

Ervaringen met een partner-relatie-therapie 'on analytic lines' bij een anorexia patiënte en haar echtgenoot

door J. Beeren

Inleiding

Dit artikel geeft een beschrijving van de opname en behandeling van een 26-jarige gehuwde anorexia-patiënte. Hierbij zal de aandacht voornamelijk gericht zijn op de partner-relatie-therapie, 'on analytic lines' (verder af te korten als PRT), die deel uitmaakte van haar behandeling. Deze door de auteur verrichte PRT begon klinisch en werd later poliklinisch voortgezet.

In de discussie naar aanleiding van de te beschrijven PRT zullen een aantal punten van diagnostische en behandeltechnische aard aan de orde gesteld worden. Geïllustreerd zal worden hoe het begrip 'collusie' uit de psychoanalytische interactietheorie, zoals o.a. Willi, (1972, 1975) deze ontwikkeld heeft, een leidraad kan vormen voor de interventies binnen een PRT. Ook zal worden aangetoond hoe 'collusieve' aspecten binnen de objectrelaties van het huwelijk van een 'anorexia patiënte' een rol spelen bij de afweer van individuele intra-psychische problematiek.

Enkele gegevens omtrent patiënte en haar echtgenoot

Patiënte is een gehuwde, 26-jarige vrouw, die in het voorjaar van 1973 in de Valeriuskliniek werd opgenomen wegens ondergewicht en ernstige cachexie, nadat zij drie maanden op de polikliniek (Johan Weyer Instituut) zonder veel succes was behandeld. Zij woog toen, bij een lengte van 1.65 m, 38 kg. Haar premorbide gewicht was gemiddeld 60-62 kg. Zij had sinds ongeveer twee jaar een secundaire amenorrhoe. Daarvóór was er een regelmatige menstruatie vanaf haar 13e jaar. Zij is aan de lijn gaan doen in aansluiting op het staken van anti-conceptie (pil). Na ongeveer een half jaar bleven de menses weg en patiënte dacht zwanger te zijn. Ze is bewust er op uit zwangerschap te voor-

Schrijver is klinisch psycholoog: hij is sinds 1968 als wetenschappelijk medewerker, binnen de vakgroep psychiatrie van de V.U., verbonden aan de psychologische afdeling van de Valeriuskliniek te Amsterdam. Hij werkt thans sinds enige tijd in part-time dienstverband aan bovengenoemde afdeling en hij is verder adjunct-directeur van het I.M.P. Zaanstreek.

komen. Een aantal maanden vóór opname werd ze op een internistische afdeling opgenomen waar men de diagnose anorexia nervosa stelde en haar voor psychiatrische behandeling naar de polikliniek van de Valeriuskliniek verwees.

Opname

Deze vond vooral onder druk van haar omgeving plaats. Patiënte vertoonde naaste de primaire symptomen van ondervoeding en amenorrhoe neiging tot haaruitval, droge huid, occupatie met voedsel, drang tot snoepen, b.v. lepels stroop. Patiënte was motorisch erg actief. Ze kan zelf duidelijk verband leggen tussen magerte en afweer van zwangerschap. Deze kennis is geen gevolg van therapie.

Patiënte

Patiënte komt uit een streng r.k. boerengezin met 11 kinderen (twee jongens en negen meisjes), dat woonde in een klein dorpje. Patiënte is de 10e in de rij. Alle kinderen zijn het huis uit.

Vader was zelfstandig boer, hij is voor zover ze zich kan herinneren altijd asthmatisch geweest en overleed aan deze ziekte op 47-jarige leeftijd, toen patiënte 7 jaar oud was. Ze kan zich overigens weinig herinneren van vader, behalve dat hij gefascineerd werd door jongende paarden en het fokken van vee.

Patiënte beschrijft moeder, die ten tijde van de opname van patiënte 63 jaar oud was, als een gesloten vrouw, die sinds de dood van vader is blijven rouwen, somber en zwijgzaam was en nooit gezelligheid creëerde. Zij smoorde in een huilbui af en toe alle verdriet, zonder er verder over te praten. Hoewel patiënte nooit steun bij haar vond, is ze toch erg aan haar gehecht, identificeert ze zich met moeder, in die zin dat ze over problemen in zit maar nergens over kan praten. Ze had in het begin van haar huwelijk ook heimwee naar huis, ging vaak naar moeder toe (tot ergernis van haar man). Ze vindt moeder de laatste tijd te bemoeizuchtig, bijv. wat betreft het krijgen van kinderen.

Sexualiteit. – De sexualiteit heeft binnen het ouderlijk gezin van patiënte een zeer problematische plaats gekregen door verschillende traumatizerende gebeurtenissen. Haar oudste broer ging een gedwongen huwelijk aan; door zijn toedoen moest op een gegeven moment de ouderlijke boerderij (waar hij met zijn vrouw en kind woonde), worden verkocht. Hij ging in loondienst en loopt nu al sinds jaren i.v.m. rugklachten in de W.A.O.

Toen patiënte 11 jaar was raakte een van haar oudere zusters (6e kind in de rij), ongehuwd zwanger op 16-jarige leeftijd. Deze zuster werd min of meer verbannen naar een oom ver weg in het land. Op een oudejaarsnacht kreeg dit zusje een auto-ongeluk waarbij een neef dodelijk verongelukte, en zijzelf een arm verloor. Sindsdien verblijft dit zusje in psychiatrische inrichtingen; heeft o.a. eveneens anorexia nervosa. Het kind van deze zuster werd aanvankelijk als kind van moeder op de boerderij opgevoed. Na 2 jaar ging dit kind van hand tot hand in de familie of

naar internaten. Deze geschiedenis drukte als een stigma op het gezin. De zuster boven patiënte is eveneens ongehuwd moeder (twee jaar vóór opname van patiënte) en woont nu geïsoleerd mét haar kind, zonder echtgenoot.

Een ander ouder zusje (3e in de rij kinderen) is na het overlijden van vader uit evenwicht geraakt en wegens suïcide gedachten en te sterke vermagering psychiatrisch opgenomen. De 7e dochter in de rij is eveneens 'overspannen' geweest en te mager, maar is niet psychiatrisch behandeld. Deze zusters hebben jarenlang een amenorrhoe gehad.

Over de sexualiteit werd in de vroege jeugd van patiënte nooit gesproken, hoogstens over de schandelijke gevolgen bij broers en zusters en ook dat gebeurde in feite niet openlijk.

Menarche op 13-jarige leeftijd. Masturbeerde wel vóór en binnen het huwelijk met veel schuldgevoelens. Sexarche binnen het huwelijk. Ze vertelt verder dat de echtgenoot van een van haar oudere zusters én de baas van een van haar zusters geprobeerd zouden hebben haar sexueel te benaderen.

Schoolopleiding en carrière. – Patiënte is na de kleuterschool, lagere school en vier jaar V.L.O. administratief werk gaan doen. In de avonduren heeft ze Nederlandse Handelscorrespondentie gedaan en het praktijkdiploma gehaald. Ze heeft een tijdje als cassière gewerkt, later als boekhoudster in een modezaak. Tot kort voor de opname heeft ze in haar werk goed gefunctioneerd. Ze is ambitieus. Evenals haar echtgenoot werkt patiënte graag voor wat materiële welstand (zo bezitten ze b.v. een eigen huis). Ze beleeft dit echter óók als egoïsme, zodat ze in een gewetensconflict terecht komt. Ook haar familie versterkt dit conflict door haar er op te wijzen dat géén kinderen krijgen, en wel werken voor welstand onfatsoenlijk is.

