

Universiteit Leuven
Psychiatrisch Ziekenhuis "St. Jozef", Kortenberg

EEN LEERTHEORETISCHE BENADERING VAN ANOREXIA NERVOSA¹

[A LEARNING THEORY APPROACH TO ANOREXIA NERVOSA]

WALTER VANDEREYCKEN² & ROLAND PIERLOOT³

Anorexia nervosa is generally considered as a specific, and well circumscribed psychosomatic entity. The pathogenesis remains enigmatic, in spite of various hypotheses. The last years some learning theory formulations have been formulated on this subject. As elements for a neo-behavioristic explanation of the anorexic syndrome can be suggested: learned ineffectiveness, extreme self-control, emaciation as anxiety reducing response, etc. According to the literature on behaviour therapy of anorexia nervosa, beside systematic desensitization, operant conditioning techniques are the most commonly applied and analyzed treatment methods. Their basic strategy and varied applications are discussed, critically evaluated, and compared with our own clinical experiences. Our behaviour modification program, based on operant conditioning principles, is briefly described. Within a period of 1,5 year, 31 female anorexics were treated on the same ward: subsequently 23 and 8 girls, with two different methods. The preliminary findings are discussed. Behaviour therapy seems very effective for short-term restoration of weight and normal eating habits, but is also limited in modifying, on the long-term, the total complexity of personality in anorexia nervosa. An integration of behaviour therapy with other psychotherapeutic methods, seems the best approach to this syndrome.

BEGRIPSBEPALING

Ofschoon er reeds ziektebeschrijvingen van eeuwen terug bestaan, die verwant lijken aan het beeld van anorexia nervosa, werd dit syndroom einde van vorige eeuw als klinische entiteit geïntroduceerd door de Engelse chirurg Gull (1868) en de Franse psychiater Lasègue (1873). De symptomatologie door deze beide medici beschreven, heeft sindsdien geen bijzondere wijziging ondergaan. Na jaren discussie is men het nu eens om anorexia nervosa als een specifiek klinisch syndroom te beschouwen, dat duidelijk kan onderscheiden worden van secundaire vormen van voedselweigering of gewichtsverlies. Over de criteria om dit syndroom af te bakenen, is echter het laatste woord nog niet geschreven. Ofschoon er nog geen consensus bestaat over de maatstaven

¹ Voordracht gehouden op het Colloquium over het Leerproces (Thema: "Leermodellen en Gedragstherapie"), in het Psychologisch Instituut te Leuven, zaterdag 10 april 1976.

² Arts-assistent in de psychiatrie.

³ Professor in psychiatrie en medische psychologie, K.U. Leuven.

die men moet hanteren om de differentiaal diagnose te stellen, worden de volgende criteria toch meestal als essentieel vooropgesteld (25).

1. Een aanzienlijk gewichtsverlies (minstens 15 à 25 %); dit wordt door de patiënten als "normaal" en zelfs gewenst beschouwd, vandaar dat de term "magerzucht" hier een juiste beschrijving voor is.

2. Een beperkte voedselinname, wat niet hetzelfde is als een gebrek aan eetlust, integendeel, deze patiënten hebben vaak een merkwaardige voorkeur voor bepaalde spijsen (vooral zoetigheden) en maken soms episodes van compulsief eten (vraatzucht of bulimie) door; anderen neutraliseren of corrigeren het effect van de voedselinname door middel van braken of gebruik van laxativa; om deze redenen is de term "anorexia" slecht gekozen.

3. Amenorroe, het wegblijven van de normale menstruaties, hetgeen primair kan zijn (vóór het optreden van de menarche) of secundair (minstens drie maanden); dit gaat gepaard met een min of meer uitgesproken seksuele inhibitie, gaande van een onverschilligheid, tot een fobische vermindering van seksueel of erotisch getinte contacten en relaties.

4. De karakteristieke aanvangsleeftijd ligt tussen 12 en 25 jaar; dit sluit niet uit dat het op latere leeftijd kan aangetroffen worden: een grondige anamnese brengt in dat geval bijna steeds aan het licht dat er in de puberteit of adolescentie wel degelijk een anorectische periode is opgetreden, maar ongemerkt of gemaskeerd.

5. Primair organische ziekten moeten uitgesloten worden, alsmede andere psychiatrische aandoeningen (zoals vitale depressies en schizofrenie) die met anorexie of vermagering kunnen gepaard gaan.

Voor de kleine minderheid van mannelijke patiënten (ongeveer 10 %) gelden dezelfde criteria, uiteraard met uitzondering van de amenorroe.

Hiernaast kan men nog talrijke andere symptomen vinden, die, in wisselende frequentie, het beeld kunnen vervolledigen, maar niet als strikt noodzakelijke criteria doorgaan: allereerst constipatie, verder hyperactiviteit, slaapstoornissen, impulsief gedrag (automutilatie, kleptomanie), lanugobeharing, acrocyanose en somatische tekenen van laag basaal metabolisme.

Stoornissen in het affectleven en de cognitieve functies zijn te variabel om als specifieke kenmerken te kunnen aanvaard worden. Volgens Walton (35) is enkel de motivatie van anorexia nervosa patiënten op karakteristieke en pathognomonische wijze verstoord: de wil om mager te zijn en te blijven, samen met intense preoccupaties rond voedsel, staan centraal in dit psychosomatisch syndroom.

In de meest gangbare psychologische opvatting over dit ziektebeeld, wordt de symptomatologie begrepen als een uiting van conflicten rond het realiseren van een volwassen, seksuele identiteit. Beknopt samengevat: in plaats van te groeien naar een zelfstandigheid, autonomie

of seksuele maturiteit, vluchten deze patiënten in de veiliger toestand van a-seksueel kind-zijn, zowel psychisch als fysiologisch.

