

Een anorexia nervosa-syndroom bij een mannelijke patiënt

Een casuïstische studie betreffende een patiënt bij wie een anorexia nervosa-syndroom ontstond tijdens zijn opname in een forensisch-psychiatrische kliniek

door D. W. Oppedijk

Inleiding

Het anorexia nervosa-syndroom ziet men het meest frequent bij meisjes in de puberteit en bij jonge vrouwen. Ruwweg 10% van het totale aantal patiënten is van het mannelijke geslacht (zie o.a. Beumont et.al., 1972; Bruch, 1971; Ladewig, 1968; Pieters et.al., 1980). Anorexia nervosa is geen ziekte in de zin van een nosologische entiteit (Sours, 1974). Hoewel er sprake is van een hele serie symptomen die bij de patiënten gevonden kan worden, is er nog geen specifieke oorzaak aan te wijzen. Daarom is het ook beter te spreken van een syndroom dan van een ziekte. Meestal wordt anorexia nervosa beschouwd als verwant met de psychosomatische aandoeningen, waarbij de aan de somatische uitingen ten grondslag liggende psychische processen min of meer onbewust en conflictueus van aard zijn. Hierbij valt vooral te denken aan de weer opgelaaide vroegkinderlijke, niet specifieke prae-oedipale conflicten rondom de individuatie en separatie (Ceasar, 1977). De psychische conflicten die gevonden worden zijn overigens voor beide geslachten overeenkomstig (Bruch, 1971). Waarom komt anorexia nervosa dan niet even frequent voor bij de man? Dit is onduidelijk; en hieromtrent bestaan meerdere speculaties (Pieters et.al., 1980), een hypothese is dat de psycho-sexuele ontwikkeling bij het meisje gecompliceerder verloopt dan bij de jongen.

Het meisje moet haar libidineuze wensen van de moeder naar de vader verplaatsen, terwijl die bij de jongen op moeder gericht kunnen blijven.

Omdat over de etiologie nogal verschillend gedacht wordt, is het ook niet verbazingwekkend, dat de geadviseerde en toegepaste therapieën divers zijn (Hoes, 1976, Vandereycken, 1978). Er is wel eens geschreven, dat wanneer men de verschillende therapeutische maatregelen, die ooit voor anorexia nervosa zijn aangeprezen, de revue laat passeren, dat men dan een eeuw geschiedenis van de psychiatrische macht en vooral onmacht schrijft (Vandereycken, 1980). De ernstige gevallen van anorexia nervosa moeten – des-

noods gedwongen – klinisch-psychiatrisch behandeld worden, vanwege de hoge mortaliteit van ca. 5 à 21% (Cantwell, 1977; Krans, 1980; Ross, 1977; Vecht-van den Bergh, 1979). Voor zover mij bekend is tot nu toe nimmer de ziektegeschiedenis beschreven van een patiënt(e) die *gedurende* een klinisch-psychiatrische opname en behandeling, niet primair de anorexia nervosa betreffende, ging lijden aan dit syndroom. In het onderstaande handelt het over een man die werd opgenomen in onze forensisch-psychiatrische kliniek, nadat hij de maatregel van terbeschikkingstelling der regering kreeg opgelegd, vanwege verminderde toerekeningsvatbaarheid, geconstateerd na het plegen van een gewelddelict. Indien de maatregel door een rechtbank wordt opgelegd betekent dit impliciet voor de patiënt dat hij geacht wordt te gaan werken aan zijn – door de gemeenschap – niet geaccepteerde persoonlijkheidsstoornis (die voerde tot het delict).

Patiënten die in onze kliniek worden opgenomen krijgen dan ook de mogelijkheid aangeboden om deel te nemen aan een intensieve vorm van individuele psychotherapie op psycho-analytische basis. (Het voert te ver om in het kader van dit artikel uitgebreid in te gaan op onze uit de ontwikkelingspsychologie afkomstige psychoanalytische behandelingsprincipes. De lezers die hierin geïnteresseerd zijn, worden verwezen naar de publikaties van Hoekstra en Reicher).

