

Gedragstherapie bij anorexia nervosa

door G. Bleyenberg en L. Delissen-van der Sloot*

Inleiding

Het syndroom anorexia nervosa wordt voor het eerst als zodanig benoemd door Gull (1874). Hij ziet overeenkomsten met hysterie en beschrijft zijn patiënten als 'halsstarrig, vaak bereid hun levenswijze door te voeren tot in een toestand van extreme uitputting'. Lasègue, die in 1873 over hetzelfde syndroom publiceerde, spreekt van 'l'anorexie hysterique'.

In ruim honderd jaar tijd is onze kennis omtrent anorexia nervosa en de behandeling ervan ondanks talloze artikelen niet erg vooruitgegaan. Daarom kan ook Van de Loo in 1975 schrijven: 'Het (anorexia) syndroom stelt ons voor vele raadsels: een afdoende theorievorm is tot nu toe niet bereikt en de therapie-resistentheid is dermate berucht, dat men vaak terugschrikt voor het op zich nemen van een klinische behandeling die onzeker, tijdrovend, arbeidsintensief, geduldeisend en – gezien de noodzaak van behandeling in teamverband – organisatorisch complex is' (blz. 136). Wel komt het verschijnsel steeds meer in de belangstelling zowel van wetenschappers als niet-wetenschappers. Of dit samenhangt met de veronderstelde toename van het syndroom is niet bekend.

Ook over de kenmerken en criteria van het anorexia syndroom bestaat geen eenstemmigheid. Om, zonder volledigheid te pretenderen, enkele auteurs te noemen:

- Bliss en Branch (1960) hanteren als enig criterium een gewichtsverlies van 11,3 kg (25 lb) of meer bij afwezigheid van organische ziekte.
- Dally en Sargant (1966) noemen 5 condities die zij essentieel achten voor de vaststelling van anorexia nervosa:
 - 1 voedselweigering, al of niet gepaard met anorexie;
 - 2 een minimaal gewichtsverlies van 10% vergeleken met het pre-morbide lichaamsgewicht;
 - 3 amenorrhoe van tenminste 3 maanden of als de menstruatie nog niet is begonnen een minimum leeftijd van 16 jaar;

* Resp. psycholoog, Medisch Psychologisch Instituut, St. Radboudziekenhuis, afd. Psychiatrie, Nijmegen, en student-assistente van het Medisch Psychologisch Instituut.

4 geen tekenen van schizofrenie, ernstige depressie of organische ziekte;

5 een maximum leeftijd van 35 jaar.

Echter ook bij mannen kan zich – hoewel slechts zelden – een anorexia nervosa syndroom ontwikkelen (het 3e criterium is dan niet geldig) evenals bij vrouwen na de menopauze.

– Browning en Miller (1968) hanteren niet het criterium amenorrhoe, noch het leeftijdscriterium. Zij omschrijven hun criteria als:

1 een significant gewichtsverlies;

2 de aanwezigheid van abnormale voedselvoorkeuren en eetpatronen;

3 de afwezigheid van organische ziekte en

4 de afwezigheid van psychose.

– Volgens Hilde Bruch (1970) wordt anorexia nervosa gekenmerkt door:

1 een meedogenloos streven naar dunheid, gepaard gaande met stoornissen in het lichaamsbeeld;

2 een gebrek aan juiste perceptie van lichaamssensaties, hetgeen zich manifesteert als een gebrek aan hongerbewustzijn en ontkennen van vermoeidheid;

3 een onderliggend alomvattend gevoel van onbruikbaarheid.

– In psychoanalytische interpretaties wordt de anorexia nervosa pate. beschreven als angst hebbend voor orale bevruchting met sadistische wensen (Fenichel, 1945; Sim, 1974). Anderen stellen dat een belangrijk aspect van anorexia nervosa is de angst van pate. om volwassen te worden ook in seksueel opzicht (Nemiah, 1958; Finch, 1967). Tevens wordt aanbevolen – niet logisch voortvloeiend uit de voorgaande hypothese – de pate. op bed te houden onder supervisie.

De gedragstherapeutische bijdrage

De eerste artikelen over gedragstherapeutische behandeling van anorexia nervosa verschijnen in 1964 en 1965 (Ayllon, Houghton en Osmond, 1964; Bachrach, Erwin en Mohr, 1965). Er zijn nog steeds geen systematische, gecontroleerde studies verricht. De hier vermelde literatuur over anorexia nervosa heeft dus betrekking op gevalsbeschrijvingen.

