

Magerzucht en bewegingsdrang - De betekenis van hyperactiviteit bij anorexia nervosa (deel II)

door W. Vandereycken

In deel I van dit artikel bespraken we uitvoerig de verschillende vormen, onderverdelingen en incidentie van het klinisch voorkomen van fysische hyperactiviteit bij A.N. Enkele specifieke onderzoeken over dit aspect werden voorgesteld. We kwamen tot het besluit dat hyperactiviteit als belangrijk element in het klinisch tableau van A.N. thuishoort en vooral differentieel diagnostisch waardevol kan zijn. Of het ook een prognostische indicator is, blijft nog onduidelijk. Dit tweede deel behandelt vervolgens de meer speculatieve beschouwingen die vanuit verschillende gezichtspunten naar voor werden gebracht. Tenslotte gaan we na welke betekenis de hyperactiviteit bezit in de totale therapeutische benadering van A.N.

Theoretische beschouwingen

In dit kapittel bespreken we de uiteenlopende visies die vanuit diverse theoretische modellen geformuleerd zijn, in een poging om het fenomeen hyperactiviteit bij A.N. te verklaren. Allereerst bundelden we een reeks zienswijzen die moeilijk te systematiseren zijn. Trouwens de beschouwingen die we vervolgens groepsgewijze aan bod laten komen (naargelang het hoofddaccent verwijst naar een van de vele denkrichtingen in de gedragswetenschappen), zijn enkel voor de duidelijkheid kunstmatig onderscheiden.

A. Niet gesystematiseerd

We zagen reeds hoe Bliss en Branch (1960) de hyperactiviteit bij A.N. patiënten relativeren. Hun verklaring voor deze *schijnvitaliteit* ligt in dezelfde lijn: de meeste patiënten vertonen traag, graadueel en progressief gewichtsverlies over een periode van meerdere maanden tot jaren, hetgeen een fysiologische adaptatie mogelijk maakt. Als mogelijke andere uitleg die voor sommigen zou

Schrijver is arts-assistent, verbonden aan de Universitaire Psychiatrische Kliniek 'St. Jozef' (Dir.: Prof. Dr. R. Pierloot) te Kortenberg. Deel I verscheen in het vorig nummer. Anorexia nervosa zal verder afgekort worden als A.N.

gelden, merken ze op: '... malnutrition gives a sense of freedom that enhances their subjective capacity for activity' (p. 44). De auteurs lichten dit niet verder toe, maar doelen wellicht op de eufore toestand die de ascetische hongerstaker bereikt wanneer hij zulke extreme zelfbeheersing aan zijn lichaam oplegt.

'L'hyperactivité et l'idéalisme ascétique sont, d'une certaine façon, liés psychobiologiquement à la maigreur, comme l'inactivité et l'esprit "terre à terre" le sont à l'obésité' (Demoulin, 1969). De A.N. patiënt kent zelden of nooit genot, het lichaam wordt enkel als last ervaren, en elke lust (of het nu eetlust of functioneel lust betreft) wordt hardnekkig bekampt: 'It appeared that every use these children made of their bodies, and every act they undertook, was designed to produce the minimum amount of pleasurable sensation', (Galdston, 1974).

Men kan ook merken hoe de aanvaarding van het eigen lichaam als *geslachtslichaam geblokkeerd* is. 'Gedragsobservatie bij bedoelde meisjes leert ons telkens weer, dat hun contactmodus, locomotoriek, gestiek en mimiek gespeend zijn van alle erotiek' (van de Loo, 1975). Met de vermagering elimineert de A.N. patiënt de seksuele gedrevenheid die in de puberteit ontwaakt. Ze keren terug tot de naïeve onschuld van het kind in de latentiefase. Deze prepuberale leeftijdsepisode wordt ook gekenmerkt door prestatiedrang en leergierigheid waaraan de niet-creatieve, reproductieve vlijt en onpersoonlijke arbeidzaamheid van de A.N. patiënt verwant lijken (Lafeber, 1971, 106-107).

Fey en Hauser (1970) stelden vast, dat de helft van hun patiënten op fanatieke wijze in hun beroep opgingen: 'Diese Ueberbetonung der Berufsarbeit kann eine Kompensation der verdrängten Weiblichkeit sein und so der Ausdruck einer auffällig männlichen Haltung'.

Vooral in de Franse literatuur wordt erop gewezen hoe A.N. patiënten het materiële afwijzen in een *idealisering van het spirituele*, 'l'aspiration à l'intellectualisme pur dans la répudiation des plaisirs de table' (Michaux en Georges-Janet, 1956). Hun ascetisme, perfectionistische instelling en intellectualistische levensvisie worden beschouwd als verdedigingsmechanismen tegenover lust- of driftangst, en vrees voor controleverlies (Marco, 1968).

Men heeft deze aspecten overgeaccentueerd omdat men aanvankelijk A.N. vooral in intellectuele kringen meende aan te treffen. We weten nu echter dat het in uiteenlopende socio-economische klassen kan voorkomen. Wel heeft men zekere verbanden aangetoond tussen intellectueel functioneren en bepaalde eet- en spijsverteringsmoeilijkheden bij schoolgaande kinderen (Bergé en Denjean, 1974) maar niet specifiek voor A.N. Deze laatste kunnen wel dikwijls veeleisend zijn in hun studieprestaties die hen zelden bevredigen. Een 'tegenslag' qua schooluitslagen is soms een uitlokkende factor voor de vermagering (Brusset, 1976).

Lafeber ziet de hyperactiviteit ook in functie van de magerzucht, en als uiting van vijandigheid tegenover het eigen lichaam, waarbij het soms om een afmatingsproces kan gaan. In sommige geval-

len kan het dan de indruk geven van een *zelfbestraffingsmaatregel*. Men legt zichzelf allerlei verboden op: niet te gaan zitten, niet te slapen, niet te liggen tenzij met hoofd en ledematen in gespannen houding (Ziolko, 1966). 'Il suffit d'ailleurs d'avoir observé de nombreux anorexiques pour constater combien l'état de tension qu'ils présentent est caricatural, et augmente avec la gravité de l'évolution'. (Bergès en Bounes, 1974, 132).

Naast het feit dat fysieke activiteit een belangrijke factor is in de precipitatie van een negatieve metabolische balans, kan het afmatten van een uitgemergeld lichaam een *auto-destructief karakter* hebben. Blitzer, Rollins en Blackwell (1961) geven hiervan een sprekende illustratie: een meisje at en studeerde rechtop en bleef de hele dag staande; zij wandelde soms uren lang in de sneeuw met enkel een dun hemd, blue jeans en tennisschoeisels aan; haar zelfdestructiefantasieën stonden in verband met schuldgevoelens tegenover moeders dood (1 jaar vóór de aanvang van de anorexie) en tegenover haar moordgedachten omtrent haar jongste zus op wie ze hevig jaloers was.