De echtgenoot

De echtgenoot is een 29-jarige administratieve kracht die zijn vrouw via het jeugdwerk leerde kennen. Ze huwden in 1969 vrij plotseling, omdat er een huis vrij kwam en de echtgenoot op kamers woonde. Deze snelle gang van zaken heeft patiënte wel wat overvallen.

Zijn vader overleed toen de echtgenoot 18 jaar was na een operatie (echtgenoot herinnert zich hem als een opgewekte man, die echter altijd met een hernia sukkelde en het ene ziekenhuis na het andere inging; hij was groenteboer van beroep). Zijn moeder overleed toen hij 21 jaar was. Hij moest als oudste bij de dood van zijn vader alles regelen. Zijn ouderlijk gezin bestaat verder uit 3 broers en 2 zusters. Alleen met de jongste zuster heeft hij een redelijk contact. Hij is met ruzie door zijn broers en zusters het huis uitgezet. Hij voelde zich na de dood van zijn vader niet in staat moeder de steun en troost te geven, die ze bij hem zocht en waartoe hij zich verplicht voelde.

Schoolopleiding en carrière. – De echtgenoot heeft na K.S. en L.S. de ULO gevolgd en met succes afgerond, evenals een oplei-

ding voor bedrijfsarchivaris en Engelse handelscorrespondentie. Hij werkt als bedrijfsarchivaris.

De sexualiteit binnen het huwelijk

De sexualiteit is voor beide echtelieden weinig bevredigend. Patiënte is altijd bij de coïtus anorgastisch geweest. Als ze wat gedronken had, voelde ze zich minder geremd, nam ze ook weleens het initiatief, maar bleef anorgastisch.

In het begin van het huwelijk gebruikte ze de pil als anticonceptie. Toen, naar zeggen van patiënte vooral de man kinderen wilde krijgen, werd deze vorm van anticonceptie gestaakt. Omdat zij grote angst had voor zwangerschap, pasten ze echter coïtus interruptus toe, ofschoon ze in het bewuste vlak net zo graag kinderen wilde als haar echtgenoot. Ze kon de achtergronden van haar angst niet onder woorden brengen. Tegen de bevalling zelf, zag ze niet op. Haar angst resulteerde uiteindelijk in het anorexia nervosa syndroom.

Behandelingsstrategie

In de recente literatuur lijkt men het er in het algemeen wel over eens te zijn dat een gedragstherapeutische aanpak (zie voor een modern leertheoretische benadering bv. Vandereycken, 1977) van het gewichtsprobleem, als start van de behandeling, meestal tot een snelle gewichtstoename leidt. Ook een psychoanalytisch georiënteerde auteur als bv. Sours (1974) hanteert in feite 'operante conditioneringstechnieken', wanneer de gewichtsafname een levensgevaarlijke omvang neemt en klinische behandeling noodzakelijk maakt. Bruch (1976) wijst op het gevaar van onnodige verlenging van de behandelingsduur als het te geringe gewicht niet wordt gecorrigeerd. Ze waarschuwt echter ook voor de gevaren van 'klassieke' gedragstherapie als enige vorm van behandeling. Vandereycken (1977) stelt terecht vast dat in vele klinische behandelingsprogramma's 'operante technieken' verweven zijn. Hij stelt echter óók vast dat in de meeste gevallen de aldus bereikte gewichtstoename niet gehandhaafd kan worden zonder andere therapeutische maatregelen.

In de literatuur zijn de meningen verdeeld over het antwoord op de vraag of een individuele gedragstherapeutische behandelingsvorm van de anorexia nervosa van het begin af aan gepaard moet gaan met een andere vorm van psychotherapie of dat dit laatste het best een aanvang kan krijgen wanneer een zeker gewicht is bereikt; ook is men het niet eens over de kwestie of beide therapieën door dezelfde therapeut moeten worden uitgevoerd (zie bv. Geller, 1975; Liebman, Menuchin en Baker, 1974; Pierloot, Welens en Houben, 1974; Sours, 1974).

Beïnvloed door gedragstherapeutisch georiënteerde artikelen als o.a. die van Stunkard (1972), Blinder, Freeman en Stunkard (1970) werd destijds door het klinische behandelingsteam de behandeling gestart met een 'operant conditionings' programma.

Aan de hand van bevindingen bij verder onderzoek zouden de mogelijkheden voor verdere psychotherapie worden geïndiceerd. Het streefgewicht was 50 kg. Met patiënte werd afgesproken, dat ze wekelijks 1 kg. moest aankomen in gewicht en dat aan de hand daarvan in overleg met patiënte haar 'bewegingsvrijheid' werd uitgebreid; drie maal 1 uur per dag ('s-ochtends, 's middags, 's avonds) had ze bedrust. Tevens werd in overleg met patiënte een calorierijk dieet vastgesteld. Ze werd 2 maal per week gewogen, voor en na het weekend. Deze hele aanpak werd haar uitgelegd als medisch noodzakelijk voor haar lichamelijke conditie. Verbetering van deze conditie was het eerste therapeutische doel. Behalve de bedrust en het wegen werd niets speciaals gecontroleerd.

Patiënte reageerde aanvankelijk zeer negativistisch op het plan en vooral op de bedrust. Desondanks bleef het gewicht met gemiddeld 1 kg per week stijgen. Bij 49 kg ging ze 1 dag naar huis en bij het bereiken van het streefgewicht lange weekenden. De bedrust verviel bij 49 kg. Bij het bereiken en handhaven van de 50 kg zou ze het werk hervatten vanuit de kliniek als ze nog opgenomen zou zijn. Tevens zou dan een ontslagdatum worden afgesproken.

Naast bovengenoemde behandelingsstrategie, had patiënte 1 à 2 keer per week een gesprek met de arts-assistent waarin alle afspraken werden doorgenomen, gecoördineerd; tevens was het hierin mogelijk andere problemen te bespreken. Vooral ook tijdens het begin van de opname werden hierin de anamnestiche gegevens verzameld. In de tijd dat patiënte de 45 kg bereikte (52 dagen ná opname) kwam in de individuele gesprekken steeds meer de relatie met de echtgenoot ter sprake en de rol van de eetstoornis binnen deze relatie (alles stond gecentreerd rond dit probleem). Via dit symptoom leek er een machtsstrijd aan de gang tussen patiënte en haar echtgenoot; bv. 3 weken na opname vertelde hij het maar raar te vinden dat zijn vrouw aankwam, en toen zij de 45 kg bereikte, had hij dat met een etentje willen vieren, hetgeen zij prompt verontwaardigd afwees.