De gedragstherapie ziet gedrag vooral als een functie van de omgeving. Gebruikmakend van experimenteel geverifieerde principes uit de (leer)psychologie, tracht de gedragstherapeut het (observeerbare en meetbare) probleemgedrag van de anorexia pate. te veranderen. (Zie voor een uitvoerige verhandeling: De Moor en Orlemans, 1972). Zo nauwkeurig mogelijk wordt het probleemgedrag beschreven (waarbij ook weer het criterium van observeerbaarheid geldt) en er wordt gezocht naar de functionele relaties van dit gedrag met zijn controlerende variabelen. (Zie voor een uitvoeriger toelichting van een gedragstherapeutische probleemanalyse: Kanfer en Phillips, 1970, blz. 495-521).

Gedragskenmerken

Zoals we in de inleiding gezien hebben, bestaat er geen volledige overeenstemming over de kenmerken van anorexia nervosa-patiënten. Eén kenmerk wordt echter wel door allen geaccepteerd, nl. voedselweigering en/of ander abnormaal eetgedrag, met als resultaat vaak extreem gewichtsverlies. Verder zien we een hyperactiviteit. Andere mogelijke gedragskenmerken, zoals bijvoorbeeld veranderde lichaamsperceptie (Crips en Kalucy, 1974; Slade en Russell, 1973), laten we hier buiten beschouwing omdat onderzoek hiernaar zich nog in een experimenteel stadium bevindt en nog geen therapeutische toepassing gevonden heeft.

Doel van de gedragstherapeutische behandeling

De gedragstherapeutische behandeling van een anorexia pate. heeft als eerste doel het normaliseren van het eetgedrag, als gevolg waarvan het gewicht zal toenemen. Het belangrijkste criterium van verbetering is dan ook de gewichtstoename.

Welke doelstellingen eventueel nog gekozen worden naast het bereiken van het gewenste gewicht is voornamelijk afhankelijk van de individuele probleemanalyse van de anorexia patiënte.

Methode

De operante conditionering is één van de leerprincipes waarvan gedragstherapie gebruik maakt. Dit principe houdt in het kort in: Gedrag waarop een positieve consequentie volgt neemt in frequentie toe. Deze positieve consequentie wordt ook genoemd reinforcement, in het Nederlands: versterker of bekrachtiger (zie o.m. Kanfer en Phillips, hfdst. 6, 241-318). Belangrijk is dat de positieve consequentie systematisch (d.w.z. iedere keer opnieuw) volgt op het gewenste gedrag.

Een stringente toepassing van deze operante principes kan men bijv. vinden in het onlangs in het Nederlands verschenen boekje over zindelijkheidstraining van Fox en Azrin: In een dag zindelijk. In vrijwel elke gedragstherapeutische behandeling van anorexia nervosa wordt van het operante conditioneringsprincipe gebruik gemaakt. Er zijn enkele uitzonderingen. Hierover het volgende Schnurer, Rubin en Roy (1973) maken geen gebruik van operante conditionering. Het probleem van hun pate., bij wie de anorexia nog pas 6 maanden bestond, wordt beschouwd als een gewichtsfobie en vervolgens ook als zodanig d.m.v. systematische desensitisatie t.a.v. veranderd uiterlijk, behandeld (met gunstig resultaat). Terecht stellen de auteurs dat deze methode waarschijnlijk slechts voor een kleine groep anorexia patiënten bruikbaar is. De korte duur van het probleem in dit geval is opvallend, vergeleken met de vaak al jaren bestaande anorexia nervosa in andere gevalbeschrijvingen. Hallsten (1965) maakt ook gebruik van desensitisatie, echter samen met operante technieken. De desensitatieprocedure die Lang (1965) gebruikt, heeft niet zozeer betrekking op de anorexia van zijn pate. maar meer op andere problemen (sociale angst). Ook hier valt de korte bestaansduur van het pro-

bleem op (6 maanden). Overigens is het de vraag of de door Lang beschreven patiënten wel anorexia nervosapatiënten genoemd kunnen worden. Dit hangt af van de criteria die men hanteert.

Terug naar het operante conditioneringsprincipe. In feite houdt dit de omkering in van wat er tot dan toe in het leven van de anorexia pate. is gebeurd. Nl. op het niet-eten van de anorexia pate. volgde een positieve consequentie, in de vorm van aandacht van één of meer huisgenoten. In de behandeling trachten we nu een positieve consequentie te laten volgen op het wel-eten.

Hieronder volgt, zo concreet mogelijk, een beschrijving hoe een operant conditioneringsprogramma eruit kan zien.

Beschrijving van een operant conditioneringsprogramma en de additionele maatregelen

Er wordt naar gestreefd dat elk gedrag dat bijdraagt tot het bereiken van het doel (zie boven), bekrachtigd wordt. Er wordt een dieet samengesteld met behulp van een diëtiste, in overleg met patiënte. Bij de vaststelling van dit dieet wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de wensen van patiënte. De hoeveelheden en het aantal calorieën is zo mogelijk net iets meer dan patiënte gewoon was te eten. Deze hoeveelheden worden verdeeld over 3, 4 of 5 maaltijden. Iedere week, althans in het begin, wordt het dieet bekeken: aan wensen van patiënte wordt zoveel mogelijk voldaan. Ook wordt het aantal calorieën per dag iedere week iets opgevoerd. Er zijn echter ook therapeuten die onmiddellijk een dieet van b.v. 4000 cal. per dag aanbieden (o.a. Leitenberg, Agras, Thomson, 1968). (Een normaal ziekenhuismenu bestaat uit 2000-2500 cal. per dag).