LEERTHEORETISCHE VISIE

Zowel bij mens als dier werd uitvoerig, ook experimenteel psychologisch onderzoek verricht over honger, dorst, satiatie of fagisch gedrag. Het is echter merkwaardig hoe weinig de gegevens uit dit soort research de conceptualisatie van anorexia nervosa beïnvloed hebben. Nog opvallender is het feit dat de leertheoretische benadering van dit syndroom, ondanks de onmiskenbare effectiviteit van de gedrags-therapie, niet verder geleid heeft dan tot enkele grove behandelings-strategieën. Aangezien een uitgewerkte, behavioristische geïnspireerde hypothesevorming ontbreekt, zullen we trachten een leertheoretische 'vertaling' te geven van pathogenetische verklaringsmodellen die vanuit andere gezichtshoeken naar voren werden gebracht.

Een van de belangrijkste psychogenetische theorieën omtrent anorexia nervosa, nl. deze van Hilde Bruch, is een vermenging van gemodificeerde psychoanalytische concepten en neo-behavioristische noties. Volgens haar is het leerproces waardoor een kind zijn hongergevoel discrimineert van andere interne onlusten of spanningen, dank zij adequate responsen welke de moeder aan zijn hongersignalen geeft, bij de anorexia nervosa patiënten verstoord. De moeder conditioneerde haar kind te antwoorden op haar eigen noden in plaats van op de behoeften in het kind zelf. Dit laatste voelt zich daardoor onder de invloed en leiding van externe krachten staan. Er treedt een distorsie op van de lichaamsbeleving en de identiteit (8). De opvattingen van Selvini Palazzoli (32) over misvormde lichaamsbeleving en pseudo-identiteit bij anorexia nervosa, liggen in dezelfde lijn.

Beschrijft men vanuit een existentieel antropologische visie anorexia nervosa als een "belichaamde levensonmacht" (24), dan lijkt dit verwant aan de "paralyzing sense of ineffectiveness" welke Bruch (8) centraal stelt. Misschien kan de vraag, of het mogelijk is dit laatste concept uit te werken, naar analogie met Seligmans (31) begrip "learned helplessness" bij depressie, een uitgangspunt vormen voor gericht onderzoek.

Men heeft anorexia nervosa soms gecatalogeerd als een bijzondere variant van fagofobie (29), of omschreven als een "weight phobia" (11). Ofschoon dit eenzijdige formuleringen zijn van een veel complexer beeld, kan het element angst dat daarbij centraal wordt gesteld, als aangrijpingspunt dienen voor leertheoretische beschouwingen.

Angst en voedselopname staan in een reciproom-inhiberende relatie. Dat onze eetlust geblokkeerd kan worden in bedreigende situaties behoort tot ieders ervaring. Reeds enkele decaden geleden werd door dierexperimenten aangetoond dat de verdringing van het fagisch gedrag door angst zo sterk kan zijn dat het dier bijna van honger sterft (10). Wolpe (38) wees erop hoe dikwijls men bij anorexia nervosa patiënten

bijzondere angstepisodes kan detecteren. Hallsten (16) nam de vrees om dik te worden als uitgangspunt van zijn verklaringswijze. Vele patiënten vertonen premorbied een min of meer duidelijke obesitas. Negatieve reacties hierop vanwege de directe omgeving, genereren een angst om afgewezen te worden. Dit kan uitgesproken zijn omdat zij zich juist zo sterk aangewezen voelen op het externe milieu. Vermageren lokt dan ook aanvankelijk positieve reacties uit en werkt alsof angstreducerend.

Wanneer nu het gewicht onder de norm daalt, zal de omgeving weerom negatief optreden, en hierdoor opnieuw angst voor verwerping bij de patiënte uitlokken. Deze heeft echter geleerd dat vermageren angstreducerend werkt, en zij blijft daarom deze respons uitvoeren tot in het extreme. Zoals zij voorheen niet geleerd heeft de verschillende bronnen van onlust te discrimineren, en daardoor o.a. honger mistkent (8), zo slaagt zij er nu niet in een onderscheid te maken tussen de verschillende situaties die tot eenzelfde subjectieve ervaring (angst afgewezen te worden) geleid hebben: zij generaliseert van de eerste situatie (afwijzing van het dik-zijn) naar de tweede (afwijzing van het mager-zijn).

Lichaamsrijping, naar een volwassen vrouwelijke seksualiteit toe, is een belangrijk angstbeladen fenomeen, dat pubers tot magerzucht kan drijven. De vermagering is immers een effectief angstreducerend middel: de borstontwikkeling wordt geremd, de menstruaties houden op, de heteroseksuele aantrekkelijkheid neemt af.

Een bijzonder bekrachtigende waarde bij de zelf-uit-hongering, is de invloed, de *impact op de omgeving* die men door dit gedrag verwerft. Vele patiënten die als meegaande, probleemloze kinderen bekend stonden, ondergaan een metamorfose bij de puberteitsmagerzucht. De ouders raken gealarmeerd, zijn vol bekommerde aandacht, en reageren zeer wisselend en inconsequent (waardoor de extinctie weerstand van het gedrag verhoogd wordt). Waar de patiënte zich voorheen louter als passief-receptief, als meedragen op externe stimuli, gedroeg, heeft zij nu door haar gedrag een actieve, ingrijpende controle verworven op haar omgeving die zij naar believen kan manipuleren (34).

Vele anorexia nervosa patiënten zijn gekenmerkt door een perfectionistische instelling of ascetische neigingen. Naar analogie met de bewondering wekkende voorbeelden van hongerstakers, of de hoog geprezen zelfdiscipline die in vele religieuze gemeenschappen aan het vasten wordt toegekend, pogen deze patiënten een *extreme zelfcontrole* door te voeren. Het toegeven aan eten wordt als een zwakte beschouwd waarover zij lange tijd schuldbeladen preoccupaties kunnen vertonen. De voedselweigering en vermagering kan dan een zelf-bestraffend karakter krijgen.

