

SB 6.632

Tijdschrift voor Seksuologie, 1988, 12 : 17-30

Anorexia nervosa: recente inzichten betreffende ontstaan en therapie

W. Weeda-Mannak* en J. J. van der Werff ten Bosch**

Anorexia nervosa, zelf-opgelegde voedselbeperking, is een multidimensioneel ziektebeeld. Zowel biologische, psychologische als ook socio-culturele factoren kunnen bijdragen aan het ontstaan en het voortduren van de symptomen. Uit recente studies naar het voorkomen van anorexia nervosa blijkt dat het aantal patiënten dat zich bij de geestelijke gezondheidszorg aanmeldt en in ziekenhuizen wordt opgenomen in de laatste jaren is gestegen. De diverse inzichten die vanuit biologische, psychologische en socio-culturele invalshoek voor het ontstaan en de behandeling van anorexia nervosa relevant lijken, worden besproken.

In 1611 werd in een artikel van de Zwolsche Courant het zestienjarige meisje Eva Vliege beschreven, dat sinds twee jaar niet gegeten en gedronken zou hebben (Weeda-Mannak, 1986). Haar magere voorkomen, haar leeftijd en typische eetpatroon doen vermoeden dat het in dit geval een meisje met anorexia nervosa betrof. Indertijd werd zij wellicht samenhangend met de belangrijke rol die de religie vervulde echter allerm minst als 'ziek' beschouwd. Zij leek eerder een levend bewijs van het bestaan van een almachtige God die een menselijk wezen had geschapen dat boven de gewone menselijke behoeften verheven was. Als ziektebeeld werd anorexia nervosa pas beschouwd toen het in de medische vakliteratuur werd beschreven (Morton, 1694), zij het onder de benaming 'nervous consumption'. Ruim twee eeuwen later werd het ziektebeeld opnieuw ontdekt door

* Medisch Psycholoog, Vakgroep Medische Psychologie en Afdeling Medische Psychologie AZVU, Faculteit der Geneeskunde, Vrije Universiteit, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam

** Arts, hoogleraar, Instituut Endocrinologie, Groei en Voortplanting, Faculteit der Geneeskunde, Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam

de medici Gull (1868) en Lasègue (1873), en onder weer andere diagnostische benamingen beschreven. Uiteindelijk werd de ongelukkig gekozen benaming 'anorexia nervosa' door Gull (1874) geïntroduceerd; deze aanduiding is sedertdien ingeburgerd. Anorexia nervosa betekent letterlijk 'afwezigheid van eetlust door psychische oorzaak'. Niet verlies van eetlust, maar angst voor controle-verlies als men aan deze gevoelens toe geeft, ligt aan de zelfopgelegde voedselvermindering ten grondslag. Angst voor verlies van controle over eigen eetgedrag in het bijzonder, en over emoties, eigen prestaties en het aangaan van sociale en intieme relaties in het algemeen, is karakteristiek voor patiënten met anorexia nervosa. Het gewichtsverlies dat zij door hun inzet en inspanningen bereiken is dan ook van veel grotere betekenis dan de gewichtsvermindering die door de meeste jonge meisjes en vrouwen door middel van 'lijnen' wordt nagestreefd. De voedselweigering heeft in het verleden aanleiding gegeven tot verschillende speculaties omtrent de etiologie; deze waren soms van biologische en soms van psychologische aard (Bruch, 1973). De laatste jaren wordt mede onder invloed van het feminisme en de vrouwenbeweging vooral de rol van socio-culturele factoren benadrukt (Boskind-Lodahl en Sirlin, 1977; MacLeod, 1982). Aan de diverse etiologische zienswijzen en de daarop gebaseerde behandelingsmethoden zal in dit artikel vooral aandacht worden besteed. Daarnaast zullen ook de epidemiologische en de daarmee samenhangende methodologische aspecten van anorexia nervosa worden besproken.

De epidemiologie van anorexia nervosa. Een werkelijke of vermeende toename?

Problemen

"Of we uit de toename van artikelen over het onderwerp anorexia nervosa kunnen concluderen dat de ziekte zelf vaker voorkomt, of dat deze frequenter herkend en onderzocht wordt, kan ik niet zeggen. Toen ik de laatste maal een overzicht maakte van mijn patiënten omvatte dat 55 privé patiënten die in een tijdsbestek van 13 jaar gezien waren. Het hoogste aantal privé patiënten dat ik in een van de laatste 15 jaar zag was 12, het laagste was 1 en het gemiddelde was 4 patiënten per jaar. Mijn eigen ervaringen wekken niet de indruk van een recente fluctuatie in het voorkomen. De uitbreiding van de gewoonte om te lijnen, die nu gelukkig wat afneemt, en het meer emotionele leven dat de jongere generatie sinds de oorlog leidt, zouden de verwachting rechtvaardigen van een toename van anorexia nervosa, hoewel de groei van gezond sporten onder meisjes en jonge vrouwen,

en de grotere mate van vrijheid die zij tegenwoordig genieten, misschien juist een invloed in tegengestelde richting hebben."

