

ANOREXIE ALS SYMPTOOM

door Prof. Dr. TH. HART de RUYTER, Groningen

I INLEIDING: 'POOR APPETITE'

'Poor appetite', zeggen BAKWIN and BAKWIN,¹ 'is one of the most frequent complaints for which children are brought to the physician'; en zij vervolgen: 'The symptom is usually psychogenic, but psychogenic anorexia must be distinguished from poor appetite associated with organic disease.'

Ik bepaal mij hier dan verder tot de psychogene anorexie.

In de duitse pediatrische literatuur vindt men anorexie, slechte eetlust of verlies van eetlust, vermeld als een zeer frequente klacht. Meestal wordt het door de kinderartsen als een 'nervuus' symptoom beschouwd, op één lijn gesteld met andere nerveuze klachten als enuresis, slaapstoornissen, nagelbijten, etc. en gezien als een uitdrukking van een nerveuze constitutie. In de duitse kinderpsychiatrie echter wordt de anorexie niet meer beschouwd als een constitutioneel symptoom, maar als een uitdrukking van een conflict tussen moeder en kind.

Zo schrijft VON HARNACK: 'Chronische Appetitlosigkeit des Kindes stellt häufig den feinsten Gradmesser einer gestörten Mutter-Kind Beziehung dar.'²

Ook in de franse kinderpsychiatrie wordt sinds de fraaie studie van DEBRE de stelling ingenomen: 'l'anorexie nerveuse de l'enfant est la traduction d'un conflit';³ en MICHAUX vermeldt het symptoom in zijn leerboek onder de 'réactions affectives spéciales.'⁴

Desondanks is er in de kinderpsychiatrische literatuur betrekkelijk weinig te vinden over anorexie bij kinderen beneden de puberteitsleeftijd. Vrij veel is er daarentegen geschreven over de puberteits-anorexie, een ziektebeeld dat ons bekend is sedert de beschrijvingen van Lasègue in 1873 als anorexie hystérique en van W. Gull in 1874 als anorexia nervosa. In de duitse literatuur wordt voor dit beeld de term Pubertäts-magersucht op goede gronden gehandhaafd.

De fransen spreken van anorexie mentale. In dit beeld staat de voedselweigerig centraal. Het is dan ook de vraag of men hier eigenlijk wel van anorexie in engere zin spreken mag.

Doet men dit toch, dan is het goed om de anorexie in deze wijdere zin te beschouwen als een symptoom, dat afgezien van een primair lichamelijke oorzaak, een grote verscheidenheid van psychische achtergronden kan hebben.

In een poging om uit de literatuur zowel als bij onze eigen gevallen van 'anorexie' deze psychogene achtergronden wat nader te bezien, bleek

het nodig te differentiëren; o.a. naar de aard en achtergrond van het symptoom en naar de leeftijd waarop het symptoom zich manifesteert.

II 'ANOREXIE' ALS SYMPTOOM MET VERSCHILLENDE ACHTERGROND

Hoewel alle pediaters, kinderhygiënist en huisartsen het erover eens zijn dat slechte eetlust een veelvuldig voorkomende klacht is (Von Harnack vond haar bij zijn Hamburgse jonge schoolkinderen in ruim 20%!) ligt de verwijzingsfrequentie naar de kinderpsychiater zeer laag. Dit geldt althans voor onze polikliniek, maar zeker is de situatie anders wanneer een kinderpsychiater aan een pediatrie polikliniek als teamlid-consulent verbonden is. Deze krijgt met vormen van anorexie bij jonge kinderen te maken, waarbij de oorzaak meestal in het milieu is gelegen. Hiervan een drietal voorbeelden.

Een tweejarig jongetje werd op een pediatrie polikliniek aangemeld, omdat de moeder vond dat het te weinig at. Dick droeg echter zijn naam met ere; het kind werd door moeder vetgemest, en reageerde daar zeer gezond op met voedselweigeren. Niet het kind was de patiënt maar de moeder. Deze kreeg de voor de hand liggende adviezen en geruststelling. Een half jaar later kwam zij nog eens, nu met de klacht dat de penis van het jongetje zo klein bleef. Later is gebleken dat deze moeder net zo lang gezocht heeft, tot zij een chirurg bereid vond Dicky voor een (minimale) phimosis te opereren; n.b. nog wel op de meest kwetsbare leeftijd en terwijl hij er, volgens de huisarts, geen enkele last van had. Misschien dat meer kinderen met gezonde voedselweigeren door chirurgische ingrepen worden gecureerd, om van de adeno-tonsillectomie als 'beproefde' eetlustverwekkende ingreep maar niet te spreken.

Een ander geval: Een sensitief meisje van ruim drie jaar wordt aangemeld wegens anorexie, omdat zij thuis, met name aan de avondmaaltijd een zeer slechte eetlust vertoonde. Deze 'anorexie' bleek veroorzaakt door de gespannen stemming die er aan tafel heerste als de vader dan de daags opgekropte agressie op vrouw en kinderen afreageerde.

Op dezelfde wijze was de anorexie begonnen bij een 8-jarig meisje, dat wel honger had, maar door de ruzies aan tafel 'geen hap door de keel kon krijgen'. Geleidelijk concentreerde de agressie van de familieleden zich echter meer en meer op haar en haar symptoom dat hier — zoals bij de behandeling bleek — een duidelijke plaats gekregen had in een masochistisch complex.

Niet kunnen eten als symptoom van angst kennen we allen uit waarnemingen bij kinderen, die in het ziekenhuis zijn opgenomen. Ziekenhuis-anorexieën variëren van lichte verschijnselen van voorbijgaande heimwee-reacties tot zware vormen van hospitalisme.

JAMES R. MORRISON, die de moed opbracht case-work te doen met in een ziekenhuis opgenomen kinderen, die ten dode waren opgeschreven, beschrijft ook een vorm van angst-anorexie.⁵ Het is niet onwaarschijnlijk, dat het oorspronkelijke vegetatieve signaal hier later als bewuste voedselweigeren zijn functie kreeg in het taedium vitae van de depressie. De achtergrond is in deze gevallen echter een geheel andere dan bij de voedselweigeren uit angst om vergiftigd te worden zoals we die bij bepaalde paranoïde toestanden en ook bij de puberteits-hypochondrie kunnen vinden. Bij de waanachtige angst voor de orale bezwangering

van de patiënte met anorexia mentalis tenslotte, heeft de anorexie als symptoom een nog veel gecompliceerder betekenis en achtergrond gekregen.

Het blijkt ondertussen dat anorexie bij kinderen een verzamelnaam is geworden voor een hele reeks van eetstoornissen variërend van 'poor appetite' tot min of meer bewuste voedselweigerings op zeer verschillende gronden; maar ook dat het van oorspronkelijk angst-signaal tengevolge van de reacties van de omgeving tot symptoom kan worden in uiterst verschillende ziektebeelden. Hierbij blijkt de ontwikkelingsfase, waarin de anorexie optreedt, van grote betekenis te zijn.