Men kan zich hierbij de vraag stellen, in hoeverre de anorexia nervosa patiënte niet op zeer efficiënte wijze gebruik maakt van hetgeen men nu meestal als behandeling aan obese personen voorschrijft, nl. zelfcontrole-technieken (1). Het is immers opvallend hoe zij op Spartaanse wijze aan een minutieus berekend dieet kan vasthouden,

en hoe zij het eten ontkoppelt van de gangbare rituele en sociale stimuli: zij eet dikwijls alleen en op ongewone tijdstippen (bv. 's nachts).

Een andere belangrijke factor is de *hyperactiviteit*, vooral op sportief gebied, die men frequent aantreft bij deze patiënten. De omgeving die dit gedrag dikwijls waardeert en aanprijst, met het idee dat veel beweging de eetlust stimuleert, bekrachtigt zo indirect het effect van deze hyperactiviteit, nl. gewichtsverlies.

Wanneer de omgeving in andere gevallen de patiënten dwingt een zekere hoeveelheid te eten (of sommige patiënten dit aan zichzelf pogen op te leggen), lokt men een *aversieve reactie* uit: reeds op louter fysiologische basis accepteert het spijsverteringsstelsel, dat ingesteld is geraakt op kleine porties, deze geforceerde voeding niet. Door de erop volgende gastro-intestinale bezwaren (pijnlijke krampen, nausea, braken) wordt het meer-eten "gestraft".

Uit deze losse beschouwingen moge blijken dat de leertheoreticus een eigen visie kan hebben op de pathogenese van verschillende symptomen bij anorexia nervosa. Maar hij blijft o.i. het antwoord schuldig, waarom men telkens zulk een specifieke combinatie van gedragingen bij deze patiënten aantreft.

GEDRAGSTHERAPIE

De zojuist beschreven facetten van anorexia nervosa zouden theoretisch op verschillende wijzen kunnen geoperationaliseerd worden, met het oog op een modificatie van het onaangepast gedrag. Men zou bv. kunnen aangrijpen op het gevoel van onmacht en ineffectiviteit, door middel van assertiviteitstraining zoals o.a. de "Personal Effectiveness Training" van Liberman (22). De gedragstherapeut die systeemtheoretisch denkt, zou kunnen geneigd zijn een instructieprogramma voor de ouders uit te werken, om hen tot adequatere bekrachtiging van gewenst gedrag bij hun kind in staat te stellen. Anderen zouden misschien uit het gedragtherapeutisch arsenaal de techniek van thought-stop kiezen, om de obsessionele ruminaties rond gewicht of voedsel in te dijen.

De meest voor de hand liggende focus van een behandelingsprogramma is het eetgedrag en het gewicht. Eetproblemen hebben reeds vroegtijdig de aandacht getrokken van gedragstherapeuten. Als een der eersten stelde White (37) in 1959 een programma voor, op basis van leerprincipes, om gestoord eetgedrag te behandelen: het betrof een kind van vijf en een half jaar dat weigerde vast voedsel in te nemen. Sindsdien werden verschillende gedragstherapeutische programma's beschreven, vooral gericht op problematisch eetgedrag bij mentaal gehandicapten. Ook bij schizofrenen, vooral chronisch gehospitaliseerden, treft men vaak abnormaal eetgedrag aan. Op dit domein verrichte Teodoro Ayllon (3) pionierswerk.

De eerste publikaties over gedragstherapie bij anorexia nervosa dateren van 1965. Men kon van bij de aanvang twee benaderingswijzen

onderscheiden : zij die het aspect angst omtrent eten of gewicht centraal stellen, hanteren de methode van systematische desensitisatie; anderen daarentegen pogen het eetgedrag en het gewicht te normaliseren via operante conditionering.

SYSTEMATISCHE DESENSITISATIE

Aangezien men bij anorexia nervosa herhaaldelijk, onder verschillende vormen, het aspect angst aantreft, en men het syndroom soms karakteriseert als een fobische vermijding van verdikking, seksuele rijping of volwassenwording, ligt de toepassing van systematische desensitisatie voor de hand.

Vaak citeert men de publikatie van Lang (20) als vertrekpunt. Hij beschreef een vrouwelijke patiënte van 23 jaar met "nervous anorexia". Zijn poging om specifiek haar angst rond eten te desensitiseren, mislukte. Het betrof hier trouwens geen typische anorexia nervosa. De eetmoeilijkheden en het gewichtsverlies waren secundair aan een diffuse sociale angst waaronder deze vrouw leed. Succesvolle desensitisatie voor dit laatste bracht ook een gunstige verandering teweeg in haar eetgedrag.

Hallsten (16), evenwel, inspireerde zich op deze casuïstiek van Lang, voor de behandeling van een twaalfjarig meisje met primaire amenorroe en een gewicht van 26 kg. Naast een stormfobie, leed zij aan een "onrealistische vrees gewicht te winnen of dik te worden", wat zich o.a. manifesteerde in een fobische vermijding van vetrijk voedsel. Hiervoor paste Hallsten systematische desensitisatie toe: het meisje werd in relaxatie gebracht, en diende in verbeelding aan een rijk gevulde tafel plaats te nemen, te smullen, en te voelen hoe ze hierdoor verdikte. Reeds na de eerste therapiesessie veranderde haar eetgedrag opvallend en begon ze langzamerhand te verdikken. Deze verbetering bestendigde zich tot vijf maanden na ontslag.