In onze kliniek geldt de regel dat hetgeen de patiënt in de individuele psychotherapie vertelt, geheim blijft, en dus van geen invloed kan zijn op de te nemen beleidsbeslissingen (bij voorbeeld aangaande verlof). De psychotherapeut staat derhalve buiten de beleids sfeer. En dit is o.i. in een forensisch-psychiatrische kliniek onvermijdelijk, wil een therapeutisch proces überhaupt op gang kunnen komen. Overigens staat het de patiënt wel geheel vrij om openlijk te spreken over dat wat hij in de psychotherapie beleeft. Het zal duidelijk zijn dat een patiënt niet in psychotherapie kan zijn bij zijn afdelingspsychiater, omdat deze juist wél het vrijhedenbeleid ten aanzien van patiënt meebepaalt. Het navolgende is dan ook niet geschreven door de psychotherapeut-psychoanalyticus van de patiënt, maar door zijn afdelingspsychiater. Uit 't bovenstaande kan geconcludeerd worden dat men in het navolgende geen informatie zal vinden over het precieze verloop van de psychoanalyse. Dit is jammer, maar zoals geschetst inherent aan de in onze kliniek gebruikelijke werkwijze. Een andere beperkende factor is het belang van de privacy van betrokken patiënt. Bepaalde mogelijk publiekelijk herkenbare feiten zullen dan ook opzettelijk verzwegen worden.

Casuïstiek

a) *Klinisch beeld*

Bij de in 1947 geboren patiënt, die sedert begin 1978 in onze kliniek verblijft ontwikkelden zich in de winter en in 't voorjaar van 1980 in enkele maanden tijds, de volgende verschijnselen.

Patiënt ging actief streven naar gewichtsvermindering, daartoe aangezet door obsessionele denkbeelden. Zo verwachtte hij door vermagering twee dingen te bereiken. Enerzijds een vermindering van de seksuele aandrang en anderzijds een dusdanige fysieke verzwakking, dat een herhaling van het gewelddelict onmogelijk zou zijn (vgl. Dettmering, 1977). De woorden van Levy (1977) zijn hier toepasselijk: 'it is generally assumed that through this syndrome (a.n.) the patient makes a painful attempt to resolve some kind of very private misapprehension about the human condition'. Patiënt vocht tegen zijn eetlust. Hij had geen afkeer van het voedsel, ook ontwikkelde hij geen 'perverse smaak' (Thomä, 1977). Wel ging hij voor het eerst in zijn leven slagroom als lekker ervaren. Hij hield zich ook intensief bezig met dieetleer en voedingswaarden (volgens Thomä (1977) een soort substituut bevrediging). Hij selecteerde de spijzen nauwkeurig op grond van hun lage calorische waarde. Kortom, hij was gepreoccupeerd met voeding en gewicht. Het gewicht controleerde hij tweemaal daags, waarbij zijn streven was, dat het gewicht 's avonds lager zou zijn dan 's morgens. Patiënt had geen 'eigen geheime gewichtsdrempel' (Vandereycken, 1980). Het lukte hem inderdaad het gewicht te doen dalen van 72 naar 45.2 kg bij een lengte van 1.76 m., een gewichtsvermindering van 37% op het moment dat werd ingegrepen). Behalve het beperken van de calorieën intake wekte patiënt ook braken op. Hij had bovendien frequente fasen van boulimie, waarin hij grote hoeveelheden zoetigheid naar binnen schrokte, om dat vervolgens weer uit te braken ('undoing' vgl. Thomä; 1977).

Patiënt ervoer lust (Sours, 1974), doch niet van orgastische aard, bij het naar binnen werken van de lekkernijen. Bij het braken was sterk het idee aanwezig van: 'er mag niets achterblijven'. Er was geen sprake van – letterlijk – rumineren (Bruch, 1971). De boulimie vond op door hem strikt vastgestelde tijden plaats, nl. gedurende de nacht. Vooraf kwelde hij zich vaak hevig door langdurig te kijken naar de uitgestalde zoetigheden. Hij had dusdanige uitgebreide rituelen gedacht voor de boulimische excessen, dat hij slaap tekort kwam. Bovendien ontwaakte hij na zo'n boulimisch excès eerder dan gewoonlijk. Hij droeg tijdens de uitvoering van het ritueel een voorverwarmd zwart trainingspak. Ook hoorde het roken van een vastgesteld aantal sigaretten bij het ritueel. Tenslotte was er nog een reinigingsceremonie.

De zoetigheden die hij verorberde waren exclusieve lekkernijen uit een delicatessenzaak – maar de in zijn ogen allerlekkerste zoetigheden, daar aanwezig, stond hij zichzelf niet toe. Naast zoetigheid at hij ook boterhambeleg (wat hij verzamelde op de afdeling (kleptomanie; Thomä, 1977). Al lange tijd at patiënt 's ochtends in zijn eentje. Hij knoeide nooit met 't eten (iets wat Solomon, 1972, wel waarnam). Als hij wel aan tafel zat dissimuleerde hij het niet-eten (Shainess, 1979). Al vanaf de opname leed patiënt aan 'obstipatie'. Hij gebruikte hiertegen een homeopathisch laxans (nutrigan). Later bleek dat patiënt zelf op digitale wijze tot driemaal daags de defaecatie opwekte. Een fysiologische aandrang tot defaeceren

voelde hij niet.