Hoe begrijpelijk op zichzelf deze reacties misschien ook mogen zijn, het gevolg was in ieder geval een fixatie van de preoccupatie met de eetstoornis. Bovendien ontwikkelden zich tussen haar moeder en haar echtgenoot over en weer verwijten over bemoeizucht met name ook in verband met het al of niet kinderen krijgen. Dit laatste aspect speelde ook tussen moeder en patiënte. Denkend vanuit een psychoanalytisch interactioneel referentiekader (Dicks, 1967; Willi, 1972) ontstond de indruk dat het grootste deel van de intra-psychische problematiek verschoven werd naar de huwelijksrelatie. Omdat patiënte zich door haar structuur in een individuele psychotherapie niet kon of wilde bezighouden met haar innerlijke onzekerheden, die achter haar anorexia schuilgingen, werd een PRT geïndiceerd (Rapport 'Psychoanalytische Partner Relatie Therapie', 1978). Ook in het psychologisch onderzoek dat al eerder poliklinisch was verricht,

waren twijfels gerezen aan de mogelijkheden voor een individuele psychotherapie.

Het contact tussen patiënte en haar man bleek bij conjoint interview gekleurd te zijn door de zeer dominerende en rationaliserende inbreng van de man. Bovendien werd het 'krijgen van kinderen' zo totaal bij de vrouw gelegd, dat hij de indruk wekte alsof hij daar in het geheel niet bij betrokken was, behalve dat hij het 'zo graag wilde'. Het psychologisch onderzoek dat bij de man in de onderzoeksfase voor de PRT werd afgenomen, toonde o.a. aan dat achter zijn façade van kracht, cru gedrag en zekerheid, veel onzekerheid ook in psychosexueel opzicht schuil ging. Daar kwam ook naar voren dat hij in het contact met zijn vrouw steeds zich als een man probeerde te bewijzen, om aan te tonen, dat de problemen op dat vlak – kinderen krijgen – zeker niet bij hem lagen!

De partner-relatie-therapie 'on analytic lines' had van het begin af aan een sterk 'inzicht gevend' accent. Hij was er vooral op gericht om beide partners bewust te maken van hun wijze van omgaan met elkaar voorzover die onbewust de functie had wederzijdse onbewuste innerlijke conflicten af te weren door ze in de ander te projekteren en dáár te 'bevechten'. De opvattingen van Dicks (1967) en vooral Willi (1972) vormden bij de interventies een belangrijke leidraad. Wanneer onwetendheid in sexualibus ter sprake kwam, werden een enkele maal sexologische adviezen gegeven.

De PRT startte ongeveer 4½ week vóór ontslag uit de kliniek bij een gewicht van 47½ kg. Drie weken voor de feitelijke start werd de mogelijkheid van PRT met patiënte en haar echtgenoot besproken. Als argument werd aangegeven dat haar klachten ook op allerlei terreinen binnen de huwelijksrelatie doorspeelden. Ook werd hen voorgelegd dat de laatste tijd in de gesprekken met patiënte apart onderlinge problemen naar voren kwamen, en dat het ons veel zinniger leek daar met hen samen over te praten. Beiden gingen daarmee akkoord. Verder werd meteen gesteld dat de gewichtscntrole en het eventuele ontslag los stond van de PRT en dat deze na ontslag, in overleg met hun, eventueel ambulantly zou worden voortgezet. De relatietherapeut was niet rechtstreeks betrokken bij de uitvoering van het gedragstherapeutisch programma. De frekwentie van de PRT was tot drie maanden na ontslag één maal per week $\pm 1\frac{1}{4}$ uur, daarna 1 x per 2 weken, soms 1 x per 3 weken. 1½ jaar na de aanvang werd de therapie afgerond (totaal 30 gesprekken). Met telkens een half jaar tussentijd waren er daarna nog twee 'follow up' gesprekken.

Wat de gewichtscntrole betreft valt nog te melden dat deze na het ontslag nog enige tijd werd uitgevoerd door iemand anders dan de relatietherapeut. Deze controle werd echter na korte tijd gestaakt (ze woog toen 50 kg), omdat patiënte dat te betuttelend vond. Zij heeft verder haar gewicht zelf gecontroleerd en rapporteerde in de loop van de PRT naar eigen goeddunken het gewicht op dat moment.

Verloop van de PRT

Het echtpaar begint met elkaar over en weer verwijten te maken. Hij vindt dat zij niet agressief genoeg voor zichzelf opkomt, en zij dat hij te hard en te ruw in de mond is; bij haar thuis 'hebben ze meer gevoel'. Dit is een thema dat steeds in de therapie terugkeert. De man toont van het begin af aan introspectief vermogen. Hij ziet in dat hij dat agressieve gedrag niet toevallig heeft, maar dat hij zich uit onzekerheid en een steeds aanwezige angst om bedonderd te worden, de eerste klap uitdeelt of zich arrogant opstelt. Meteen al in het eerste uur kan zijn vrouw zich niet voorstellen dat achter dit ruwe en zekere gedrag, onzekerheid schuil gaat. Zij toont weerstand dat te accepteren. Aan de andere kant realiseert de man zich pas in de PRT-gesprekken hóé agressief zijn vrouw hem ervaart. Ook wordt hun duidelijk hoe zij met haar agressie t.o.v. haar man omgaat: ze trekt zich terug, zegt niets en ze activeert daarbij, onbewust, zijn innerlijke onzekerheid, zodat hij zich afvraagt 'wat heb ik verkeerd gedaan?' Het verband met hoe haar familie met agressie omgaat komt duidelijk naar voren: als bij haar thuis door iemand iets van kritiek openlijk wordt geuit, gaat de hele familie huilen: men moet lief zijn voor elkaar, altruïstisch; bij overschrijding van deze normen wordt men in haar familie voor 'egoïstisch' uitgemaakt.

Het wordt in de loop van de therapie voor een psychoanalytisch georiënteerde therapeut steeds duidelijker, dat de man ál zijn eigen innerlijke onzekerheid in haar projecteert en daar ook bestrijdt, en dat zijn vrouw hetzelfde doet met haar agressieve gevoelens. Beiden hebben er zo 'baat' bij dat de ander zich zo blijft gedragen om voor eigen geweten inacceptabele eigenschappen of impulsen niet onder ogen te hoeven zien. De felheid van de bestrijding bij de ander wijst op het neurotisch aandeel van elke partner (Willi, 1975). Dat komt bv. duidelijk tot uiting op het moment dat patiënte naar een andere baan gaat solliciteren (die ze overigens krijgt): hij kon zich haar onzekerheid niet inleven, ergert zich eraan. Hijzelf gaat veel solliciteren als hobby om te kijken wat hij waard is, zonder dat hij de bedoeling heeft om echt van baan te veranderen! Bij dit voorbeeld komt overigens in de PRT ook naar voren dat hij het gevoel heeft haar onzekerheid te moeten 'oplossen', iets dat hij vanzelfsprekend niet kan. Hierdoor wordt hij met zijn machteloosheid en onzekerheid geconfronteerd, hetgeen weer in agressieve reacties wordt afgeweerd. Wat bij de man aan 'zwakte' en behoeften wordt afgeweerd, komt in de loop van de therapie steeds duidelijker naar voren. Zo kan hij zich een paar weken voor het ontslag van zijn vrouw realiseren dat hij zijn vrouw mist, dat hij haar nodig heeft en niet alleen zij hém; het blijkt verder dat hij zelden naar niet zakelijke bijeenkomsten durft zonder zijn vrouw.