De problematiek die hier geschetst wordt is niet nieuw. De verwoording ervan is bijna een halve eeuw oud (Ryle, 1939). Ook nu bestaat nog steeds de indruk dat anorexia nervosa toeneemt (Herzog en Copeland, 1985; Van Strien en Van Furth, 1987). Sommigen menen echter dat de stijging van het aantal nieuwe patiënten evenredig is aan de toename van het aantal jonge vrouwen in de bevolking (Williams en King, 1987).

Ook nu wordt het onder sociale druk gegroeide slankheidsideaal in belangrijke mate als een belangrijke risicofactor beschouwd voor het ontstaan van anorexia nervosa (Russell, 1985). Het volgen van een dieet vormt een belangrijke oorzaak voor de vermagering die bij anorexia nervosa gezien wordt (Fries, 1977, Bosch van Drakestein *et al.*, 1981). Iedere vrouw met secundaire amenorroe en bewust nagestreefd gewichtsverlies die niet aan een somatische of psychiatrische ziekte lijdt, moet volgens sommigen beschouwd worden als een potentiële patiënt met anorexia nervosa (Fries, 1977). Opvallend is dat de visie dat anorexia nervosa een uiterste vormt op een continuum van gestoorde eetwijzen en daarmee samenhangend gewichtsverlies de laatste jaren duidelijk aan betekenis inboet. In het verleden is nogal eens de nadruk gelegd op een verband tussen het begin van de geslachtsrijping en het optreden van anorexia nervosa, waarbij de naderende volwassenheid beschouwd werd als een kritisch moment in de pathogenese van het ziektebeeld (Meyer, 1971). In recenter onderzoek daarentegen wordt van kinderen met opzettelijk gewichtsverlies en gestoorde groei en vertraagde puberteit gezegd dat zij geen anorexia nervosa zouden hebben, doch alleen angst voor vetzucht (Pugliese *et al.*, 1983). Ook voor de groep volwassenen wordt onderscheid gemaakt en wel tussen 'gewichtspreoccupatie zonder meer' en gewichtspreoccupatie die samenhangt met ernstige stoornissen in de persoonlijkheidsontwikkeling (Garner *et al.*, 1983; Weeda-Mannak *et al.*, 1983). Alleen in het laatste geval zou van echte anorexia nervosa sprake zijn.

Registratie en methodologische verschillen

Wanneer men cijfers over het voorkomen van anorexia nervosa raadpleegt, blijken er veel verschillen te bestaan tussen de diverse onderzoeken. Ogen-schijnlijk lijken slechts de kwantitatieve gegevens, over incidentie (= nieuwe patiënten per jaar) en prevalentie (= het percentage waarin het zich voordoet in een bevolkingsgroep) verschillend. Deze verschillen hangen samen met de methode van onderzoek. Zo leveren huisartsenpraktijken ande-

re getallen dan instellingen in de geestelijke gezondheidszorg, werken sommige ziekenhuizen met opnamecijfers, waardoor dubbeltellingen van patiënten plaatsvinden en wordt geen onderscheid gemaakt tussen aantallen eerste en latere opnames. Figuur 1 laat gegevens zien uit drie onderzoeken die betrekking hebben op veranderingen, met de tijd, in de incidentie van anorexia nervosa in een geografisch omschreven gebied. Zij zijn afkomstig uit Zuid-Zweden (Theander, 1970), uit New York (Jones *et al.*, 1980) en uit het Kanton Zürich in Zwitserland (Willi & Grossmann, 1983).