Een andere methode om zijn gewicht te doen dalen was de hyperactiviteit.

Hij liep dagelijks rondjes om het sportveld en beoefende het touwtje springen in zijn verblijf. Vandereycken (1978) zegt hierover: 'wanneer een sterk gewichtsverlies gepaard gaat met het handhaven van een (buiten)gewoon activiteitsniveau (motorische onrust, bewegingsdrang) sluit dit welhaast zeker organische oorzaken uit en is dit zeer suggestief voor psychogene dysorexie'.

Bij toenemende gewichtsdeling ontwikkelden zich allerlei nevenverschijnselen. Patiënt merkte op dat hij geen erecties meer kreeg en ook waren de seksuele fantasieën verdwenen. De gewichtsdeling beantwoordde zo aan het door hem gestelde doel. Er waren natuurlijk ook hinderlijke symptomen veroorzaakt door de nagestreefde vermagering, zoals de kouwelijkheid, de moeheid, het niet meer verdwijnen van de kloven aan de handen en het uitvallen van de tandvullingen. Ook was er sprake van acrocyanose. Verder waren er perceptie- en lichaamsschematoornissen (patiënt bleef zichzelf gewoon slank vinden ondanks de sterke vermagering). Door deze stoornissen – die de ernst van de magerte voor patiënt vervalsten – geraakte hij toenemend in een vicieuze cirkel, zodat hij door kon gaan met het zonder schuldgevoel uithongeren van zijn lichaam. Over de gevaren, over de mogelijkheid eraan te kunnen sterven dacht hij niet.

Er was geen bewuste angst voor de dood, wel was er een angst dat het gewicht bij voedselinname oncontroleerbaar omhoog zou kunnen schieten, met alle gevolgen vandien voor zijn lichaamsvormen (dysmorphofobia). Deze angst voor controleverlies is volgens Thomä (1977) een verschuiving van de doodsangst.

Aanvankelijk sprak hij met niemand over de hem zo zeer in beslag nemende dwangdenkbeelden en rituelen. Ook naar de analyticus toe, volgens patiënts zeggen, bagatelliseerde hij de ernst van zijn problemen. Patiënt werd langzamerhand echter zo wanhopig over de voortgang der (psycho)therapie dat hij besloot de zijns inziens erg schaamtevolle dwangdenkbeelden voor te leggen aan de psychoanalyticus en daarna aan de afdelingspsychiater. 'Wil ik iets bereiken met de therapie dan moet ook dit op tafel'. Dit bracht een 'storm' bij hem teweeg en op ons maakte hij de indruk in een crisis te verkeren. Hij verloor geleidelijk aan steeds meer de regie over zijn handelen – 'ik kan het niet', ik wil het niet' (vgl. Bruch, 1978 en Lafeber, 1971: een gevoel van ineffectiviteit in denken en handelen). Hij ging, in een wanhopige en uitgeputte toestand, almaar meer toegeven aan de dwanggedachten en dwanghandelingen. Hij at tenslotte zelfs enkele dagen achtereen niet meer. Toen hij de omgeving en zichzelf als 'schimmig' (depersonalisatie) ging beleven, werd er ingegrepen, waarbij bepalend waren de klinische bevindingen en de psychodynamische overwegingen (waarover later).

b. Behandeling

Het ethisch-juridische probleem betreffende de vrije wilsbeschikking over het eigen lichaam (bij deze meerderjarige patiënt) in de zin van al dan niet mogen ingrijpen, was in dit geval van ondergeschikt, welhaast academisch belang. Patiënt was geestelijk dermate ontredderd, dat er geen sprake was van een in vrijheid genomen keuze (voor de dood). Hij werd geplaatst in een separeerverblijf met camerabewaking op de ziekenafdeling van onze kliniek.

De huisarts onderzocht hem somatisch. Er was sprake van cachexie en de tong was atrophisch; lanugo beharing werd niet gevonden. De tensie bedroeg 90/60 mm Hg. Het uitgebreide laboratoriumonderzoek leverde het volgende, significante op (vergelijk van Egmond, 1976): LH 3 E/L (normaal tot 15); FSH 0,6 E/L (normaal tot 15); testosteron 2,61 nM/L (normaal hoger dan 12); Vit. C 41 u Mol/L (normaal 45-70); vit. B₁, 43 n Mol/L (normaal 95-155). De electroforese leverde op: totaal eiwit van 56 g/L (normaal 65-79 g/L), normale verdeling. Het ECG toonde een sinus bradycardie (41-45/min.).

