

Klinische, gedragstherapeutische behandeling van ernstige anorexia nervosa-patiënten

door A.J.M. Schmidt

Inleiding

Teneinde het begrip 'ernstig' in dit verband te definiëren, kunnen twee criteria worden gehanteerd. Het eerste criterium heeft betrekking op het ziektebeloop. Ernstig wordt dan de situatie benoemd, wanneer er sprake is van een lange ziektegeschiedenis met daaraan gekoppeld hulpverlenersmomenten, waarvan de effectiviteit ten aanzien van het ziektebeeld anorexia nervosa nihil, of nagenoeg nihil is geweest.

Het tweede criterium heeft betrekking op het actuele toestandsbeeld en wordt afgemeten aan de lichamelijke conditie. Daarbij zijn vooral van belang de mate van uithongering en ondergewicht enerzijds en het lichamenlijk onderzoek met daarbij laboratoriumgegevens anderzijds.

Er bestaat naar mijn mening nog een derde criterium, dat echter moeilijker is vast te stellen dan de beide bovengenoemde punten en dat een betere bekendheid vereist met de individuele anorexia nervosa-patiënte. Het gaat hierbij om de mate waarin de anorectische symptomen zich hebben verzelfstandlijkt tot het aparte ziektebeeld van anorexia nervosa. Een gestoord eetpatroon, samenhangend met een veranderend zelfbeeld als reactie op externe spanningen wordt dan gunstiger beoordeeld dan een beeld waarin het anorectische gedrag wordt onderhouden door de anorectische ideeën met betrekking tot uiterlijk en calorie-intake. Met andere woorden, de mate waarin het toestandsbeeld is losgegroeid van zijn aanvankelijke conditionerende momenten kan als ernstindicatie worden opgevat (Weeda-Mannak, 1981).

Een gedragstherapeutische behandeling van anorexia nervosa wordt wel eens gezien als een vorm van symptoombestrijding die voorbij gaat

Schrijver is klinisch psycholoog, verbonden aan de Capaciteitsgroep Medische Psychologie, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht

aan de kern van deze neurotische stoornis. Als kern wordt dan genoemd: het onvermogen om met stress- en onzekerheidsituaties om te gaan, gebaseerd op een perfectionistische persoonlijkheidsinstelling en zich uitend in een sterke faalangst en gestoorde sociale mogelijkheden. Een optimale behandeling zou zich volgens deze opvatting meer bezig moeten houden met deze persoonlijkheidsstoornis dan met het overte probleemgedrag. Individuele gesprekstherapie en groeps-therapie, inclusief de therapiemogelijkheden van de therapeutische gemeenschap gaan uit van het ontdekken en het bespreekbaar maken van of het confronteren met de (neurotische) drijfveren van het gedrag. Daarbij wordt het anorectische gedragspatroon als minder interessant beschouwd, omdat het – extreem gezegd – de aandacht eerder afleidt van de werkelijke stoornis.

Een complementair model – in plaats van dit polariteitsmodel – doet meer recht aan de plaats en de behandelingsresultaten van de gedragstherapie bij anorexia nervosa. Hierbij wordt de anorexia niet zozeer beschouwd als een aantal min of meer samenhangende symptomen van een dieper liggende stoornis, doch als een geconcentreerde manifestatie ervan. In het anorectische gedrag is als het ware al het neurotische van de patiënt in geconcentreerde vorm samengebracht. Een gedragstherapeutische behandeling van dit gedrag is dus tevens een behandeling van de aanwezige neurotische mechanismen in het algemeen. Zo staat bijvoorbeeld een behandeling gericht op het angstvrij kunnen verdragen van onzekerheid met betrekking tot de calorie-intake niet los van het probleem van het niet kunnen omgaan met onzekerheden in het algemeen. Een geïntegreerde gedragstherapie is erop gericht om vanuit het aanwezige probleemgedrag behandelingsresultaten te generaliseren naar andere meer algemene situaties.

Complementair hieraan zijn behandelingen die zich vooral richten op de persoonlijkheidsstoornis, waarbij als consequentie van een succesvolle aanpak het specifieke anorectische gedrag zal verdwijnen. De keuze voor de ene of de andere benadering is in dit model in principe gelijkwaardig. Praktische zaken waarvan de ernst van de lichamelijke conditie de belangrijkste is, vereisen echter nogal eens een directe interventie in het anorectische probleemgedrag (Jannes, 1981). Indien een gedwongen medisch-somatische interventie (sondevoeding) kan worden vermeden, verdient een gedragstherapeutische aanpak de voorkeur (Vandereycken, 1980).