De hyperactiviteit kan bedrieglijk zijn voor de omgeving. 'Loin de s'affaiblir, de s'attrister, la malade conserve une activité physique et psychique, une alacrité qui fait illusion à sa famille' (Crémieux, 1954, 12). Het actief blijven ondanks vermagering vormt voor sommige patiënten een waar verdedigingssysteem, wanneer zij resoluut willen bewijzen dat hun gezondheidstoestand gunstig blijft: 'la preuve étant fournie par la persistance d'un travail supérieur à la normale et effectué sans fatigue' (Sévin, 1957, 30).

Vele van deze uiteenlopende aspecten die men aan de hyperactiviteit van A.N. patiënten toeschrijft, krijgen bij Hilde Bruch (1973) een specifieke theoretische onderbouw. Door een gestoorde interactie met de ouders, die het kind niet als individu met eigen noden en verlangens erkenden, is het leerproces dat tot lichaamsbesef en zelfbewustzijn leidt, bij A.N. patiënten abnormaal verlopen. Als gevolg hiervan zijn hun psychische functies op drie domeinen verstoord: 1) een *verwongen lichaamsbeeld* waardoor de uitmergeling als 'normaal' en de toestand als 'gezond' verdedigd wordt, 2) een *gestoorde perceptie van interne stimuli* bv. ontkenning van honger en vermoeidheid, en 3) een *verlamd gevoel van onmacht of hulpeloosheid* dat hen ervan weerhoudt als initiator en actor in de eigen leefsituatie op te treden.

Deze drie facetten kan men weervinden in de hyperactiviteit: het overschrijden van de normale prestatiegrenzen (gesignaleerd door moeheid) en de 'paradoxical sense of alertness' zijn een uitdrukking van zowel een verwongen lichaamsconceptie als -perceptie, het bovenmatig actief-zijn kan daarbij insufficiëntiegevoelens maskeren of overcompenseren (een pseudo-stenie in plaats van astenie). Sommige patiënten zouden zelfs naar amfetamines grijpen, om het gevoel van inertie en innerlijke leegte te onderdrukken en overactiviteit in stand te houden (Selvini-Palazzoli, 1974, 67).

B. Fenomeno-antropologisch

De opvattingen van Mara Selvini-Palazzoli (1974) maakten zulk een evolutie door (van psychoanalytisch tot systeemtheoretisch) dat ze moeilijk onder eenzelfde hoofding te brengen zijn. Haar visie op de hyperactiviteit steunt weliswaar op belangrijke psychodynamische noties (à la Melanie Klein) maar is verder ook duidelijk daseinsanalytisch geïnspireerd. De essentie van haar opvattingen over het hier besproken fenomeen vindt men terug in volgend citaat: 'L'hyperactivité neuro-musculaire n'a pas simplement pour but une consommation de calories qui augmente l'amalgamissement. Elle exprime aussi le besoin de combattre le sentiment d'être passif et "chosifié". Il s'agit d'une recherche d'expérience active de dilatation spatio-temporelle' (Selvini-Palazzoli, 1967).

Het lichaam is voor de A.N. patiënt tegelijk een slecht en fascinerend object (Selvini-Palazzoli, 1965). Dit lichaam met zijn stimuli en behoeften is een bedreigende entiteit waar men wantrouwig tegenover staat. Het is meester over de patiënt die in een passieve rol gedrongen wordt: het lichaam doet me eten. Maar ditzelfde lichaam is ook fascinerend en kan niet gemist worden, men moet het enkel in toom houden: *de meester moet slaaf worden*, dus hard werken en inspanningen ondergaan. De A.N. patiënt wil geen slaaf zijn van haar lichaam: ze ontkent honger en vermoeidheid, en wil haar meesterschap tonen door voedselweigering en hyperactiviteit.

De houding van de A.N. patiënt tegenover haar eigen lichaam is even ambivalent als tegenover haar moeder. 'Von der Triebambivalenz her ergeben sich Beziehungen zur Position von Abraham, wonach die Hyperaktivität als ein Wunsch nach Passivität interpretiert werden könnte' (Selvini-Palazzoli, 1965). Deze dialectiek goed-slecht, actief-passief, drukt uit hoe ambigu deze patiënten hun lichamen ervaren: het is tegelijk vreemd en eigen, achtervolger en achtervolgde. Selvini situeert A.N. daarom tussen schizofrenie en depressie, en karakteriseert het als intrapersoonlijke paranoia: 'The search for power is experienced as impossible in interpersonal relationships and is carried out in the intrapersonal structures, in the fight against the body' (Selvini-Palazzoli, 1965).

Door haar hyperactief gedrag bevecht de A.N. patiënt niet enkel het gevoel passief overgeleverd te zijn aan lichamelijke behoeften, maar streeft ze ook actief naar een *verruimde spatio-temporele beleving*. Resultierend uit vroegkinderlijke ervaringen van ongelukkige interpersoonlijke relaties, zouden zij tijd en ruimte op bijzondere wijze beleven: er is de leegte van de tijd zonder toekomstperspectief (ze hebben elke ontwikkeling stilgelegd) en de leegte van hun levensruimte (contacten en relaties zijn vluchtig, missen warmte en diepgang). De excessieve fysische activiteit kan begrepen worden als 'a desperate bid to fill what had become an utterly boring space by fluttering about like an imprisoned butterfly' (Selvini-Palazzoli, 1974, 143). Het drukdoend bezig zijn moet de leegte opvullen.

De beschouwingen van Bourgeois (1973) knopen hier enigszins

bij aan. Als kernfenomeen bij A.N. accentueert hij dat de lichaamsgrenzen onduidelijk, fragiel, vaag en misvormd zijn, met kwetsbaarheid als gevolg: er is geen klare afgrenzing tussen inwendige en uitwendige wereld. Bij de toepassing van relaxatie stelde Bourgeois vast, dat A.N. patiënten snel een ontspanning van hun skeletspieren bekomen. Aangezien de musculatuur een belangrijk element is in de afgrenzing van het lichaam, kan een te gemakkelijke spierontspanning wijzen op de afwezigheid van een 'armature' die als bescherming tegen de buitenwereld dienst doet. Is het overmatig fysisch actief zijn dan een 'harden' van dit spierstelsel als compensatie vanuit een gevoel van *zwakke lichaamsbegrenzing en -beveiliging*?

De bewegingsdrang kan ook een bijzondere betekenis hebben vanuit de notie 'persoonlijke ruimte': buiten de lichaamsoppervlakte en de kleding, is er nog een derde 'huid', de perilihamelijke ruimte of bufferzone. Bourgeois vraagt zich af, of de begrenzing van het lichaamsbeeld (body image of *vécu corporel*) wel moet opgevat worden als een demarcatieline die de lichaamsoppervlakte niet overschrijdt. Kan deze grens zich niet uitstrekken rond het individu, nl. tot de ruimte bepaald door de actieradius van zijn spieren? 'Nous pourrions définir d'une part "l'enveloppe" du corps, espace située entre la personne et l'extérieur, et d'autre part "la limite" du corps, qui met en place l'individu, qui lui donne son "volume" dans l'espace, lui procurant aussi une armature tonique, et qui coïncide donc avec la paroi du corps' (Bourgeois, 1973). Voortgaande op deze begrippen zou men aan de A.N. patiënt volgende *specifieke verdedigingsstrategie* kunnen toeschrijven: vanuit de ervaring een zwakke penetreerbare afgrenzing tegenover de buitenwereld te bezitten, tracht de patiënte enerzijds haar zo snel bedreigd lichaam ('volume') zoveel mogelijk weg te cijferen (vermagering) en anderzijds zich ongrijpbaar te hullen in een ruimtelijk veld ('enveloppe') dat breed en grillig uitdeint (bewegingsdrang). Het zou in elk geval boeiend kunnen zijn, te onderzoeken hoe A.N. patiënten gebruik maken van de ruimte, en wat hun hyperactiviteit betekent in het licht van begrippen als territorialiteit en persoonlijke ruimte.