In overleg met patiënt, huisarts, internist, diëtiste, afdelingspsychiater en het personeel van de woon- en ziekenafdeling werd er een behandelingsplan opgesteld. De analyticus werd hier uiteraard niet bij betrokken—deze kreeg wel te horen dat de patiënt voorlopig niet uit de separeer mocht, maar dat de analyse voortgezet kon worden (met uitgeschakelde camera), zoals in de kliniek gebruikelijk is bij gesepareerde patiënten.

De primaire zorg gold het lage lichaamsgewicht. Het streefgewicht werd afgerond vastgesteld op 65 kg (overeenkomstig de berekening van Hoes (1976), niet volgens de wellicht exactere methode van Vandereycken, 1980). Er werd gekozen voor gedragstherapeutische principes om het streefgewicht te bereiken (Bleyenbergh, 1976; Vandereycken, 1980). Zo bevatte het behandelplan o.a. beloningen (positieve bekrachtiging) gekoppeld aan een toename van het gewicht. Het was geen eenvoudige taak om samen met patiënt plezierige dingen voor hem te bedenken die zouden kunnen dienen als beloning.

Hij had, zeker in die tijd, sterk ascetische trekken (vgl. Mogul, 1980). Er werd begonnen met strikte bedrust om het activiteitsniveau te verlagen (Sours, 1974), zodat het gewicht zou kunnen stijgen. Patiënt mocht derhalve niet naar het toilet, en hij werd op bed gewassen. Om het doorliggen te voorkomen kreeg hij van het begin af aan een schapevacht in zijn bed. Het separeervertrek werd opzettelijk 'kaal' gelaten om een goede uitgangspositie te hebben voor het geven van beloningen. Hij kreeg slechts de beschikking over een draagbare radio, 1 leesboek en 1 puzzelboek. De diëtiste stelde met hem een dieet samen van 2200 kcal. Het werd door ons niet als bezwaarlijk gezien, dat hij zo mogelijkerwijs gewend zou raken aan het volgen van een dieet (wel planden wij, voor een latere fase van de behandeling, een terugschakeling naar de ziekenhuis-kost). De camerabewaking werd voornamelijk ingesteld om een heimelijke hyperactiviteit te kunnen ontdekken. In feite was er een

volledige controle over de situatie.

Van het begin af aan was er sprake van een verdergaande regressie bij patiënt naar het orale stadium. Hij liet zich de vele zorg welgevallen; liet zich bemoederen als het ware, iets wat hem soms verleiden maakte. Hij was duidelijk opgelucht dat hem de regie uit handen was genomen. Er waren nauwelijks strubbelingen omtrent de regie van de behandeling. Een vicieuze cirkel was verbroken. Hij was dan ook – in tegenstelling tot zoveel andere anorexia nervosa patiënten – gemotiveerd om mee te werken aan de behandeling. Zo schrok hij toen hij, in het boek van Lafeber (1971), las dat de anorexia nervosa lijdsters vaak onbetrouwbaar zijn.

Aanvankelijk was patiënt nogal affectlabiel, maar later kreeg hij een opgewekte stemming. De derealisatie/depersonalisatie verdween na enkele dagen. Als gevolg van de regressie trad er encopresis op, daarna her kreeg hij een normaal fysiologisch defaecatiepatroon.

Na een viertal weken ging patiënt zich energiever voelen en ging hij ook weer erecties ervaren. De gewichtsstijging voltrok zich gelijkmatig met ruim 1 pond per week. Het gewicht werd elke maandag na het ontbijt gemeten op een balansweegschaal – patiënt was daarbij gekleed in louter een onderbroek. Hij werd door ons altijd exact op de hoogte gebracht van het gewichtsverloop. Er was nimmer sprake van stiekum braken, of het opwekken van de defaecatie. Patiënt ging ook zijn lichaam meer overeenkomstig de realiteit ervaren. Zo lag hij gedurende de eerste week nog met ontbloot bovenlijf in bed, maar toen hij zich de extreme magerte ging realiseren trok hij een pyjamajasje aan.

Hoewel het in de bedoeling lag om patiënt bewegingstherapie te doen volgen vanwege zijn waarnemings- en lichaamsstoornissen kon dit (nog) niet worden verwezenlijkt. Wel werd hij regelmatig gebaad – na enkele maanden – om hem te helpen de noodzakelijke herdifferentiatie tussen het zelf en het niet-zelf te bereiken.

Opvallend was dat patiënt aanvankelijk moeite had met het beleven van een verzadigingsgevoel – dit maakte de indruk van een (passagère) perceptiestoornis.

Psychiatrisch gezien kan nog gezegd worden dat patiënt in de loop der maanden minder angstig werd en dat ook het ontredde verdween.