Wellicht door de onnauwkeurige beschrijving, alsmede door de mogelijke invloed van andere factoren (zo kreeg de patiënte bv. ook een individuele psychotherapie), miste deze gevalsstudie van Hallsten overtuigingskracht. De methode werd immers na hem nog slechts éénmaal gerapporteerd door Schnurer et al. (28). In de ziektegeschiedenis van hun anorexia nervosa patiënte, werden duidelijk fobische elementen aangetroffen. Een systematische desensitisatie bracht niet alleen gewichtstoename tot stand, maar ook verbetering in affect en sociaal gedrag. De auteurs wijzen er terecht op, dat slechts gecontroleerde studies de waarde van systematische desensitisatie bij anorexia nervosa kunnen evalueren. Zij menen, dat deze methode kan aangewezen zijn voor patiënten bij wie fobische componenten of een opvallende vrees voor gewichtstoename op de voorgrond staan.

Het grootste deel van de gedragstherapeutische literatuur over anorexia nervosa betreft de toepassing van principes van operante conditionering. De beperkte voedselopname en het gewichtsverlies worden gezien als een specifiek aangeleerd gedrag, dat in stand wordt gehouden door bekrachtigers uit de omgeving. Men moet deze laatste daarom onder controle zien te krijgen, en zodanig manipuleren dat extinctie van het ongewenste, en bekrachtiging van het gewenste gedrag bekomen wordt.

Bachrach et al. (5) waren niet enkel de eersten in de toepassing hiervan bij anorexia nervosa patiënten, hun aanpak is bovendien een exemplarische uitwerking van Skinneriaanse probleembenadering. Het betrof een reeds 12 jaren aanslepende anorexia nervosa bij een vrouw van 37 jaar die nog slechts 47 pond woog. Zij werd afgezonderd in een kale, onaangename kamer zonder contact met de buitenwereld (d.i. een extreme deprivatietoestand). Een shaping procedure werd toegepast: tijdens de maaltijden was een therapeut aanwezig, die vriendelijk met haar praatte, telkens ze ertoe neigde om te eten (bv. door een vork vast te nemen) of voedsel innam; nadien werd de hoeveelheid ingenomen voedsel beloond (bv. t.v. kijken, bezoek ontvangen); ten slotte werd een graduele toename in gewicht contingent bekrachtigd. Op deze wijze steeg haar gewicht tot 66 pond in 3 maanden. Bij follow-up na ontslag bleek ze nog verder in gewicht te zijn toegenomen en zich goed geïntegreerd te hebben in haar milieu.

Ter controle van deze studie, onderzochten Leitenberg et al. (21), op semi-experimentele wijze, het effect van selectieve bekrachtiging volgens een operante strategie. Zij deden de belangrijke vaststelling dat verwijdering van de patiënten uit hun milieu op zichzelf niet volstaat. Wanneer men immers tijdens een eerste fase de eet- en gewichtsmoeilijkheden in de kliniek negeert, brengt dat weinig verandering teweeg. Wanneer men dan in een tweede fase bekrachtiging invoert, bv. aanmoediging telkens patiënte meer eet, en koppeling van privileges (zoals bezoek en ontspanning) aan gewichtswinst, blijkt de hoeveelheid voedselinname alsook het gewicht te stijgen.

Samengevat komt de basistrategie van de meeste behandelingsprogramma's hierop neer: eerst wordt een zekere deprivatietoestand gecreëerd, d.w.z. een aantal belangrijke bekrachtigers worden weggenomen, om deze vervolgens progressief weer in te voeren naarmate het gewenste gedrag (normaal eetpatroon en gewichtstoename) optreedt.

VARIANTEN

In de uitwerking van dit behandelingsstramien zijn allerlei varianten mogelijk. Sommige therapeuten bekrachtigen het eetgedrag, de meesten echter centreren hun aandacht op het gewicht, o.a. omdat dit eenvoudig

te controleren is. Bij sommige patiënten waarvan het gewicht de neiging heeft boven de gewenste norm te stijgen, moet men, volgens Schaefer en Schwarz (26), niet meer de gewichtstoename, maar wel stabilisatie ervan als focus van de behandeling nemen.

Garfinkel et al. (14) leggen de nadruk op het feit dat de behandeling geïndividualiseerd moet worden. Zij maken duidelijke afspraken met hun patiënten, bijna contractueel, wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid voor gewichtstoename, en selecteren zeer persoonlijk de aangepaste bekrachtigers, specifiek voor elke patiënt.

Een belangrijke potentiële bekrachtiger is de informatie-feedback, d.w.z. dat de patiënten op de hoogte worden gehouden van hun gewichtsevolutie bv. door middel van grafieken. In een experimentele studie stelden Elkin et al. (12) vast dat dit op zichzelf reeds effect heeft, ofwel de effectiviteit van andere bekrachtigingsmiddelen kan verhogen. Agras et al. (2) onderzochten in een reeks experimentele studies de juiste waarde van verschillende therapeutische variabelen, nl. positieve en negatieve bekrachtiging, feedback en caloriegehalte van het dieet. Hieruit bleek dat feedback de belangrijkste variabele is. Zij toonden ook aan, hoe het verlangen van de patiënten om de kliniek zo snel mogelijk te verlaten, zeker een rol speelt in hun gewichtsevolutie, maar niet van doorslaggevende aard is.

Er bestaat een grote verscheidenheid in het aanwenden van bekrachtigers bij operante programma's voor anorexia nervosa. Wanneer de patiënten voedsel weigeren, en hun fysische toestand anderzijds levensbedreigend wordt, is men soms verplicht in het begin sondevoeding toe te dienen. Men kan dit ook als een aversieve stimulus zien, waaraan de patiënte kan ontsnappen door zelf te eten, en alzo een vorm van negatieve bekrachtiging wordt (19). Meestal maakt men echter gebruik van positieve bekrachtiging.