Onderzoek naar wat effectiever zou kunnen zijn is niet verricht. In een later stadium kan bijv. een volledig door patiënte zelf samengesteld menu als bekrachtiger fungeren.

Er zijn twee mogelijkheden van toedienen van bekrachtiging:

- 1 bekrachtigen van voedselinname (d.w.z. voedselinname wordt gevolgd door een positieve consequentie);
- 2 bekrachtigen van gewichtstoename (d.w.z. bij gewichtstoename volgt een positieve consequentie).

Gewoonlijk gebruiken wij gedurende de eerste fase (van bijv. een week) de eerste wijze van bekrachtiging (bekrachtigen van voedselinname). Vervolgens gaan we over het tevens bekrachtigen van gewichtstoename. Ook in de literatuur vinden we deze volgorde in wijze van bekrachtiging (o.a. Bachrach e.a., 1965). Er zijn echter ook therapeuten die alleen gewichtstoename bekrachtigen (en positieve resultaten melden), (o.a. Garfinkel, Kline, Stancer, 1973). Ook op dit punt is er geen vergelijkend onderzoek verricht. Uit de klinische praktijk weten we echter wel dat het enkel bekrachtigen van voedselinname onvoldoende is. Men komt dan voor het probleem te staan dat de aangeboden maaltijden gegeten en bekrachtigd worden, terwijl toch geen gewichtstoename plaatsvindt. Binnen de operante conditioneringsoriëntatie is de meest waar-

schijnlijke hypothese dat het patiënte dan gelukt is na de maaltijd het ingenomen voedsel te braken of te laxeren. Het eten is waarschijnlijk nog negatief beladen en spanning-verwekkend en tevens stimulus tot braken of laxeren, waarop vervolgens angstreductie, hetgeen werkt als bekrachtiger, volgt.

Ad 1. Bekrachtigen van voedselinname. De volgende maatregelen worden genomen:

– Patiënte is verplicht de hele dag op bed te blijven, liefst op een kamer alleen. Men kan dit een toestand van deprivatie noemen, deprivatie van bekrachtigers.

– Alleen voor de maaltijden (bijv. 3, 4 of 5 x per dag) mag zij het bed verlaten. Het bed verlaten wordt, althans door de therapeut, als positief beschouwd en wordt contingent gemaakt aan voedselinname.

– Maaltijden worden, samen met iemand van de verpleging, genuttigd. Deze maaltijden worden zo gezellig mogelijk gemaakt. Er wordt gebabbeld over allerlei dingen, behalve over eten en voedsel.

– Heeft patiënte goed gegeten (dit kan zijn, afhankelijk van het criterium: alles op, minder over dan de vorige dag) dan wordt in overleg met patiënte bepaald wat zij prettig vindt om op bed te doen, gedurende een half uur. Dit kan bijv. zijn: puzzelen, handwerken, bezoek van een medepatiënt, roken. Heeft ze niet of weinig gegeten, dan gaat pate. zonder commentaar van de verpleging terug naar de kamer. Dit niet-bekrachtigen van niet-eten is een essentieel onderdeel van het geheel. Het overgebleven voedsel wordt teruggebracht naar de keuken en gewogen. Het aantal genuttigde cal. wordt bepaald. Op deze wijze kan men voorspellen wanneer men gewichtstoename mag verwachten, gezien het aantal genuttigde calorieën.

– Dagelijks wordt pate., op een vaste tijd, naakt gewogen. Dit wegen vindt meestal plaats vóór het ontbijt. Tijdens de eerste week wordt behalve het eetgedrag ook het overige gedrag geobserveerd, op grond waarvan eventuele veranderingen van het programma (c.q. bekrachtigers) plaatsvinden. Wat zijn mogelijke bekrachtigers voor deze pate., m.a.w. wat vindt deze pate. plezierig, wat doet of wil ze graag.

Ad 2. Bekrachtigen van gewichtstoename. Op elke gewichtstoename van minimaal bijv. 1 of 2 ons volgt een positieve consequentie. Dit bekrachtigen van gewichtstoename vindt gewoonlijk plaats naast de eerder beschreven maatregelen onder bekrachtigen van voedselinname. Welke deze positieve consequentie is, hangt van de betreffende patiënte af (zie tabel).