Bovendien werden de rigiditeit en de krampachtigheid minder. Hij had aan ik-sterkte gewonnen. Hij durfde ook te genieten van de lekkernijen zonder schuldgevoelens. Ook kon hij zich gemakkelijker dan voorheen overgeven aan ontspannende activiteiten. Al met al ervoer hij meer gevoelens (woede, teleurstelling, onzekerheid); 'ik voel dat ik leef'.

Toen patiënt na 25 weken 65 kg woog werd hij teruggeplaatst naar de woonafdeling. Hij handhaafde sindsdien het gewicht. Wel is er bij hem nog de angst dat het gewicht door zal schieten en hij wanstaltige vormen krijgt. Dat hij veranderd is blijkt ook uit zijn huidige klacht, 1 jaar na het ingrijpen in het verloop van de anorexia nervosa: hij beleeft thans seksueel nog zo weinig. Dit staat dan in

sterk contrast met een van de vroegere bewuste obsessionele redenen voor zijn anorexia nervosa: namelijk het juist niet meer willen voelen van de seksuele aandrif.

Het is uit de literatuur bekend dat het lang kan duren voordat de menstruaties (weer) op gang komen bij anorexia nervosa patiënten na herstel van hun gewicht (Szyrynski, 1973). Wellicht geldt mutatis mutandis ook voor de man dat de fysiologie van de geslachtshormonen zich langzaam herstelt. En misschien is het ook nog zo dat hoe ernstiger de cachexia is geweest hoe meer de reversibiliteit in gevaar komt (Vandereycken, 1980). Het is om deze reden dat – een half jaar na het herstel van het lichaamsgewicht – nog eens de hormonale waarden werden gemeten. Deze waren nu: LH 2 E/L , FSH 1 E/L , testosteron $8,41 \text{ nM/L}$ (normaal > 12).

De hormonale fysiologie had zich dus nog niet hersteld. Thans wordt de mogelijkheid overwogen, om via hormonale bijsturing het oorspronkelijke, normale hormonale evenwicht te herstellen. Dit om een te vroege osteoporose bij patiënt tegen te gaan. Heron en Johnston (1976) bevelen herhaling van het neurologisch en endocrinologisch onderzoek aan om een eventuele aanvankelijk niet aantoonbare organische afwijking zoals een hypothalamus tumor niet te missen.

Onlangs is patiënt daarom nog eens neurologisch onderzocht, wat geen bijzonderheden opleverde. Het EEG, de schedelfoto's en de CT-scan waren niet afwijkend.

Beschouwing

Uit de voorgeschiedenis van patiënt weten we dat hij opgroeide als de derde van vier kinderen in een middenstandsmilieu. Hij was 9 jaar lang de jongste – had zo 9 jaar lang een bevoorrechte positie (vergelijk E. Verbeek, 1974). Er waren enkele suïcides in de familie, en ook werd een familielid chronisch psychiatrisch verpleegd. Vader was erg op zichzelf betrokken. Hij wenste tevens door de rest van het gezin te worden ontzien en hoog te worden gewaardeerd. Moeder was een dwangmatige vrouw, die weinig warmte uitstraalde. De gezinsstructuur lijkt op de beschrijving bij N. en E. Verbeek (1977).

Hoewel er bij een vluchtige beschouwing – zoals in het forensisch-psychiatrische rapport – in zijn kinderjaren weinig bijzonderheden gebeurden kwamen in de loop van de opname in onze kliniek meer details naar voren die een ander licht op zijn ontwikkeling wierpen. Zo zijn er in de peuterjaren fikse strubbelingen geweest tussen patiënt en zijn moeder over 't wel/niet willen eten. Er heerste toen een duidelijke machtsstrijd, met de daarbij horende gevoelens. Vergelijk Chediak (1977): 'he (the toddler) fears the intensity of each and all impulses coming from within. He also fears being overwhelmed and overpowered by the strength of the mother's needs and will desperately try to reduce all needs, be they from the body or the psyche, to the most basic one of hunger'.

Het is nog niet duidelijk of moeder wellicht gedurende de babytijd van patiënt enerzijds zijn behoeften en anderzijds zijn verzadigd

zijn niet opmerkte. En dat ze hem dwangmatig op haar tijden voedde met het voorbijzien van de kinderlijke individuele wensen/noden. (Aan het opsporen hiervan wordt veel waarde gehecht – o.a. door Bruch – omdat dit mogelijk bijdraagt tot de zo bekende lichaamsschema- en perceptiestoornissen bij de latere anorexia nervosa patiënt). Verder waren er vanaf de vroegste jeugd bij patiënt obsessionele gedachten over zijn uiterlijk en over (de angst voor) het falen in zijn sociale contacten.