Uitgaande van een frequent voorkomend symptoom bij anorexia nervosa, nl. hyperactiviteit, stelden Blinder et al. (7) een programma op waarbij hun patiënten een aantal uren activiteit konden bekomen mits een zekere dagelijkse gewichtstoename. Bij een andere patiënte die protesteerde tegen het sedatief effect van de psychofarmaca welke ze kreeg, werd een graduele vermindering van de hoeveelheid medicatie als bekrachtiger gehanteerd. Scrignar (30) liet zijn patiënte een zekere controle toe over het gevolgde dieet, en hanteerde de spijsen die ze prefereerde, als een positieve bekrachtiger. Dergelijke aanpak lijkt ons echter dubieus: de patiënte neemt wellicht toe in gewicht, maar wordt door deze werkwijze versterkt in haar preoccupatie rond diëetvoeding.

Azerrad en Stafford (4) pasten een token-systeem toe: volgens de hoeveelheid en calorische waarde van het ingenomen voedsel kreeg hun patiënte een aantal tokens waarmee ze dan bepaalde toelatingen kon bekomen, zoals uitstapjes en week-ends thuis. Ook Kehrer (18) paste deze methode met succes toe op een extreem magere patiënte die, ondanks allerlei andere pogingen, niet veranderde in haar eetgedrag.

Sinds meer dan anderhalf jaar passen wij, in het Psychiatrisch Ziekenhuis "St. Jozef" te Kortenberg, gedragstherapie toe bij anorexia nervosa patiënten, om gewichtsherstel en normalisering van de eetgewoonten te bekomen. Het totaal aantal meisjes dat op dergelijke wijze werd behandeld bedraagt momenteel 31, met een gemiddelde leeftijd van twintig jaar en een gemiddelde ziekte duur van drie jaar.

Ofschoon het programma, in zijn praktische uitwerking, mettertijd werd gewijzigd en aangepast, bleef de volgende procedure toch in zijn essentie dezelfde. Allereerst wordt het contact met de buitenwereld, vooral de familie, strikt afgesneden. De patiënte start vanuit een strenge deprivatietoestand, nl. kamerarrest en verplichte bedrust. Zij krijgt dagelijks een berekend diët van 2500 à 3000 calorieën. In samenspraak met haar worden een aantal bekrachtigers geselecteerd. Deze zullen volgens een hiërarchische orde worden ingevoerd, zodanig dat de sterkste bekrachtigers (d.i. meestal bezoek van familie) het laatst aan bod komen.

Voor de eerste periode beperkt men zich tot bezigheden op de kamer zoals lectuur en handwerk. Nadien verkrijgt patiënte de toelating een bepaalde tijd de kamer te verlaten, steeds gradueel en gekoppeld aan gewichtstoename. Een volgende stap is het gebruiken van de maaltijden in de refter, samen met de andere patiënten. Eerst krijgt zij nog een diëtshotel, nadien wordt deze progressief afgeschaft. Tenslotte mag patiënte deelnemen aan de activiteiten op de afdeling zoals groepsvergaderingen, ontspanning, creatieve- en psychomotorische therapie. Een stabilisering rond het streefgewicht is de voorwaarde om bezoek te ontvangen, en is tevens het moment van overgang naar de psychotherapeutische fase in de behandeling.

Bij de eerste groep patiënten die we alzo behandelden werd geen feedback toegepast, d.w.z. dat de meisjes niet op de hoogte werden gebracht van hun exact gewicht. Voor het invoeren van bekrachtigers hield men rekening met een gewichtstoename van minimum 100 gr per dag of 1 kg per week. De resultaten van dergelijke aanpak bij de eerste 23 meisjes (33), zijn interessant, wanneer men ze vergelijkt met de gewijzigde behandeling die bij de volgende werd toegepast. Zo was het opvallend dat uit de eerste groep zes patiënten voortijdig en tegen advies de kliniek verlieten. De totale duur van de gedragstherapie voor de 17 overigen was sterk variërend. Voor zeven patiënten nam het gewichtsherstel meer dan 100 dagen in beslag. De tien anderen hadden hiervoor gemiddeld 63 dagen nodig: zij wonnen op die tijd gemiddeld 12,4 kg d.w.z. 1,37 kg per week. Bulimiëneiging werd slechts bij drie meisjes vastgesteld. De follow-up gegevens van deze eerste groep zijn uiteenlopend. De meesten verbleven of verblijven nog op een psychotherapeutische afdeling en/of werden in individuele psychotherapie genomen. Vier meisjes maakten duidelijk een nieuwe anorexiefase door, met sterk gewichtsverlies.

Zoals vermeld, zijn deze gegevens vooral interessant wanneer men ze vergelijkt met de ervaringen in de tweede groep (momenteel 8 meisjes). Het belangrijkste verschil in de aanpak van deze laatste bestaat hierin: ten eerste, dat vooraf met hen een contract werd opgesteld, er werd nl. schriftelijk vastgelegd welk gewicht vereist was om een bepaalde beloning te krijgen; ten tweede, dat zij ingelicht werden over hun gewichtsevolutie m.a.w. feedback kregen.

Hoewel het nog te vroeg is om uit de voorlopige resultaten duidelijk omlinjende conclusies te trekken, zijn volgende indrukken toch markant. Allereerst was er in deze groep geen enkele drop-out, en poogden slechts twee meisjes daadwerkelijk aan de behandeling te ontsnappen. Globaal blijken de meesten ook sneller in gewicht te stijgen, en dit met een gemiddelde van meer dan 1,5 kg per week. Wel opvallend is het feit dat vele meisjes poogden extravoedsel te bemachtigen om sneller te verdikken, en dat hierop een strenge controle moest uitgevoerd worden. Ofschoon dit nog voorlopige indrukken zijn, wijzen ze toch op de belangrijke invloed die sommige, nieuw ingevoerde variabelen kunnen teweegbrengen.

