

## Terugblik vanuit de tachtiger jaren op een groepstherapeutische behandeling van anorexia nervosa-patiënten in de zestiger jaren

door Chr. Lafeber

Vergelijk ik de huidige mogelijkheden van groepspsychotherapie voor anorexia nervosa-patiënten met de ervaringen die we opdeden in de zestiger jaren, dan valt op hoe collega Lansen en ik in die eerste tijd oog in oog kwamen te staan met de kern van dit psychische leed. Ons artikel uit de Voordrachtenreeks ('Groepstherapie voor anorexia nervosa-patiënten,') nog eens doorlezend bevangt me een zekere heimwee naar de helderheid waarmee de eigenlijke psychische problematiek van de anorexia nervosa-patiënte zichtbaar werd. Dan denk ik vooral aan het feit dat het mogelijk bleek de meisjes half-vrijwillig, half-onvrijwillig in een creatief fantasiespel met zelfgemaakte handpoppen op een voor hen authentieke manier te laten functioneren. Terwijl voor de normale mens de creatieve zelfexpressie een bron van natuurlijke vreugde is, waardoor het besef van eigen identiteit sterk onderstreept wordt, bleken onze anorexia nervosa-patiëntes hierdoor angstig verontrust. Slechts via intensieve bewerking in de individuele therapie bleken deze ervaringen verwerkbaar. Dan pas bleek ook de wezenlijk therapeutische waarde van deze aanpak! Eigenlijk is het jammer dat we bij een tweede therapeutische groep van hetzelfde type onze aandacht en energie zozeer staken in het statistisch meetbaar maken van het therapeutisch effect, dat deze eigen karakteristiek verloren ging. Dit ondanks het feit dat voorzichtige interpretatie van de verkregen statistische gegevens positief bleek (Zwaan, 1967). Langduriger voortzetting van deze behandelingsstijl bleek onmogelijk wegens de grote inspanning die het eiste van de therapeuten, van de organisatie, van de administratieve krachten en van de research. De beschreven behandelings situatie bestaat dus niet meer. En ook de zo duidelijk aanwezige helderheid rondom de anorexia nervosa is in de afgelopen jaren eerder afgenomen dan verbeterd. Een aantal factoren speelt hierbij een rol. In de eerste plaats is de anorexia nervosa een 'veelvormige ziekte' geworden. Wat in de jaren van het vroegere artikel een

---

Schrijfster is psychiater, part-time verbonden als wetenschappelijk ambtenaar aan de Psychiatrische Universiteitskliniek te Utrecht. Zij houdt zich speciaal bezig met de behandeling en bestudering van anorexia nervosa.

syndroom was dat slechts in een zeer uitgesproken vorm en in een niet al te grote frequentie voorkwam, is thans een verschijnsel geworden dat in en buiten klinieken vaak gediagnostiseerd wordt.

Onder de naam die vroeger een heel specifieke eenduidige betekenis had, gaan nu eetstoornissen als symptoom bij zeer verschillend gestructureerde persoonlijkheden, met stoornissen in een vroege tot late fase van de ontwikkeling, schuil (zie ook De Jong, 1982). Dit aspect van veralgemening van de anorexia nervosa wordt sterk benadrukt in de inaugurele rede van Appels (1982). Het is gezien in dit licht dan ook niet wonderlijk dat het arsenaal aan behandelingen die succesvol kunnen zijn bij anorexia nervosa, sterk is toegenomen. Een en ander betekent echter niet dat elke strategie geschikt is voor elke patiënt. Als het ons lukt om uit het totaal van eetstoornissen het wezenlijke van de anorexia nervosa te isoleren (en ik denk dat dit moet, willen we georiënteerd blijven op de kern van de zaak), dan zien we hetzelfde moeilijk te behandelen beeld als destijds, met dezelfde grondproblematiek. De eigenaardige vorm van ik-zwakte die toen zo duidelijk aan het licht kwam, moet ook in het huidige therapeutische handelen doel van onze bemoeienissen zijn.