Hij was bang voor andere kinderen en voelde zich gauw bedreigd. Op school werd hij gepest vanwege zijn dikte. Hij stotterde en hij had een lui oog – stoornissen waar hij erg over in zat (zo ontwikkelde hij een duidelijke stotterfobie), maar die door beide ouders werden ontkend of gebagatelliseerd. Conrad (1977) schrijft hierover: 'expressions of affect emanating from the child are routinely ignored as parents respond in stead in a manner which gratifies their own needs'.

Toen hij 9 jaar oud was reageerde hij met enuresis nocturna op de geboorte van zijn zusje. Het lukte hem onvoldoende om uit te groeien tot en zich te handhaven als een autonoom functionerend individu.

Zijn persoonlijkheidsstructuur kan het beste geschetst worden als die van een dwangneuroticus met sterke schizoïde trekken. Ook als volwassene was hij – en is nog steeds, in mindere mate – angstig, geremd, timide, verkrampt, precies. Hij had door verdringing en isolatie weinig contact met zijn gevoelsleven – 'leef ik wel?' Hij leed onder eenzaamheid en was niet zelfverzekerd. Ook raakte hij snel teleurgesteld. Op volwassen leeftijd leerde hij meer en meer de hevige angsten, spanningen en obsessionele gedachten te bestrijden met alcohol.

Vermeldenswaard in verband met het onderhavige onderwerp is dat hij tijdens de late adolescentie, gedurende een korte verkering, enkele weken lang thuis niet at (buiten de deur wel) om met zijn lichaam een 'daad' te stellen, iets groots te laten zien aan de vriendin.

Op 25-jarige leeftijd huwde hij een hem sterk dominerende en bemoeuderende vrouw, die dacht patiënt wel van zijn minderwaardigheidsgevoelens te kunnen genezen.

Het huwelijk ging hij echter steeds meer als een 'gevangenis' beleven – patiënt worstelde wederom met de oude individuatieseparatie-problematiek.

Er ontstonden meer dwanggedachten en dwangdenkbeelden, handelend over een magische 'oplossing', die zich uiteindelijk niet meer lieten bezweren.

Het kwam tot een gewelddaad, binnen de familie, in een toestand van depersonalisatie, onder invloed van alcohol en diazepam. Het delict was de uitvoering van een dwanggedachte, en wellicht weerde hij zo ook een op het punt van uitbreken staande psychose af. De eerste dagen na het delict – tijdens de detentie – at hij niet. Om met zijn lichaam een daad te stellen, om 'nietiger' te worden, en om – op magische wijze – solidair te zijn met het slachtoffer. Er bestond toen

ook een suïcide intentie. Gepaard aan een sterke vijandigheid ten opzichte van het eigen lichaam – 'dat het delict had gepleegd'. In de literatuur over anorexia nervosa (Sours, 1974) wordt ook geschreven dat het lichaam waargenomen kan worden als iets bedreigends, iets dat onder controle moet worden gebracht. Patiënten lichamelijk lijden was overigens ook een vorm van boetedoening (Hart de Ruyter, 1971; Ross, 1977).

Zodra hij wist dat zijn slachtoffer elders gepast verzorgd werd, mocht hij van zichzelf weer eten (Hij had hierbij de magische gedachte: nu kan hij het niet meer zien).

Voor dat patiënt in onze kliniek kwam vertoefde hij nog één jaar in een psychiatrische inrichting, alwaar hij ook een anorexia-nervosa-achtige periode meemaakte, waarbij het gewicht daalde tot 50 kg. Er trad toen een spontaan herstel op.

Verifieerbare gegevens hierover ontbreken, omdat patiënt toen met niemand sprak over zijn magerzucht, en ook niemand van de medewerkers vermoedens in die richting had.

Een half jaar na opname in onze kliniek ving de door hem gewenste en door ons geïndiceerd geachte psychoanalyse aan (vijfmaal in de week).

En anderhalf jaar na opname ontwikkelde zich het anorexia nervosa beeld. Hoewel patiënt zelf de eerste verschijnselen van anorexia nervosa laat beginnen vlak na het delict is er echter pas sprake van een snelle verergering, na 1 jaar psychoanalyse. Toen ontwikkelden zich namelijk de boulimie, en de braak- en defaecatierituelen. Bij deze patiënt heeft de psychoanalyse, door het uitlokken van een drift- en ego-regressie, de aloude individuatie-separatie problematiek weer opgerakeld. Dat patiënt regredieerde bleek bij voorbeeld uit het optreden van heel intensieve lustvolle fantasieën met illusoire waarnemingsvervalsingen (dat zijn slachtoffer in de buurt was, dat hij hem hoorde lopen – Von Rad, 1979). Ook Thomä (1977) nam dit waar: 'this libido regression is paralleled by regression to the stage of hallucinatory wish fulfillment'. Vlak voor de verergering van het anorexia nervosa syndroom had patiënt tijdens de analyse een driftdoorbraak; even was hij de controle over zichzelf kwijt en ontviel hem een vervloeking. Hij stond nogal ambivalent tegenover dit gebeuren, enerzijds waardeerde hij dit als een levens-teken (van zichzelf), anderzijds vond hij het beangstigend (het vrezen van de driftimpulsen van binnenuit). Hij probeerde vervolgens deze driftdoorbraken te bezweren door zich lichamelijk te verzwakken.