C. Psychoanalytisch

Gesteund op de terminologie van Jaspers omtrent de driften (Triebe) komen Fey en Hauser (1970, 89), bij de beschrijving van het specifieke in het psychopathologisch beeld, tot besluit: '... bei der Anorexia nervosa von den Triebveränderungen nur die Einschränkung des Nahrungstriebes (Hunger und Durst) und die Steigerung des elementaren Bewegungstriebes als autochthonen Störungen aufzufassen'. Beschouwt men de driften vooral als een zeker quantum energie, een niet te stuiten drijfkracht voor acties, dan speelt hyperactiviteit een compenserende rol als *spanningsregulator* wanneer niet bevredigde honger de homeostasis van het organisme bedreigt.

'Hunger ist eine Gefahr, eine Not. Eine Grenze unserer biologi-

schen Existenzmogelijkheid wordt in ihm voelbaar. Der Hungernde lebt unter dem Zwang des triebhaften Verlangens. Er ist in eine Enge getrieben, aus die er sich notfalls mit Gewalt zu befreien sucht' (Zutt, 1948). In de bewegingsdrang en neiging tot overdreven inspanningen houdt de A.N. patiënt niet enkel de *fictie van autarchie* (pseudo-autonomie, caricaturale zelf-beheersing) hoog, maar vindt er ook een afvloeit voor de excitatie of prikkeling die uitgaat van onderdrukte voedingsbehoeften (Thomä, 1961, 291). In dit verband citeert Thomä uit het belangrijke werk van Katz ('Hunger und Appetit', 1932): 'Im Hunger ist eine Spannung gegeben, solange diese nicht befriedigt wird, bringt sie Bewegungen in Fluss, sei es im Gebiet der Vorstellung, sei es, was noch ursprünglicher ist, im Muskelsystem'. Psychoanalytisch gesproken gaat het om een regressieve bezetting (cathexis) van de motiliteit. Bewegingsdrang en kleptomanie bij A.N. kunnen dan begrepen worden als motorische verschijnselen die verwijzen naar een *niet bevredigde honger* (Thomä, 1961, 292). Men doet hier vooral een beroep op het economisch principe van de psychoanalyse: biologisch-energetische excitatieprocessen van de 'driftbron' streven steeds naar ontlading. Hyperactiviteit is dan een vorm van indirecte ontlading van een driftspanning die geen directe uitweg vindt. Het is een bijzondere wijze om de honger te 'stillen'. Wordt de drift een directe bevrediging onthouden, kan het soms tot drift-doorbraken komen, in geval van A.N. bv. vraatzucht of boulimie die de patiënt overvalt. De bevrediging die A.N. patiënten in hun motorische onrust kunnen vinden is echter Ik-vreemd. Thomä (1961, 293) refereert hierbij naar de notie van Karl Abraham (in 'Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido', 1924): *'einer dem Bewusstsein entfremdeten Bewegungslust'*.

Samenvattend stelt Thomä (1961, 293) de volgende sequentie vast: (1) De afweer van een normale bevrediging of van de bewustwording van driftrepresentaties (honger-voeding) leidt tot (2) een triomf een autarchie bereikt te hebben en in de fictie te kunnen leven een perpetuum mobile te zijn; als gevolg hiervan (3) ervaren de patiënten uiteindelijk een van het Ik vervreemde bewegingslust, wordt hun lichaam tegelijkertijd gezuiverd en verliezen zij bovendien verder gewicht. Bevrediging en bestraffing vallen also samen. Verschillende van deze concepten vindt men terug in het werk, 'La faim et le corps', psychoanalytische reflecties van het echtpaar Kestemberg en hun medewerker Decobert (1972). Zij constateerden dat intellectuele en motorische hyperactiviteit voor sommige patiënten een compensatie is voor het gevoel van leegte ('une sorte de monotonie attristée', p. 101) en voor zelfonderschatting ('méséstime de soi', p. 179). Bij de motorische onrust speelt zeker een factor van angst een rol, maar het is tegelijk een bron van voldoening ('source de satisfaction constante et toujours recherchée', p. 96), zoals dit, merken de auteurs op (p. 156), ook klassiek beschreven wordt bij autistische kinderen. Het meest opvallend bij A.N. vinden Kestemberg et al. (1972) de uitgesproken *zelf-idealiserie*: ze hebben een imaginaire relatie met een ideaal

lichaam dat in werkelijkheid onbestaande is. Er is een bijna delirante negatie van het reële lichaamsbeeld: 'Cachectiques, elles semblent l'ignorer totalement et leur hyperactivité habituelle apparaît bien comme une négation massive de la misère physiologique qui est la leur' (Kestemberg, 1968). A.N. patiënten gehoorzamen aan een soort primordiale behoefte te tonen dat ze hun verlangens controleren, want zich onderwerpen aan lichamelijke behoeften is een uiting van passiviteit die zij niet dulden en actief verdringen door gedragingen die steeds meer pathologisch worden. De streving zichzelf (en de ander) zo sterk mogelijk onder controle te krijgen, lijkt ten grondslag aan het gedragspatroon van de A.N. patiënt. 'C'est en regard de ce même investissement massif du contrôle que l'on peut trouver une des clefs de compréhension de l'hyper-activité habituelle à ces sujets' (Kestemberg, 1968). Het belang dat bij A.N. gehecht wordt aan dit *zelf-meesterschap* is een uiting van een zeer archaïsche structuratievorm of organisatiewijze, nl. het fantasme van megalomane almacht. Deze patiënten ondervinden een intense voldoening op het niveau van hun intellectuele en motorische capaciteiten, die zij in zekre zin beleven als gescheiden van hun eigen lichaam, zelfs wanneer het gaat om habituele lichamelijke activiteiten in strikte zin, zoals lange wandelingen, rechtstaan enz. (Kestemberg, 1968). 'La singularité en est que l'activité motrice et la satisfaction qu'ils en ressentent sont vécues par ces malades comme indépendantes de l'investissement de leur corps, comme s'il s'agissait d'une activité désincarnée' (Kestemberg et al., 1972, 156). De patiënten erotiseren de honger, die zij ervaren als diffuse sensatie die niet lichamenlijk gelocaliseerd is. Zo ook wordt de motorische functie geërotiseerd en geïnvesteerd: de *hyperactiviteit verschaft een genoegen dat beleefd wordt als gedesincarneerd*, als los en onafhankelijk van het lichaam. Het betreft dus geen erotisatie van de uitvoerende organen, het functioneren op zich is bron van genot. Dit duidt op een splitsing, 'un clivage au niveau du fantasme du corps entre les zones érogènes et les activités perceptivo-motrices' (Kestemberg et al., 1972, 156). 'Il semble qu'on assiste là à un clivage du Moi du sujet entre ce qu'il vit comme ce qu'il est convenu les activités autonomes du Moi (c'est-à-dire les activités motrices et cognitives) et le reste de sa personne, c'est-à-dire du corps dont paradoxalement les activités motrices se trouvent en quelque sorte détachées. Schématiquement, tout se passe comme si le sujet anorexique se vivait désincarné et en éprouvant une intense satisfaction' (Kestemberg, 1968). Dit fantasme van een gedesincarneerd lichaam zou een voortdurende bron van actie en genot zijn (wat zich o.a. uit in hyperactiviteit), maar een genot dat niets te maken heeft met de erogene zones noch met de medemens.