Zoals gezegd, hebben anorexia patiënten een sterke neiging tot hyperactiviteit. Soms is het mogelijk deze hyperactiviteit als bekrachtiger te gebruiken (Blinder, Freemon, Stunkard, 1970; Garfinkel e.a., 1973). Verder wordt ook het ontvangen van bezoek gekoppeld aan het bereiken van een bepaald gewicht (Kehrer, 1972; Hallsten, 1965). Andere bekrachtigers kunnen zijn t.v.-kijken (Leitenberg, Agras, Thomson, 1968), bewegingsvrijheid ge-

durende een bepaalde tijd (Liebman, Minuchin, Baker, 1974), wandelen (Garfinkel e.a., 1973), creatieve activiteiten (Garfinkel e.a., 1973), zelf het menu kiezen (Scrignar, 1971); eten in de eetzaal, minder medicijnen, een dag naar huis, weekendverlof en tenslotte ontslag.

Soms wordt gewerkt met een puntensysteem (een vorm van token economy) waarbij voor elke gewichtstoename een punt wordt toegekend. Pate kan dan bepaalde privileges verwerven door een aantal (tevorens bepaald) punten in te leveren. Elk privilege 'kost' een bepaald aantal punten (Garfinkel e.a., 1973; Kehrer, 1972; Azzerad, Stafford, 1969) (pate. 38 in tabel).

Een andere manier, die wij zelf nogal eens gebruikt hebben, is de volgende. We laten pate zelf een programma maken wat zij wil bij welk gewicht. Dit zelf gekozen programma geldt dan alleen bij gewichtstoename. Vindt er geen gewichtstoename plaats dan geldt een veel beperkter programma, het programma van de therapeut. Elke ochtend na het wegeen wordt bepaald welk programma die dag geldt.

Rol van de verpleging

Het uitvoeren van een dergelijke operant programma eist goede samenwerking tussen verpleging en therapeut terwijl ook de onderlinge samenwerking van verpleegkundigen goed moet zijn. Het strikt consequent uitvoeren van het programma is voorwaarde voor gedragsverandering en gewichtstoename. Meestal gaat er ook enige tijd (enkele dagen tot een paar weken) overheen, voordat alle betrokkenen op elkaar ingespeeld zijn en het operante conditioneringsprogramma correct uitgevoerd wordt. Tot dit moment bereikt is, blijft gewichtstoename uit.

Resultaten van operante conditioneringsprogramma's

Zie tabel: Overzicht behandelingen.

De hier vermelde artikelen betreffen de behandeling van één of meer anorexia patiënten met als belangrijkste methode operante conditionering. Het betreft in totaal 40 patiënten (waaronder 1 man, pat. 35). Bij alle patiënten wordt gewichtstoename gerapporteerd. De snelheid van gewichtstoename (van 1 kg per maand tot 4 kg per week) en de totale bereikte gewichtstoename tijdens het operante conditioneringsbeleid varieert nogal (van b.v. 7 kg in tijd van 1 jaar tot 14,6 kg in 8 weken). Of in alle gevallen ook het normale, c.q. ideale gewicht bereikt wordt, valt niet te lezen uit de artikelen.

Naast de gewichtstoename worden ook andere verbeteringen gemeld, zoals stemmings- en contactverbetering; deelname aan sociale activiteiten.

Wat betreft de follow-up gegevens, zijn de auteurs niet steeds even duidelijk.

In een 6-tal gevallen (5, 6, 2, 18, 22, 25) wordt vermeld dat heropname noodzakelijk was i.v.m. gewichtsafval. Tijdens de 2e opname wordt m.b.v. dezelfde operante conditionering weer een

gewichtstoename bereikt. Het gewenste gewicht wordt tijdens heropname meestal sneller bereikt.

Samengevat, kunnen we zeggen, dat, werkend vanuit een operant conditionerings-model de behandeling van anorexia nervosa steeds resultaat in de zin van gewichtstoename oplevert. Dit kan in kortere (enkele weken) of langere (langer dan één jaar) tijd gebeuren. Of patiënten na deze behandeling op gewicht blijven is een veel moeilijker te beantwoorden vraag.

Follow-up gegevens worden spaarzaam vermeld.

Is de operante conditioneringsaanpak voldoende?

In de niet-gedragstherapeutische literatuur vindt men vaak verwijzingen naar wat men noemt bedrust onder supervisie, naast wat men de eigenlijke psychotherapie noemt. Het zou de moeite waard zijn te onderzoeken of juist deze bedrust onder supervisie niet veel meer resultaat in de zin van gewichtstoename oplevert, wanneer deze in een operant kader, zoals beschreven, geplaatst werd.