Voor een goed begrip vraagt dit verdere toelichting. Het lijkt alsof de voor het zeer jonge kind normaal symbiotische instelling in relatie tot de ander bij de anorexia nervosa-patiënten partieel is blijven bestaan. Lang niet in die sterke mate en niet zó pathologisch als bij de ontwikkelingspsychose. De pathologie is ook van een andere geaardheid. Bij de anorexia nervosa is het uitbreken van de pathologie immers duidelijker milieu- en cultuurafhankelijk en, gelukkig, gevoeliger voor adequate therapie. Toch is de overeenkomst weer zo sterk dat bijvoorbeeld Masterson geneigd is om de anorexia nervosa en de border-line-case, als lichtste vorm van ontwikkelingspsychose, onder één noemer te vangen. Het is hier niet de plaats om verder op deze theoretische overwegingen in te gaan. Daarom beperk ik mij tot de aanduiding dat er mijns inziens wel degelijk verschil bestaat tussen de beide beelden en dat de etiologie van anorexia nervosa niet puur psychogenetisch is. Ik zou de anorexia nervosa willen beschrijven als een decompensatie bij een typische persoonlijkheidszwakte. Een decompensatie die te redresseren valt, maar die zonder behandeling weinig neiging tot spontaan herstel heeft. Er is geen echt defect, maar een minder complete uitgroei van de psychische autonomie.

Geen wonder dat in de maatschappelijk-culturele situatie van vroeger, waar algemeen aanvaardbare conventies de gedragsregels tussen ouders en kinderen, tussen man en vrouw en tussen leeftijdsgenoten bepaalden en de ik-kracht van het zich tot vrouw ontwikkelde meisje lang niet zó op de proef werd gesteld als thans, de anorexia nervosa minder voorkwam. Onze huidige cultuur, die niet onterecht als 'ik-tijdperk' wordt omschreven, is voor personen met deze vormen van ik-zwakte zeer belastend. Wat voor de een een unieke eerlijke kans blijkt om eindelijk, niet door conventies geringelood, een positieve individuele ontwikkeling door te maken, blijkt voor de ander een al te zware opgave. De anorexia nervosa-patiënte kan de

culturele eis tot zelfontplooiing, waar ze graag aan zou willen voldoen, door haar te onrijpe, te symbiotische, persoonlijkheid niet aan. De innerlijke gekweldheid om het eigen onvermogen neemt ondraaglijke vormen aan en decompensatie in het bekende syndroom volgt. In hun natuurlijk spontaan volgzaam reageren tegenover de medemens blijken ze in dit tijdperk te kwetsbaar en een fundamenteel wantrouwen in de eigen vermogens kan niet uitblijven.

Wil men in hun huidige tijdsgewricht, naast de noodzakelijke maatregelen gericht op het herstel van de lichamelijke conditie, wezenlijk iets doen aan een zinvol volwaardig creatief functioneren in de toekomst, dan zal het meisje geholpen moeten worden haar zwakke autonome functioneren te verbeteren, zodanig dat ze vreugde kan gaan beleven aan de ontwikkeling van haar eigen vermogens als natuurlijke waarde op zichzelf. Slechts hierdoor kan de steeds aanwezige en alles verlamdende neiging om bij voorbaat te tobben over wat de ander wel zou kunnen denken en vinden naar de achtergrond verdrongen worden. Per definitie moet de behandeling dus in de eerste plaats op de toekomst gericht zijn. Dat vraagt vanzelfsprekend ook een heroriëntatie op het verleden. Het verleden, dat patiënte zelf vaak op pathologische wijze tracht te herscheppen in de herinfantilisering van meer lichamelijke biologische dan van neurotische vorm. Maar de behandeling van het verleden is altijd secundair. Het gaat om de toekomst en die moet vanuit het heden worden veroverd. Dat dit, om aan te sluiten bij het natuurlijk functioneren van de anorexia-patiënten altijd iets van een leerelement in zich zal hebben, zal in deze tijd wel niet meer op onoverkomelijke bezwaren stuiten.