III ANOREXIE IN DE ZUIGELING-, PEUTER-, KLEUTER- EN SCHOOLLEEF TIJD

(a) Anorexie kan reeds in de eerste levensweken gevonden worden. Het betreft dan meestal zuigelingen met een apathie-syndroom tengevolge van een hersenbeschadiging.⁶ In de oudere pediatrie literatuur worden (o.a. door Finkelstein) gevallen met constitutionele neuropathie beschreven, maar de syndromen van de minor brain damage waren toen nog niet zo goed bekend. Een andere verklaring gaf CAMERON: negativisme, als eerste syndroom van primair autisme.⁷ In onze gevallen ben ik dit niet tegengekomen.

BAKWIN neemt aan, dat er nog een andere — tot dusver onbekende — etiologische factor moet zijn. De borst-schuwe babies behoren niet tot deze groep, zij hebben geen echte eetluststoornis, ze nemen vlot de fles, maar weigeren de borst. Men zou ze dus electief-anorectisch kunnen noemen; de oorzaak is wellicht een geconditioneerde reactie.

(b) Emotionele factoren beginnen pas een duidelijke rol te spelen na de 8e levensmaand, met name in het tweede levensjaar. Soms hangen zij samen met een plotseling spenen op oudere leeftijd, meestal met stoornissen in de moeder-kind relatie, vrijwel steeds gaan zij vergezeld van andere verschijnselen. De huisarts is het beste bekend met de anorexie van de peuterleeftijd, waar de machtsstrijd tussen moeder en kind zich afspeelt rond de voedselopname. Hoewel het hier vaak vrij eenvoudig te verhelpen opvoedingsfouten betreft, is het toch niet altijd zo'n onschuldig symptoom.

Een ambivalente relatiestoornis tussen moeder en kind kan op deze wijze aangediend worden; het beeld is typisch: het kind weigert te eten wat moeder hem voorzet, braakt het uit als het hem opgedrongen wordt, maar snoept en eet stilletjes waar het maar kan. Men zou hier dus van een pseudo-anorexie kunnen spreken.

Gaat men in deze gevallen over tot scheiding van moeder en kind dan zijn er twee mogelijkheden: of het kind gaat eten — al dan niet met symptoomverschuiving — of het reageert met infantiel heimwee op de scheiding en eet helemaal niet meer. Wanneer na enige tijd het kind toch

weer gaat eten wordt dikwijls gedacht dat het genezen is; de vitale angst heeft het dan echter gewonnen van de scheidingsangst; m.a.w. men heeft de duivel met Beëlzebub verdreven.

Soms ziet men de kinderen vervallen in het tegenovergestelde: een onverzadigbare gulzige eetlust zonder echte honger. Ook dit kan een psychogene reactie zijn op verdriet of angst. We zien dit nogal eens bij puberteitsmeisjes die in een internaat worden opgenomen. Het jongere kind zal eerder neigen tot verlies van eetlust.

Extreme anorexie zien we bij de anaclytische depressie (Spitz) en bij het hospitalisme.

Het hospitalisme is gelukkig in ons land een zeldzaamheid aan het worden. Wanneer het in zijn extreme vorm voorkomt, betreft het meestal kinderen met organisch-cerebrale stoornissen, zwakzinnigheid of somatische, chronische aandoeningen. Een voorbeeld is het driejarige jongetje dat op verzoek van de kinderkliniek bij ons 'ter bemoedering' werd opgenomen, omdat hij alle voedsel weigerde en men bang was dat hij anders dood zou gaan.

(c) Talrijker zijn de kinderen met een chronische, zij het vaak lichte depressie in de kleuterleeftijd en de latentie, die als één der symptomen een eetluststoornis vertonen. Men zou kunnen spreken van een chronische sub-anorexie. De stoornis valt niet duidelijk op omdat de kinderen niet sterk vermageren en ook omdat de anorexie niet zo evident is. Ze eten 'met lange tanden', knoeien vaak met het eten en doen lang over een relatief kleine portie. Ze kunnen hun anorexie daardoor maskeren, maar omdat ze chronisch op een minimum leven, blijven ze vaak achter in lengtegroei, zien er slecht uit, zijn inactief en hangerig. Bij een onderzoek naar de gezondheidstoestand van kinderen in kindhuizen werd dit beeld, met name bij jongens, ontstellend vaak aangetroffen.^{8,9} Men zocht de oorzaak in onvoldoende of ondoelmatige voeding, of in de sfeer aan tafel, maar zag de wezenlijke achtergrond over het hoofd: de chronische licht-depressieve, dysfore en angstige psychische gesteldheid van de kinderen. De kinderen kroppen hun problemen op en dan is er voor goed eten geen plaats meer. De enige therapie is aandacht schenken aan datgene wat mogelijk door het kind verdrongen wordt.

Maar niet alleen in de kindhuizen kent men dit beeld. Elk kind dat zich eenzaam of niet geliefd voelt, en het dan ook meestal werkelijk is, zonder dat het nu een apert 'rejected child' hoeft te zijn, elk kind ook in een chronische stress (b.v. het kind met schoolangst, dat aan het ontbijt geen hap door de keel kan krijgen!) kan dit syndroom van de 'sub-anorexie' gaan vertonen, waarvan we overigens weten dat het afgewisseld — en daardoor lichamelijk gecompenseerd — kan worden door snoep-lust of perioden van onstilbare eetlust. Dit alterneren van anorexie en bulimie is een punt dat bij de puberteitsanorexie nog aan de orde zal komen.

Wanneer de depressie al op jongere leeftijd tot anorexie aanleiding geeft kunnen we het beeld krijgen van de vitale retardatie: een duidelijk achterblijven in ontwikkeling, met name ook wat de lengtegroei betreft. Terecht wijzen de pediaters (b.v. Van Gelderen) erop dat men bij het achterblijven in groei allereerst aan somatische, c.q. hormonale, eventueel ook organisch- cerebrale oorzaken moet denken. Toch zien we vaak gevallen, waar veel te laat aan een psychische oorzaak wordt gedacht. Een extreem geval laat de figuur zien: een typisch 'rejected child', met een al even typische catch-up (zie curve pag. 166).

POWELL c.s.¹⁰ hebben vrij recent (1967) 13 gevallen van dit beeld beschreven uit de pediatrische kliniek van het John Hopkins Hospital. Vaak wordt bij deze kinderen een 'situatieve' anorexie gevonden: thuis eten zij niet of nauwelijks, maar zij kunnen onder andere omstandigheden juist een polyphagie-polydipsie vertonen, waarbij zij weinig selectief te werk gaan. Worden ze opgenomen in een ziekenhuis dan neemt het gewicht ook als regel zeer snel toe.