Bij operante behandelingsprogramma's wordt gewoonlijk aangenomen dat na verloop van tijd de ingestelde bekrachtigers vervangen worden door natuurlijke bekrachtigers. Ook bij de behandeling van anorexia patiënten waar men gewichtstoename nastreeft, kan men veronderstellen dat natuurlijke bekrachtigers de tijdens behandeling ingestelde bekrachtigers gaan vervangen. Dit blijkt echter niet altijd zo te gebeuren. Patiënte komt terug in een omgeving (dikwijls de gezinssituatie) waar vaak nog dezelfde bekrachtigingscondities aanwezig zijn. Als dit het geval is, dan zal het bereikte resultaat (c.q. een bepaald gewicht(stoename)) niet blijvend zijn.

Wij zouden de stelling willen verdedigen dat operante conditionering wel een noodzakelijk, maar geen voldoende voorwaarde voor behandeling van anorexia nervosa is. Elke behandeling van anorexia nervosa zal o.i. de bovenbeschreven operante conditioneringselementen moeten bevatten, wil de behandeling resultaat hebben (resultaat in de zin van gewichtstoename). Wanneer er naast de operante conditionering niets méér gebeurt, is de kans op terugval vrij groot. Ook in de literatuur beschreven behandelingen van anorexia patiënten, waar niet uitgegaan wordt van een gedragstherapeutisch referentiekader, kan men dikwijls elementen van operante conditionering aanwijzen. Ziemer en Ross (1970) bijv. laten gecontroleerde isometrische oefeningen volgen op gewichtstoename. Barcai (1971) werkt met een contract t.a.v. gewichtstoename. Ook het regime Lafeber (1971) is te vertalen in een, weliswaar niet-systematisch, operant conditioneringsschema. Wat er nu meer moet gebeuren naast bereiken van gewichtstoename, is niet gemakkelijk te zeggen. Dit zal sterk afhangen van de probleemanalyse van betreffende patiënte.

We willen twee belangrijke en reeds toegepaste mogelijkheden noemen:

1 *Verandering van interactie met de omgeving.* Om te bewer-

stelligen dat de tijdens opname ingestelde bekrachtigingscontingenties ook werkzaam blijven wanneer patiënte weer naar haar oude omgeving terugkeert, is het van belang deze omgeving (i.c. het gezin) tegelijkertijd te veranderen.

Blinder (pat. 16) en Garfinkel (patiënten 19, 21, 23) en Kehrer (pat. 25) en ook wijzelf (pat. 39) besteden aandacht aan de gezinssituatie. Zeer zinnig is ook de benadering zoals vermeld in Liebman, Minuchin en Baker (1974). De structurele gezinstherapie van Minuchin wordt systematisch gecombineerd met operante conditionering. Als bekrachtigers worden dan bijv. gebruikt: vrijheid, bezoek, t.v.

Liebman e.a. onderscheiden de volgende stappen in hun behandelingsprogramma:

- 1 opname en observatie;
- 2 informele lunchsessies om de mate van negativisme en anorexia te bepalen;
- 3 toepassing van een operant bekrachtigingsprogramma om gewichtstoename te bewerkstelligen;
- 4 lunchsessies met het gezin om de gewichtstoename te vermelden en te bekrachtigen (zie voor een uitvoerig verslag een dergelijke lunchsessie: Aponte en Hoffman, 1973);
- 5 ontslag uit het ziekenhuis;
- 6 toepassing van een poliklinisch operant bekrachtigingsprogramma als een taak van het gezin, om gewichtsafname te voorkomen;
- 7 poliklinische gezinstherapie om de structuur en het functioneren van het gezin te veranderen.

De resultaten van Liebman e.a. (zie tabel) zijn goed. In de vermelde 4 gevallen wordt steeds een stabiel, normaal gewicht bereikt; een genormaliseerd eetgedrag en verbeterd sociaal gedrag. Er is geen terugval.

Deze benadering is vooral bruikbaar bij jongere anorexia patiënten (de leeftijden van de patiënten van Liebman e.a. variëren van 9-15 jaar). Voor oudere anorexia patiënten is een dergelijke benadering moeilijker of niet te realiseren. Heel vaak immers zal voor de oudere anorexia patiënte (bij wie meestal de anorexia ook al langer bestaat) het oorspronkelijke milieu (i.c. het gezin) op de achtergrond zijn geraakt. Het doel van oudere anorexia patiënten zal eerder zijn het verwerven van zelfstandigheid: voor deze categorie anorexia patiënten kan van belang zijn:

2 *Het leren van sociale vaardigheden*. Dit kan bijv. in de vorm van een 'assertieve training', een gedragstherapeutische methode, waarbij men leert zich zelfstandiger en onafhankelijker op te stellen in allerlei situaties. (Zie voor de procedure bijv. Rimm en Masters, 1974, 82-124). Door Lang (1965) wordt o.m. aandacht besteed aan het leren van sociale vaardigheden. Ook onze patiënten (38 en 40) kregen assertieve training. Wil de behandeling blijvend resultaat hebben, dan kan het leren van sociale vaardigheden een addendum van de operante conditionering zijn.