D. Leertheoretisch

Elders hebben we gepoogd een pathogenetisch model voor A.N. te schetsen vanuit een leertheoretisch denkkader (Vandereycken, 1977 a). Centraal in het pathologisch gedrag stelden we de voed-

selweigeren die door zijn angstreducerend effect, alsmede door de reacties van de omgeving in stand gehouden wordt. Vanuit diverse invalshoeken (fagisch gedrag, obesitas, zelfcontrole, depressie en zelfverminking) hebben we getracht dit complex syndroom leertheoretisch te analyseren. We zouden de hyperactiviteit vanuit dezelfde oogpunten kunnen bekijken, maar verwijzen, voor de bondigheid, naar de vermelde publicatie. We willen hier slechts enkele aspecten beknopt toelichten. De fysieke activiteit speelt voor vele patiënten een belangrijke rol in het *bewerken van een negatieve metabolische balans*. Aangezien de hyperactiviteit het beoogde doel (vermagering) effectief helpt verwezenlijken, heeft dit fenomeen voor A.N. patiënten een bijzondere bekrachtigende waarde. In dit opzicht passen zij zeer accuraat toe, wat men aan obesitaslijders als behandeling voorschrijft, nl. dieet volgen en fysisch actiever worden bv. door een wandelprogramma (Gwinup, 1975). Voor de *omgeving* van de A.N. patiënt valt de hyperactiviteit niet op of is misleidend. In sommige gevallen prijst de familie het sportief gedrag en moedigt het zelfs aan in de veronderstelling dat veel beweging de eetlust stimuleert. Zulke positieve bekrachtiging houdt het gedrag in stand. Het perfectionisme en de prestatiedrang, of andere uitingen van trots en eerezucht, zijn dikwijls hoog aangeschreven idealen in het gezin van de A.N. patiënt. Van de kinderen wordt verwacht dat zij de niet vervulde wensen (naar erkenning door prestatie) van de ouders verwerkelijken (Thiemann, 1957).

De patiënte van Heydt-Gutscher (1959-1960) illustreert frappant hoe belangrijk de aandacht is die ouders aan het gedrag van hun A.N. kind geven. Ongeacht koude of regen ging dit meisje viermaal daags te voet naar school. 'Das trug ihr, aus Gründen der Sparsamheit und die Hygiene, des Vaters Lob ein!' Ze was nochtans zo zwak dat ze geregeld viel en zich verwondde (kwetsuren die lang bleven etteren). Ook was ze zeer snel dyspneïsch, toch verkoos ze de trappen op te lopen in plaats van de lift te nemen. Naast de 'bewondering' die zulk gedrag kan opwekken, heeft het soms een autopunitief of zelfdestructief karakter, elementen die ook in een leertheoretische visie een plaats vinden (Vandereycken, 1977 a).

We merkten reeds op dat geringe fysieke activiteit frequent voorkomt in gevallen van obesitas. Crisp (1967) meent, 'that such inactivity may be personally and socially rewarding and necessary for psychological reasons in at least some patients with obesity'. Geringe fysieke inspanningen zouden bij zwaarlijvigen dus een bron van positieve reïnförment kunnen zijn, zoals eten en drinken dit zeker zijn (Zant, 1975). Bij A.N. patiënten zou dan hyperactiviteit, samen met niet-eten en vermageren, door positieve bekrachtiging in stand worden gehouden.

Belangrijke fysieke prestaties kunnen bij A.N. patiënten bekrachtigd worden door de energie-ontlading die eruit resulteert, door het gevoelen het lichaam in zijn macht te hebben (sterke wens tot zelf-controle: Vandereycken 1977 a) en door reacties van de om-

geving. De hyperactiviteit maakt alzo deel uit van een bijzondere 'style anorexique' die de relatiepatronen van deze patiënten kenmerkt: 'Il y a une façon d'être pas comme les autres' que certaines décrivent très bien et très clairement. Il y a là un compromis qu'elles réussissent plus ou moins bien, qui leur permet de maintenir les autres à distance tout en suscitant leur intérêt, tout en ayant besoin de l'attitude des autres à leur égard' (Brusset, 1976). Bepaalde vormen van hyperactiviteit, zoals beschreven in deel I, hebben een machinaal, geautomatiseerd karakter en lijken daarvoor op *compulsieve handelingen*. Deze laatste kunnen aanvankelijk de betekenis hebben van specifiek vermijdingsgedrag met angstreductie, maar kunnen mettertijd ontkoppeld geraken van hun oorspronkelijke angstbron. Het worden dan als het ware 'zinloze' rituelen in stand gehouden door nieuwe secundaire bekrachtigingen. 'In addition to maintenance by secondary reinforcement, some disorders, such as involuntary movements and additions, may become autonomous as a result of biochemical or structural changes associated with their repetitive occurrence' (Meyer en Chessser, 1970, 202). Leertheorieën, zoals elke andere visie op menselijk gedrag, kunnen dus niet zonder biologische onderbouw.

E. Biologisch

In hun studie over de neurovegetatieve, endocriene en psychosomatische aspecten van A.N. (vergeleken met exogene ondervoeding) kwamen Fey en Hauser (1970) tot het besluit dat magerzuchtige patiënten een specifieke *labiliteit van het vegetatief zenuwstelsel* vertonen: reeds premorbid maar vooral parallel aan de initiële vermagering vindt men tekens van overwegende hyper-sympaticotonie. Deze verwekt verhoging van affectieve prikkelbaarheid, stemmingsveranderingen en slapeloosheid, en kan mede verantwoordelijk gesteld worden voor de psychomotorische onrust die met de eetstoornis optreedt. We vermeldden reeds de waarneming van Selvini-Palazzoli (1974, 67), dat sommige A.N. patiënten zouden gebruik maken van amfetamines. Deze psychoanaleptica of stimulantia zijn gekend voor hun anorectisch effect (in zijn letterlijke betekenis: remming van eetlust) en hun invloed op de vermoeidheidsdrempel. Vanuit psycho-biologisch standpunt kan de kennis van de werkwijze van deze stoffen een bijdrage leveren tot beter inzicht in de pathogenese van A.N. en de daarbij optredende hyperactiviteit. De laatste jaren is het neurofarmacologisch en hersenbiochemisch onderzoek vooral toegespitst op *de rol der monoamines*. Deze (vooral noradrenaline en dopamine) spelen een rol in de centrale regulatie van voeding, seksueel gedrag en locomotorische activiteit.