De gedragstherapeutische behandeling

Teneinde een beter begrip te krijgen van de aanknopingspunten voor een gedragstherapeutische behandeling zullen de cognitieve, emotionele en gedragsmatige aspecten van het functioneren bij de anorexia nervosa-patiënte hieronder worden omschreven. Hoewel individuele verschillen aanwezig zijn, zijn een aantal algemene wetmatigheden te benoemen (Slade, 1982).

1. Stoornis in het denken. De anorexia nervosa-patiënte denkt over haar uiterlijk anders dan de niet-patiënten in haar omgeving (Bruch, 1962). Kleine variaties in het eetpatroon worden door haar geassocieerd met oncontroleerbare gewichtstoename. In de leertheorie spreekt men over cognitieve distorsie: de patiënte baseert haar mening niet op de feitelijke situatie, maar op angst. Tevens is er sprake van een obsessief beeld: de patiënte voelt zich gedwongen om steeds in gedachten bezig te zijn met eten en gewicht. Tenslotte lijkt er nogal eens sprake te zijn van een rigide, perfectionistische persoonlijkheidsstructuur, die de patiënte belemmert om op een soepele manier om te gaan met dagelijkse probleemsituaties.

2. Stoornis in het gedrag, als een observeerbaar equivalent van de denkstoornis. De patiënte is in haar gedrag gefixeerd op gewichtsafname, door een berekende geringe calorie-intake of juist door een ongecontroleerde calorie-intake gecombineerd met braken of gebruik van laxantia (Russell, 1979), door bewegingsonrust, soms in de vorm van quasi-sportief gedrag, of door vermijdingsgedrag.

3. Stoornis in het gevoelsleven: de patiënte voelt zich angstig en gespannen in allerlei eetsituaties, is bang om aan te komen, voelt zich onbegrepen, heeft angst voor lichamelijke aanraking of seksueel contact of ervaart, behalve angst, nauwelijks andere gevoelens.

Bij de ernstige anorexia nervosa-patiënte worden deze 3 gestoorde aspecten steeds teruggevonden. Een klinische behandeling wordt dan om de volgende redenen geïndiceerd geacht:

- de ernst van het toestandsbeeld, waarop hierboven al is ingegaan;
- meestal heeft de patiënte haar omgeving ernstig verontrust en niet zelden tot wanhoop gedreven;
- de vastgeroeste wijze van omgaan van patiënte met haar omgeving. Meestal kan dit pas worden doorbroken indien het systeem tijdelijk uit elkaar wordt gehaald;
- de goede behandelingsresultaten van een klinisch gedragstherapeutisch programma, zoals die in de vakliteratuur worden aangegeven (Crisp, 1965; Vandereycken e.a., 1983).

Deze gedragstherapeutische mogelijkheden kunnen betrekking hebben op een aantal probleemgebieden (Garfinkel e.a., 1982; Garner e.a., 1982). In de eerste plaats kan de gedragstherapie een gewichtstoename als doelstelling hebben. Ten tweede zijn er behandelperspectieven ten aanzien van de zelfacceptatieproblematiek bij op gewicht gebrachte anorexia nervosa-patiënten. Tenslotte zal ook aandacht besteed moeten worden aan relationele en maatschappelijke aspecten van de problemen van de anorexia nervosa-patiënte.

Doelstelling: gewichtstoename – De gedragstherapeutische behandeling die is gericht op het aspect van gewichtstoename berust steeds op een operant paradigma, dat wil zeggen: er wordt een model gehanteerd waarbij het gewenste gedrag – adequaat eetgedrag of gewichtstoename