(d) Voordat de anorexie in de puberteit aan de orde komt, moet nog het syndroom van de anorexia nervosa bij het oudere schoolkind genoemd worden. Terwijl de puberteitsanorexie vrijwel uitsluitend bij meisjes wordt gevonden is dit niet het geval bij de latente-vorm. Een aantal van deze jongere gevallen is fraai beschreven door WEBER uit de Marburgse kliniek (Prof. Stutte).¹¹

IV ANOREXIA IN DE PUBERTEIT

Na deze vluchtige verkenning van het terrein van de anorexie beneden de puberteitsleeftijd, kom ik thans tot het ziektebeeld waarover het meeste materiaal kon worden verzameld en dat onder verschillende benamingen: psychogene magerzucht, puberteitsmagerzucht, hysterische anorexia, anorexia nervosa, anorexia mentalis, beschreven wordt. Wij zagen in de Groningse kliniek hiervan een aantal gevallen, waarvan zeven nauwkeurig onderzocht en vervolgd konden worden.

Bij deze zeven puberteitsmeisjes met psychogene magerzucht hebben wij getracht iets te weten te komen over psychodynamiek van dit ziektebeeld en de betekenis hierbij van de anorexie. Het klinische beeld is zo duidelijk en schijnbaar eenvormig, dat de diagnose niet moeilijk te stellen is. Bij meisjes in het begin van de puberteit treedt, meestal kort na het optreden van de menarche, een zeer snelle vermagering op. Er is een vrijwel complete anorexie; als er iets gegeten wordt, wordt dit weer onmiddellijk uitgebraakt. De menses, die meestal tevoren normaal waren, verdwijnen; de mammae schrompelen, maar de secundaire beharing blijft normaal.

In de loop van enkele maanden treedt een vergaande cachexie op, die

I.W. geb. 28-11-'61

— tijdens ziekenhuisopname Den Haag

31-12-'63 t. 8-2-'64

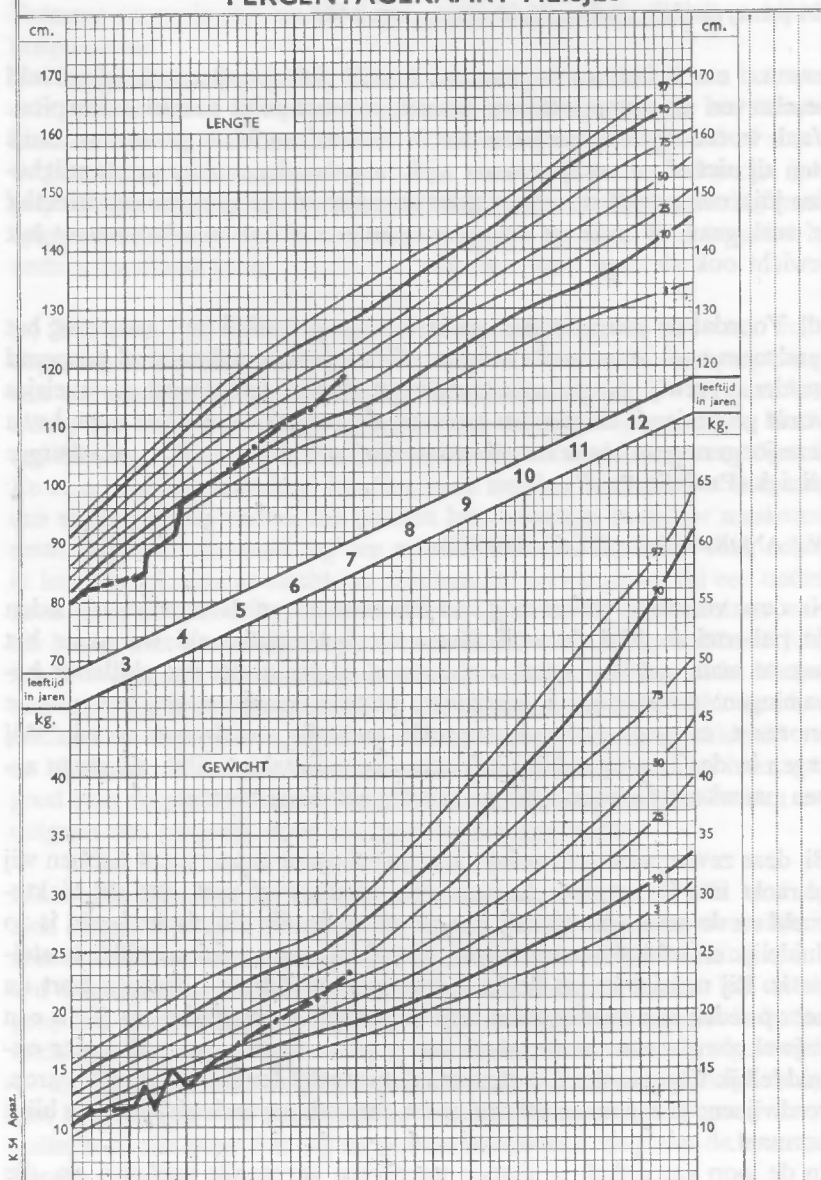
gewicht 10,3 - 11,5 kg; lengte 80,5-82 cm.

---- thuis

— catch up in kinderpsychiatrische kliniek
Groningen

----- ontwikkeling in T.G.V.-gezin.

PERCENTAGEKAART MEISJES



als regel echter niet tot exitus leidt. Als het gewicht nl. in enige maanden van bv. 60 tot $\pm$ 35 kg gedaald is, treedt een stilstand op in de gewichtsdaling; de patiënten blijven in leven doordat de stofwisseling op extreem laag niveau wordt gehandhaafd; ze verbruiken weinig calorieën, omdat ze praktisch bewegingloos in bed blijven. Ze drinken af en toe wat en aangenomen moet worden dat ze — als ze de kans krijgen — stilletjes ook nog wel wat eten. Levensgevaar treedt op als er regelmatig gebraakt wordt en een kalium-depletie ontstaat. Dit is echter vrijwel alléén het geval wanneer de patiënten rigoureus gedwongen worden — hetzij door de ouders, hetzij bij een ziekenhuisopname — om te eten. Bij een dergelijke dwang is het braken overigens nog het minst gevaarlijke verschijnsel; de angst kan zo groot worden dat het tot suïcide komt of tot een schijngegenezing, die onmiddellijk tot recidive voert als de patiënte weer thuis is.

Vroeger was er nog een andere levensbedreiging voor deze meisjes en vrouwen, nl. het bijgeloof en de heksenprocessen. Restanten van deze heksenprocessen lijkt men nog terug te kunnen vinden in de attitude van sommige artsen en verplegenden jegens deze patiënten.

Op één lichamelijk aspect wil ik speciaal wijzen: het feit nl. dat vele van deze patiënten in de periode vóórdat de magerzucht hen overviel juist overmatig gegeten hadden en dik geworden waren; terwijl bovendien bij schijngegenezing — althans schijngegenezing in psychisch opzicht — bulimie, een extreme vraatzucht, gevonden kan worden.