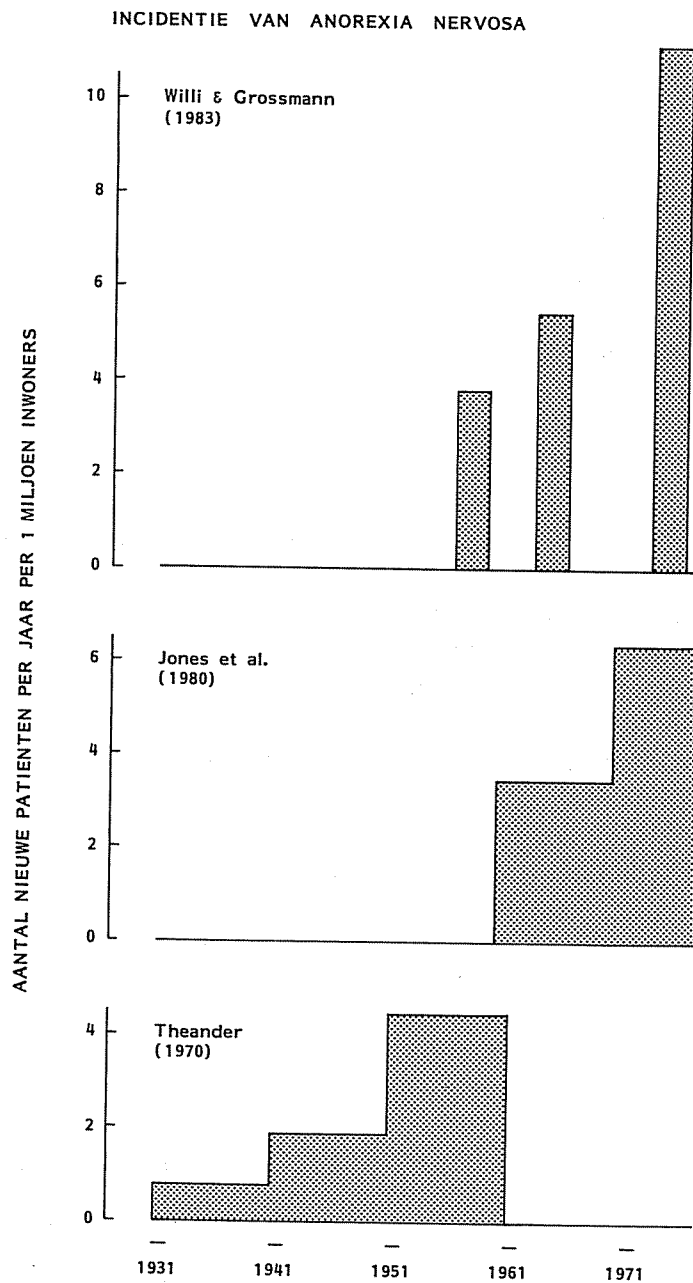
Er zijn echter meer methodologische verschillen. Uit de vele pogingen die gedaan worden om tot een gemeenschappelijke diagnostische classificatie van anorexia nervosa te komen kan worden afgeleid dat de criteria voor de diagnose verschillend waren. Verschillen in voorkomen kunnen dus samenhangen met verschillen in diagnostische criteria. Bovendien omvatten de verschillende diagnostische criteria zowel nog te operationaliseren variabelen (b.v. de angst om dik te worden) alsook harde, duidelijke criteria (b.v. laag lichaamsgewicht) (Halmi, 1985). Terwijl in DSM-III (Diagnostic Statistical Manual, 1980) amenorroe werd weggelaten als diagnostisch criterium, wordt het in de nieuwe gereviseerde versie die thans voorbereid wordt (DSM-III-R) opnieuw als criterium ingebracht. Zoals hierboven gesteld werden in de diverse epidemiologische onderzoeken verschillende classificatie systemen gebruikt om het voorkomen van anorexia nervosa te registreren. Ook zal bij verruiming van de criteria de incidentie kunnen 'toenemen' (Theander, 1970). Terwijl klinici in de praktijk nauwelijks moeite zullen hebben met het stellen van de diagnose bij een ernstig vermagerde zogenaamde klassieke patiënt, wordt de diagnose al aanzienlijk lastiger wanneer bijvoorbeeld een onderverdeling in milde en ernstige vormen wordt geïntroduceerd (Health and public policy committee, 1986).

De afbakening tussen 'nog niet' en 'juist wel' voldoen aan de gestelde criteria voor de diagnose anorexia nervosa, is dikwijls zeer moeilijk. Niet alleen ten aanzien van de diagnose, ook ten aanzien van 'herstel' kunnen de criteria variëren. Mede hierdoor wordt in feite het vergelijkenderwijs evalueren van verschillende behandelingsmethoden ook bijzonder moeilijk.

Het ontstaan en de ontwikkeling van anorexia nervosa

Uit retrospectieve studies blijkt dat anorexia nervosa in de regel begint met het volgen van een vermageringsdieet. Aangezien het volgen van zulk een dieet om het uiterlijk te verbeteren veelvuldig voorkomt bij meisjes en jonge vrouwen zonder dat dit tot anorexia nervosa leidt, kan de diagnose anorexia nervosa niet alleen op grond van eetgedrag en gewichtsverlies worden

Figuur 1. De incidentie van anorexia nervosa gemeten over verschillende jaren in gebieden van Zweden (Theander, 1970), van de Verenigde Staten (Jones et al., 1980) en van Zwitserland (Willi & Grossmann, 1983).



gesteld. Van belang is dat de angst om dik te worden bij patiënten met anorexia nervosa zelfs bij sterke vermagering niet vermindert. Het 'anorectisch' eetgedrag van zowel anorexia nervosa patiënten en van hen die gewoon 'lijnen' wordt gekenmerkt door een selectieve vermindering van voedsel met een hoge calorische waarde. Bij anorexia nervosa kan bovendien braken worden opgewekt, overmatige lichamelijke inspanning verricht of laxerende middelen gebruikt. Ongeveer 40% van de patiënten met anorexia nervosa heeft last van deze onbeheersbare eetbuien (bulimia). Op grond van het al dan niet voorkomen van zulke eetbuien wordt van bulimische respectievelijk restrictieve anorexia nervosa gesproken (Herzog en Copeland, 1985). Amenorroe treedt bij meer dan 70% van de gevallen op voorafgaand aan of gelijktijdig met het aanvankelijke gewichtsverlies (Fries, 1977; Eisenberg, 1981). Daarom is de aanwezigheid van amenorroe in diverse classificatie-systemen een *conditio sine qua non* voor de diagnose anorexia nervosa (Russell, 1970; DSM-III-R, zie boven).