In het 10e gesprek wordt het afweerkarakter van het steeds terugkerende gevecht rond het eten, dat tussen man en vrouw ontstaat, duidelijk. De man let er steeds op dat er op tijd wordt gegeten in

huis, en dat zij voldoende voor zichzelf naar haar werk meeneemt. Zij voelt zich enorm gecontroleerd, maar heeft in haar beleving weinig recht van spreken gezien haar opname destijds. In de therapie blijkt dat de vrouw de rol van de 'voedende moeder' krijgt opgedrongen, omdat hij zelf niet in staat is zich eten op te scheppen of in zijn eigen huis eten uit de kast te pakken. Hij mocht dat in zijn jeugd ook niet van zijn moeder, die hem dan gulzig en egoïstisch noemde. Patiënte van haar kant vindt hem een klein kind en wil geen moeder voor hem spelen; maar als ze geen eten voor hem klaarmaakt voelt ze zich schuldig, omdat ze dan haar man tekort doet. Dát doet haar denken aan haar eigen ouderlijke huis, waar vaak te weinig eten in huis was. Hij interpreteert haar onwilligheid als een bewuste poging om hem in zijn behoefte aan voeding te dwarsbomen, en dreigt met maagzweren, die hij door haar krijgt! Hij eet als hij de kans krijgt dan ook gulzig, onmogelijke hoeveelheden, alsof het zijn laatste kans is te eten te krijgen. Vanuit die achtergrond is het begrijpelijk dat hij een strak maaltijdschema handhaaft. Hij móet op tijd zijn eten krijgen. Zo maakt hij het eten voor haar tot een sleur en dwang. Soms heeft ook zij heimelijk weleens zin lekker te eten of te snoepen, bij voorkeur buiten de gewone tijden. Zij associeert dat echter met lust, plezierige dingen doen, en dát mag niet voor haar geweten: zij móet altijd nuttige dingen doen. En zo dient het strakke maaltijdschema van de man om voor het geweten van de vrouw inacceptabele verlangens te controleren.

Wanneer in de loop van de therapie de vrouw verandert in die zin dat ze actiever en vrijer wordt en de man, als gevolg van de therapie, tot het inzicht komt welke problemen hij in feite met passiviteit en passieve liefdesverlangens heeft, gaat de man symptomen ontwikkelen in de vorm van maagklachten, rugpijnen, hoofdpijnen en concentratieproblemen. De maagklachten blijkt hij al te hebben in een vrij vroeg stadium van de therapie. Hetzelfde symptoomverschuivingspatroon doet zich voor wanneer de onderlinge relaties en conflicten rond de seksualiteit en, in het laatste stadium van de therapie, rond de kinderwens zich gaan wijzigen. Herhaaldelijk leidt dit bij de man tot neigingen en voorstellen om de therapie af te breken of de therapie-frequentie te verminderen (dit is vermoedelijk ook de achtergrond van enkele afzeggingen). Al in het begin van de therapie uit de man zijn onvrede over de frigiditeit, het tekort aan vrijheid in sexualibus bij zijn vrouw. Hij begrijpt daar niets van, hij heeft dat in het geheel niet. Wel voelt hij zich, wanneer hij zijn vrouw probeert aan te halen, en zij hem nerveus afweert, verlegen worden. Hij noemt zichzelf dan een beest en vraagt zich af of hij teveel wil; hij wordt dan erg onzeker en voelt zich genegeerd. Zij geeft dan in de therapie schuchter aan, dat zij niet kan laten zien dat ook zij zeer sterke sexuelle verlangens heeft. Wanneer dit nog geruime tijd (tot lang na haar ontslag uit de kliniek) duurt, en zij op een bepaald moment aangeeft bang te zijn hem niets te kunnen geven, raakt hij in paniek. Maar het bevestigt hem ook in zijn oordeel, dat hij in feite al had in

zijn verlovingstijd (zoals later in de therapie zal blijken). Pas halverwege de PRT komt de seksualiteit dan opnieuw ter sprake als de man stelt dat hij nou weleens een bevredigende seksuele relatie wil in plaats van al dat onzeker makende gepraat in de therapie. Haar onzekerheid in sexualibus ergert hem mate-loos, evenals het getob over wel of geen kinderen; voor hem is het ja of neen, waarbij hij overigens geheel de verantwoordelijkheid bij zijn vrouw legt! In deze fase van de therapie blijkt dat de coïtus sinds haar vermagering voor haar een pijnlijke ervaring is als gevolg van een tekort aan vochtscheiding bij seksuele prikkeling. Ze heeft, vermoedelijk reflectoïr, vaginistische trekken als gevolg van dyspareunie. Dit leidt bij de man weer tot ejaculatio praecox, en woede bij de vrouw, omdat zij dan wordt gefrustreerd in de bevrediging van haar seksuele verlangens. Ze raakt namelijk wel seksueel opgewonden. Er worden daarom enkele Masters & Johnsons-achtige sexuologische adviezen gegeven. Wanneer de vrouw haar klachten rond het tekort aan vochtscheiding blijft behouden, krijgen ze de raad om een tijd lang glijmiddelen te gebruiken (omdat onduidelijk is in hoeverre, naast psychische invloeden, hormonale veranderingen als gevolg van de langdurige ernstige vermagering hier van invloed zijn). Tevens wordt een gynaecologisch consult afgesproken om de mogelijkheid van anticonceptie via een spiraal te onderzoeken, wanneer blijkt dat de vrouw zwangerschapsangsten blijft houden. De spiraal wordt inderdaad ook aangebracht. De achtergrondgedachte bij dit advies is: eerst de beleving van de seksualiteit zoveel mogelijk van angst te ontdoen, voordat de zwangerschapsproblematiek zal worden besproken.

Tijdens de therapiezittingen komt naar voren hoe moeilijk ze met elkaar tot een gesprek komen over seksualiteit en vooral verlangen en belevingen daarbij. Buiten de therapiezittingen om komen ze daar in eerste instantie in het geheel niet aan toe. De man blijkt veel minder zeker en doortastend dan de vrouw heimelijk wenst, en dan de man zich altijd voordoet. De innerlijke onzekerheid rond eigen psychosexuele identiteit is er de achtergrond van dat zij die van de man niet wil of kan onderkennen. Ze ergert zich er ook aan als hij zich superieur voordoet. Ze voelt zich zeer schuldig over haar sterke seksuele verlangens. Wanneer de vrouw in de loop van de therapie vrijer wordt in haar beleving van de seksualiteit, krijgt de man korte tijd potentiële klachten en komt een week met rug- en hoofdpijnklachten in bed te liggen. Hij wil in die tijd weer opnieuw stoppen met de therapie. Hij vindt het, zoals hij het zelf uitdrukt, een enorme 'armoë' als hij seksuele problemen krijgt. Zij had de achtergronden van de moeilijkheden wel zo half en half vermoed en stelt met heimelijk genoeg vast dat hij van haar schrikt en dat zij nu haar man 'neen' leert zeggen als haar man geen zin in de coïtus heeft. Het blijkt namelijk dat elk aanhalen van haar door hem nu wordt beleefd als een uitnodiging tot coïtus, waardoor eigen identiteitsproblemen worden gereactiveerd.