De lichamelijke verschijnselen maken dat nog vele van deze patiënten pas zeer laat, sommige wellicht nooit, de psychiater bereiken. Zij worden verwezen naar endocrinologen, pediaters, internisten en gynaecologen; echter beslist ten onrechte, want de psychogene magerzucht is, zoals de benaming reeds aangeeft, primair een psychische aandoening. De eer, dit nog eens heel duidelijk gesteld te hebben, komt toe aan MENG, die in 1934 hiertoe het begrip orgaan psychose lanceerde.¹²

LADEE gaat in zijn proefschrift over hypochondrische syndromen op deze opvattingen dieper in.¹³ Hij stelt, dat Meng hiermee niet alleen de bedoeling had de primair psychogene etiologie aan te geven (ter differentiatie van de zgn. hypophysaire cachexieën, de zeldzame ziektebeelden van Simmonds en Sheehan bv.), maar ook om aan te tonen, dat de psychogene magerzucht dichter bij de psychose staat dan bij de neurose. Ik citeer:

'Het gaat nl. om ernstige Ik-stoornissen met een regressie van het ego naar een vroeg infantiel stadium en de orgaanstoornissen zijn uitdrukkingen en equivalenten van de Ik-stoornissen, die kwalitatief anders zijn dan de Ik-beperkingen bij de neurose. Terwijl bij de orgaanneurose functionele stoornissen in de vegetatieve sfeer het somatisch aspect betekenen van neurotische conflicten en spanningen van een mens wiens ego-functies grosso modo bij zijn ontwikkelingsniveau passen, is bij de nerveuze anorexie de mens lichamelijk geregredeerd naar vroege

lichaams-ik-stadia en spelen processen van een vroeg-infantiele ontwikkelingsfase zich in het lichamelijke-zelf af. Het gaat daarbij om zeer sterk ambivalente orale en ook anale agressieve en destructieve strevingen en directe orale uitbeeldingen van infantiel-sexuele angsten en fantasieën (o.a. van orale conceptie) onder krachtige afwijzing van meer genitaal-sexuele impulsen en van het volwassen worden. Tot aan de puberteit zijn weinig neurotische tekenen te vinden, maar een zeer vroege, destijds gestoorde moeder-kind relatie, die reeds jong de Ik-ontwikkeling laedeerde, wordt somatisch uitgebeeld wanneer in de puberteit de aan het ego gestelde eisen te zwaar blijken.

Maar — zegt Ladee — psychotische symptomen in de psychopathologische sfeer doen zich ook bij het vol ontwikkelde ziektebeeld niet of nauwelijks voor, wel zijn er in de prodromale fase vaak passagère aanduidingen van wat psychotisch zou kunnen zijn, zoals depersonalisatie en paranoïdie, hypochondrische angsten en depressie. Bij een dergelijke massale verplaatsing naar de lichamelijke sfeer is er van psychische Ik-functies niet zoveel over, maar de eisen hieraan zijn ook slechts gering als het lichaamlijden zo geëxponeerd is. Nadere exploratie onthult een verregaand zich terugtrekken uit de realiteit met merkwaardige gedragspatronen, waarvoor de patiënten zelf geen motivering kunnen geven.⁷ Ladee merkt dan nog op dat het beeld, dat Meng bedoelt, niet het enige is, dat onder de noemer: anorexia nervosa wordt vermeld. Er zijn gevallen die dicht bij de hysterie staan, andere die dwangneurotische trekken vertonen, andere waarbij het in wezen om een depressie gaat. Het geval, dat Meng beschreef, werd gekenmerkt door een loslaten van objectbezettingen en een emotionele inkapseling, die lijkt op schizofrenie. Er zijn dan ook in de literatuur verschillende gevallen beschreven, die als schizofrenie werden geëtiketteerd. Tot cachexie voerende voedselweigerings kan uiteraard bij schizofrenie voorkomen maar de emotionele inkapseling van de anorexie-patiënt heeft een zó typisch afweer karakter dat zij niets gemeen heeft met het schizofrene autisme of de schizofrene affectarmoede.

Na de publicatie van Meng verscheen er van psycho-analytische kant aanvankelijk weinig meer over de puberteits-anorexie.

Wel werden interessante orale syndromen beschreven waarbij analogieën met de anorexia nervosa duidelijk zijn: melancholische depressie, de zucht en het orale karakter. Deze periode wordt omstreeks 1960 afgesloten. Met de monografie van THOMA,¹⁴ die dertig gevallen beschrijft, het proefschrift van LAFEBER (1963)¹⁵ en het Göttinger Symposion van 1965¹⁶ is een hoeveelheid materiaal bijeengebracht, die de vraag wettigt of er nog iets nieuws over de puberteitsanorexie gezegd kan worden. Toch waag ik het erop, omdat er nog vele vragen onbeantwoord blijven; bv. waarom juist de anorexie als symptoom gekozen wordt, terwijl ook een verband met eventuele vroege, orale incidenten nog een punt van discussie kan zijn.

In the Psycho analytic Study of the Child beschrijft EMMY SYLVESTER¹⁷ de analyse van een 4-jarig kind met psychogene anorexie. Haar overwegingen zijn in ons verband van belang omdat, zoals zij schrijft: 'This case presents observations which, while showing striking resemblances to the psychosomatic entity of anorexia nervosa, reveal the structure of the melancholic depression, as postulated by Abraham, in statu nascendi.'

Zij suggereert, dat de zeer vroege frustraties, die dit patiëntje moest ondergaan, de latere, orale symptoomkeuze bepaalden — een propositie die wij ook bij de puberteitsanorexie herhaaldelijk vermeld vinden.

Bij *volwassenen* is de anorexie als equivalent van de depressie o.a. beschreven door GERO.¹⁸ Zijn geval betreft een patiënte met chronische anorexie en depressies, af en toe exacerberend in tijden van emotionele stress. Naast haar afschuw van eten heeft zij fantasieën en dromen van bacchanalen 'in which she ate with unhibited greed.' Soms heeft ze kanibalistische dromen, waarover zij zich bijzonder schuldig voelt.

De ziektegeschiedenis van deze patiënte vertoonde geen bijzonderheden tot haar 5e jaar, toen haar broertje werd geboren. In de analyse blijkt dat in aansluiting hieraan een intensieve masturbatie optrad met de tendens tot zelfdestructie. Daarna begonnen de eetmoeilijkheden, die in de puberteit een ernstige anorexie tot gevolg hadden. Er is een duidelijk verband tussen de boosheid op moeder en de fantasieën over het seksuele gedrag van moeder. De eetstoornis heeft een duidelijk lustverbiedend en zelfbestraffend karakter. Gerö spreekt op grond van de analyse van een masochistische identificatie met de moeder.