Mawson (1974) postuleerde aan de basis van het A.N. syndroom een progressieve depletie van noradrenaline en/of dopamine, met als gevolg een desinhibitie van cholinergische systemen. Zulke centrale aminedepletie zou echter, buiten verminderde voedselopname en onderdrukte seksuele activiteit, ook een afremming bewerken van de algemene fysische activiteit. Hoe rijmt dit met de

hyperactiviteit van vele A.N. patiënten? Mawson verwijst hiervoor naar de bevindingen van Dally (1969) die we reeds uiteengezet hebben: patiënten uit de obsessionele groep zouden vrijwillig hun fysische activiteit verhogen en hysterische daarentegen onvrijwillig of onbewust, terwijl een aantal patiënten uit groep M ('mixed aetiology') voor het merendeel onderactief zijn. Mawson's hypothese zou dan enkel opgaan voor groep M, die geen echte primaire A.N. vertegenwoordigt. Zijn stelling zou echter ook toepasbaar zijn voor de overactieve meerderheid A.N. patiënten, als men volgende restricties in acht neemt (Mawson, 1974): 1) de overactiviteit kan te wijten zijn aan een secundair proces dat op zijn beurt een meer fundamentele deterioratie in de centrale activiteitscontrole-mechanismen maskeert of, wat voor de auteur meer waarschijnlijk is, 2) de overactiviteit is niet continu maar beperkt tot bepaalde perioden van de dag, gekoppeld aan het moment dat de patiënten een drang tot eten hebben. De verderop besproken samenhang tussen locomotorische activiteit en eetgedrag bij dieren lijkt de laatste veronderstelling te ondersteunen.

Er is echter geen eensgezindheid in de literatuur wat de opvatting over de monoaminenactiviteit bij A.N. aangaat. Zo ziet Hoes (1976) aan de basis van de voedingsstoornis, de amenorroe en de neuropsychologische veranderingen (waaronder de fysische hyperactiviteit), vooral een noradrenaline onderactiviteit en een dopamine overactiviteit. Barry en Klawans (1976) menen dat er, ten gevolge van een defect in negatieve feedbackmechanismen, een verhoogde activiteit van catecholaminen ter hoogte van de centrale receptoren plaatsgrijpt. Dit zou een rol kunnen spelen in de pathofysiologie van A.N. en de karakteristieke symptomatologie bepalen: anorexie, gewichtsverlies, amenorroe en lichaamsbeeldstoornis zouden verbonden zijn aan dopamine activiteit, terwijl fysische hyperactiviteit primair in verband zou staan met noradrenaline en met een zekere dopmaine verhoging.

Vanuit een geheel andere gezichtshoek zoekt Young (1975) naar een neuroendocrinologische fundering van A.N., vergeleken met het Kleine-Levin syndroom (recurrente hypersomnie gecombineerd met excessief eten bij mannelijke adolescenten). Hij postuleerde bij A.N. een *hypothalamische hypersensitiviteit voor oestrogenen*: stoornis in voedselinname, appetijt, slaap, hormoonspiegels, thermoregulatie en fysische activiteit kunnen in variërende graad uitgelokt worden door oestrogenen. Dezelfde factoren zijn in omgekeerde zin gestoord bij het Kleine-Levin syndroom, waar androgenen hun invloed laten gelden.

Tot slot enkele meer ethologische beschouwingen. Uit dierstudies blijkt dat locomotorische activiteit, zoals rennen, in sterke mate gecorreleerd is met voedingsgedrag (Balagura, 1973, 15-20). In vele gevallen is er juist vóór de maaltijd een verhoogde motorische activiteit, vooral instrumenteel gedrag gericht op het bemachtigen van voedsel. Het fagisch gedrag en de locomotorische activiteit hebben bij dieren dikwijls een *ritmisch aspect*, d.w.z. vertonen een cyclisch verloop. Bij ratten vond men een causale relatie tussen

voedingsactiviteit, gastrische motiliteit en algemene locomotorische activiteit, en dit volgens een patroon met eigen periodiciteit. De A.N. patiënt wil weliswaar haar eetgedrag controleren en programmeren, maar stoort daardoor het normale biologische ritme. Dit zou dan kunnen resulteren in een motorische onrust of bewegingsdrang, eventueel hamstergedrag met mogelijk kleptomanie-neiging, of aanvallen van boulimie.

Het eetgedrag van A.N. patiënten (op ongebruikelijke tijdstippen, liefst alleen, kleine hoeveelheden eten en ondertussen locomotorisch overactief zijn) lijkt, paleoantropologisch bekeken, een *fylogenetische regressie* van een hoger ontwikkeld eetpatroon ('commensalisme': in gemeenschap en ter plaatse blijvend) naar een primitiever fagisch gedrag ('zwervers-type': nu en dan een kleinigheid eten, en tussendoor langdurige spring- en loopactiviteiten), zoals men dat aantreft bij respectievelijk opgesloten en in 't wild levende bavianen (Bilz, 1970)

Therapeutische betekenis

Welke plaats neemt de hyperactiviteit in bij de behandeling van A.N.? De essentie van de therapie is, volgens Bruch (1973), de patiënten het besef bij te brengen dat er gevoelens en impulsen zijn die in hen zelf ontstaan, dat zij individuen zijn die uit zichzelf kunnen denken, voelen handelen, kortom hen een waarachtige autonomie leren verwerven. Een *realistisch lichaamsbeeld* is daarbij een onmisbare voorwaarde voor herstel. Met het oog op dit doel wijst Van de Loo (1975) op de mogelijkheden het eigen lichaam in de behandeling in te schakelen via o.a. fysiotherapie, bewegingstherapie, sport (zwemmen). De actief-analytische benadering van Clauser (1961) maakt bv. gebruik van dans, ritmische gymnastiek en 'konzentrative Bewegungetherapie'.

De *vrees voor bewegingsbeperking* is, volgens Crisp (1967), een van de meest voorkomende redenen die A.N. patiënten aanhalen voor hun schrik om gehospitaliseerd te worden. Wanneer tijdens de behandeling de fysische activiteit terugkeert tot een normaal peil, parallel aan verbeterd eetgedrag en gewichtstoename, is dit een belangrijke aanwijzing. Blitzer et al. (1961) nemen dit als een betekenisvol prognostisch teken in acht. Volgens Miller en Brown-ing (1969) is fysische activiteit niet zonder meer schadelijk voor A.N. patiënten, maar kan het daarentegen therapeutisch wel-doende zijn.