Men kan ook stellen dat hij de nog grotendeels onbewuste, maar het innerlijk evenwicht zeer bedreigende oude conflicten uit de kindertijd omzette in handelen (acting out: Abt en Weissman, 1965; Rexford, 1975), waarbij dit handelen bestond uit het doen vermageren van het lichaam. Patiënt oefende zo ook een autonomie uit over dit object (vergelijk het kind in de koppigheidsfase, dat zelf wil bepalen wat het lichaam in/uit gaat).

Er waren ook duidelijke parallellen met de delictsituatie waar te nemen – het in handelen omzetten van grotendeels onbewuste

strevingen.

Toen patiënt zich meer en meer bewust werd van de aloude conflicten, zonder dat hij desintegreerde, had hij als het ware het acting out gedrag niet meer nodig. Dat Dettmering (1977) geen succes had met zijn psychoanalytische droominterpretaties bij een (fataal verloopend) geval van anorexia nervosa komt waarschijnlijk door de miskennis van het oorspronkelijke acting out karakter van de anorexia nervosa.

Bij patiënt is ook sprake geweest van een dedifferentiatie. Hij ontwikkelde lichaamsschema- en perceptiestoornissen (bijv. het niet meer kunnen voelen van verzadiging) die men in de tijd van Janet (1903) conversief noemde. De dedifferentiatie is te beschouwen als een onderdeel van de regressie. Met het toenemen van het gewicht, gekoppeld aan het psychisch herstel, ontstond er weer een differentiatie van de waarnemingen.

Of deze patiënt een uitzondering is op de door Lafeber (1971) verwoorde opvatting dat een klassieke psychoanalyse niet aanslaat bij een anorexia nervosa, lijkt gezien het verloop van de aandoening aannemelijk, maar is niet duidelijker te maken, daar de gegevens over het precieze verloop van de psychoanalyse niet beschikbaar zijn. Wel kan gezegd worden dat het verloop van de behandeling bij deze patiënt toont dat een psychoanalytische therapie bij anorexia nervosa niet poliklinisch kan plaatsvinden en dat de ondersteuning van deze therapie door een – bij te sturen – therapeutisch milieu noodzakelijk is.

Lafeber (1965) schreef dat dwangneurotische meisjes het zwaarst te behandelen waren; bij onze dwangneurotische patiënt viel op dat de psychoanalytische therapie tijdelijk een gedragstherapeutische ondersteuning behoefde.

Literatuur

- Abt, L. E. en S. L. Weissman (1965), *Acting out*, Grune & Stratton, New York en Londen.
- Beumont, P. J. V., C. J. Beardwood en G. F. M. Russell (1972), The occurrence of the syndrome of anorexia nervosa in male subjects. *Psychol. Med.* 2, 216-231.
- Bleyenbergh, G. en L. Delissen-van der Sloot (1976), Gedragstherapie bij anorexia nervosa, *T. Psychiat.* 18, 712-725.
- Bruch, H. (1971), Anorexia nervosa in the male, *Psychosom. Med.* 33, 31-47.
- Bruch, H. (1978), *The golden cage*, Harvard Univ. Press., Cambridge (Mass.).
- Cantwell, D. P. (1977), Anorexia nervosa, *Arch. Gen. Psychiatry* 34, 1087-1093.
- Cesar, M. (1977), The role of maternal identification in four cases of anorexia nervosa, *Bull. Menn. Clin.*, 41, 475-486.
- Chediak, Ch. (1977), The so-called anorexia nervosa, *Bull. Menn. Clin.*, 41, 453-474.
- Conrad, D. E. (1977), A starving family, *Bull. Menn. Clin.*, 41, 487-495.
- Dettmering, P. (1977), Ueber einen atypischen Fall von Anorexia nervosa, *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 26, 165-169.
- Egmond, J. L. van (1976), Endocriene en metabole aspecten van anorexia nervosa, *T. Psychiat.* 18, 665-679.
- Falstein, E. I., S. C. Feinstein en J. Judas (1956), Anorexia nervosa in the male child, *Am. J. Orthopsychiatry* 26, 751-772.