Uit het voorafgaande volgt logisch dat het gericht ervaringen opdoen, oefenen, trainen of hoe men het ook noemen wil nooit uitsluitend kan plaatsvinden in de twee-relatie therapeut-patiënt. De maatschappelijke situatie òf in natuurlijke òf in kunstmatige-doordachte vorm moet er altijd zijn. Alle mogelijkheden die zich voordoen, naast de boven beschreven haast pure vorm, kunnen worden benut, en worden in de praktijk ook benut. Winst is namelijk dat algemeen erkend wordt dat er niet slechts één methode is die geschikt is voor elke anorexia-lijdstster. Wat is nu inmiddels voor welke type patiënte effectief gebleken?

Ik laat ter afsluiting van dit overzicht over de ontwikkelingen rondom de anorexia nervosa de voornaamste hedendaagse benaderingen de revue passeren.

(a) Om zijn eigen karakteristiek noem ik de *assertiviteitstraining* in groepsverband. Goed uitgevoerd zou ik dit bijna een specifieke hulptherapie willen noemen. In Utrecht nemen poliklinische patiënten zowel van de polikliniek psychiatrie als van mezelf hieraan deel. Commentaar van de patiënte: 'Daar leren ze je nu eens echt wat je nodig hebt om je staande te houden. Ik wou dat ik het ook kon toepassen'. Welnu, tot dit laatste blijkt het vroeger of later vaak na de training bij een goed volgehouden therapeutische setting wel te komen.

Jammer is de beperking dat de zware organisatievorm van deze trainingen vergt dat deze in de werktijd, dat wil zeggen overdag, door de deskundige therapeuten, gegeven worden. Daardoor is, vooral in onze tijd van dreigend verlies van banen, deze therapie voor bijna alle werkende en voor heel veel studerende patiënten uitgesloten. Ook wanneer het eigenlijk wel geregeld zou kunnen worden, hebben onze plichtsgetrouwe mensen hier heel veel moeite mee.

In Zwolle, waar zowel de anorexia nervosa-behandeling als een deel van de assertiviteitstrainingen in dezelfde handen is, nemen bijna alle patiënten in hun latere behandelingsstadium aan deze trainingen deel!

(b) *De therapeutische gemeenschap*. De therapeutische gemeenschap, toegespitst als deze is om door de dagelijkse ervaring intermenselijke omgang te cureren en daarmee de betrokkenen zelf, ligt sterk in de lijn van de therapeutische behoeften van onze patiënten. Het blijkt in de praktijk ook hier een zeer zware opgave om ze tot adequaat functioneren te brengen. Een groep van gemengde populatie wordt gemakkelijk overbelast door of een te groot aantal anorexia nervosa-patiënten of doordat deze nog te ziek zijn. Goede voorbehandeling elders, gericht op verbetering van de lichamelijke conditie en de motivatie, geeft een betere kans van slagen. Het gevaar dat de geïsoleerde a.n.-patiënte in de beste therapeutische gemeenschap kans ziet als het ware non-existent door te vegeteren, is bekend. Nog meer moet men bedacht zijn op het meeslepen van de hele groep in de anorexia nervosa-pathologie wanneer dit het klimaat gaat overheersen (De Jong, 1982). Een zekere spanning tussen de therapeutische belangen van de gehele groep en die van onze a.n.-patiënten is dus een gegeven. Goede kennis van zaken is dus noodzakelijk. Men kan dus niet zomaar een a.n.-patiënte naar een therapeutische gemeenschap verwijzen, omdat het wel goed voor haar zal zijn.