EVALUATIE

Het is een onmiskenbare vaststelling, zowel uit de literatuur als uit de eigen ervaring, dat gedragstherapeutische methoden op relatief korte tijd een aanzienlijke stijging van het gewicht kunnen teweegbrengen (d.i. meestal gemiddeld 1 à 1,5 kg per week). Zeer dikwijls nemen gedragstherapeuten deze constatacie als maatstaf, om aan te tonen dat hun werkwijze minstens de efficiëntie van andere benadert, en meestal overtreft.

De enige vergelijkende studie op dit gebied is die van Wullemier et al. (40). Door hetzelfde team werden achtereenvolgens twee verschillende behandelingswijzen toegepast bij respectievelijk 8 en 9 vrouwelijke anorexia nervosa patiënten. De eerste methode bestond in een strikte isolatie, toediening van eetluststimulerende farmaca, een psychotherapeutische benadering en een ondersteunende begeleiding. De tweede behandelingsvorm was gedragstherapie volgens de principes van operante conditionering. Als parameter voor de efficiëntie van deze methoden werd enkel de snelheid van gewichtsherstel genomen. Op deze basis bleek de gedragstherapie effectiever volgens een verhouding van 3/1. De auteurs wijzen op de eenzijdigheid van zulke vergelijking, en op de beperkte conclusies die men hieruit kan trekken. Er bestaat inderdaad een simplistische visie bij bepaalde gedragstherapeuten, nl. dat de operante conditionering als onovertroffen en relatief eenvoudig wordt voorgesteld, in tegenstelling met andere, meer complexe of zogenaamd "agressieve" methoden (zoals sondevoeding en hoge doses chloorpromazine). Hier moet echter wel aan toegevoegd worden dat men herhaaldelijk signaleerde, en wij dit zelf ook konden observeren, dat door deze behandelingsvorm niet enkel het gewicht verandert, maar ook andere elementen verbeteren, zoals stemming en sociale contactname.

In tegenstelling met onze eigen ervaring, is het opvallend hoe weinig in de literatuur melding gemaakt wordt van mislukkingen of neven-effecten, zoals bv. bulimie. Dit komt vooral omdat men slechts een korte of helemaal geen follow-up uitvoerde. Halmi et al. (17) behandelden 8 anorexia patiënten op louter gedragstherapeutische wijze, waarbij ook na hun ontslag een operant programma thuis werd verdergezet. Een follow-up van gemiddeld zeven maanden wees uit dat allen nog in gewicht waren gestegen, en dat zij (op één uitzondering na) zich globaal goed aangepast hadden en behoorlijk functioneerden. Bij een belangrijke retrospectieve studie van 11 gevallen, met een follow-up van 2 maanden tot 6 jaren, kwamen Bhanji en Thompson (6) tot het besluit dat de operante conditioneringsmethoden dikwijls niet in staat zijn, om op lange termijn normale eetgewoonten en een adequaat gewicht in stand te houden. De patiënte van Bachrach et al. (5), die als eerste anorexia nervosa gedragstherapeutisch behandelden, zoals we hoger beschreven, blijkt evenwel na 13 jaar nog steeds bevredigend te functioneren (13).

BIJZONDERE KRITIEKEN

De voornaamste kritiek op de hier beschreven benaderingswijze van anorexia nervosa, is dezelfde als de opwerping tegen de gedragstherapie in het algemeen, nl. dat deze enkel symptoom-gericht is. Hiertegen kan men direct inbrengen, dat de meeste auteurs die een gedrags-therapeutische aanpak bij anorexia patiënten beschreven, er duidelijk op gewezen hebben, dat verandering in eetgedrag en gewicht slechts één facet is van de problematiek. In vele van de geciteerde studies werd dan ook vermeld dat andere interventies, zoals individuele psychotherapie of familitherapie, gepland of uitgevoerd werden. Het valt evenwel niet te loochenen dat er orthodoxe gedragstherapeuten blijven bestaan, die geen oog hebben voor de totaliteit van dit complexe syndroom.

Een autoriteit in de behandeling van anorexia nervosa, nl. Hilde Bruch, heeft scherpe kritiek uitgeoefend op bepaalde behavioristische benaderingen van dit ziektebeeld (9). Zij was getroffen door het groot aantal patiënten die naar haar verwezen werden, na voorheen zogenaamd "succesvol" behandeld te zijn geweest met gedragstherapie. Deze methode kan volgens haar gevaarlijk zijn, omdat men de patiënten tegen hun zin op een gewicht brengt, dat zij in hun lichaamsbeleving als beangstigend ervaren. Suicideneigingen kunnen dan optreden, en Bruch verwijst daarbij naar de mededeling van Blinder (7) over de zelfmoord van een patiënte na afloop van het gedrags-therapeutisch programma. De "sense of ineffectiveness" welke, zoals we hogerop vermeldde, door Bruch als cruciaal gepostuleerd werd in dit syndroom, kan juist versterkt worden door een autoritaire aanpak, gebaseerd op dwang en manipulatie. Hilde Bruch ziet daarom in gedragstherapeutische programma's voor anorexia nervosa een mogelijk psychologisch schadelijk effect: een dergelijke werkwijze kan, volgens

haar, de belangrijke gevoelens van hulpeloosheid en onmacht nog accentueren, en de hoop op het verwerven van autonomie vernietigen (9). Deze aanval van Bruch lokte natuurlijk reacties uit, en leidde tot een reeks polemieken in het leidinggevende medische tijdschrift JAMA. Zelfs Joseph Wolpe (39) mengde zich in het debat, en benadrukte, dat men in gelijk welke behandelingswijze misbruiken of onjuiste toepassingen aantreft, maar dat daarom nog geen veroordeling van het gehele therapeutische systeem, in casu de gedragstherapie, gewettigd is.