- Hart de Ruyter, Th. (1971), Anorexia mentalis, *Ned. T. Geneesk.* 115, 1631-1634.
- Heron, G. B. en D. A. Johnston (1976), Hypothalamic tumor presenting as anorexia nervosa, *Am. J. Psychiatry* 133, 580-582.
- Hoekstra, R. C. (1973), Prae-genitale fixaties bij delinquenten, *T. Psychiat.* 15, 22-27.
- Hoekstra, R. C. (1978), Ontwikkelingslijnen en diagnostiek, een literatuur-referaat, *T. Psychiat.* 20, 363-375.
- Janet, P. (1903), *Les obsessions et la psychasténie*, Felix Alcan, Parijs.
- Hoes, M. J. A. J. M. (1976), Psychoneurobiologische aspecten van de anorexia nervosa, *T. Psychiat.* 18, 680-711.
- Krans, H. M. J. (1980), Anorexia nervosa, *Ned. T. Geneesk.* 124, 743-748.
- Ladewig, D. (1968), Die Anorexia nervosa des Mannes, *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 101, 383-395.
- Lafeber, Chr. (1963), *Klinisch psychiatrische studie over de anorexia nervosa* (proefschrift), Schriks - Asten.
- Lafeber, Chr. (1965), Theorie en therapie van anorexia nervosa, *Ned. T. Geneesk.* 109, 1718-1725.
- Lafeber, Chr. (1971), Anorexia nervosa, (De Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde nr. 65) Stafleu - Leiden.
- Levy, E. L. (1977), Anorexia nervosa, *Bull. Menn. Clin.* 41, 415-417.
- Mogul, S. L. (1980), Ascetism in adolescence and anorexia nervosa, *The psychoanalytic study of the child*, 35, 155-178.
- Pieters, G., J. Cambien en W. Vandereycken (1980), Anorexia nervosa bij jongens, *T. Geneesk.* 36, 9-15.
- Rad, M. von (1979), Ueberlegungen zur psychoanalytischen Psychotherapie der Anorexia nervosa, *Prax. Psychother. Psychosom.* 24, 195-201.
- Rexford, E. N. (1975), *A developmental approach to problems of acting out*, Int. Univ. Press, New York.
- Reicher, J. W. (1963), Behandeling in penitentiaire inrichtingen en in klinieken, In: Th. Hart de Ruyter (Red.) *Capita selecta uit de jeugd- en kinderpsychiatrie*, Standaard Boekhandel - Antwerpen.
- Reicher, J. W. (1973), Die Behandlung in einer Sonderanstalt für psychisch gestörte Delinquenten, *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 22, 120.
- Reicher, J. W. (1976), Die Entwicklungspsychopathie und die analytische Psychotherapie von Delinquenten, *Psyche* 30, 604-612.
- Reicher, J. W. (1979), Psychoanalytically oriented treatment of offenders diagnosed as developmental psychopaths: the Mesdagkliniek experience, *Int. J. Law Psychiat.* 2, 87-98.
- Ross, J. L. (1977), Anorexia nervosa, *Bull. Menn. Clin.* 41, 418-436.
- Shainess, N. (1979), The swing of the pendulum - from anorexia to obesity, *Am. J. Psychoanal.* 39, 225-234.
- Solomon, A. P. en D. A. R. Morrison (1972), Anorexia nervosa: dual transference therapy, *Amer. J. Psychother.* 26, 480-489.
- Sours, J. A. (1974), The anorexia nervosa syndrome, *Int. J. Psycho-Anal.* 55, 567-576.
- Szyrnski, V. (1973), Anorexia nervosa and psychotherapy, *Amer. J. Psychother.* 27, 492-505.
- Thomä, H. (1977), On the psychotherapy of patients with anorexia nervosa, *Bull. Menn. Clin.* 41, 437-452.
- Vandereycken, W. (1978), Magerzucht en bewegingsdrang - de betekenis van hyperactiviteit bij anorexia nervosa, *T. Psychiat.* 20, 61-78 en 135-151.
- Vandereycken, W. (1980), Anorexia nervosa, In: Orlemans, J. W. G. (Red.) *Handboek voor Gedragstherapie*, Van Loghum Slaterus - Deventer.
- Vecht-van den Bergh, R. (1979), Anorexia nervosa op oudere leeftijd, *Ned. T. Geneesk.* 123, 105-108.

- Verbeek, E. (1974), Notities bij anorexia nervosa, *T. Psychiat.* 16, 533-541.
- Verbeek, N. en E. Verbeek (1977), Anorexia nervosa: karakteristiek en therapie van de driehoeksrelatie in het ouderlijk gezin, *T. Psychiat.* 19, 685-703.