In deze fase storen negatieve overdrachtsgevoelens bij de man het therapieproces in sterke mate, maar deze zijn wél bespreekbaar. De man beleeft de seksuele verlangens van zijn vrouw als gericht op de therapeut. Hij heeft het gevoel dat ze alleen maar voor 'Amsterdam' met hem naar bed wil. Hij beleeft een sterke rivaliteit met en jaloezie op de therapeut, waarbij mogelijk de vrouw deze jaloezie en concurrentie ook aanwakkerde.

Wanneer de potentieproblemen, na doorwerking van bovengenoemde problemen, zijn opgeheven wil de man opnieuw met de therapie stoppen. De vrouw wil doorgaan. Ten eerste omdat haar zwangerschapsangst niet verdwenen is, hoewel ze steeds welwillender tegenover het krijgen van kinderen is komen te staan. Ten tweede, omdat ze de coïtus nog niet als geheel bevredigend beleeft wegens dyspareunie als er geen glijmiddel wordt gebruikt. Zeer duidelijk komt thans naar voren dat de man zich allang verzoend heeft met het idee dat er geen kinderen zullen komen en dat hij ook nooit gedacht heeft dat zijn vrouw van gedachten zal veranderen. Ook hier storen zijn negatieve overdrachtsgevoelens en moeten deze eerst worden besproken ('B kan je geen kind geven', zegt hij in de therapie tot zijn vrouw).

Ongeveer een jaar na de aanvang van de PRT (het gewicht schommelt sinds het ontslag tussen 49 en 50 kg) is het seksueel contact voor beiden bevredigend: zij heeft geen glijmiddelen meer nodig, de ejaculatio praecox is bij hem verdwenen. Het verzet van de man tegen het krijgen van kinderen wordt steeds groter, tot verdriet van zijn vrouw. Zij heeft weliswaar haar zwangerschapsangsten nog behouden, maar ze voelt zich nu door haar man geheel in de steek gelaten bij de verdere doorwerking van dit probleem. Het blijkt dat hij al vanaf de tijd van de verloving tot op heden heeft benadrukt dat zij 'niet klaar is voor kinderen'. Nu blijkt echter dat hij zichzelf niet als vader kan zien, zoals hij zich ook onmachtig voelde als 18-jarige na de dood van zijn vader toen hij de begrafenis moest regelen, en zijn moeder moest opvangen. Hij heeft ook moeite zijn vrouw met een derde, het kind te delen.

In deze fase van de therapie volgen nu twee, in relatie tot het anorexie syndroom zeer belangrijke, zittingen. Wanneer we over haar gewicht komen te spreken als te gering om te menstrueren (dat verband heeft ze altijd onderkend) en dus ook om kinderen te krijgen, komt zij met de associatie-keten: eten, meer gewicht, dikke buik, in verwachting zijn. Ze associeert bovendien eten met gulzig, teveel willen, lekker vinden, egoïstisch zijn. Wanneer ik in een volgende zitting terugkom op het door haar geassocieerde verband tussen eten en zwangerschap komt patiënte via associaties op allerlei oude kinderangsten rond seksualiteit, bevruchting, zwangerschap en bevalling. In deze fantasieën vallen de agressieve elementen op. Zo ervoer ze als kind, en nu als volwassene nog, bv. een dokter als griezelig en agressief, omdat hij haar doet denken aan injecties geven; verder doet dit haar ook weer denken aan het voor haar griezelige gebeuren rond het astmapompje van

vader. Bij dokters denkt ze ook aan angsten rond doodgemaakt en opengesneden worden. Dit soort angsten komen ook al op wanneer ze mensen op bed ziet liggen, of wanneer ze bij de gynaecoloog komt. Ook bevallingen blijken in haar infantiele fantasieën deze destructieve elementen te bevatten, waarbij ze zich niet weet te herinneren of ze deze bloederige taferelen thuis een keer heeft meegemaakt of alleen kent uit verhalen van haar moeder. Bevruchting doet haar denken aan de parende paarden van haar vader, en aan hun enorme geslachtsdelen. Als kind bleef ze, omdat er thuis niet over seksualiteit gepraat werd, gepreoccupeerd met de vraag hoe in 's hemelsnaam een baby in en uit de buik van moeder kwam. Ze beleefde alles als even afschrikwekkend agressief. Daar kwam, toen ze ouder werd, het element van het verbodene en traumatische bij, toen haar zuster ongetrouwd moeder werd. Ze heeft ook altijd heimelijke angsten gehad dat mannen na hun huwelijk jagers van vrouwen worden.

Ná deze therapiezittingen blijkt patiënte ineens haar preoccupatie met gewichtscntrole (ze heeft tot dan toe haar gewicht nauwkeurig rond de 50 kg. gehouden) verloren te hebben en stijgt haar gewicht voor het eerst ruim boven de 50 tot 54 kg. Steeds duidelijker spreekt ze nu ook haar wens naar kinderen uit. De man reageert hier weinig welwillend op. Zijn onwil speelt vermoedelijk ook mee wanneer hij een paar maal afbelt.

Drie maanden na de doorbraak in haar gewichtsproblematiek wordt de therapie afgerond met de vaststelling dat het conflict wel of niet kinderen nemen op dit moment niet op te lossen is, omdat nu de man geen kinderen blijkt te willen. Gesteld wordt dat een dergelijk conflict vaker in huwelijken voorkomt en dat ze dat zelf moeten oplossen. Ze weegt op dat moment 57½ kg. Bij deze afronding wordt een 'follow up' gesprek na een half jaar afgesproken.

Follow up

Bij het eerste follow up gesprek blijkt patiënte 60 kg. te wegen en ook weer te menstrueren. Het conflict tussen man en vrouw over het wel of niet kinderen nemen is onveranderd. Het tweede en laatste follow up gesprek is weer een half jaar later. De situatie is dan gelijk gebleven, ook wat betreft haar gewicht. Weer een jaar later heb ik, op mijn initiatief, een telefonisch gesprek waarin de echtgenoot mededeelt dat hun beider situatie voor zijn gevoel nog beter is dan bij de afronding van de therapie en dat ze nu besloten hebben om te proberen kinderen te krijgen. Hij doet het voornamelijk voor zijn vrouw. Zijn vrouw heeft zeer recent, met dat doel, de anticonceptie gestaakt.

Discussie

Naar aanleiding van de beschreven PRT zal ik een aantal punten aan de orde stellen met betrekking tot de psychoanalytisch ge-

oriënteerde diagnostiek bij het anorexia nervosa syndroom, die mij ook van belang lijken voor de te volgen behandelingsstrategie. Voorts zullen meer behandeltechnische aspecten ter sprake komen.