Behalve de depressie is natuurlijk ook de vraatzucht als een genetisch oraaf-gefixeerd syndroom beschreven, voorzover mij bekend na Freud het eerst door WULFF in 1932.¹⁹

Wulff beschrijft uitvoerig de ziektegeschiedenissen van drie vrouwen met een periodiek optredend symptomencomplex: 'zwanghaftes, gieriges Essen, Schlafzucht, stumpfe Depression, Ekel von der eigenen Körperlichkeit.' De drie patiënten leden aan verschillende vormen van neurose, resp. een dwangneurose, een hysterie en een depressie.

Een vierde geval betreft een man met aanvallen van bulimie, die ernstig leed onder de schuldgevoelens over zijn vraatzucht en dan verviel in ascese; als kind leed hij aan stotteren, dat zeer lustvol beleefd werd ('mond-onanie').

Het vijfde geval betreft een meisje van midden twintig, dat zich in sexualibus allerlei vrijheden toestond, maar niet in het bijzijn van mannen durfde te eten omdat ze zich voor haar gulzigheid schaamde. In de analyse bleek dat zij tijdens de coïtus frigide was, maar bij een liefdes-scène plotseling een heftige 'Heiss hunger' kreeg. Hoewel ze samen met anderen niet kon eten, snoeptte ze stilletjes en durfde dan daarna helemaal niet meer te eten.

Wulff wijst op de duidelijke verschuiving van de seksuele bevrediging én de begeleidende schuldgevoelens van de genitale naar de orale zone. De vraatzucht is dan ook volgens Wulff geen dwangverschijnsel, geen afweer van angst, maar een echte zucht, te weten een directe-oraal-erotische drift-bevrediging, waarbij het Ik het toekijken heeft. In het geval van de vijfde, door Wulff beschreven, patiënte vinden we eveneens een afwisseling van vraatzucht met anorexie. Deze laatste wordt dan gezien als reactie op de schuldgevoelens, die het gevolg van de eetdrift-bevrediging zijn.

Bij een derde groep patiënten met anorexie wordt een duidelijke orale karakterstructuur beschreven. Interessant is in dit verband de uitvoerige ziektegeschiedenis en de therapie van een 30-jarige patiënte met *anorexia nervosa* door K. EISSLER.²⁰ Hoewel patiënte ziek werd op 16-jarige leeftijd, na thuis te zijn weggelopen omdat haar vader regelmatig seksueel contact met haar had, kreeg zij pas psychiatrische hulp toen zij reeds 14 jaar ziek was. Eissler wijst op een paar essentiële factoren: de op de voorgrond staande orale trekken in haar karakterstructuur; m.n. de relatie tot haar moeder 'which was found characterized by a peculiar dependance not encountered in other neuroses.' Ook wijst Eissler op de gebrekkige (hij zegt 'geremde') Ik-ontwikkeling. 'This inhibition is shown to be caused by the fact that the mother represents the most important parts of the patient's Ego.' Vandaar dat de ziekte uitbrak toen zij — uit angst voor de seksuele benadering door de vader — wegliep van moeder. Eissler wijst ook op de verschillen die wij bij de *anorexia* vinden en onderscheidt drie gradaties: a) anorexie als neurotisch symptoom; b) het *ziektebeeld* *anorexia nervosa* dat wordt beschouwd als een aparte entiteit: geen neurose, geen psychose, maar een psychosomatose; c) wanneer het ziektebeeld overgaat in een 'schizophrenia-like-psychosis', zegt Eissler: 'the Ego may finally give in to the symptom and cease its defense.'

Een aantal publicaties over uitvoerig psycho-dynamisch onderzochte gevallen van *jongere* patiënten dateert van de laatste tien jaar. Instructief is een publicatie van JESSNER en ABSE.²¹ Zij beschreven twee gevallen waarvan één, 'Clementine', in detail. Haar eerste levensjaar begon met orale en emotionele frustraties: er waren ernstige voedingsmoeilijkheden daar de moeder zich te zwak voelde om het kind te verzorgen. Het leed chronisch honger en raakte meer en meer ondervoed. In het tweede levensjaar veranderde de situatie en ontstond er een symbiotische relatie tussen moeder en dochter, waarschijnlijk omdat de moeder schuldgevoelens kreeg toen het kind bijna dood was. Sindsdien leidde elke scheiding bij Clementine tot voedselweigering en braken.

Een normale oedipale relatie kwam niet tot stand, omdat het meisje haar negatieve gevoelens jegens moeder niet aandurfde en deze overbracht op de vader. In de latentie ontwikkelden zich afweermechanismen in de zin van overgecontroleerd gedrag en overmatige schaamtegevoe-

lens. De afweermechanismen vormden in deze periode nog net voldoende bescherming, maar faalden toen de puberteit intrad en hetero-sexuele fantasieën de relatie tot de moeder bedreigden. Het meisje accepteerde noch haar vrouwelijke rol noch haar vrouwelijke functies en lichamelijkeheid. Zij weigerde voedsel, braakte wanneer dit haar werd opgedrongen, slikte vermageringspillen, etc. In korte tijd was Clementine zoveel afgevallen, dat ze opgenomen moest worden. Zij was toen 15 jaar en woog 70 pond. De auteurs menen dat de symptomen van de anorexië-patiënte 'represent a regressive flight from the inner dangers of genital heterosexuality to earlier developmental stages, of which the oral stage is most crucial.'

Zij vestigden er de nadruk op, dat deze patiënten een periode hebben doorgemaakt van vroegere orale frustraties, gevolgd door een periode van verwenning ('closeness and gratification') met als gevolg een ambivalente relatie met de moeder, waarbij de angst voor de scheiding er toe leidt, dat de negatieve gevoelens op de vader worden overgebracht; terwijl de preverbale, orale fixatie de grondslag zou hebben gelegd voor de latere, non-verbale reactiepatronen.

Zoals bekend wordt ook bij andere psychosomatische aandoeningen de nadruk gelegd op de betekenis van de 'body-language.' SHERVERT H. FRAZIER beschouwt elke psychosomatische stoornis als een poging tot preverbale communicatie, 'a body-language-form of acting-out.'^{22 23}

Frazier omschrijft daarbij 'acting-out' als de directe vertaling van een intra-psychisch conflict, dat niet geverbaliseerd kan worden, in gedrags-symptomen, waarbij het oorzakelijke verband tussen conflict en gedrag én de motivatie van dat gedrag onbewust blijven. Het psychosomatische symptoom is binnen dit kader een poging om via de 'body-language' tot communicatie te komen in de vorm van niet-verbale expressie van emoties en affecten. Body-language is niet alleen omgangstaal van het kind met de moeder maar ook van volwassenen in intieme, emotionele relaties.