—systematisch wordt beloond, terwijl het ongewenste gedrag—bijvoorbeeld braken of laxantiagebruik—zoveel mogelijk wordt voorkomen, óf in ieder geval van eventuele positieve consequenties wordt ontdaan [Vandereycken e.a., 1978]. Het verschaffen van de reinforcers kan worden gebaseerd op het eetgedrag (hoeveelheid, calorische waarde, manier van eten) of de gewichtstoename, of op beide maten. Wij passen dit laatste toe. Het operant paradigma wordt nogal eens zó geïnterpreteerd dat er allereerst een situatie van relatieve deprivatie dient te zijn, alvorens 'bekrachtigers' of 'reinforcers' kunnen worden toegestaan. In de praktijk wordt dit uitgangspunt bij de anorexia nervosa-behandeling vaak toegepast: de patiënte beschikt dan in het begin van de behandeling vaak niet over faciliteiten zoals telefoneren, brieven schrijven, post ontvangen en bezoekenregelingen. Meestal wordt tevens een gedeeltelijke sociale isolatie op de afdeling doorgevoerd.

Consequent aan het gewenste gedrag worden deze faciliteiten weer teruggegeven. In theorie is er echter geen reden om een nogal stringent doorgevoerde deprivatietoestand als uitgangspunt van een operant programma te nemen. In onze praktijk wordt niet verder gedeprimeerd dan het voorschrijven van ongeveer 5 uur rust per dag (exclusief de nachtrust) en kan de patiënte zowel overdag als 's avonds meer participeren in reïncorerende activiteiten naarmate calorie-intake én gewichtstoename in de gewenste richting verlopen. Het geven van dagelijkse feedback over de calorie-intake en de gewichtsontwikkeling heeft als bijkomend voordeel dat een leersituatie ontstaat, waarin de patiënte iets leert over de wetmatigheden tussen deze beide grootheden. Hierbij wordt op een therapeutische wijze gebruik gemaakt van de neiging van anorexiannervosa-patiënten om hun calorie-intake zelf bij te houden en zichzelf steeds te wegen. Het spreekt vanzelf dat in de loop van de behandeling deze directe en exacte feedback gaat plaatsmaken voor een veel minder frequente en globale vorm.

Op welke wijze de operante principes ook worden toegepast, kenmerkend voor de gestructureerde manier van werken binnen een gedragstherapeutische aanpak is dat deze toepassing steeds valt binnen een vastgesteld behandelingsprotocol, dat—aangepast aan elke individuele patiënte—steeds van dag tot dag wordt aangehouden. Dit contractmatige karakter, aangevuld met een goede uitleg van de rationele, een adequate cognitieve begeleiding en dagelijkse evaluatiemomenten lijkt voor de patiënten een situatie te creëren waarin de angst voor controleverlies over hun uiterlijk daalt.

Als aanvulling op het operante programma kunnen ook via het klassieke leerprincipe therapeutische resultaten worden behaald. Daarbij wordt de anorexia nervosa-patiënte beschouwd als iemand met een gewichtstoenamefobie en wordt dan ook behandeld als een fobische patiënte. Hiertoe wordt de patiënte gevraagd zich een bepaald gewicht voor te stellen. In de volgende sessies wordt in de voorstelling dit gewicht geleidelijk opgevoerd. De begeleidende spanningsreactie

kan via verschillende technieken worden gehanteerd, bijvoorbeeld door gebruikmaking van relaxatie of exposure. Naast een voorstelling in fantasie kan ook gewerkt worden met het in vivo-exposure-model, waarbij het actuele gewicht wordt gedesensitiseerd (= angstvrij gemaakt) met gebruikmaking van een spiegel of video-opnamen.

Een gedragstherapeutisch behandelingsbeleid dat in eerste instantie is gericht op gewichtstoename zal tevens gebruik maken van niet-leertheoretische modificatie. In het bijzonder wordt hier gedacht aan de medische zorg in brede zin en aan een programma van lichamelijke oefeningen. In grote lijnen echter zullen de gedragstherapeutische principes, namelijk het leggen van het accent op de huidige situatie, het protocollaire en contractmatige karakter van de behandeling, het stellen van duidelijke en concrete behandelingsdoelen, het leren door ervaring en het hierbij gebruik maken van principes uit de leertheorie steeds herkenbaar zijn.