Onze anorexia patiënte is zowel qua leeftijd als haar gehuwde staat vrij afwijkend van de anorexia nervosa zoals wij die vaak in klinische setting ontmoeten. Over het trias van somatische symptomen zoals bv. Lafeber (1971) dat beschrijft heerst in de literatuur doorgaans weinig verschil van mening. De opvattingen over de persoonlijkheidsstructuur van de anorexia patiënte, de pathogenese en de leeftijd, waarop het syndroom zich kan gaan ontwikkelen, lopen nogal uiteen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat dit met de te volgen behandelingsstrategie eveneens vaak het geval is. Vermoedelijk kunnen veel van deze meningsverschillen voorkomen worden wanneer men er vanuit gaat dat er sprake is van een 'final common path' (Levy, 1977) met uiteenlopende achtergronden (actuele gezins- en huwelijksrelaties), psychodynamiek en psychogenese en niet van een nosologische eenheid met voorspelbare oorzakelijke achtergronden en al dan niet ernstige afloop. Veel psychoanalytische auteurs komen zo tot een differentiatie binnen het anorexia nervosa syndroom (o.a. Sours, 1974; Baba, 1976; Meyer, 1971; Levy, 1977). Deze visie heeft m.i. het bijkomende voordeel dat de discussie vermeden kan worden of bij een patiënte met ernstig gewichtsverlies als gevolg van eetstoornissen sprake is van een 'echte anorexia'. Wegens de helderheid van zijn onderverdeling en de herkenbaarheid van onze patiënte in zijn beschrijvingen, geef ik zeer beknopt een beschrijving van de twee groepen die Sours (1974) binnen het anorexia nervosa syndroom onderscheidt. (De anorexia bij manlijke of psychotische patiënten en bij rouwreacties laat ik buiten beschouwing.)

Groep 1 regredieert, door angst voor vrouwelijk genitale verlangens in het begin van de puberteit, in zijn egofuncties naar de eerste separatie- en individuatiefase (Mahler, 1972) met bedreiging van onderscheid tussen 'self' en 'non-self' en aantasting van basaal zelfgevoel. De moeder/kind relatie vertoont problemen in de eerste separatietijd van de anale fase (autonomie conflicten). Stoornissen in de cognitief-perceptuele sfeer rond de lichaamsbeleving staan bij hen centraal en hebben vaak een waanachtig karakter. Sours stelt dat in de literatuur van de afgelopen tien jaar deze groep patiënten (bv. in de artikelen van Bruch en Selvini) voornamelijk aan bod komt en bijna als stereotypisch voor anorexia nervosa wordt gezien.

Groep 2 vertoont, onder druk van de rijpende genitale verlangens, een reactivering van onbewuste bedreigende infantiele zwangerschapsfantasieën. Deze groep vertoont stoornissen in de afwikkeling van de fallisch-oedipale problematiek. Er is in veel mindere mate sprake van separatie-individuele problematiek en veel meer van een hysterisch-neurotische dynamiek en genese. De objectrelaties zijn minder infantiel dan die bij de eerste groep.

De onderverdeling van Sours lijkt mij ook van belang bij de beantwoording van de vraag of men in de therapie meer 'structurend' of meer 'inzichtgevend' te werk kan gaan, ongeacht of het daarbij gaat om een individuele therapie, gezinstherapie of een PRT. Verdere research zal hier echter noodzakelijk zijn.

Onze patiënte is herkenbaar in groep 2 van Sours. Het zijn vooral de infantiele zwangerschapsfantasieën en mutilatie-angsten die zijn gereactiveerd, toen ze destijds met de anticonceptie stopte. Voedsel heeft voor haar zeer duidelijk een symbolische, seksuele betekenis. De eetstoornis heeft niet wezenlijk te maken met een autonomie conflict. Niet duidelijk is in de PRT naar voren gekomen waar precies de knelpunten zijn gelegen bij de afwikkeling van de oedipale fase. Wel zijn er indicaties dat zij fallisch functioneren van haar vader associeert met zijn bezigheden als paardenfokker en met het paren van deze dieren, zoals zij dat als kind waargenomen heeft. In een latere fase van haar ontwikkeling – vanaf haar 11e jaar – hebben de traumatiserende gebeurtenissen in het gezin, (als gevolg van het ongehuwd zwanger worden van haar oudere zuster en haar latere lotgevallen) de driftorganisatie op genitaal niveau en de vorming van haar psychosexuele identiteit partieel geblokkeerd.

Er lijkt in veel mindere mate sprake van een 'rijpingscrisis' zoals vaak in de literatuur wordt verondersteld (o.a. Meyer, 1971; Feldman, 1977, en Lafeber, 1971). Zo lijkt ze de ontwikkeling van haar genitaal-seksuele driftleven tenminste voor een deel geaccepteerd te hebben, gezien haar masturbatie activiteiten en de seksuele relatie met haar echtgenoot, ook al ging het een en ander gepaard met schuldgevoelens en ook al bestaan er bij haar taboes op lustgevoelens. Het zijn vooral de onbewuste mutilatie-angsten die bij de vorming van de vrouwelijke seksuele identiteit een zeer pathologische rol hebben gespeeld en die haar destijds bij het staken van de anticonceptie hebben laten regrediëren naar een georaliseerde vorm van driftorganisatie en driftafweer. Er is bij haar voorts geen sprake van een defekte ego-ontwikkeling of van separatie-individuatie problematiek. Noch zijn er waanachtige belevingen rond het lichaam.

Op de vraag in welke mate patiënte zich bewust was van haar kernproblematiek kan men stellen dat ze er heel bewust naar streefde zwangerschap te voorkomen door mager te worden. Bovendien zal het feit dat ze drie voorbeelden had aan haar zusjes met anorectische symptomen of vermagering zeker daartoe hebben bijgedragen. Maar men zit m.i. op een dwaalspoor wanneer men stelt, zoals Verbeek (1974) dat doet: 'Anorexia nervosa behoeft allerminst obliagaat neurotisch van aetiologie te zijn. Integendeel, naar mijn mening lijkt voor het meisje de gehele gelegenheid niet onbewust, en is er als zodanig maar in zeer beperkte mate van verdringing sprake'. Onze patiënte is zich in het geheel niet bewust van de infantiele angsten die achter haar bewuste zwangerschaps-onwil schuil gaan. Pas nadat deze angsten besproken waren liet ze haar preoccupatie met gewichtscontrole

varen en uitte ze verlangens naar zwangerschap. Bovendien is bij afweermechanismen als affect-isolatie bekend hoe mensen wel goed kunnen praten over gebeurtenissen zonder er veel bij te beleven (zie ook Feldmann, 1977); ook het door veel auteurs veronderstelde afweermechanisme bij anorexia nervosa van 'ik-splijting' (o.a. Sours, 1974, Feldmann, 1977) kan het door Verbeek vastgestelde fenomeen verklaren.

De opmerking van Sours (1974) dat een debuut van anorexia nervosa op een latere leeftijd dan 15 jaar, meestal op ernstige ego-effecten wijst, en tot een minder gunstige prognose aanleiding geeft, is niet bevestigd. En evenmin wat Baba (1976) t.a.v. de doeleinden van de psychotherapie bij anorexia-patiënten stelt, n.l. niet 'bewustmaking' van innerlijke conflicten, maar het aanbieden van een nieuwe identificatiefiguur (in de vorm van de therapeut), om daarmee de ontwikkelingsremming op te heffen. Wellicht geldt dit vooral voor jongere anorectische meisjes, die nog midden in de genitaal-sexuele rijpingsfase van de puberteit verkeren en tot groep 1 van Sours behoren.

