thans dan ook meer systematisch toe over de gegevens uit de groep in de individuele therapie mogelijk te maken. Daarnaast moet natuurlijk ruimte blijven voor hun individuele levensproblematiek.

Wordt nu niet de individuele therapie aan de groepstherapie opgeofferd? Ten dele wel, maar het lijkt verantwoord.

In de groep immers blijkt iets zeer essentieels te gebeuren. De therapeut kan nu samen met de patiënte naar wegen zoeken om in het spel het gevoel van handelingsvrijheid en belevingsvrijheid te bevorderen. Het advies aan Margriet 'laat je pop nou maar eens net anders doen dan in zijn rol van hem verwacht wordt' is hier een voorbeeld van.

Een ander voorbeeld: Met Anneke kan ik nu gaan bespreken, dat het predicaat 'oude zeur' haar poppen betreft – op dat moment in die rol – en niet haarzelf, en dat het bepaald werd door de algemeen negatieve stemming van de zwerver en in het geheel niet door de houding van de oude dame.

Door hun structuur nl. zijn de meisjes geneigd om een gedeeltelijke afwijzing van één persoon op een bepaald moment op te vatten als een totale afwijzing door iedereen voor altijd. Tevens krijgen de therapeuten de gelegenheid de patiënten te laten beleven, dat een mens zich in vele rollen kan begeven en toch zichzelf blijven. Het wezenlijke van het gevoel van eigen identiteit is toch, dat de mens beseft, steeds veranderend, toch dezelfde te blijven.

Om dit te bevorderen laten we de patiënten telkens met andere poppen spelen, zodat ze ook door de mede-patiënten niet voortdurend met dezelfde en vooral niet met de eigengemaakte poppen geïdentificeerd worden.

Dit werkt op twee manieren: de patiënte leert ervaren, dat ze alle rollen speelt op een verschillende wijze, die toch iets eigens van haarzelf blijft behouden. Anderzijds ervaart ze, dat dezelfde pop in handen van een andere patiënte tot een heel andere creatie wordt. Bijv. de zwerver is in handen van Toos, die hem maakte, een zelfstandige ietwat overmoedige vrijbouter, die op eigen wijze een relatie met elk van de anderen opbouwt. In de handen van Trees echter was hij een arme verstotene, die zijn relaties noodgedwongen moest gebruiken om onderdak te verkrijgen. Trees drukt op deze wijze haar afwijzingsproblematiek uit. Zowel collega Jongerius als collega Lanssen stelden, dat het tot dusver niet gelukt was

om deze patiënte in een andere groep op deze wijze te laten functioneren. Wanneer het werkelijk zal gelukken via dit spel de meisjes meer ik-gevoel, meer vrijwillige zelf-beleving te laten verkrijgen, dan zou deze groep dus een wezenlijke bijdrage voor hun behandeling betekenen. De tijd is nog te kort om te stellen dat dit werkelijk zo is. Misschien hebben we te maken met een kunstproduct.

Een facet wat zowel ingrijpt op de inhoudelijke als op de formele kant van hun problematiek, is de rol die de mannelijke therapeut als man en de vrouwelijke therapeut als vrouw voor hen speelt.

Tegen de achtergrond van de nogal uniforme gezinssituatie moesten we ons hiervan zeer bewust zijn. De patiënten zijn geneigd om iedere bestaande structuur als onveranderlijk en eeuwigdurend te beschouwen. Hun gezinssituatie was beslist traumatiserend voor hen, maar toch grijpen ze krampachtig op deze situatie terug, omdat die toch het meest vertrouwd was. Het is niet voor niets, dat deze meisjes voor de opname in de kliniek slechts met de grootste moeite uit de gezinnen los te scheuren zijn.

In de eerste spelen slaagden ze er dan ook op hun passieve onzichtbare manier in, om de vrouwelijke therapeut in de dominante moederrol te drukken en de vaderrol in de versukkeling. Wanneer we ons dit laten doen, spelen ze enthousiast. Wanneer we ons dit niet laten doen, komt hun eigen spel tot een grotere individualiteit en grotere originaliteit, maar het onlustgevoel van de groep is dan evident en nagenoeg collectief. In dit opzicht trad er een zekere reprise van het gebeurde op in de zittingen tijdens de eerste vijf maanden. De patiënten uit de individuele therapie kennend, kwamen we in het begin de patiënten in hun behoefte om beschermd en verzorgd te worden door zelf-actieve therapeuten, verregaand tegemoet. Ze lieten zich dit heerlijk welgevallen en waren vriendelijk beleefd passief. Het was dan ook een voortdurend spanningsveld tussen therapeuten en supervisor, in welke mate en wanneer de patiënten hierin wel of eigenlijk niet tegemoet gekomen moesten worden.