Zeer dikwijls is daarbij sprake van regressie tot oraliteit, ook bij andere psychosomatosen dan de anorexie; habitueel braken, vraat-vetzucht (die wij in de anamnese van de anorexiëpatiënten met de voedselweigeren zien alterneren of daaraan voorafgaan). Ook bij de chronische obstipatie van kinderen wordt een neiging tot orale regressie beschreven. In dit verband is een onderzoek van H. E. RICHTER²⁴ van belang, mede omdat in de voorgeschiedenis van deze geobstipeerde kinderen dezelfde factoren worden vermeld die, ook volgens andere auteurs, een rol zouden spelen bij het ontstaan van de anorexia nervosa: met name een bepaalde symbiotische relatie met de moeder, welke bij de obstipatie-patiëntjes snel tot sterke ambivalentie voert. De intense behoefte, om de zeer vroege *lijfelijke* moeder-kindrelatie te behouden zal immers onvermijdelijk tot frustraties, ambivalentie en schuldgevoelens moeten voeren. De anorexië-patiënten durven de ambivalentie echter helemaal niet aan.

V EIGEN ONDERZOEK: DE BETEKENIS VAN DE ANOREXIE BIJ DE PUBERTEITSMAGERZUCHT ALS DRIFT-AFWEER

Bij de zeven meisjes met deze ziekte hebben wij getracht in de psychotherapie de betekenis van de anorexie te achterhalen. Dit is niet zo eenvoudig omdat het therapeutisch contact, met name in de aanvangsfase, hierdoor gekenmerkt wordt, dat de patiënten 'geen mond open doen.' Drie van de zeven gevallen herstelden met psychotherapie binnen de twee jaar; bij hen kwamen wij niet verder dan de herkenning van de functie, die de anorexie heeft in de afweer van de orale driftmatigheid, de angst voor de vraatzucht, voor het dik en vrouwelijk worden. De band met de afweer van de genitaliteit is gemakkelijk te leggen: de afweer van de genitale sexualiteit is veel minder verdrongen dan het taboe dat op de oraliteit ligt. Worden de — sterk afgeweerde — seksuele wensen geaccepteerd dan verdwijnt echter ook de anorexie. Uiteraard is dit niet het enige, dat in de therapie gebeurt: met name de angst om moeder te verliezen verdwijnt pas wanneer de negatieve gevoelens t.a.v. de moeder worden doorgewerkt en de oedipale wensen ten opzichte van de vader worden geaccepteerd. Katamnestic bleek, dat bij deze gevallen van een werkelijke genezing sprake was, óók in deze zin, dat een normale gezonde ontplooiing van erotiek en sexualiteit mogelijk bleek.

Eigenlijk zou men in deze gevallen kunnen spreken van een vrij eenvoudige en doorzichtige neurose-therapie, waarbij de enige moeilijkheid slechts gelegen is in het snel overwinnen van de initiale geremdheid; een probleem overigens, dat ook bij andere neurosen in de puberteit speelt, en waarbij het dienstig is om veel begrip te tonen voor de angst, die hieraan ten grondslag ligt. De ziekenhuisopname van deze groep van anorexie-patiënten hoeft dan zelden langer dan vier tot zes maanden te duren.

Bij de vier andere patiëntjes, die klinisch — m.n. somatisch — een vrijwel identiek beeld vertoonden, bleek de behandeling heel wat meer moeilijkheden te geven, maar kon ook meer materiaal verzameld worden. Eén meisje (pat.^o A) dat 10 jaar werd behandeld en daarvan bijna zes in de kliniek had doorgebracht, genas volledig; zij is — hoe onwaarschijnlijk het ook moge klinken — een gezonde, affectief-warme, gelukkig getrouwde vrouw en een goede moeder.

De andere gevallen zijn nog in therapie; één daarvan (pat.^o B) reeds meer dan 6 jaar. Deze 'zware' gevallen, waarbij aan de anorexie een waanachtige angst voor de orale bezwangering ten grondslag ligt, leren ons het meeste over de diepere achtergronden van het symptoom. De patiënten durven niet te gaan slapen uit angst in de slaap oraal 'verkracht' te worden. Eén patiënte meende door de duivel bezwangerd te zijn en verklaarde daarmee de abnormaal lange duur van de zwangerschap. Deze angsten kunnen een zo bizar-waanachtig karakter krijgen en zo oninvoerbaar lijken dat de gedachte aan een schizofrenie gemakkelijk bij de

onderzoeker opkomt. De therapeut echter weet dat er van primaire schizofrenie-kenmerken en m.n. van een affectarmoede geen sprake is, dat integendeel de enorm sterke infantiel-lijfelijke, symbiotische contactbehoefte van de patiënten door een pseudo-koele gedistantieerde houding afgeweerd moet worden. De waanideeën zijn bovendien corregeerbaar en de patiënten kunnen ons later vertellen dat ze 'ergens' wel wisten dat hun angsten niet reëel waren. De angst zwanger te kunnen worden door te eten bleek zowel bij pat.^e A als bij pat.^e B samen te hangen met identieke infantiele fantasieën over de zwangerschap van moeder. Ondanks de sexuele voorlichting zijn zij ook later blijven geloven in de orale bevruchting. Oraliteit en genitaliteit verweven zich in dromen en fantasieën en kunnen, zonder dat er sprake is van enige hiërarchie, elkanders plaats overnemen.

Patiënte B. komt voor het eerst met een droom in deze richting, nadat haar op de afdeling een sonde is toegediend. In de droom werd de slang tot de phallus van de broeder die bij de sonde-voeding aanwezig was geweest. Zij herinnert zich, dat ze wilde bijten, maar helemaal verstard was. Brakend werd ze wakker. Patiënte verklaart haar amenorrhoe als gevolg van het feit dat zij zwanger is. Hoewel zij enerzijds weet, dat dit niet het geval kan zijn laat deze gedachte haar niet los. Zij komt met de fantasie dat haar vader haar in de slaap bezwangerd heeft. In hoeverre deze incest-fantasieën hier een reële wortel hebben is niet helemaal duidelijk geworden. Een feit is in ieder geval, dat de vader probeerde haar tot eten te dwingen door bovenop haar liggend het eten in haar mond te duwen.

Voor haar voedselweigering geeft zij soms de verklaring dat zij door niet te eten ook niet zwanger kan worden; soms geeft zij aan, dat ze hoopt dat daardoor het kind in haar buik niet verder zal groeien.

Al veel vroeger heeft zij verteld, dat haar ziekte begonnen is, toen zij een verhouding met een vriendje, 'die te ver wilde gaan', uitmaakte. Na de droom over de slang en de invallen over vader vertelt zij waarom zij de verhouding met haar vriendje heeft uitgemaakt. Deze pleegde met haar de tongkus, waarvan zij orgastisch werd, wat haar enorme schuldgevoelens gaf en erg angstig maakte. Nog later kan zij vertellen waarom zij zo angstig was; zij beleefde het orgasme als 'nu ben ik zwanger geworden.' Maar in het zelfde uur vertelt zij dat zij eigenlijk zo bang was omdat ze dacht: 'Als ik zijn tong eens had afgebeten!'

Deze fantasie kwelt haar nog voortdurend. Het is een van de redenen waarom zij zich zo slecht voelt. Zij durft in deze periode ook niet meer te kauwen, nauwelijks vast voedsel te eten. Zij kan alleen 's nachts eten, als zij haar slaapmedicijnen heeft gehad.