(c) *De gezinstherapie*. Evenals de beide vorige therapievormen blijkt deze afstammeling van de groepstherapie van zeer specifieke waarde. Voor jonge patiënten (naar mijn ervaring van een leeftijd onder de 18 jaar in niet extreem gestoorde gezinnen) is het zonder meer de voorkeursbehandeling, mits in handen van deskundigen ter zake van de anorexia nervosa (zoals Compernelle in Leuven, Hendrickx in Utrecht en hun leerlingen). Hier wordt de patiënte dus niet in de eerste plaats behandeld in haar omgang met haar omgeving, maar andersom. Lichamelijk zeer zieke jonge meisjes kunnen zo in en via hun gezin effectief worden geholpen. Wel is opmerkelijk dat dit effect snel minder wordt wanneer de leeftijd van patiënte het verblijf in en de afhankelijkheid van het gezin niet meer vanzelfsprekend maakt. Bij de ouderen blijkt vrijmaking van het gezin om de heroriëntatie mogelijk te maken een betere methode. Het is niet duidelijk waarmee dit onderscheid samenhangt. De betere prognose bij de jeugdigen? Sociale factoren? Of aan de leeftijd gebonden verschillen in de ontwikkelingsfase ondanks de vaak ziekelijke infantilisering? Persoonlijk neig ik tot de laatste verklaring, maar

meer dan een mening is het (nog) niet.

(d) Bewust gebruik maken en voorselectie van de *reële levenssituatie* gericht op dit maatschappelijk leren functioneren. Uiteraard maken we graag gebruik van bijvoorbeeld psychodrama, gespreks-groepen zowel in het ziekenhuis als daarbuiten als die voor patiënten bereikbaar zijn. Maar evengoed is het vooraf samen plannen van patiënte van een eigen levensloop in de vorm van studiekeuze, beroepskeuze, keuze van de plaats van vestiging en van nieuwe woonomstandigheden therapeutisch werk in deze sfeer. Het gaat erom dat patiënte de eigen begaafdheden, de eigen natuurlijke innerlijke geneigdheid leert herkennen; de motivatie om zich in te spannen laat groeien om te ontwikkelen wat in haar zit. In plaats van dan al maar smekend aan de buitenwereld te vragen wat er van haar worden moet. Soms moeten hier behoorlijk grote maatschappelijke risico's voor worden gelopen. Vooral als het om een artistieke ontwikkeling gaat zijn er velen geroepen maar weinigen uitverkoren. Het verbluffende echter is dat deze meisjes heel wat meer uitverkoren blijken dan men had kunnen denken als ze van binnenuit gemotiveerd eenmaal gaan durven. Met het gevecht voor hun toekomst bevechten ze dan tevens hun genezing.

Uiteraard wordt bijvoorbeeld bij de angst voor de mogelijke negatieve ideeën van de ander in de praktijk bij allerlei situaties in club, school, thuis, besproken dat je het risico van dergelijke reacties zult moeten nemen. Patiënte moet zich bewust te weer leren stellen tegen deze zinloze onwezenlijke bespiegelingen bij voorbaat, opdat ze de werkelijke situatie leert taxeren, hanteren en – last but not least – trotseren. Eenmaal bewust van dit zeer speciale anorexia nervosa-aspect zijn de therapeutische mogelijkheden voor de therapeut en patiënte eigenlijk legio.

## Literatuur

- Appels, A. (1982) Cultuur en ziekte. Inaugurale rede d.d. 5 Nov. 1982. Univ. v. Limburg
- Compernelle, Th. (1981) Anorexia Nervosa. Een eco-psycho-somatisch probleem waarbij de gezinsdysfunctie oorzaak en gevolg is en waarbij de autoriteit van de ouders een belangrijke rol speelt. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, speciale aflevering, 80-86.
- Hendrickx, J. (1981) De ontkenning voor de interactionele context bij gezinnen met een anorectische patiënt(e). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, speciale aflevering, 91-96.
- Jong, A.J. de (1982) Eet- en gewichtsstoornissen in een psychotherapeutische gemeenschap. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 497-505.
- Lafeber, Chr., Jongerius, P.J., Lansens, J. (1967) Groepstherapie voor anorexia-nervosa patiënten. *Voordrachtenreeks* 9, 65-80.
- Masterson, J.F. (1982) Het borderlinesyndroom bij adolescenten: de ontwikkelingsaspecten en het klinische beeld. Uit: M.J. Eyer ea. (red.) *Adolescent en psychiatrie*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 72-88.
- Zwaan, E.J. (1967) Zelfbeoordelingsschalen op een groep anorexia-nervosa patiënten. *Voordrachtenreeks*, 9, 81-87.