Meestal treft men in de kliniek weinig specifieke maatregelen om de fysieke rusteloosheid en neiging tot hyperactiviteit tegen te gaan: men schrijft bedrust voor of beperking van bewegingsvrijheid (bv. kamerarrest). Naarmate de toestand gunstig evolueert laat men de patiënt meer bewegingsruimte en afwisseling toe. Voor de gedragstherapeut echter kan de fysische activiteit (evenals gewicht, lichaamsbeeld, zelfconcept, sociale vaardigheden en gezinsinteracties) een belangrijk aangrijpingspunt voor behandeling zijn (Vandereycken, 1977 b).

Blinder et al. (1970) wendden de fysische activiteit aan als *bekrachtiger* in hun operant programma voor gewichtsherstel bij A.N. patiënten. Elke dag werd de patiënten toegestaan zes uur te wandelen buiten de kliniek, op voorwaarde dat hun gewicht 's morgens minstens een halve pond hoger was dan de dag tevoren. Er werd geen commentaar geleverd op de graad of vorm van deze activiteit. De auteurs benadrukken wel, dat fysische activiteit niet per se een goede bekrachtiger is: dit kan afhankelijk zijn van de intensiteit en frequentie van voorkomen van hyperactiviteit bij een bepaalde patiënt (Premack principe).

Ziemer en Ross (1970) ontwikkelden voor A.N. patiënten een reeks speciaal geconcipeerde lichaamsoefeningen die, volgens een gestructureerd schema, in verschillende fasen worden uitgevoerd naarmate het gewicht toeneemt. Zij beoogden hiermee o.a. een overmatig aanwenden van energie te vermijden; de spiertonus te verhogen of te onderhouden, op gecontroleerde wijze tegemoet te komen aan de psychologische nood van de patiënten om intens te oefenen, en hen op graduele wijze het besef van een realistische oefenlimiet bij te brengen.

Geïnspireerd door deze bijdrage werkten Depreitere en Vandereycken (1977) een eigen *psychomotorisch oefenprogramma* uit voor A.N. patiënten, dat ingeschakeld wordt bij de operante conditionering die gewichtsherstel beoogt. De oefeningen worden, parallel aan gewichtstoename, progressief ingevoerd volgens een hiërarchisch schema met toenemende moeilijkheidsgraad en intensiteit. Dit was erop gericht de verdikking minder bedreigend te maken door de lichaamsbeleving in positieve zin te wijzigen, en de bewegingsdrang te herstructureren. De eerste resultaten na toepassing bij een twintigtal patiënten waren gunstig: de meesten waren sterk gemotiveerd door dit oefenschema zodat het een belangrijke bekrachtigende waarde had. Een onderzoek naar de invloed ervan op het lichaamsbeeld wordt voorbereid.

Er werd reeds op gewezen, hoe A.N. kan oscilleren tussen acute uithongering en boulimie, tussen inactiviteit of depressie en overactiviteit of agitatie (Meyer en Weinroth, 1957). Vandaar dat sommigen anorexie en boulimie als extreme polen van één syndroom, 'dysorexie', beschouwen (Guiora, 1967), zoals depressie en manie. Dit heeft voor therapeutische consequentie dat Durand (1955) bv. voorstelde aan A.N. patiënten in depressieve toestand electroshocks te geven, terwijl voor geagiteerde of hyperactieve patiënten chloorpromazine het aangewezen middel zou zijn.

Deze (niet algemeen aanvaarde) *verwantschap met het manisch-depressief beeld*, werd weer actueel. Barcai (1977) herkende in de klinische manifestaties van A.N. patiënten 'the classic manic triad of unstable mood, pressure of speech, and increased motor activity'.

Hij testte deze hypothese door toediening van lithiumcarbonaat aan twee volwassen A.N. vrouwen, wat een gunstig effect had op hun gewicht en algemeen gedrag.

Slotbemerkingen

In de inleiding wilden we verantwoorden waarom een 'symptoom' ons zo boeide en aanspoorde tot deze uitvoerige literatuurstudie. Wellicht is deze rechtvaardiging nu overbodig geworden wanneer U, zo hopen we, vaststelt dat we een veelzijdige verkenningstocht in de gedragswetenschappen achter de rug hebben. Misschien overvalt U hetzelfde gevoel als na een te lang museumbezoek, waar de gids U teveel wilde tonen. Maar de lichaamstaal van de A.N. patiënten, de 'vertaling' van hun onvermogen autonoom te leven en te groeien, de psychosomatische uitdrukking van hun angst volwassen te worden is ook zo subtiel. We zien ons daarom niet in staat tot afgeronde conclusies te komen. Een eeuw medische kennis over A.N. verhinderde niet, dat dit ziektebeeld ons eens te meer tot een paradoxale benadering dwong: 'D'abord elle attire, par la massivité et la clarté de sa symptomatologie, puis, plus on l'étudie, plus elle refuse de se laisser saisir' (Kestenberg et al., 1972, 40). De A.N. patiënt is immers, zoals elke mens, ook in zijn 'gestoord' bestaan, een complex maar rijk gebeuren. Onze beschouwingen zijn hiervan slechts een ruwe, onhandige schets.

Literatuur

- Balagura, S. (1973): *Hunger. A biopsychological analysis*. Basic Books, New York.
- Barcai, A. (1977): Lithium in adult anorexia nervosa. A pilot report on two patients. *Acta psychiat. scand.*, 55, 97-101.
- Barry, V. C. en H. L. Klawans (1976): On the role of dopamine in the pathophysiology of anorexia nervosa. *J. neur. Transm.*, 38, 107-122.
- Bergé, A. en G. Denjean (1974): Comportement digestif et fonctionnement intellectuel. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 22, 355-370.
- Bergès, J. en M. Bounes (1974): *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Masson, Paris.
- Beumont, P. J. V., G. C. W. George en D. E. Smart (1976): 'Dieters' and 'vomitters and purgers' in anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, 6, 617-622.
- Bilz, R. (1970): Anorexia nervosa. Ein psychosomatisches Krankheitsbild in paläoanthropologischer Sicht. *Bibl. psychiat.*, 147, 219-244.
- Binswanger, L. (1944-1945): Der Fall Ellen West. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.*, 53, 255-277; 54, 69-117; 55, 16-40.
- Blinder, B. J., D. M. A. Freeman en A. J. Stunkard (1970): Behavior therapy of anorexia nervosa: effectiveness of activity as a reinforcer of weight gain. *Amer. J. Psychiat.*, 126, 1093-1098.
- Bliss, E. L. en C. H. H. Branch (1960): *Anorexia nervosa. Its history, psychology, and biology*. Paul B. Hoeber, New York.
- Bliss, E. L. (1975): Anorexia nervosa. In: A. M. Freeman, H. L. Kaplan en B. J. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry. II*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1655-1660.
- Blitzer, J. R., N. Rollins en A. Blackwell (1961): Children who starve themselves: anorexia nervosa. *Psychosom. Med.*, 23, 369-383.
- Bourgeois, P. (1973): Les limites de l'image du corps dans l'anorexie mentale. *Evolut. psychiat.*, 38, 73-121.
- Bruch, H. (1962): Book review: Thomä, Helmut, 'Anorexia nervosa'. *J.*