SITUERING

Uit de voorgaande discussie moet het duidelijk zijn, dat zowel de vermelde resultaten van gedragstherapie bij anorexia nervosa, als de kritieken die erop geleverd werden, gerelativeerd moeten worden. Dat operante conditionering effectief is in het veranderen, op korte termijn, van eetgewoonten en gewicht, lijdt geen twijfel. Maar dat zulke aanpak geen genezing van het totale syndroom garandeert, is een even vaststaand feit. Om deze redenen menen we volgende twee stelregels te mogen vooropzetten.

Allereerst moet opgemerkt worden dat, ofschoon gedragstherapie soms erg eenvoudig lijkt, de praktische uitwerking van leerprincipes vaak niet zo simpel is. Anderzijds is de magerzucht een ernstig, complex en moeilijk te behandelen syndroom waarop men geen willekeurige techniekjes mag uittesten. Hieruit besluiten we dan ook, dat de beschreven behandelingswijze best plaats grijpt in een gespecialiseerde instelling, waar men zowel vertrouwd is met de anorexia nervosa problematiek, als gedragstherapeutisch getraind is.

Men kan hier wel opmerken, dat milde gevallen wellicht nog ambulant kunnen behandeld worden, ook op basis van leerprincipes. Eventueel kan men deze methodiek ook in een algemeen ziekenhuis gebruiken, al vergt dit een bijzondere gedragswijze en opleiding van de verpleging (27). Vele gevallen nochtans vereisen een langdurige hospitalisatie in een psychiatrische kliniek.

De tweede grote stelregel volgt uit de vaststelling, dat het gewichtsherstel door middel van gedragstherapie, slechts een eerste, maar noodzakelijke fase is, een basis voor bredere en diepgaande psychotherapeutische begeleiding, in welke vorm ook. In het behandelings-schema zoals dit in het St. Jozefziekenhuis te Kortenberg is uitgewerkt, wordt de gedragstherapie van anorexia nervosa gevolgd door een langdurige, reïntegrerende socio- en psychotherapeutische benadering, gericht op het ontdekken en oplossen van onderliggende psychodynamische problemen. Bovendien worden de patiënten na ontslag nog geruime tijd ambulant gevolgd (36). Ook elders werd een gelijkaardig behandelingsplan, waarbij gedragstherapie en inzichtgevende psychotherapie geïntegreerd zijn, met goede resultaten beschreven (15).

Een interessante, gecombineerde behandelingsstrategie werd met succes gelanceerd vanuit de gezinstherapie, meer bepaald door de school van Minuchin (23): men maakt er enerzijds gebruik van de principes

van operante conditionering, zowel tijdens hospitalisatie als nadien thuis, en anderzijds wordt de familie direct bij de behandeling betrokken onder vorm van een structurerende gezinstherapie. Wellicht wordt dit een veelbelovende ontwikkeling in de behandeling van anorexia nervosa.

SLOTBEMERKINGEN

Anorexia nervosa is nog steeds een raadselachtig ziektebeeld, dat een ware uitdaging blijft vormen voor de hedendaagse geneeskunde. Het klinisch voorkomen is soms huiveringwekkend. Anderzijds heeft dit syndroom, ondanks de hoge vlucht van de hedendaagse medische technologie, een pessimistische prognose met soms een relatief hoog mortaliteitsrisico. Uit dit betoog moge blijken, dat de leertheoretische bijdrage tot een beter begrip van de pathogenese van anorexia nervosa voorlopig nog beperkt is. Wat de behandeling betreft, is gewichtsherstel de eerste belangrijke opgave, en een noodzakelijke conditie voor verdere psychotherapeutische benadering. Hier heeft de gedragstherapie een bijzondere vernieuwing gebracht. Naast een duidelijke efficiëntie, bezit deze methodiek ook zijn beperkingen. De toepassing van leerprincipes in dit domein moet nog verfijnd worden, en behoeft bovendien grondiger onderzoek. Vele vragen blijven immers nog onbeantwoord: voor welke patiënten is dit een aangewezen behandeling? Zijn er specifieke contra-indicaties? Spelen bepaalde organische factoren een rol in het leerproces van anorexia nervosa? Welke invloed heeft medicatie op de gedragstherapeutische aanpak? Deze, en tal van andere problemen, wachten nog op uitvoeriger research.

REFERENTIES

- 1 ABRAMSON, E.E. A review of behavioral approaches to weight control. *Behaviour Research and Therapy*, 1973, 11, 547-556.
- 2 AGRAS, W.S., BARLOW, D.H., CHAPIN, H.N., ABEL, G.G., & LEITENBERG, H. Behavior modification of anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 30, 279-286.
- 3 AYLLON, T., & MICHAEL, J. The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 1959, 2, 323-334.
- 4 AZERRAD, J., & STAFFORD, R.L. Restoration of eating behavior in anorexia nervosa through operant conditioning and environmental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*, 1969, 7, 165-171.
- 5 BACHRACH, A.J., ERWIN, W.J., & MOHR, J.P. The control of eating behavior in an anorexic by operant conditioning technique. In L.P. ULLMANN & L. KRASNER (Eds.), *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1965, 153-163.
- 6 BHANJI, S., & THOMPSON, J. Operant conditioning in the treatment of anorexia nervosa: A review and retrospective study of 11 cases. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 124, 166-172.
- 7 BLINDER, B.J., FREEMAN, D.M.A., & STUNKARD, A.J. Behavior therapy of anorexia nervosa: Effectiveness of activity as a reinforcer of weight gain. *American Journal of Psychiatry*, 1970, 126, 1093-1098.