Dan schrokt zij alles naar binnen wat binnen haar bereik is. Als ze thuis met verlof is, neemt ze nog wat extra medicijnen en doorzoekt ze de kasten op alles wat eetbaar is; als ze zich 's morgens realiseert wat er gebeurd is, voelt ze zich schuldig en is heel bang dat ze net zo dik zal worden — 'zo'n dikke buik krijgen' — als haar moeder. Ze is ook

voortdurend bang dat moeder ziek zal worden en dood zal gaan. Toen moeder eens in het ziekenhuis was opgenomen en zij het huishouden deed, zou vader sexuele toenadering hebben gezocht. Het huwelijk is slecht, volgens patiënte. Kort voordat zij ziek werd, waren er voortdurend hevige ruzies, omdat, naar zij meent, moeder niet wilde dat vader bij haar in bed kwam. Moeder dreigde dan met zelfmoord en liep het huis uit. Patiënte liep haar achterna tot ze weer thuis was; bleef 's nachts wakker om naar de geluiden op de slaapkamer te luisteren. Maar boosheid op moeder durft zij pas veel later en slechts heel aarzelend te brengen en alleen in verband met het feit, dat moeder zich met het eten alles ontzegt en alle lekkere hapjes aan de jongens geeft. Dan valt haar in dat ze ook boos is geweest toen moeder in haar bijzijn haar 4 jaar jongere broertje aan de borst nam. Tenslotte vertelt ze dat ze zelf geen kinderen zou willen krijgen, ze zou de borst niet durven geven; het kind zou vast niet genoeg bij haar krijgen en de tepel afbijten. Ze weet zeker, dat een moeder daaraan dood kan gaan. En met deze fantasie zijn we een belangrijke achtergrond van de anorexie bij deze patiënte dicht genaderd: de angst voor de orale agressie jegens de moeder, die haar lichaam ook aan anderen geeft. Kort na de bespreking van deze angst nl. begint patiënte te eten; haar gewicht neemt in enkele weken toe met 30 pond. Ze is echter nog zeker niet genezen en de therapie zal nog geruime tijd moeten worden voortgezet.

Ook bij patiënte A bleek een van de wortels van de anorexie de angst voor de orale agressie te zijn. Via de angst voor haar gulzigheid, haar oraal-captatieve drang (ANNE-MARIE DUHRSEN²⁵), haar angst dat anderen deze 'zondige begeerte' zouden ontdekken, via de angst ook om lichamelijk te worden zoals moeder, kwam het ook bij deze patiënte bij de afweer van de orale agressie jegens de moeder tot een uiterst hardnekkige anorexie. Zij begon pas aarzelend wat te eten tijdens de behandeling toen ze zich bij haar therapeut helemaal veilig voelde. Ze at dan gulzig en schrokkelig en liep de eerste tijd herhaaldelijk weg om te braken om dan nog eens opnieuw aan de maaltijd te beginnen. Pas veel later kon zij gewoon aan tafel mee-eten.

Vrijwel steeds vinden wij ook bij deze zware gevallen van de puberteitsanorexie de neiging om te veel slaapmiddelen te gebruiken. In de toestand van verdoving staan de patiënten zich 'Lust ohne Schuld' toe, mogen zij eten.

De genetische lijn is, kort samengevat, bij deze gevallen: een zeer vroege orale onzekerheid * en afhankelijkheid, die tot een zeer sterke symbiotische relatie met de moeder voert, waardoor een normale oedipale relatie met de vader onmogelijk wordt. De latentie staat in het teken van

* Die zowel 'primair (endogeen of organisch-cerebraal bepaald) als 'secundair' (t.g.v. een vroege stoornis in de moeder-kind-voedingsrelatie) lijkt te kunnen zijn ontstaan.

over-gecontroleerdheid en braafheid. Met de herbelading van seksuele en agressieve gevoelens in de praepuberteit treedt een enorme versterking op van de angst de controle over de impulsen te verliezen. Het gevolg is een rigoureuze afweerorganisatie, waarbij wij een regressie tot zeer vroege (pre-verbale) mechanismen te zien krijgen, waarin het bulimie-anorexie conflict centraal staat. Met de bewustwording hiervan in de therapie, wordt pas de mogelijkheid tot een wezenlijke genezing geschapen.

De anorexie bij deze ziektebeelden is dus slechts één symptoom nl. de afweer van de vraatzucht. De therapiefragmenten waren hier slechts op dit ene aspect gericht. Het extreme zondegevoel, de masochistische straf-behoefte die tot ernstige zelfmutilaties kan leiden en de suïcideneiging bleven onbesproken.

Het is duidelijk dat met name in de twee beschreven gevallen een zeer vergaande regressie van de Ik-functies moet hebben bestaan, die het mogelijk maakte dat impulsen en fantasieën van een dergelijk vroeg-infantiel niveau tot het bewustzijn werden toegelaten en dat de body-language een dergelijke overheersende en levensbedreigende functie kon krijgen. De drie patiëntjes van de eerste groep, bij wie in betrekkelijk korte tijd met een eenvoudige neurose-therapie genezing was te verkrijgen, verschillen in dit opzicht fundamenteel van de tweede groep. Het is van belang dat hiermee bij diagnose, prognose en therapie rekening gehouden wordt. Bij de *eerste groep* is er sprake van een neurose, de vorm waarvan S. Freud in zijn briefwisseling met Fliess (1895) zegt: 'Die berühmte Anorexia Nervosa der jungen Mädchen scheint mir eine Melancholie bei unentwickelter Sexualität zu sein.' Er is grote gelijkenis met de puberteitsascese van de jonge adolescent, waarbij ook uit angst voor de aanstormende seksuele impulsen en fantasieën een Rein-leven-ideaal als afweer wordt opgebouwd (vgl. ANNA FREUD).²⁶

Bij de *tweede groep* is de regressie zo diep, dat men een stoornis in de vroegste levensjaren moet veronderstellen. Het is zelfs de vraag of hier van een regressie gesproken moet worden en of we niet veeleer met Eissler moeten spreken van een geremde ontwikkeling van het Ik, op de basis van een gestoorde moeder-kind relatie; met een stoornis dus, die wat de Ik-zwakke betreft veel meer gemeen heeft met de ontwikkelingspsychopathie dan met een neurose 'sec'. Dit heeft niet alleen consequenties voor de prognose, maar ook voor de therapie. Deze patiënten zijn nl. niet met een neurose-therapie alléén te helpen: zij behoeven vóór alles een klinische basis-behandeling, die hun allereerst de fundamentele veiligheid verschaft, waarin het Ik zó kan rijpen dat het de medewerker kan zijn die in de 'Arbeitsbündniss' van de neurosetherapie onmisbaar is. Voor deze gevallen met een zo fundamenteel gestoord Ik, zou ik de term *anorexia mentalis* — ter onderscheiding van *anorexia 'nervosa'* — willen reserveren.