De betekenis van hyperactiviteit bij anorexia nervosa II

- nerv. ment. Dis., 135, 475-479.
- Bruch, H. (1973): *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Basic Books, New York.
- Brusset, A. (1976): Les processus mentaux de l'anorexie des adolescentes. *Actual. psychiat.*, 6, 43-46.
- Clauser, G. (1961): Verhaltensanalyse und aktiv-analytische Psychotherapie pubertätsmagersüchtiger Mädchen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 10, 278-287.
- Coppenolle, H. van en P. Laenen (1975): Psychomotorisch onderzoek van anorexia nervosa patiënten. *T. psychomot. Ther.*, 4, 177-179.
- Crémieux, A. (1954): *Les difficultés alimentaires de l'enfant. Les anorexies mentales infantiles et juvéniles*. P.U.F., Paris.
- Crisp, A. H. (1967): The possible significance of some behavioural correlates of weight and carbohydrate intake. *J. psychosom. Res.*, 11, 117-131.
- Crisp, A. H. en E. Stonehill (1971): Aspects of the relationship between psychiatric status, sleep, nocturnal motility and nutrition. *J. psychosom. Res.*, 15, 501-509.
- Crisp, A. H. en E. Stonehill (1976): *Sleep, nutrition and mood*. John Wiley, New York.
- Dally, P. (1969): *Anorexia nervosa*. William Heinemann, London.
- Davy, J.-P., J.-C. Andersson en E. Poilpre (1976): Devenir et éléments de pronostic dans l'anorexie mentale (à propos de 44 observations). *Ann. méd.-psychol.*, 134 (2), 464-480.
- Demoulin, C. (1969): L'anorexie mentale. Revue générale des travaux récents. *Ann. méd.-psychol.*, 127 (1), 375-394.
- Depreitere, L. en W. Vandereycken (1977): Een psychomotorisch oefenprogramma voor anorexia nervosa patiënten. *T. psychomot. Ther.*, 6, 227-233.
- Dührssen, A. (1965): Neurotische Persönlichkeitszüge bei Kindern und Jugendlichen mit anorexischen oder hyperphagen Reaktionen. In: Meyer en Feldmann (1965), 38-50.
- Durand, C. (1955): Psychogénèse et traitement de l'anorexie mentale. *Helv. med. Acta.*, 22, 368-380.
- Eitinger, L. (1965): Der Parallelismus zwischen dem KZ-Syndrom und der chronische Anorexia nervosa. In: Meyer en Feldmann (1965), 118-121.
- Farquharson, R. F. en H. H. Hyland (1938): Anorexia nervosa: a metabolic disorder of psychologic origin. *J. amer. med. Ass.*, 11, 1085-1092.
- Feighner, J. P., E. Robins, S. B. Guze, R. A. Woodruff, G. Winokur en R. Munoz (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. gen. Psychiat.*, 26, 57-63.
- Fey, M. en G. A. Hauser (1970): *Die Postpubertätsmagersucht. Neurovegetative, endokrine und psychosomatische Aspekte. Vergleich mit der exogenen Unternährung*. Hans Huber, Bern.
- Foster, F. G. en D. J. Kupfer (1975): Anorexia nervosa: telemetric assessment of family interaction and hospital events. *J. psychiat. Res.*, 12, 19-35.
- Frankignoul, M. en C. Demoulin (1969): A propos d'un cas d'anorexie mentale. *Ann. méd.-psychol.*, 127 (2), 655-666.
- Fries, H. (1974): Secondary amenorrhoea, self-induced weight reduction and anorexia nervosa. *Act. psychiat. scand.*, suppl. 248.
- Galdston, R. (1974): Mind over matter. Observations on 50 patients hospitalized with anorexia nervosa. *J. Child Psychiat.*, 13, 246-263.

- Guiora, A. Z. (1967): Dysorexia: a psychopathological study of anorexia nervosa and bulimia. *Amer. J. Psychiat.*, 124, 391-393.
- Gull, W. W. (1874): Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Trans. clin. Soc. London*, 7, 22-28; (herdruk in: Kaufman, 1964, 132-138).
- Gull, W. W. (1888): Anorexia nervosa. *Lancet*, 1, 516-517; (reproductie in: Lafeber, 1971, 12; herdruk in: Kaufman, 1964, 139-140).
- Gwinup, G. (1975): Effect of exercise alone on the weight of obese women. *Arch. int. Med.*, 78, 907-909.
- Halmi, K., G. Brodland en J. Loney (1973): Prognosis in anorexia nervosa. *Ann. int. Med.*, 78, 907-909.
- Halmi, K. A. (1974 a): Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosom. Med.*, 36, 18-26.
- Halmi, K. A. (1974 b): Comparison of demographic and clinical features in patient groups with different ages and weights at onset of anorexia nervosa. *J. nerv. ment. Dis.*, 158, 222-225.
- Heydt-Gutscher, D. (1959-1960): Psychotherapie einer Magersüchtiger. *Z. psychosom. Med.*, 6, 77-90, 185-201.
- Hoes, M. J. A. J. M. (1976): Psychoneurobiologische aspecten van de anorexia nervosa. *T. Psychiat.*, 18, 680-711.
- Hogan, W. M., E. Huerta en A. R. Lucas (1974): Diagnosing anorexia nervosa in males. *Psychosomatics*, 15, 122-126.
- Ihalainen, O. (1975): Psychosomatic aspects of amenorrhoea. *Act. psychiat. scand.*, suppl. 262.
- Janet, P. (1903): *Les obsessions et la psychasthénie*. Félix Alcan, Paris.
- Janet, P. (1929): *The major symptoms of hysteria*. Macmillan, New York; (excerpten in: Kaufman, 1964, 156-159).
- Kaufman, M. R. (ed.), (1964): *Evolution of psychosomatic concepts. Anorexia nervosa: a paradigm*. International Universities Press, New York; Hogarth Press, London.
- Kay, D. W. K. (1953): Anorexia nervosa: a study in prognosis. *Proc. Royal Soc. Med.*, 46, 669-674.
- Kestemberg, E. (1968): L'anorexie mentale. Approche psychanalytique. *Rev. Méd. psychosom.*, 10, 452-460.
- Kestemberg, E., J. Kestemberg en S. Decobert (1972): *La faim et le corps. Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. P.U.F., Paris.
- Keys, A., J. Brozek, A. Henschel, O. K. Mickelson en H. Taylor (1950): *The biology of human starvation*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- King, A. (1963): Primary and secondary anorexia nervosa syndromes. *Brit. J. Psychiat.*, 109, 470-479.
- Kreisler, L. (1975): Clinique de l'anorexie de l'adolescence. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 23, 413-420.
- Laboucarié, J. en P. Barrès (1954): Les aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques de l'anorexie mentale (d'après 50 observations). *Evolut. psychiat.*, 1, 119-146.
- Laboucarié, J., A. Roscal, E. Karkous, M.-C. Quéritet en B. Philip (1966): L'anorexie mentale. Données résultant d'une expérience clinique et thérapeutique de 173 cas. *Rev. méd. Toulouse*, 2, 193-2210.
- Lafeber, C. (1971): *Anorexia nervosa*. Stafleu, Leiden.
- Lansen, J. (1969): Anorexia nervosa. Behandelingsresultaten van 41 gevallen en een vergelijkend katamnestic onderzoek inzake 26 gevallen. *Ned. T. Psychiat.*, 11, 421-437.
- Lasègue, E. C. (1884): De l'anorexie hystérique. *Etudes médicales*, Asselin, Paris, 2, 45-63 (oorspronkelijk in: Archives générales de Médecine,