Ten aanzien van de ontwikkeling van anorexia nervosa kunnen twee theoretische visies worden onderscheiden. Volgens de aanhangers van de 'continuum hypothese' is anorexia nervosa het eindpunt op een continuum van 'lijnen' en gewichtsverlies (Nylander, 1971; Fries, 1977; Vandereycken en Pierloot, 1981; 1983). Volgens andere auteurs (Bruch, 1973; Selvini Palazolli, 1974) heeft het hongeren bij patiënten een meer fundamentele betekenis dan een 'uit de hand gelopen dieet'. Aan de voedselbeperking en de vermagering bij anorexia nervosa zouden met name ernstige stoornissen in de persoonlijkheidsontwikkeling ten grondslag liggen, zoals een stoornis in de waarneming van eigen gevoelens en behoeften, het gevoel dat anderen en niet de persoon zelf haar leven bepalen, gevoel van ineffectiviteit. De als 'typisch' voor anorexia nervosa beschouwde symptomen, zoals de pre-occupatie met voedsel, de afname van gevoelens en seksualiteit of een toename van twijfel en compulsief gedrag werden door hen niet als karakteristieke kenmerken beschouwd omdat deze een direct gevolg waren van, respectievelijk verergerden bij, het vermageren. Deze psychische verschijnselen van anorexia nervosa bleken immers ook op te treden bij proefpersonen die aan een honger-experiment deelnamen zonder dat sprake was van anorexia nervosa (Keys e.a., 1950). Een van de psychologische kenmerken die wel algemeen als karakteristiek voor anorexia nervosa wordt geaccepteerd is de drang naar prestatie en perfectie (Theander, 1970; Selvini Palazolli, 1974; Boskind-Lodahl, 1976; Bruch, 1973; 1978). Volgens Bruch (1973) en Selvini Palazolli (1974) hangt dit streven sterk samen met de angst om te mislukken. In een Nederlands onderzoek waarin anorexia nervosa patiënten vergeleken werden met jonge vrouwen met

'milde' vormen van anorexia nervosa, zoals balletleerlingen en vrouwen met gewichts-gerelateerde menstruatiestoornissen, werd aangetoond dat de drang tot prestatie bij anorexia nervosa patiënten vooral samenhang met angst voor mislukking (Weeda-Mannak *et al.*, 1983; Weeda-Mannak, 1986). Hoewel vrouwen met milde vormen van anorexia nervosa zich wat betreft hun streven naar prestatie niet onderscheiden van anorexia nervosa patiënten was de onderliggende drijfveer niet een angst om te mislukken (negatieve faalangst), maar een streven naar succes (positieve faalangst). Om mislukking te vermijden streven patiënten met anorexia nervosa ernaar zo optimaal mogelijk te presteren. Angst voor verlies van beheersing en controle speelt derhalve niet alleen een rol bij het eetgedrag, maar ook bij het leveren van prestaties. Ook uit het eerder genoemde Canadese onderzoek van Garner *et al.* (1983) bleek dat er significante psychologische verschillen bestaan tussen personen met ernstige en met zgn. 'milde' vormen van anorexia nervosa. Deze onderzoeksresultaten wijzen consistent in dezelfde richting, nl. dat de pre-occupatie met slank zijn en eten en daarmee samenhangend gewichtsverlies wel langs de lijnen van een continuum verlopen maar dat de psychopathologische kenmerken die aan het eetgedrag en vermagering ten grondslag liggen fundamenteel verschillend zijn. Hiermede wordt de 'continuum hypothese' empirisch niet ondersteund. Uiteraard zijn prospectieve longitudinale studies noodzakelijk om de invloed van psychologisch riskante kenmerken op het ontstaan van anorexia nervosa te evalueren.

Anorexia nervosa. Een multidimensionele stoornis

Lang is vruchteloos gezocht naar een biologische of psychische oorzaak van anorexia nervosa. Momenteel is algemeen geaccepteerd dat anorexia nervosa een multidimensionele stoornis is, waarbij psychologische, biologische en socio-culturele factoren betrokken zijn (Garfinkel en Garner, 1982; Lucas, 1982). Weiner (1977) heeft een ziektemodel beschreven waarbij voor het ontstaan van ziektes in het algemeen de volgende factoren van belang werden geacht: a. een veelheid van pre-disponerende kenmerken van zowel biologische, psychologische en sociale aard; b. het optreden van interne (b.v. ziekte) of externe stress (b.v. emotionele spanning); en c. het onvermogen van het individu om zich aan deze stress aan te passen. Een groot aantal individuen behoort op grond van hun fysieke of psychische aanleg en hun leergeschiedenis tot een bepaalde risico-groep. Dit betekent echter niet dat alle leden die tot zo'n risico-groep behoren de betreffende ziekte ook verwerven. Bovendien zijn er ook personen die de ziekte wel krij-

gen, ondanks het ontbreken van een of meerdere van de pre-disponerende factoren. Het door Weiner beschreven model is ook toepasbaar bij anorexia nervosa. De ontwikkeling en het in stand blijven van anorexia nervosa kan in de volgende tabel worden weergegeven.