Meer inhoudelijk zijn er ook allerlei boeiende fenomenen, welke echter meer karakteristiek zijn voor hun persoonlijke, als het ware meer normaal neurotische levensproblematiek, dan voor de anorexia nervosa in enge zin. Problemen als: dik of dun zijn, meisje of vrouw zijn, eten of niet eten, komen relatief inhoudelijk weinig aan de orde. Hopelijk gebeurt dat in de toekomst nog.

Veel meer komt aan de orde de uitdrukking van hun persoonlijke levensproblematiek en dan vooral die kanten, die voor het sociaal functioneren van belang zijn.

Zo is het bijv. onmiskenbaar dat Toos aan haar zwerver heel veel beleefd heeft, wat voor haar sociale aanpassing, die thans – nadat ze zes jaar geleden in behandeling kwam – eindelijk begint te slagen, van belang is. Eerst ontdekte ze met een zekere zelfspot, dat haar zwerver met iedereen ruzie zocht. Langzamerhand kwam hij met behoud van zijn zelfstandigheid, al spelend tot betere relaties. Zij is het verste van allemaal en de informele leidster van de groep. Toen wij de groep begonnen was zij aan haar vrijheidsstrijd t.o.v. thuis bezig. Door de groep is de verwerking

hiervan ongetwijfeld bevorderd. Dit therapeutisch effect had zij waarschijnlijk ook in een groep met normalen of andere neurotici kunnen bereiken.

Een ander voorbeeld van een meer inhoudelijke verwerking zijn de verschillende houdingen van de patiënten t.a.v. de mannelijke therapeut als representant van de vaderfiguur. Margriet, die een zeer negatieve herinnering aan haar vader heeft, kwam in duidelijk verband daarmee tot een zwaar negatieve overdracht t.a.v. de mannelijke therapeut. Ze herkende spontaan zelf het verband en werkte dit in de individuele therapie gedeeltelijk door. In de groep echter gaat zij er een duidelijk genoeg in scheppen, om alles wat de mannelijke therapeut doet, af te breken en te ridiculiseren. En verschil met het begin is, dat ze in het begin bijzonder angstig was dit te tonen en dat ze er thans een grimmig plezier in heeft. Suze daarentegen, die haar vader nooit gekend heeft omdat hij overleed toen ze twee jaar oud was, bouwde een speelse, plagerige, ietwat kinderlijk flirtende relatie met hem op, zoals men dat bij een goede vaderdochter relatie in de vroege puberteit wel meer ziet. Blijkbaar heeft hij voor haar iets van het nooit gekende ideaal. Toos, geheel anders, zocht hem meer op een zakelijke volwassen wijze. In haar persoonlijke therapie was zij nl. bezig aan de verwerking van het feit, dat haar vader altijd geweigerd had voor haar een vaderrol te spelen. Duidelijk was zij op zoek naar een meer normale omgang van een jonge vrouw met een man. Het zal ook wel niet zonder betekenis zijn, dat zij zich juist in deze tijd verloofde met een man, die wel het extreme tegendeel van de eigen vader vormt.

Wij hebben nu enigszins de hoop en verwachting, dat ook de andere patiënten, wanneer wij hen over hun functioneringsproblematiek heen kunnen helpen, wanneer zij dus komen tot een meer bewust beleven van hun handelingsvrijheid, eveneens in staat zullen blijken in het spel uitdrukking te geven aan hun sociale levensproblematiek en deze zodoende te verwerken. Ook dan echter zal de groepstherapie de individuele therapie niet kunnen vervangen.

Onze voorlopige, zeer voorzichtige, conclusie over de meer specifieke waarde van deze groep speciaal voor deze patiënten, zouden we als volgt willen formuleren:

De groep is een plaats, waar de patiënten op een weliswaar gedwongen en kunstmatige wijze worden samengebracht, maar waar ze toch, veilig voor terugwerking op hun dagelijkse levenssituatie door middel van een beveiligende techniek, kunnen experimenteren met de beleving van zichzelf als een agerende en reagerende ik-heid temidden van anderen. Falen in dit opzicht kan hier zonder werkelijke bedreiging worden beleefd en gecorrigeerd. Intensieve hulp in het individuele vlak is geboden om de patiënten te helpen dit falen te verdragen.

De groep grijpt dus aan één van de meest onderontwikkelde psychische functies van de anorexia-nervosa patiënten. Deze functie kan hier als het ware worden geoefend. Als bij elke oefening van een gebrekkige functie mag het ons niet verbazen dat dit met angst, pijn en afweer bij de patiënten gepaard gaat. De vreugde om de winst kan pas beleefd worden als patiënte zo ver gevorderd is dat ze zich als een van uit zichzelf denkend

en handelend persoon kan ervaren. Pas wanneer dit bereikt is, kan zij in staat geacht worden haar levensproblematiek langs de meer bekende adequate wegen op te lossen.