Aan de hand van klinische ervaringen zou nog meer te zeggen

<i>auteur(s)</i>	<i>nr.</i>	<i>lft.</i>	<i>duur</i> <i>a.n.</i>	<i>bekrachtigers</i>	<i>gewichts- toename</i>	<i>andere verworvenheden follow-up</i>	<i>additioneel</i>
Azerrad, J., Stafford, R. L. 1969	1	13	2 mnd	- m.b.v. een puntensysteem leuke dingen krijgen, bv. postzegels, postpapier, extra verlof - na een gelukke maaltijd volgt een zelf gekozen activiteit	20 p. in 100 dagen	deelnemen aan sociale activiteiten	pte. bleef 1 p. per mnd aankomen na ontslag tot gewenst gewicht was bereikt
Bachrach, A. J. et al. 1965	2	37	± 17 j	Iedere beweging die leidde tot voedsel- inname werd bekrachtigd. Als een gedeelte van de maaltijd werd geconsumeerd werd 1 item v. d. wenslijst van een vervuld. Later: eten met anderen	14 p. in 1 jaareen zeer actieve vrouw 7 p. na 2e opname maand	Zij blijft erg dun: 72 pond 2e opname	
Bhanji, S., Thomson, J. 1974	3-13	11 ♀ van 13-21 jaar	10 mnd 8 mnd	hiërarchie van wensen 8 maaltijden in tijdsduur afnemend van 60 min. tot 5 min. met een omgekeerd evenredige beloning	0.9 tot 3.3 kg per week	herstel pathologische attitude m.b.t. eten	in 2 gevallen: heropname waarvan 1 ook 3e en 4e opname
Bianco, F. J. 1972	14 15	22 16	10 mnd 8 mnd	privileges privileges	1.3 lb. p. dag 1 p. p. dag		goed functioneren
Blinder, B. J. et al. 1970	16	22	6 jr	hyperactiviteit verbinden aan gewichts- toename	3.8 p. p.w.	stemmings- en relatieverbetering	na gezinssesies uithuisplaatsing gepland
	17	20	enk. mnd	hyperactiviteit verbinden aan gewichts- toename	4.1 p. p.w.	stemmings- en relatieverbetering	bescheiden sociaal leven
	18	15	mnd	hyperactiviteit verbinden aan gewichts- toename	3.9 p. p.w.	relatieverbetering	2e opname aangepast schoolleven, beperkte sociale relaties
Garfinkel, P. E. et al.	19	19	14 mnd	als 0.15 kg kg p.d.: wandelen en gymnastiek; als 1 kg p.d. weekendverlof	10 kg in 4 mnd.		individuele en gezinstherapie

20	18	9 mnd	als 0.15 kg p.d. gymnastiek; als 1 kg p.d. 14.6 kg weekendverlof	in 8 weken	geen follow-up	
21	17	15 mnd	als 0.15 kg p.d. privileges op de afdeling, 8.6 kg bezigheidstherapie, buiten-klinisch contacten; als 1 kg p.d. weekendverlof	in 6 weken	relatieverbetering	ontslaggewicht gehand- haafd
22	16	11 mnd	als 0.15 kg p.d. gymnastiek, wandelen, pottenbakken; als 1 kg p.d. yoga en weekendverlof	12 kg in 3 weken		
23	13	5 mnd	als 0.15 kg p.d. wandelen en verblijf in patiëntenrecreatiekamer; als 1 kg p.d. weekendverlof	9 kg in 6 weken		gewichtstoename + hand- haven gewenst gewicht na de 2e opname 2e opname
24	12	3 jr	alleen bezoek bij gewichtstoename	22 p. in 90 dagen	beter communicatie me ouders en familie- leden	normaal eetgedrag, goede aanpassing aan thuis en schoolsituatie
25	7	15 mnd	zorgvuldig gedekte tafel: gezellige sfeer en geanimeerd gesprek van de therapeut	5.7 kg in 89 dagen		- systematische desensitisatie m.b.t. eetgedr. - gezinstherapie
26	14	± 2 jr	puntensysteem - bezoek van ouders	6 kg in 6 mnd.	deelnemen aan sociale activiteiten	kleine gewichtsverbetering, daarna afname 2e opname
27	12	2½ mnd	privileges d.m.v. puntensysteem o.a. een hond, bioscoopbezoek e.d.	± 8 kg in 6 weken	beter contacten, levendiger, vrolijker	volledig herstel van eetgedrag
28	17	1 jr	leuke dingen krijgen of gezellige dingen mogen doen, iedere hap werd geprezen	26 l.b. in 13 dagen		iets in gewicht verminderd, 3 l.b., daarna stabiel
29	14	2 jr	leuke dingen krijgen of gezellige dingen mogen doen, iedere hap werd geprezen	17 l.b. in 19 dagen		na ontslag 5 l.b. gewichts- toename
30-33	9-15	v. 2 tot 9 mnd.	bewegingsvrijheid en andere privileges	in 7 tot 14 da.		normaal gewicht, normaal eetgedrag
et al.	1974		gewichts- stel van ½ tot 1/3 v. h. oorspr. gew.			- gezinstherapie zie tekst