- 8 BRUCH, H. *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within.* London : Routledge & Kegan, 1974.
- 9 BRUCH, H. Perils of behavior modification in treatment of anorexia nervosa. *Journal of the American Medical Association*, 1974, 230, 1419-1422.
- 10 BUYTENDIJK, F.J.J. *Prolegomena van een antropologische fysiologie.* Utrecht-Antwerpen : Spectrum, 1965.
- 11 CRISP, A.H. Anorexia nervosa. Feeding disorders, nervous malnutrition or weight phobia. *World Review of Nutrition and Dietetics*, 1970, 12, 452-504.
- 12 ELKIN, T.E., HERSEN, M., EISLER, R.M., & WILLIAMS, J.G. Modification of caloric intake in anorexia nervosa : An experimental analysis. *Psychological Reports*, 1973, 32, 75-78.
- 13 ERWIN, W.J. A 13 year follow-up of a case of severe anorexia treated by behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, in press.
- 14 GARFINKEL, P.E., KLINE, S.A., & STANCER, H.C. Treatment of anorexia nervosa using operant conditioning techniques. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1973, 157, 428-433.
- 15 GELLER, J.L. Treatment of anorexia nervosa by the integration of behavior therapy and psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1975, 26, 167-177.
- 16 HALLSTEN, E.A. Adolescent anorexia nervosa treated by desensitization. *Behaviour Research and Therapy*, 1965, 3, 87-91.
- 17 HALMI, K.A., POWERS, P., & CUNNINGHAM, S. Treatment of anorexia nervosa with behavior modification. Effectiveness of formula feeding and isolation. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 93-96.
- 18 KEHRER, H.E. Behandlung der Pubertätsmagersucht mit Verhaltenstherapie. *Nervenarzt*, 1972, 43, 128-136.
- 19 KEHRER, H.E. Behandlung der anorexia nervosa mit Verhaltenstherapie. *Medizinische Klinik*, 1975, 70, 427-432.
- 20 LANG, P.J. Behavior therapy with a case of nervous anorexia. In L.P. ULLMANN & L. KRASNER (Eds.), *Case studies in behavior modification.* New York : Holt, Rinehart & Winston, 1965, 217-221.
- 21 LEITENBERG, H., AGRAS, W.S., & THOMSON, L.E. A sequential analysis of the effect of selective positive reinforcement in modifying anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 1968, 6, 211-218.
- 22 LIBERMAN, R.P., KING, L.W., DE RISI, W.J., & MCCANN, M. *Personal Effectiveness Basic Manual.* Champaign : Research Press, 1975.
- 23 LIEBMAN, R., MINUCHIN, R., & BAKER, L. An integrated treatment program for anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 432-436.
- 24 LOO, K.J.M. VAN DE. Anorexia nervosa : Belichaamde levensonmacht. *Gedrag*, 1975, 3, 135-151.
- 25 PIERLOOT, R.A., WELLENS, W., & HOUBEN, M.E. Elements of resistance to a combined medical and psychotherapeutic program in anorexia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1975, 26, 101-117.
- 26 SCHAEFER, K., & SCHWARZ, D. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die Anorexia nervosa. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 1974, 22, 267-284.
- 27 SCHMIDT, M.P.W., & DUNCAN, B.A.B. Modifying eating behavior in anorexia nervosa. *American Journal of Nursing*, 1974, 74, 1646-1648.
- 28 SCHNURER, A.T., RUBIN, R.R., & ROY, A. Systematic desensitization of anorexia nervosa seen as a weight phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1973, 4, 149-153.
- 29 SCHWIDDER, W. Psychosomatique et psychothérapie des troubles fonctionnels et affections des voies digestives. *Documanta Geigy, Acta Psychosomatica*, 1966, n° 7.
- 30 SCRIGNAR, C.B. Food as the reinforcer in the outpatient treatment of anorexia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1971, 2, 31-36.

- 31 SELIGMAN, M.E.P. *Helplessness. On depression, development, and death.* San Francisco : Freeman, 1975.
- 32 SELVINI PALAZZOLI, M. *Self-starvation. From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa.* London : Chaucer, 1974.
- 33 VANDEREYCKEN, W., & PIERLOOT, R.A. Anorexia nervosa: Gewichtsherstel door middel van gedragstherapie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1976, 32, 801-811.
- 34 VERBEEK, E. Notities bij anorexia nervosa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1974, 16, 533-541.
- 35 WALTON, H.J. *The psychiatric syndrome of anorexia nervosa.* Paper read at the 3rd Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, Rome, september 1975.
- 36 WELLENS, W., & PIERLOOT, R.A. *Clinical treatment of anorexia nervosa.* Paper read at the 3rd Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, Rome, september 1975.
- 37 WHITE, J.G. The use of learning theory in the psychological treatment of children. *Journal of Clinical Psychology*, 1959, 15, 227-229.
- 38 WOLPE, J. Identifying the anxiety antecedents of a psychosomatic reaction: A transcript. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1971, 2, 45-50.
- 39 WOLPE, J. Behavior therapy in anorexia nervosa (Letter to the editor). *Journal of the American Medical Association*, 1975, 233, 317-318.
- 40 WULLIEMIER, F., ROSSEL, F., & SINCLAIR, K. La thérapie comportementale de l'anorexie nerveuse. *Journal of Psychosomatic Research*, 1975, 19, 267-272.

Universitaire St.-Jozefkliniek voor Psychiatrie
 Leuvenbaan 68
 3070 Kortenberg

Received 5 May 1976