Tabel 1. Pre-disponerende, initiërende en in stand houdende factoren bij anorexia nervosa.

<i>Pre-disponerende factoren</i>	<i>Initiërende factoren</i>		<i>In stand houdende factoren</i>
Psychologische, biologische en socioculturele factoren	Interne of externe stressoren	Lijnen om zelfcontrole en gevoel van eigenwaarde te behouden	Psychologisch, biologisch en sociaal

Psychologische aspecten

Door Bruch (1973) en Selvini Palazolli (1974) worden vooral het onvermogen om zelfstandig te functioneren en een gevoel van eigen identiteit te ontwikkelen beschouwd als de belangrijkste pre-disponerende factor. Volgens Bruch beleven patiënten met anorexia nervosa zichzelf als ineffectief om 'hun eigen gedrag, gevoelens en behoeften' te beheersen. Zolang er concrete richtlijnen zijn over wat van hun wordt verwacht, voelen zij zich door deze structuur veilig. Deze klinische observatie werd ondersteund door het empirische gegeven dat patiënten met anorexia nervosa worden gekarakteriseerd door een hoge negatieve faalangst. Negatieve faalangst manifesteert zich vooral in situaties die relatief ongestructureerd zijn en waarin het individu geacht wordt zelf structuur aan te brengen (Hermans, 1980). Het zelfstandig structuur kunnen aanbrengen in eigen gedachten, gevoelens en behoeften is vooral van belang in de adolescentie. De toename van anorexia nervosa wordt dan ook in verband gebracht met het wegvallen van duidelijke richtlijnen voor de sociale rol van de vrouw en het onvermogen van de anorexia patiënt zonder de aanwezigheid van een sterke structuur te kunnen functioneren.

Biologische factoren

Een aantal van de symptomen van anorexia nervosa komen stuk voor stuk voor als onderdeel van verschillende verzamelingen van verschijnselen.

Een tweetal symptomen dat veel samengaat zijn vetverlies en amenorroe. Deze komen voor bij vrouwen die een zware sport beoefenen (Leading article, 1987) en bij vrouwen die opzettelijk hun voedselgebruik beperken. Bij turnsters en ballerina's kan een combinatie van zware lichamelijke inspanning en vrijwillige voedselbeperking in het spel zijn. Onvrijwillige voedselbeperking zoals in concentratiekampen, leidt eveneens tot vetverlies en amenorroe. De door Sheldon (1939) geuite veronderstelling dat ondervoeding zou leiden tot een organische hypofyse-insufficiëntie en daardoor tot amenorroe, lijkt door de feiten te zijn gelogenstraft. Zowel bij anorexia nervosa (Van Beugen *et al.*, 1961) als in concentratiekampen (Zimmer *et al.*, 1944) begint amenorroe dikwijls al voordat er duidelijk gewichtsverlies is. Ook bij atleten kan amenorroe aan gewichtsvaling voorafgaan (Smith, 1980). Men vermoedt dat in deze gevallen de amenorroe primair een gevolg is van psychische stress die de secretie van gonadotrope hypofysehormonen doet afnemen. Er is echter gebleken dat bij gezonde vrouwen reeds een geringe opzettelijke gewichtsvaling vergezeld kan gaan met stoornissen in de ovariumcyclus, waarbij wel een vermindering van het oestradiolgehalte werd gezien maar geen daling van het gonadotropinegehalte (Pirke *et al.*, 1985). De voedselbeperking zou in dit geval een stoornis in vorming of afbraak van oestradiol teweegbrengen zonder tussenkomst van de hypothalamus-hypofyse-as. Mogelijke mechanismen zijn daarbij de vermindering van (de normale) oestradiol-vorming uit testosteron in het vetweefsel als gevolg van vetverlies (Baranowska en Zgliczynski, 1979), of gestoorde ovariumactiviteit ten gevolge van tekort aan insuline. Het is bekend dat insuline gonadotrope effecten kan sorteren (Poretsky en Kalin, 1987), terwijl Mitchell *et al.* (1987) gewezen hebben op relatief frequent samengaan van anorexia nervosa met diabetes mellitus.

Aan de argumenten voor een psychische oorzaak van de amenorroe bij anorexia nervosa lijken er de laatste tijd weer enkele te kunnen worden toegevoegd. Deze vaststelling gaat ervan uit dat van een psychische oorzaak gesproken mag worden als er reversibele intracerebrale veranderingen gezien worden waaraan niet een aangetoonde morfologische (organische) afwijking ten grondslag ligt. Het betreft in feite onderzoeken naar hersenactiviteit die gemeten is aan de concentratie in cerebrospinaal vocht van stoffen die door hersenweefsel gemaakt worden. (In principe is daarmee geenszins bewezen dat die veranderingen in hersenactiviteit niet kunnen zijn veroorzaakt door verlaagde voedselconsumptie, of door vetverlies of verminderde lichaamsmassa.) De secretie van gonadotrope hormonen in de hypofyse wordt aangezet door het uit de hypothalamus afkomstige GRH (gonadotrophin releasing hormone). De afgifte van GRH, en indirect daar-