Uit klinische indrukken en uit de recente literatuur is gebleken dat het op gewicht brengen van de ernstige anorexia nervosa-patiënte thans niet meer de belangrijkste therapeutische uitdaging vormt, doch dat het handhaven van de klinisch bereikte resultaten veel belangrijker is. Hierbij kunnen verschillende subdoelen worden onderscheiden:

- de patiënte zal geen angst meer mogen ervaren in de confrontatie met haar eigen uiterlijk;
- de patiënte zal een regelmatig en adequaat eetpatroon moeten ontwikkelen;
- de patiënte zal niet meer moeten toegeven aan sociaal vermijdingsgedrag;
- de patiënte zal een adequatere stressregulatie moeten ontwikkelen, met andere woorden op dagelijkse spanningen zal niet meer met uithongeren moeten worden gereageerd;
- de patiënte zal in sociaal-maatschappelijk opzicht een bepaald perspectief moeten hebben, dat als het ware 'gezond gedrag' uitlokt in plaats van anorectisch gedrag.

Dez subdoelen zijn, in de volgorde waarin ze staan vermeld, in afnemende mate specifiek voor anorexia nervosa.

Doelstelling: zelfacceptatie en gewichtshandhaving – Gedragstherapeutische technieken kunnen ten aanzien van de zelfacceptatie en gewichtshandavingsproblematiek van waarde zijn. Mogelijkheden zullen hieronder kort worden genoemd. Geen enkele therapeutische techniek wordt ooit 'sec' toegepast: steeds is de uitvoering ervan ingebed in een vertrouwensrelatie met de patiënte en een cognitieve begeleiding van alle oefeningen. Het gebruik hierbij van de principes uit de Rationeel Emotieve Therapie is van waarde, omdat de patiënte daardoor de mogelijkheid krijgt om een meer rationeel – in plaats van neurotisch – referentiekader te ontwikkelen ten aanzien van het omgaan met stressvolle situaties.

In de confrontatie met het – op gewicht gebrachte – eigen uiterlijk kunnen bij de anorexia nervosa-patiënte nog allerlei irrationele en zelfdepreciërende ideeën en gedachten opkomen, die de patiënte in een gespannen toestand brengen.

Gedragstherapeutisch past hier de exposure met response-preventietechniek, of de meer geleidelijke systematische desensitisatie. In het eerste geval wordt de patiënte door middel van een spiegel of video-opnames met haar eigen uiterlijk geconfronteerd, liefst met een zo breed mogelijke variatie aan kleding. Een mogelijkheid is ook, om onder begeleiding, in vivo, kleding te passen in winkels, ook met de variaties van strak, breed, te nauw, te groot, te klein, en wel of niet opzichtig. Binnen deze strategie wordt gewerkt totdat de angst is uitgedoofd of tenminste flink is gedaald. Het response-preventiegedeelte houdt in dat de patiënte na de therapeutische sessies niet terugrijpt op de 'veiligheid' van verhullende kleding of een bepaald vermijdingsgedrag, maar dóór blijft gaan om het angstvrij gemaakte gedrag buiten de sessies te generaliseren.

In een systematische desensitisatie wordt op een veel geleidelijker manier getracht om het eigen uiterlijk minder emotioneel beladen te maken en wordt de patiënte gedurende steeds moeilijker wordende oefeningen voortdurend onder relaxatie gehouden.

Onzekerheid ten aanzien van het eigen uiterlijk manifesteert zich bij de gewichtsherstelde anorexia nervosa-patiënte vaak door een terughoudend eetgedrag. In een gewichtstoenameprogramma wordt de dagelijkse calorie-intake verhoogd door het protocol van regelmatige eettijden, de operante benadering en de intensieve feedback-procedures. In een vervolgbehandeling zal door middel van fading-procedures, dat wil zeggen het geleidelijk aan terugtrekken van deze veiligheidskleppen een eenmaal opgebouwd eetpatroon moeten worden gehandhaafd.

Indien de anorexia nervosa-patiënte in de ondervoedingsfase sterk geneigd was om zich ook sociaal te isoleren zal hieraan aandacht worden besteed. Dit geldt temeer daar de gewichtsherstelde anorexia nervosa-patiënte de neiging kan hebben om sociale contacten of situaties nog extra te ontlopen uit gêne voor het uiterlijk of om kritische opmerkingen te voorkomen. Hier betreden we het terrein van de sociale vaardigheidstrainingen, met een nadruk op het aanleren van adequate coping-skills. Doelstelling is hierbij om de patiënte weerbaarder te maken, adequater te leren reageren in sociale situaties, met name indien opmerkingen worden gemaakt over het uiterlijk. Ook andere probleemsituaties – nogal eens voortkomend uit een te perfectionistische instelling – zullen op een alternatieve, flexibeler manier moeten worden opgelost, in plaats van te reageren met verkeerd eetgedrag. De al eerder genoemde RET kan hierbij van dienst zijn.