- 1873, 21; Engelse vertaling, 'On hysterical anorexia' in: Kaufman, 1964, 143-155).
- Loo, K. J. M. van de (1975): Anorexia nervosa: belichaamde levensonmacht. *Gedrag*, 3, 135-151.
- Marco, J. (1968): *Ascétisme et intellectualisation. Conduites de défense contre l'angoisse dans l'anorexie mentale*. Thèse, Faculté de Médecine, Toulouse.
- Mawson, A. R. (1974): Anorexia nervosa and the regulation of intake: a review. *Psychol. Med.*, 4, 289-308.
- Meyer, B. C. en Weinroth, L. A. (1957): Observations on psychological aspects of anorexia nervosa. *Psychosom. Med.*, 19, 389-398.
- Meyer, J.-E., en H. Feldmann (eds.), (1965): *Anorexia nervosa. Symposium am 24./25. April 1965 in Göttingen*. Georg Thieme, Stuttgart.
- Meyer, V. en E. S. Chesser (1970): *Behaviour therapy in clinical psychiatry*. Penguin, Harmondsworth.
- Michaux, L. en L. Georges-Janet (1956): Un facteur d'anorexie mentale des adolescentes: la répudiation des soucis matériels, affirmation 'd'intellectualisme pur'. *Presse méd.*, 64, 181-183.
- Miller, S. I. en C. H. Browning (1969): Work and the anorexia nervosa patient. *Ohio State med. J.*, 65, 1107-1109.
- Morgan, H. G. en G. F. M. Russell (1975): Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychol. Med.*, 5, 355-371.
- Morton, R. (1694): *Phthisiologia, or a treatise of consumptions*. Smith & Walford, London (excerpten in: Bliss en Branch, 1960, 9-11; Thomä, 1961, 11-12; Nemiah, 1950).
- Müller, M. en D. Beck (1973): Die Anorexia nervosa. *Praxis*, 62, 1059-1063.
- Nemiah, J. C. (1950): Anorexia nervosa. A clinical psychiatric study. *Medicine*, 29, 225-268.
- Niskanen, P., J. Jääskiläinen en K. Achte (1974): Anorexia nervosa, treatment results and prognosis. *Psychiat. fenn.*, 257-263.
- Pierloot, R. A., W. Wellens en M. E. Houben (1975): Elements of resistance to a combined medical and psychotherapeutic program in anorexia nervosa. An overview. *Psychother. Psychosom.*, 26, 101-117.
- Rowland, C. V. (1970): Anorexia nervosa. A survey of the literature and review of 30 cases. In: C. V. Rowland (ed.), *Anorexia and obesity*. Little, Brown & Co, Boston, 37-137.
- Samuel-Lajeunesse, B. (1967): Le pronostic de l'anorexie mentale. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 15, 447-470.
- Schachter, S. en J. Rodin (1974): *Obese humans and rats*. Lawrence Erlbaum, Potomac.
- Schadewaldt, H. (1965): Medizingeschichtliche Betrachtungen zum Anorexie Problem. In: Meyer en Feldmann (1965), 1-14.
- Schlich, D. (1967): *Nachuntersuchungen bei vierzig Anorexia-nervosa Patienten*. Dissertation, Universität Würzburg.
- Selvini-Palazzoli, M. (1965): Interpretation of mental anorexia. In: Meyer en Feldmann (1965): 96-103.
- Selvini-Palazzoli, M. (1967): Contribution à la psychopathologie du vécu corporel. *Evolut. Psychiat.*, 32, 149-173.
- Selvini-Palazzoli, M. (1974): *Self-starvation. From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Chaucer, London.
- Sévin, J. (1957): *Contribution à l'étude de l'anorexie mentale*. Thèse - Faculté de Médecine, Paris.

- Slade, P. D. (1973): A short anorexic behaviour scale. *Brit. J. Psychiat.*, 122, 83-85.
- Sommer, B. (1955): Die Pubertätsmagersucht als Leib-seelische Störung einer Reifungskrise. *Psyche*, 9, 307-327.
- Sours, J. A. (1974): The anorexia nervosa syndrome. *Int. J. Psycho-Anal.*, 55, 567-576.
- Stunkard, A. (1958): Physical activity, emotions and human obesity. *Psychosom. Med.*, 20, 366-372.
- Theander, S. (1970): Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. *Act. psychiat. scand.*, suppl. 214.
- Theilgaard, A. (1965): Psychological testing of patients with anorexia nervosa. In: Meyer en Feldmann (1965), 122-128.
- Thiemann, E. (1957): *Die Pubertätsmagersucht als überwiegend psychisch bedingte Erkrankung*. Friedrich-Karl Schattauer, Stuttgart.
- Thomä, H. (1961): *Anorexia nervosa. Geschichte, Klinik und Theorien der Pubertätsmagersucht*. Hans Huber-Ernst Klett, Bern-Stuttgart.
- Tomkiewicz, S., B. Samuel-Lajeunesse en H. P. Klotz (1965): Recherches des éléments de pronostic dans l'anorexie mentale. In: H. P. Klotz en J. Trémolières (eds.), *Les maigreurs. La dénutrition et l'anorexie mentale*. Expansion, Paris, 387-415.
- Vandereycken, W. (1977 a): Anorexia nervosa. I. Leertheoretische beschouwingen. *T. Psychother.*, 3, 151-165.
- Vandereycken, W. (1977 b): Anorexia nervosa. II. Gedragstherapeutische mogelijkheden. *T. Psychother.*, 3, 228-245.
- Wallet, H. (1892): Deux cas d'anorexie hystérique. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 5, 276.
- Warren, W. (1968): A study of anorexia nervosa in young girls. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 9, 27-40.
- Willi, J. en R. Hagemann (1976): Langzeitverläufe von Anorexia nervosa. *Schweiz. med. Wschr.*, 106, 1459-1465.
- Young, J. K. (1975): Possible neuroendocrine basis of 2 clinical syndromes - Anorexia nervosa and Kleine-Levin syndrome. *Physiol. Psychol.*, 3, 322-330.
- Zant, J. L. (1975): Welke vermageringsmethode is het meest effectief? *T. Psychother.*, 1, 156-166.
- Ziemer, R. R. en J. L. Ross (1970): Anorexia nervosa: a new approach. *Amer. correct. Ther. J.*, 24 (2), 34-42.
- Ziolko, H. U. (1966): Anorexia nervosa. *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 34, 353-396.
- Zutt, J. (1948): Das psychiatrische Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht. *Arch. Psychiat. Nervenkrankh.*, 180, 776-849.