door die van de gonadotrope hormonen, kan onderdrukt worden door het opioïde peptide beta-endorfine (Jewelewicz, 1984). Dit is een in de hersenen gemaakte stof die werkingen heeft die overeenkomen met die van opium. Bij patiënten met anorexia nervosa is een verhoogde concentratie van beta-endorfinen gevonden in de cerebrospinaal vloeistof (Kaye *et al.*, 1982). Toediening van naloxone (een antagonist van beta-endorfine) aan anorexia nervosa patiënten leidde tot versnelde gewichtstoename (Moore *et al.*, 1981) en tot verhoging van LH in het bloed (Baranowska *et al.*, 1984). Wanneer oogdruppels met naloxone werden gegeven aan patiënten met anorexia nervosa trad pupilverwijding op, iets dat gewoonlijk alleen gezien wordt na gebruik van morfine (opium) (Griffiths, 1987). In het cerebrospinaal vocht is onlangs ook een verhoogde hoeveelheid CRH (corticotrophin releasing hormone) aangetroffen bij patiënten met anorexia nervosa; na gewichtsherstel was ook de CRH-concentratie weer normaal (Kaye *et al.*, 1987). CRH wordt evenals GRH door de hypothalamus afgescheiden. De bekendste werking is het aanzetten van de afgifte van ACTH (= corticotropine) door de hypofyse, waardoor vervolgens de bijnierschors meer cortisol produceert. Er bestond bij de patiënten na gewichtsherstel een positieve correlatie tussen de concentratie van CRH en de graad van geestelijke depressiviteit die gescored kon worden.

Socioculturele factoren

Het gezin vervult een belangrijke rol bij de ontwikkeling van kinderen. Belangrijke normen en waarden als ook sociale en interpersoonlijke vaardigheden worden via de opvoeding overgedragen. Bruch (1977) wees reeds op het belang van de ouder-kind interactie in verband met anorexia nervosa. Zij stelt dat ouders van patiënten met anorexia nervosa waarde hechten aan een verzorgd uiterlijk, aan prestaties en een optimale ontwikkeling van hun kinderen. Terwijl zij in hun handelen dikwijls gericht zijn op een meer dan goede zorg en opvoeding voor hun kind, laten zij zich hierin teveel leiden door eigen opvattingen over wat goed is voor hun kind, en te weinig door de signalen die van het kind zelf komen. Als gevolg hiervan zou het kind niet leren op eigen signalen, impulsen of gevoelens te vertrouwen maar ook later nog voortdurend afhankelijk zijn en zich oriënteren op de opvattingen en verwachtingen van de sociale omgeving. Boskind-Lodahl (1976) acht in tegenstelling tot Bruch echter de samenleving en niet de ouder verantwoordelijk voor het feit dat met name meisjes van jongens af aan hun eigen behoeften hebben geleerd te ontkennen of van ondergeschikt belang te maken. Op

het feminisme gebaseerde socio-culturele theorieën beschouwen de opvattingen over schoonheid en over de rol van de vrouw als de belangrijkste predisponerende factoren voor de ontwikkeling van anorexia nervosa (Ohrbach, 1986).

De noodzaak van een integrale behandeling van anorexia nervosa

Het feit dat anorexia nervosa kan worden beschouwd als een multidimensionele stoornis maakt een integrale behandeling noodzakelijk. In het verleden werd de nadruk bij de behandeling vaak te veel gelegd op de therapeutische methode en de techniek van interventie. Het belang van een goede vertrouwensrelatie als basis voor de behandeling daarbij werd tot voor kort slechts door weinig therapeuten genoemd. De therapeut die anorexia nervosa behandelt moet in staat zijn oprechte zorg voor de patiënt te tonen, open en eerlijk te zijn over de behandeling en over voldoende kennis van en inzicht in de karakteristieke verschijnselen van het ziektebeeld beschikken (Weeda-Mannak, 1987). Doorgaans weten hulpverleners echter te weinig af van de fysieke, psychische en emotionele effecten van ondervoeding. Depressiviteit, afwezig zijn van emoties, verminderde seksuele gevoelens en activiteit worden dan ook dikwijls als oorzaak in plaats van als gevolg van de ondervoeding gezien. Ook dwangmatigheid en besluiteloosheid worden niet in verband gebracht met het hongeren, maar beschouwd als op zich zelf staande problemen van de anorexia nervosa patiënt. Het belang van voedsel en gewichtsherstel wordt daarmee onderschat, alsook de gevolgen die herstel van de voedselinname met zich meebrengt (Weeda-Mannak, 1987). Herstel van voedselinname en gewicht dient uiteraard te worden ondersteund door psychotherapeutische interventie. De laatste jaren zijn vooral cognitieve methoden ontwikkeld om onjuiste opvattingen en gedachten die aan het afwijkende eetgedrag ten grondslag liggen te veranderen. Psychotherapeutische interventie heeft vooral tot doel het gewichtsherstel te behouden door de factoren die een optimale ontwikkeling van de persoon belemmeren, weg te nemen. Afhankelijk van de leeftijd, het ontwikkelingsniveau, en de betekenis van het hongeren, dient een individueel behandelingsprogramma te worden ontwikkeld. Het aanpassen van de therapie aan de karakteristieke problematiek bij patiënten met anorexia nervosa, in plaats van geforceerd aanpassen van het probleem aan de toevallig beschikbare behandelingsmethode, is de belangrijkste aanwinst in de behandeling van anorexia nervosa.