andere verworvenheden follow-up

nr.	lft.	duur a.n.	bekrachtigers	gewichts- toename	andere verworvenheden follow-up	additioneel
34	14	2 jr	voorkeursvoedsel	22½ lb. in 15 sessies	zelfstandiger en beter in staat problemen op te lossen	gewichtstoename
35	23		aandacht van een oom	10 lb. in 14 dagen	verbeterde houding, bereiden tot samen- werking met personeel	
36	22	3 jr	allerlei privileges, waaronder bewegings- vrijheid, bezoek aan zelfgekozen programma	9 kg in 5 mnd.	stemmingsverbetering; in staat tot studeren; contactverbetering	heropname noodzakelijk - syst. desens. t.a.v. sexueel trauma
37	26	4 jr	bewegingsvrijheid	4 kg in 7 weken		onbekend; tegen advies vertrokken
38	23	2,6 jr	puntensysteem (wandelen, zwemmen, bezoek, weekend)	6 kg in 3 mnd.	stemmingsverbetering; denkt positiever over zichzelf; contact- verbetering	± 1 jr. geringe gewichts- toename - assertieve training
39	21	1 jr	privileges, waaronder bewegings- vrijheid, bezoek	8 kg in 6 mnd.	stemmingsverbetering; zelfstandiger; contact- verbetering	± 1 jr. gewicht gehand- haafd - gezinstherapie
40	20	2,6 jr	allerlei privileges, waaronder bewegings- vrijheid en bezoek	8 kg in 3 mnd.	stemmingsverbetering; zelfstandiger	vormen van assertieve training

J. S.

door de auteur
(G. B.) be-

handelde of
onder super-
visie van de
auteur behan-
delde patiënten

zijn over de individuele probleemanalyse van anorexia patiënten op grond waarvan naast de anorexia nervosa, ook aan andere problemen gedragstherapeutisch gewerkt kan worden. Dit valt echter buiten het kader van dit artikel.

Enkele opmerkingen t.a.v. research

Strupp (Bergin en Strupp, 1972) in een discussie met Paul Meehl en Neal P. Miller over gecombineerde research in psychotherapie pleit voor een vergelijkend onderzoek van behandelingen van anorexia nervosa. Als belangrijke voordelen noemt hij dat de groep patiënten betrekkelijk homogeen is, de diagnose niet te veel problemen hoeft op te leveren en dat tenminste één belangrijk criterium van effect gespecificeerd kan worden (nl. gewichtstoename).

Ook de onderzoeken van Slade en Russel (1973) en Crips en Kalucy (1974) naar lichaamsperceptie kunnen in de toekomst belangrijke therapeutische consequenties krijgen. Deze auteurs hebben in een experimentele opzet o.m. aangetoond dat anorexia patiënten vóór hun gewichtstoename, hun lichaam dikker en breder beoordeelden dan in werkelijkheid het geval was. Na gewichtstoename werden de lichaamsmaten meer overeenkomstig de werkelijkheid waargenomen.

Een ander punt dat empirisch onderzoek verdient is de rol van seksualiteit bij anorexia patiënten. Zeer vaak nl. wordt in de sexuele ontwikkeling van de anorexia patiënte een sexuele ervaring vermeld die haar in grote verwarring en spanning bracht, meestal gelijktijdig met wat het begin van de anorexia genoemd kan worden (zie ook bijv. Crisp, 1965).

Het is duidelijk dat er nog veel research te verrichten valt.

Literatuur

- Aponte, H., L. Hoffman: The open door: a structural approach to a family with an anorectic child. *Family Process*, 1973, 12, 1.
- Ayllon, T., E. Haughton en H. O. Osmond: Chronic Anorexia: a behavior problem. *Can. Psychiat. ass.*, 1964, 9, 147-154.
- Azerrad, J., R. L. Stafford: Restoration of eating behavior in anorexia nervosa through operant conditioning and environmental manipulation. *Beh. Res. Ther.*, 1969, 7, 165-171.
- Bachrach, A. J., W. J. Erwin en J. P. Mohr: The control of eating behavior in an anorexic by operant conditioning techniques. In: *Case studies in behavior modification*. (eds. Ullman en Krasner), Holt, Rinehart and Winston, New York, 1965.
- Barcai, A.: Family Therapy in the treatment of anorexia nervosa. *Am. J. Psychiat.*, 1971, 128, 3, 286-290.
- Bergin, A. E. en H. H. Strupp: *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Aldine, Chicago & New York, 1972.
- Bhanji, S., J. Thompson: Operant conditioning in the treatment of anorexia nervosa: a review and retrospective study of 11 cases. *Brit. J. Psychiat.*, 1974, 124, 166-172.
- Bianco, F. J.: Rapid treatment of two cases of anorexia nervosa. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, 1972, 3, 223-224.