LITERATUUR

- 1 H. Bakwin and R. M. Bakwin *Clinical Management of Behavior Disorders in Children*. 3d Ed. ('66) p. 468. W. B. Saunders, Philadelphia Pa.
- 2 G. A. von Harnack *Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen*. Karger (Basel 1953) S. 28.
- 3 R. Debré et coll. *L'anorexie nerveuse de l'enfant*. Num. Spécial des Sem. Hôp. Paris (10-2-'50).
- 4 L. Michaux *Psychiatrie infantile*. Pr. Univ. Fr. (1950).
- 5 James R. Morrison, P.S.W. *A Note on Interviews with children facing imminent Death: Social Case Work* (1963).
- 6 H. F. R. Prechtel und J. Beintema *Die neurologische Untersuchung des reifen Neugeborenen*; G. Thieme, Stuttgart (1968).
- 7 H. C. Cameron *The nervous child*, Oxford Univ. Press, London (1924).
- 8 L. E. Holt and H. L. Fales *Observation on the health and growth of children in an Institution*. *Am. J. Dis. of Children* 26, 1, (1923).
- 9 *Rapport van de Werkgroep Gestichtsdifferentiatie: Verzorging en opvoeding in kindertehuizen* (Geschrift no. 31 v. d. Nat. Fed. v. d. Kinderbescherming (1961).
- 10 Powell G. F., J. A. Brasel, R. M. Blizzard *Emotional Deprivation and Growth-retardation, simulating Idiopathic Hypopituitarism*. *New Eng. J. Med.* 276, 1271—1279 (1967).
- 11 Doris Weber *Beitrag zur Symptomatologie, Behandlung und zum Verlauf der Pubertätsmagersucht*. *Jhb f. Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete*. Bd. IV. Hans Huber Bern, (1965). S. 109.
- 12 H. Meng *Das Problem der Organpsychose*. *Int. Z. f. Psch.* 20 (1934) 438.
- 13 G. A. Ladee *Hypochondrische Syndromen*; Amsterdam 1961, p. 356.
- 14 Helmut Thomä *Anorexia Nervosa*; Huber, Bern 1960.
- 15 Ch. Lafeber *Anorexia Nervosa*; Utrecht 1963.
- 16 J. E. Meijer und H. Feldmann *Anorexia Nervosa*; Stuttgart 1965.
- 17 E. Sylvester *Analysis of Psychogenic Anorexia and Vomiting in a four-years-old; I: 167* (1945). *Psychoanalytic study of the Child*.
- 18 Gerö *An equivalent of Depression: Anorexia*; in: *Affective Disorders*, Ed. Ph. Greenacre; Int. Univ. Press, New York (1953) p. 117.
- 19 M. Wulff *Ueber einen interessanten oralen Symptomkomplex und seine Beziehung zur Sucht*. *Int. Z. Psch.* Bd. XVIII (1932) S. 281.
- 20 K. R. Eissler *Some psychiatric aspects of anorexia nervosa, demonstrated by a case-report*. *The Psch. Rev.* Vol. XXX (1943) 2, p. 121.
- 21 Lucie Jessner and D. Wilfred Abse *Regressive Forces in Anorexia Nervosa*; *Brit. J. Med. Psychol.* 33 (1960) p. 301.
- 22 S. H. Frazier, M. E. Griffin, D. B. Robinson and A. M. Johnson *The Internist's role in the succesful treatment of anorexia nervosa*; *Proc. Mayo Clinic*, 32 (1957) p. 171.
- 23 S. H. Frazier *Anorexia Nervosa*; *Dis. Nerv. System* 26 (1965) 155.
- 24 H. E. Richter *Beobachtungen an Kindern mit chronischer Obstipation*. *Psyche Jhg.* XII (1958) 5.

- 25 A. M. Dührssen *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*, Göttingen, 1954.
- 26 A. Freud *Adolescence Psychoanalytic Study of the Child*; XIII (1958).

SAMENVATTING

Het symptoom anorexie kan bij kinderen diverse oorzaken hebben; terwijl de achtergrond zeer verschillend kan zijn.

Uitvoerig wordt ingegaan op de anorexie van het meisje in de (pre)puberteit. Op grond van literatuur en onderzoek van zeven gevallen wordt de anorexie hier gezien als een enkel — zij het belangrijk — onderdeel van een afweerorganisatie, waarbij het orale aandrift-afweer conflict centraal staat. De anorexie is een preverbaal afweermechanisme met een duidelijke alarmfunctie: een 'body language form of acting-out' (FRAZIER).

Schrijver meent dat het gewenst is een onderscheid te maken tussen de vrij gemakkelijk te behandelen anorexia 'nervosa' en de anorexia 'mentalis'. Bij de laatste vorm staan naast een depressie met sterke schuldgevoelens waanachtige voorstellingen over orale bezwangering op de voorgrond. Het door de (pre)puberteit geluxeerde aandrift-afweer conflict in de orale sfeer stoelt bij de anorexia mentalis op een gebrekkige ontwikkeling van de Ik-functies als gevolg van een zeer vroege stoornis in de moeder-kind relatie. De afweer van de sexualiteit wordt verschoven naar de afweer van de vraatzucht. De angst om de controle te verliezen over de orale 'intake' leidt tot een vrijwel complete anorexie. Hierbij staat de krampachtige symbiotische gebondenheid aan de moeder elke verdere ontwikkeling op emotioneel en sexueel gebied in de weg.

Aan de hand van twee langdurig behandelde gevallen uit deze laatste groep worden enkele opmerkingen gemaakt over de eisen, die aan een behandeling moeten worden gesteld om een werkelijke genezing mogelijk te maken.

SUMMARY

Anorexia can be due to several causes, and the background of the symptom can differ widely.

This paper deals mainly with psychogenic anorexia in (pre)adolescent girls. It is based on psychoanalytically-oriented literature and on seven cases of the author. Psychogenic anorexia is seen as a single, but important symptom within the defense-organisation of an oral impulse-control conflict. It is a preverbal defense-mechanism with a definite function of alarm. It is, speaking with Frazier: a body-language form of acting out.

The author makes a distinction between two forms of psychogenic anorexia in (pre)adolescence, the 'anorexia nervosa' and the 'anorexia mentalis'.

In contrast to the first form, the latter is rather difficult to cure, the more so if the goal is not only the treatment of the anorexia, but of the patient. In anorexia mentalis a depression is found with guiltfeelings of extreme severity, centered around phantasies of oral conception. (Pre)adolescent increase of impulses is the starting point of the symptoms, but the disease itself must be seen as based on a disturbed development of Ego-functions during a very early oral stage, caused by (or resulting in) a profound disturbance of the mother-child relationship. The fear of losing control of oral intake results in a nearly complete anorexia. Underneath, the symbiotic-dependant relationship with the mother inhibits any further emotional development.

Finally some problems of treatment are discussed. The author especially mentions the danger of neglecting the disturbed development of character in anorexia 'mentalis'.