Literatuur

- Baranowska, B., G. Rozbicka, W. Jeske & M. H. Abdel-Fattah (1984). The role of endogenous opiates in the mechanism of inhibited luteinizing hormone (LH) secretion in women with anorexia nervosa: the effect of naloxone on LH, follicle-stimulating hormone, prolactin, and beta-endorphin secretion. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 59: 412-416.
- Baranowska, B. & S. Zgliczynski (1976). Enhanced testosterone in female patients with anorexia nervosa: its normalization after weight gain. *Acta Endocrinologica*, 90: 328-335.
- Van Beugen, L., E. Kropveld, J. de Graeff, D. Smeenk & A. Querido (1961). Anorexia nervosa; een studie van 38 patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 105: 464-470.
- Bosch van Drakestein, J. L. P., H. J. T. Coelingh Bennink & W. L. Weeda-Mannak (1981). Het falen van een dopamine-antagonist (pimozide) en het succes van psychotherapie bij de behandeling van vrouwen met 'weight loss related' amenorroe. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23: 41-48.
- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's stepsisters: a feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Women in Culture and Society*, 2: 342-356.
- Boskind-Lodahl, M. & J. Sirlin (1977). The gorging-purging syndrome. *Psychology Today*, 50: 50-85.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders*. Basic Books, New York.
- Bruch, H. (1977). Psychological antecedents of anorexia nervosa. In: *Anorexia Nervosa*. R. A. Vigersky (ed.). Raven Press, New York, pp. 1-10.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage*. Harvard University Press, Cambridge.
- DSM-III: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. (1980). American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- Eisenberg, E. (1981). Toward an understanding of reproductive function in anorexia nervosa. *Fertility and Sterility*, 36: 543-550.
- Fries, H. (1977). Studies on secondary amenorrhea, anorectic behavior, and body-image perception: importance for the early recognition of anorexia nervosa. In: *Anorexia Nervosa*. R. A. Vigersky (ed.). Raven Press, New York, pp. 163-176.
- Garfinkel, P. E. & D. M. Garner (1982). *Anorexia Nervosa. A Multidimensional Perspective*, Brunner/Mazel, New York.
- Garner, D. M., M. P. Olmsted & P. E. Garfinkel (1983). Does anorexia nervosa occur on a continuum? *International Journal of Eating Disorders*, 2: 11-26.
- Griffiths, M. F. P. (1987). Mydriatic response to topical naloxone in anorexia nervosa. *Lancet*, 2: 638.
- Gull, W. W. (1868). The address in medicine delivered before the annual meeting of the BMA at Oxford. *Lancet*, 2: 171.
- Gull, W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*, 7: 22-28.
- Halmi, K. A. (1985). Classification of the eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 19: 113-119.
- Health and Public Policy Committee, American College of Physicians (1986). Eating disorders: anorexia nervosa and bulimia. *Annals of Internal Medicine*, 105: 790-794.
- Hermans, H. J. M. (1980). *Prestatiemotief en Faalangst in Gezin en Onderwijs*. Swets en Zeitlinger, Amsterdam.