Wanneer we ons erop bezinnen, waarop deze PRT zich in eerste instantie richtte, dan is dat vooral de bewustmaking bij beide partners van wat Willi (1975) noemt 'de collusies en de collusieve afweer systemen'. Hij verstaat daaronder (blz. 59-60):

- 1 een voor partners onbewust samenspel binnen de interactie op grond van een gemeenschappelijk, onverwerkt basisconflict;
- 2 dit gemeenschappelijk onbewust basisconflict komt tot uiting in de verschillende rollen, die de partners vervullen, die in schijn aan elkaar tegengesteld zijn, maar in wezen gepolariseerde varianten van hetzelfde thema;
- 3 dit bevordert bij de ene partner een overcompenserende, bij de andere partner een regressieve houding, als 'oplossing' van het gemeenschappelijk, onbewuste conflict (afweergedrag, het collusieve afweer systeem);
- 4 iedere partner 'hoopt' in de relatie zijn basisconflict met behulp van zijn partner op te lossen en zijn diepere angst de baas te worden via een gemeenschappelijk interactioneel afweersysteem, de aanname van bepaalde rollen;
- 5 het evenwicht wordt op de langere duur verstoord door 'terugkeer' van het afgeweerde bij de partners.

Deze interactietheorie van Willi is sterk beïnvloed door ideeën van Dicks (1969) en Richter (1969, 1970).

Men kan ook stellen, dat bij een 'collusie' de individuele afweer wordt versterkt doordat 'het conflict van het individu naar de interactie wordt verplaatst' of, zo men wil, terecht komt in het 'systeem der beide partners'. (Rapport 'Psychoanalytische Partner-Relatie-Therapie', 1978). De man, zowel als de vrouw van het hier besproken echtpaar vertonen op onbewust niveau problemen rond het thema passiviteit/activiteit, agressie en stoornissen van de psychosexuele identiteit, zoals in de eindfase van de PRT duidelijk blijkt. Ook in de beginfase, op het meest regres-

sieve afweer niveau, n.l. het orale, blijken beiden problemen te hebben (De man durft zichzelf bijv. geen eten op zijn bord te scheppen). Het strijddkarakter van hun interactie en de steeds verdere afdwaling van de wezenlijke problematiek die door beiden onbewust werd nagestreefd, waren destijds ook één van de overwegingen om een PRT te indiceren. Het valt op hoe, steeds wanneer de vrouw haar intrapsychische conflicten oplost, de innerlijke conflicten zich bij de man manifesteren. Dit gaat herhaaldelijk gepaard met lichamelijke klachten, lichte decompensatie, en met name ook met negatieve overdrachtsreacties en dreigingen met afbreking van de therapie. Deze momenten deden zich voor:

- 1 toen het eetgedrag en het passiviteits/activiteitsconflict voor de vrouw niet meer zo'n probleem vormden;
- 2 toen de frigiditeit van de vrouw was verdwenen;
- 3 toen de onbewuste, infantiele zwangerschapsangsten waren doorgewerkt, de vrouw uiteindelijk weer ging menstrueren en zwangerschapsverlangens uitsprak.

Op deze drie niveau's had de man zijn eigen soortgelijke neurotische conflicten in zijn vrouw geprojecteerd en dáár bevochten, waarbij de vrouw die 'rol' op zich nam als gevolg van eigen, onbewuste innerlijke problematiek. Er is m.a.w. bij dit echtpaar sprake van 'collusies'.

Doel van een inzichtgevende PRT is niet de 'oplossing' van een 'collusie' maar wel bewustwording ervan om een meer flexibel rol-gedrag mogelijk te maken (Willi, 1975). Pas daarna zal de afgeweerde individuele problematiek in de therapie aan de orde kunnen komen. In de beschreven PRT komen de achtergronden van het hoofdsymptoom bij de vrouw (de anorexie) pas aan de orde, nadat de man zich bewust is geworden van zijn problemen met de vaderrol, en nadat beiden zich het gemeenschappelijke in hun basisconflicten hebben gerealiseerd.

Men kan er over speculeren in hoeverre juist 'het doorwerken' van het gezamenlijke afweersysteem een positieve invloed heeft op het gezamenlijke verwerkingsvermogen en daarmee ook de individuele 'ik-sterkte'. Uit het verloop van de therapie komt naar voren welke relatieve waarde criteria van de categorie 'ik-sterkte' hebben – zoals wij die kennen vanuit indicatiestelling voor individuele therapieën (een individuele therapie van inzichtgevende aard leek in dit geval niet geïndiceerd) –, wanneer een PRT-indicatie aan de orde is (Rapport 'Psychoanalytische Partner-Relatie-Therapie', 1978). De vrouw wekt de indruk innerlijk sneller gegroeid te zijn dan haar echtgenoot, getuige het feit dat hij lange tijd de verantwoording voor het 'nemen' van kinderen geheel bij zijn vrouw legde.

Een ander interessant probleem betreft de vraag of bij de vrouw haar infantiele zwangerschapsfantasieën in voldoende mate zijn doorgewerkt. En ook, of dit niet beter in individuele zittingen had kunnen gebeuren. Gedurende een tweetal zittingen vertoonde de PRT in deze fase een sterk individueel therapeutisch karakter.

Het antwoord zal moeten blijken nu patiënte heeft besloten om te proberen zwanger te worden. Wat we wel al vast kunnen stellen is dat ze, na de bespreking van haar infantiele mutilatie fantasieën, van de ene zitting op de andere ruim drie kilo aankwam. Ze is verder ook blijven aankomen, tot 60 kg. zonder dat ze van haar gewicht verder nog een probleem maakte.

Men kan in het algemeen stellen dat juist door de kritische aanwezigheid van de partner tijdens en buiten de therapie nieuw verworven inzichten niet snel vervagen. Door leereffecten en het onderlinge 'co-therapeutische effect' der partners kan de emotionele lading beter behouden blijven (Rapport 'Psychoanalytische Partner-Relatie-Therapie', 1978). Bovendien bestaat het risico, dat de overdrachtsrelaties ernstig worden gecompliceerd, wanneer individuele zittingen tussentijds plaatsvinden. M.i. is het zeer wel mogelijk in een gevorderd stadium van een PRT, wanneer de 'working alliance' hecht genoeg is en wanneer de afweeraspecten binnen het interactionele gedrag zijn doorgewerkt, relevante intra-psychische conflicten te bespreken. Uiteindelijk is het kenmerkende van een psychoanalytische therapie, ook van een PRT, met het accent op 'inzichtgeven', dat naast de afweer ook 'het afgeweerde' wordt besproken. De vraag of dat in individuele zittingen of in 'conjoint interviews' moet worden doorgewerkt wordt m.i. voornamelijk beantwoord door het therapeutische effect van de gevolgde strategie.