Doelstelling: relationele en maatschappelijke aspecten – Met het bereiken van de in het bovenstaande genoemde therapeutische doelen komt de grens in zicht van wat gedragstherapeutisch kan worden bereikt bij anorexia nervosa-patiënten. Toch zijn enkele belangrijke gebieden nog niet ter sprake gekomen die voor het welslagen van elke anorexia nervosa-behandeling belangrijk zijn. Met name wordt hierbij gedacht aan de therapeutische hantering van het typische gezins-interactiepatroon met een anorexia nervosa-kind, alsmede het verduidelijken van een bepaald toekomstperspectief en het hieraan beginnen te werken. Op deze terreinen is het leertheoretisch accent vaak veel minder duidelijk, zelfs minder voor de hand liggend.

Het was niet onze bedoeling om gedragstherapie te propageren als het 'wondermiddel' bij elk anorectisch toestandsbeeld. Bij minder ernstige beelden, of bij een beginnend proces lijkt een puur symptomatische aanpak, zonder de verwevenheid van de klachten met de context van de situatie van de patiënte te bestuderen onvolledig. In ernstige gevallen echter lijkt het ons een kunstfout om met de diagnose anorexia nervosa als gegeven voorbij te gaan aan het feit dat deze anorexia een eigen ziekte is geworden en niet slechts een uitdrukking van iets anders dat eerst moet worden aangepakt. Onze klinische ervaring en die van anderen steunen mij in die opvatting (Crisp, 1965, 1980; Garfinkel e.a., 1982; v.d. Loo e.a., 1981; Pierloot e.a., 1981; Vandereycken, 1981; Vigersky, 1977). Als daarvan iets is overgekomen, heeft deze korte beschrijving aan haar doel beantwoord.

Literatuur

- Bruch, H. (1962), Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Crisp, A.H. (1965), Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa: a study of 30 cases. *Journal of psychosomatic research*, 9, 67-78.
- Crisp, A.H. (1980), *Anorexia nervosa: let me be*. Academic Press – Grune and Stratton, London-New York.
- Garfinkel, P.E., en D.M. Garner (1982), *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Brunner Mazel, New York.
- Garfinkel, P.E., D.M. Garner en H. Moldofsky (1977), The role of behavior modifications in the treatment of anorexia nervosa. *Journal of pediatric psychology*, 2, 113-121.
- Garner, D.M., en K.M. Bemis (1982), A cognitive – behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Jannes, C. (1981), Medische en psychotherapeutische aspecten bij de behandeling van anorexia nervosa in de acute fase. *Tijdschrift v. Psychiatrie*, 23, spec. afl., 66-72.
- Loo, K.J.M. v.d., W. Vandereycken en J.C.B. Eykman (1981), *Anorexia nervosa: diagnostiek, behandeling en onderzoek*. Dekker en v.d. Vegt, Nijmegen.
- Pierloot, R., en W. Vandereycken (red.) (1981), *Afwijkend eetgedrag*. Stafleu Wet. Uitg. Mij., Alphen aan den Rijn.

- Russell, G.F.M. (1979), Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Slade, P. (1982), Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Vandereycken, W. (1981), Beslissingsvragen bij de behandeling van anorexia nervosa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, spec. afl., 20-24.
- Vandereycken, W. (1980), Anorexia nervosa. Uit: Orlemans, J.W.G. (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Vandereycken, W. (1981), Literatuurlijst over anorexia nervosa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, spec. afl., 108-110.
- Vandereycken, W., en R. Pierloot (1983), Dropout during in-patient treatment of anorexia nervosa: a clinical study of 133 patients. *British Journal of medical psychology*, 56, 145-156.
- Vandereycken, W., en G. Pieters (1978), Short term weight restoration in anorexia nervosa through operant conditioning. *Scandinavian Journal of Behavioral Therapy*, 7, 221-236.
- Vigersky, R.A. (ed.) (1977), *Anorexia Nervosa*, Raven Press, New York.
- Weeda-Mannak, W.L. (1981), Het belang van vroege herkenning van anorexia nervosa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, spec. afl., 5-12.