- Herzog, D. B. & P. M. Copeland (1985). Eating disorders. *The New England Journal of Medicine*, 313: 295-303.
- Jewelewicz, R. (1984). The role of endogenous opioid peptides in control of the menstrual cycle. *Fertility and Sterility*, 42: 683-685.
- Jones, D. S., M. M. Fox, H. M. Babigian & H. E. Hutton (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York: 1960-1976. *Psychosomatic Medicine*, 42: 551-558.
- Kaye, W. H., H. E. Gwirtsman, D. T. George, M. H. Ebert, D. C. Jimerson, T. P. Tomai, G. P. Chrousos & P. W. Gold (1987). Elevated cerebrospinal fluid levels of immunoreactive corticotropin-releasing hormone in anorexia nervosa: relation to state of nutrition, adrenal function, and intensity of depression. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 64: 203-208.
- Kaye, W. H., D. Pickar, D. Naber & M. H. Ebert (1982). Cerebrospinal fluid opioid activity in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 139: 643-645.
- Keys, A., J. Brozek, A. Henschel, O. Mickelsen & H. L. Taylor (1950). *The Biology of Human Starvation*. Vol. 1. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Lasègue, C. (1873). De l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine*, 385.
- Leading article (1987). Nutrition in sport. *Lancet*, 1: 1297-1298.
- Lucas, A. R. (1982). Anorexia nervosa as a biopsychological disease: the history of several theoretical models. In: *Eetstoornissen*. W. L. Weeda-Mannak en F. Smits (red.). Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- MacLeod, S. (1982). *Hongeren. Anorexia nervosa, een autobiografisch verslag*. De Toorts, Haarlem.
- Meyer, J. E. (1971). Anorexia nervosa of adolescence. The central syndrome of the anorexia nervosa group. *British Journal of Psychiatry*, 118: 539-542.
- Mitchell, J. E., H. C. Seim, E. Colon & C. Pomeroy (1987). Medical complications and medical management of bulimia. *Annals of Internal Medicine*, 107: 71-77.
- Moore, R., I. H. Mills & A. Forster (1981). Naloxone in the treatment of anorexia nervosa: effect on weight gain and lipolysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 74: 129-131.
- Morton, R. (1694). *Phthisiologia: or a treatise of consumptions*. Smith and Walford, London.
- Nylander, I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population: epidemiologic, interview investigation. *Acta Sociomedica Scandinavica*, 3: 17-26.
- Ohrbach, S. (1986). *Hunger Strike. The Anorectic Struggle as a Metaphor for our Age*. Norton and Cy, New York.
- Pirke, K. M., U. Schweiger, W. Lemmel, J. C. Krieg & M. Berger (1985). The influence of dieting on the menstrual cycle of healthy young women. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 60: 1174-1179.
- Poretsky, L. & M. F. Kalin (1987). The gonadotropic function of insulin. *Endocrine Reviews*, 8: 132-141.
- Pugliese, M. T., F. Lifshitz, G. Grad, P. Fort & M. Marks-Katz (1983). Fear of obesity. A cause of short stature and delayed puberty. *The New England Journal of Medicine*, 309: 513-518.
- Russell, G. F. M. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. In: *Modern Trends in Psychological Medicine*. J. H. Price (ed.). Butterworths, London.
- Russell, G. F. M. (1985). The changing nature of anorexia nervosa: an introduction to the conference. *Journal of Psychosomatic Research*, 19: 101-109.

- Ryle, J. A. (1939). Discussion on anorexia nervosa. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 32: 735-737.
- Selvini Palazolli, P. M. (1974). *Self Starvation*. Chaucer Publishing Co, London.
- Sheldon, J.H. (1939). Discussion on anorexia nervosa. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 32: 738-741.
- Smith, N. J. (1980). Excessive weight loss and food aversion in athletes simulating anorexia nervosa. *Pediatrics*, 66: 139-142.
- Van Strien, D. C. & E. F. van Furth (1987). Eetstoornissen; een veranderend perspectief. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 131: 576-579.
- Theander, A. (1970). Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 214.
- Vandereycken, W. & R. Pierloot (1981). Ein dimensionales Modell für Ess- und Gewichtsstörungen. In: *Anorexia Nervosa*. R. Meerman (ed.). Enke Verlag, Stuttgart, 69-73.
- Vandereycken, W. & R. Pierloot (1983). The significance of sub-classification in anorexia nervosa: a comparative study of clinical features in 141 patients. *Psychological Medicine*, 13: 543-549.
- Weeda-Mannak, W. L., M. J. Drop, F. Smits, L. W. Strijbosch & J. J. C. Bremer (1983). Toward an early recognition of anorexia nervosa. In: Proceedings of the International Conference on Anorexia Nervosa and Bulimia. W. L. Weeda-Mannak & W. Vandereycken (eds.). *International Journal of Eating Disorders*, 2: 27-37.
- Weeda-Mannak, W. L. (1986). De socio-culturele context van eetstoornissen. In: *Als Slank Zijn Een Obsessie Wordt*. W. Vandereycken, W. L. Weeda-Mannak & C. C. Wittstock (red.). Van Loghum Slaterus, Deventer, p. 39-51.
- Weeda-Mannak, W. L. (1987). *Anorexia Nervosa Bij Jongeren*. Boom, Amsterdam.
- Weiner, H. (1977). *Psychobiology and Human Disease*. Elsevier, New York.
- Willi, J. & S. Grossmann (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 140: 564-567.
- Williams, P. & M. King (1987). The 'epidemic' of anorexia nervosa: another medical myth? *Lancet*, 1: 205-207.
- Zimmer, R., J. Weill & M. Dubois (1944). The nutritional situation in the camps of the unoccupied zone of France in 1941 and 1942 and its consequences. *The New England Journal of Medicine*, 230: 303-314.

Summary

Current thinking on etiology and treatment of anorexia nervosa.

Anorexia nervosa is a disease without known etiology or pathogenesis, while diagnostic criteria vary. It is therefore hard to establish incidence, prevalence and therapeutic success rate and to learn the pathophysiological basis of the disease. Overall the disease is believed to have been on the increase in recent decades. Since classification rests largely on subjective measures which are dictated by psychological theory, scientific progress in the field is bound to be slow. Biological, psychosocial and socio-cultural factors contribute to the disease, both as predisposing elements and in the maintenance of the disease. This view has implications for the therapeutic strategy.