Wat betreft de verschijnselen van de overdracht en de hantering daarvan, kan het volgende worden opgemerkt. In een PRT verdient het de voorkeur vooral de interactie tussen de partners therapeutisch aangrijpingspunt te laten zijn en niet die tussen de partners en de therapeut. Slechts wanneer positieve of negatieve overdracht het therapeutisch proces negatief gaan beïnvloeden, moet deze zo snel mogelijk geduid worden. Hierin verschilt PRT niet van individuele psychoanalytische psychotherapie. Een milde positieve overdracht is noodzakelijk voor de opbouw van de 'working alliance' en kan onbesproken blijven. In de gerefereerde PRT diende vooral de negatieve overdracht van de man op de therapeut telkens weer besproken te worden, wanneer door het verdwijnen van klachten en symptomen bij zijn vrouw, de 'identified patient', eigen onbewuste conflicten bewust dreigden te worden. Verder speelt zeker ook een rol dat in de triade van de PRT de oedipale driehoeksrelatie sneller wordt gereactiveerd en rivaliteitsproblemen zich eerder zullen voordoen. In de eindfase, met name toen de identiteitsproblematiek ter sprake kwam, manifesteerde deze rivaliteit zich duidelijk. In het algemeen kan men stellen dat overdrachtsreacties, voor zover mogelijk, worden 'teruggebracht' naar de interactie tussen de partners, en dáár worden besproken en doorgewerkt. Het is zeer wel mogelijk dat negatieve overdrachtsreacties van de man nog zijn aangewakkerd, doordat hij door de opname van zijn vrouw en de daaruit voortvloeiende lijdensdruk min of meer gedwongen werd zijn aandeel

binnen de partnerrelatie te onderkennen. Aan de 'working-alliance' worden daardoor extra zware eisen gesteld. Benadrukking bij de aanvang van de therapie dat het niet gaat om 'schuld' aan of 'verantwoordelijkheid' voor elkaars problemen is van het grootste belang.

Frequentievermindering kan ook overwogen worden om de negatieve overdrachtsreacties niet te sterk te laten oplopen. In de tweede helft van de gerefereerde therapie is deze oplossing herhaaldelijk toegepast door de therapeut (en vermoedelijk ook door de man), naast de bespreking van de negatieve overdracht. Voorwaarde is wel dat het therapeutisch proces, ondanks de negatieve overdracht en de vermindering van frequentie der therapiezittingen, niet stagneert.

De bij elke therapie altijd weer moeilijk te beantwoorden vraag wanneer een afronding kan plaatsvinden, was bij deze PRT extra problematisch. Wel kon gesteld worden dat het 'collusieve afweersysteem' bewust was gemaakt, de communicatie was verbeterd, de centrale intra-psychische problematiek bij de vrouw min of meer leek opgelost en symptomen waren verdwenen. Op het moment van afronding echter bleven beiden met het probleem zitten 'wel of geen kinderen nemen', omdat de man daar toen tegen was, waarbij men zich de vraag kan stellen of de eventueel 'neurotische' aspecten bij deze houding van de man voldoende waren doorgewerkt. Het echtpaar had, zowel als de therapeut, het vertrouwen dat ze er op de langere termijn zelf uit zouden kunnen komen. Het verschil met de situatie vóór de therapie was dat de verantwoording voor eigen innerlijke problematiek niet meer bij de partner gelegd kon worden.

Tot slot kan nog worden opgemerkt dat de beschreven PRT geen bevestiging is van de hypothese zoals Van Dijk en Van der Ploeg (1976) die hebben gesteld: dat de partner van een vrouw die 'aangemelde patiënte' is voornamelijk als 'co-therapeut' in de PRT kan worden ingeschakeld. Weliswaar beschouwde de man zich bij de opname van zijn vrouw zeker niet als degene die problemen had. Aanvankelijk deed hij aan de PRT mee voor de 'bestwil van zijn vrouw'. Uit het verdere verloop van de therapie blijkt hij echter toch óók inzicht te kunnen ontwikkelen in eigen aandeel in de 'collusie' en in eigen onbewuste conflicten. Een behandelingsstrategie, zoals voorgesteld door Van der Ploeg en Van Dijk zou betekend hebben dat men a priori in de afweer van de echtgenoot was mee gegaan. Dit impliceert tevens een à priori bestendiging van 'rol' en 'ongelijkheid'. Het zou in het kader van dit artikel te ver voeren om op deze problematiek, die zekere ideologische aspecten omvat, dieper in te gaan. Voor een discussie over deze materie zij verwezen naar een artikel van Polak (1977) met de titel 'Psychotherapie en emancipatie'.

Literatuur

- Baba, K. (1976), Anorexia nervosa – einige Betrachtungen zur Psychogenese und Psychotherapie, *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.*, 22, 267-278.
- Blinder, B. J., D. M. A. Freeman en A. J. Stunkard (1970), Behavior therapy of anorexia nervosa, *Am. J. Psychiat.*, 126, 1093-1099.
- Bruch, H. (1976), The treatment of eating disorders, *Mayo Clin. Proc.*, 51, 266-273.
- Dicks, H. V. (1967), *Marital Tensions, Clinical Studies toward a psychoanalytical theory of interaction*, Basic Books, New York.
- Dijk, R. van en H. van der Ploeg (1976), Patiënten en hun partners: psychologisch onderzoek bij echtparen op een psychiatrische polikliniek, Deel II, *T. Psychiat.*, 18, 355-364.
- Feldmann, H. (1977), Zu der Entstehungsbedingungen der anorexia nervosa *Prax. Psychother.*, 22, 271-278.
- Geller, J. L. (1975), Treatment of anorexia nervosa by the integration of behavior therapy and psychotherapy, *Psychother. Psychosom.*, 26, 117-177.
- Lafeber, C. (1971), *Anorexia Nervosa*, Stafleu, Leiden.
- Levy, E. Z. (1977), Introduction to a special issue on Anorexia Nervosa, *Bull. Menninger Clin.*, 41.
- Liebmann, R., S. Menuchin en L. Baker (1974), An integrated treatment program for anorexia nervosa, *Amer. J. Psychiat.*, 131, 432-437.
- Mahler, M. (1972), On the first three subphases of the separation-individuation process, *Int. J. Psycho-Anal.*, 53, 333-338.
- Meyer, J. E. (1971), Anorexia Nervosa of adolescence, *Brit. J. Psychiat.*, 118, 539-542.
- Pierloot, R. A., W. Wellens en M. E. Houben (1974), Elements of resistance to a combined medical and psychotherapeutic program in Anorexia Nervosa, *Psychotherap. Psychosom.*, 26, 101-117.
- Polak, F. (1977), Psychotherapie en emancipatie, *T. v. Psychotherapie*, 3, 199-205.
- Rapport Psychoanalytische Partner-Relatie-Therapie*, Werkgroep Voorbereidning Opleiding Psychoanalytische Partner-Relatie-Therapie van het P.A.I. te Amsterdam, 1978.
- Richter, H. E. (1967), *Eltern, Kind und Neurose*, Rowohlt Verlag.
- Richter, H. E. (1970), *Patient Familie*, Rowohlt Verlag.
- Sours, J. A. (1974), The anorexia nervosa syndrome, *Int. J. Psycho-Anal.*, 55, 567-577.
- Stunkard, A. (1972), New therapies for the eating disorders, *Arch. Gen. Psychiat.*, 26, 391-399.
- Vandereycken, W. (1977 a), Anorexia Nervosa, I: Leertheoretische beschouwingen *T. v. Psychotherapie*, 3, 151-160.
- Vandereycken, W. (1977 b), Anorexia Nervosa, II: Gedragstherapeutische beschouwingen, *T. v. Psychotherapie*, 3, 228-245.
- Verbeek, B. (1974), Notities bij anorexia nervosa, *T. v. Psychiat.*, 16, 533-542.
- Willi, J. (1972), Die hysterische Ehe, *Psyche*, 24, 326-356.
- Willi, J. (1975), *Die Zweierbeziehung*, Rowohlt Verlag, Hamburg.