- Blinder, B. J., D. M. A. Freeman en A. J. Stunkard: Behavior Therapy of anorexia nervosa: effectiveness of activity as a reinforcer of weight gain. *Am. J. Psychiat.*, 1970, 126, 1093-1098.
- Bliss, E. L. en C. H. H. Branch: *Anorexia Nervosa*. Hoeber, New York, 1960.
- Browning, C. H. en S. I. Miller: Anorexia nervosa: a study in prognoses and management. *Am. J. Psychiat.*, 1968, 124, 8, 1128-1132.
- Bruch, H.: Psychotherapy in primary anorexia nervosa. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1970, 150, 51-67.
- Crisp, A. H.: Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa. A study of 30 cases. *J. Psychosom. Res.*, 1965, 9, 67-78.
- Crisp, A. H. en R. S. Kalucy: Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1974, 47, 349-361.
- Dally, P. en W. Sargent: Treatment and outcome of anorexia nervosa. *Brit. Med. J.*, 1966, 2, 793-795
- Fenichel, O.: *The psychoanalytic theory of neurosis*. W. W. Norton, New York, 1945, 176.
- Finch, S. M.: Psychological Disorders. In: *Comprehensive textbook of psychiatry* (eds. Freedman, A. M. en H. I. Kaplan). Williams and Wilkins, Baltimore, 1967.
- Garfinkel, P. E., S. A. Kline en H. C. Stancer: Treatment of anorexia nervosa using operant conditioning techniques. *J. Nerv. and Ment. Dis.*, 1973, 6, 428-433.
- Gull, W. W., Anorexia nervosa. *Trans. clin. soc. Lond.*, 1874, 7, 22.
- Hallsten, E. A.: Adolescent anorexia nervosa treated by desensitization. *Behav. Res. Ther.*, 1965, 3, 87-91.
- Kanfer, F. A. en J. S. Philips: *Learning Foundations of behavior therapy*. John Wiley & Sons, New York, 1970.
- Kehrer, M. E.: Behandlung der Pubertätsmagersucht mit Verhaltenstherapie. *Nervenarzt*, 1972, 43, 129-139.
- Lafeber, C., *Anorexia nervosa*. Stafleu's wetenschappelijke uitgevermaatschappij N.V., Leiden, 1971.
- Lang, P.: Behavior Therapy, with a case of anorexia nervosa. In: *Case studies in behavior modification* (eds. Ullman en Krasner), Holt, Rinehart and Winston, New York, 1965.
- Lasègue, C.: De l'anorexie hystérique. *Arch. gén. Méd.*, 1873, 21, 385.
- Leitenberg, H., W. S. Agras, L. E. Thomson: A sequential analysis of the effect of selective positive reinforcement in modifying anorexia nervosa. *Behav. Res. Ther.*, 1968, 6, 211-218.
- Liebman, R., S. Minuchin, L. Baker: An integrated treatment program for anorexia nervosa. *Am. J. Psychiat.*, 1974, 131, 4, 432-436.
- Loo, K. J. M. van de: Anorexia nervosa: belichaamde levensonmacht. *Gedrag*, 1975, 3, 135-148.
- Moor, W. de, en W. G. Orlemans: *Inleiding tot de gedragstherapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1972.
- Nemiah, J.: Anorexia nervosa: fact and theory. *Am. J. Digest. Dis.*, 1958, 249-271.
- Rimm, D. C. en J. C. Masters: *Behavior Therapy, techniques and experical findings*. Academic Press, New York, 1974.
- Schnurer, A. T., R. R. Rubin en A. Roy: Systematic desensitization of anorexia nervosa seen as a weight phobia. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, 1973, 4, 149-153.
- Scrignar, C. B.: Food as the reinforcer in the outpatient treatment of anorexia nervosa. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, 1971, 2, 31-36.
- Slade, P. D. en G. F. M Russell: Awareness of body dimensions in

- anorexia nervosa: cross-sectional and longitudinal studies. *Psychol. Med.*, 1973, 3, 188-199.
- Sim, M.: *Guide to psychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh and London, 1974, 312.
- Stumphauzer, J. S.: Application of reinforcement contingencies with a 23 year-old patient. *Psychological reports*, 1969, 24, 109-110.
- Ziemer, R. R., J. L. Ross: Anorexia nervosa: a new approach. *Am. Correct. Ther. J.*, 1970, 24.