

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

De olifant in de porseleinkast

Eetstoornissen vanuit psychoanalytische hoek

GREET KUIPERS

De titel van dit artikel drukt een zeker ongemak uit. Een olifant loopt liever met wapperende oren buiten over de savanne dan opgepropt te zitten op een plank met breekbaar serviesgoed. Beweging, hoe behoedzaam ook, zal de orde verstoren, gerinkel, scherven én ruimte brengen.

De olifant associeer ik met het vertekend zelfbeeld, en de verborgen gevoelens van patiënten met een eetstoornis, maar ook met mijzelf, als psychoanalytisch geschoolde psychiater in mijn werk met deze doelgroep. De prominente plek die cognitieve gedragstherapie heeft gekregen als behandeling van eerste keus bij eetstoornissen (Zorgstandaard Eetstoornissen 2017) zou de vraag op kunnen roepen wat het aandeel vanuit psychoanalytische hoek vandaag de dag is. Op studiedagen over eetstoornissen wordt nauwelijks in psychoanalytische termen gesproken. Omgekeerd heb ik de indruk dat in psychoanalytische kring te vaak gedacht wordt dat men patiënten met een eetstoornis weinig te bieden heeft.

De aanpak van symptomen als eetbuien, restrictief eten, purgeren en overmatig bewegen vergt een actieve houding met concrete afspraken over verandering van gedrag. Tegelijkertijd is het van belang de innerlijke belevingen in dit proces van verandering te onderzoeken. Psychoanalytische theorieën lijken mij onontbeerlijk om de problemen die ten grondslag liggen aan het gestoord eetgedrag te begrijpen. Onbewuste gevoelens en gedachten, te 'ongehoord' om onder woorden te brengen, spelen een belangrijke rol. De eetstoornis verzwijgt en onthult tegelijkertijd dat er iets mis is. Angst, schaamte, wantrouwen en afweer maken het de patiënt moeilijk open te zijn over wat er in haar omgaat.

¶ *Vignet 1*

..... AANMELDING

Pauline, net 18 jaar, zit voor haar eindexamen als zij opgenomen wordt voor behandeling van anorexia nervosa. Zij loopt al even bij een psycholoog maar blijft afvallen. De school is bereid tot een regeling zodat Pauline ondanks opname toch de benodigde toetsen kan maken. Als ik me hardop

afvraag of dit verstandig is, immers behandeling, in een groep, weg van huis, zal de nodige spanning en inspanning vergen, barst Pauline in tranen uit. Ze vindt het idee onuitstaanbaar dat de eetstoornis voor studievertraging zou zorgen. Als afdeling stellen we de eis dat Pauline voortgang boekt qua eten en gewicht en hooguit een enkele keer afwezig zal zijn voor therapie.

ACHTERGROND

Pauline is de oudste in een gezin met twee kinderen. Toen zij 8 jaar was is haar 3 jaar jongere broer op vakantie voor haar ogen verdronken. Haar vader kampt sindsdien met depressieve klachten waarvoor hij medicatie gebruikt. Hij wordt het liefst met rust gelaten en reageert soms geprikkeld en laatdunkend op zijn dochter. Met moeder kan ze goed praten. Pauline vraagt zich weleens af wat het huwelijk haar moeder eigenlijk nog biedt en is zich ervan bewust dat het best stil in huis zou worden, mocht zij voor studie op kamers gaan.

Dit artikel komt voort uit de behoefte een blik te bieden op de huidige stand van zaken betreffende eetstoornissen en de psychoanalytische behandeling daarvan. Na een kort algemeen overzicht zal aandacht worden geschonken aan hedendaagse psychoanalytische visies op de psychopathologie bij eetstoornissen en hun vertaling in individuele of groepstherapie. Ook voor veelvuldig voorkomende comorbide persoonlijkheidsproblematiek kan psychoanalytische therapie aangewezen zijn. Wetenschappelijk onderzoek naar gehechtheid en mentaliseren bij patiënten met een eetstoornis vertaalt zich in de inzet van nieuwe vormen van psychotherapie zoals *mentalization based treatment* (MBT).

¶ *Eetstoornissen: actuele stand van zaken*

Anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) en de eetbuistoornis (BED) worden gekenmerkt door afwijkend eetgedrag en een onevenredig grote invloed van het gewicht op de zelfwaardering. De obsessie met eten en gewicht wordt beschouwd als een inadequate manier om met negatieve gevoelens om te gaan. BED kan meestal met een symptoomgerichte behandeling van enkele maanden worden verholpen. AN en BN zijn zeldzamer en gaan vaak gepaard met depressies en/of angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, autisme, aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD), zelfverwonding en alcoholmisbruik (Treasure e.a. 2010). Een symptoomgerichte behandeling van BN vergt minder dan een jaar; voor herstel van AN is vaak jarenlange behandeling nodig. Ambulante cognitieve gedragstherapie (CGT) geeft bij patiënten met BN en BED een snellere en sterkere afname van eetstoornissymptomen dan psychoanalytische behandeling (Zerbe & Satir 2016).

Voor volwassenen met AN bleken CGT en psychoanalytische psychotherapie in tien maanden even effectief in het bereiken van gewichtstoename (Zipfel e.a. 2014).

Bij AN en BN treedt vaak na aanvankelijke verbetering een terugval op. Voor bestendig herstel is vermindering van comorbiditeit en verbetering van het interpersoonlijk functioneren van belang. Waar langere behandeling nodig blijkt is deze vaak psychoanalytisch van aard (Zerbe & Satir 2016). Keel en Brown (2010) schatten in dat minstens 25% van de BN- en 50% van de AN-patiënten ondanks behandeling niet herstelt.

¶ *Individuele diagnostiek*

De ontwikkeling van een eetstoornis kan langs verschillende wegen tot stand komen. Weinig of veel eten is waarschijnlijk een biologisch voorbestemde manier om op stress te reageren, zoals ook somberheid of dwangmatigheid dat zijn. In de persistentie van het gestoord eetgedrag wordt de psychodynamiek zichtbaarder. De eetstoornis manifesteert zich meestal in de puberteit: veranderende relaties, nieuwe taken, verandering van lichaam roepen faalangst en onzekerheid op, met een stressreactie tot gevolg. Veelal is er ook sprake van depressieve symptomen. Persoonlijkheidsstoornissen komen met name voor bij patiënten met AN of BN die een opname- of dagbehandeling nodig hebben. Het meest voorkomend zijn de ontwijkende-, dwangmatige- en borderline-persoonlijkheidsstoornis. De onderliggende persoonlijkheidsstructuur kan bij eetstoornispatiënten op verschillende niveaus georganiseerd zijn: het merendeel van de patiënten is te plaatsen op het continuüm van neurotisch — geneigd tot ambivalentie, schaamte en schuldgevoel — via high level borderline-narcisme naar low level borderline-narcisme, waarbij splitsen, zwart-witdenken, intense woede op de ander of zelfhaat centraal staan. Het verdient aanbeveling om rekening te houden met mogelijke ontwikkelingsstoornissen: bij 1 op de 10 adolescenten met AN is er sprake van een autismespectrumstoornis.

¶ *Psychoanalytische visies*

Kenmerkend voor de psychoanalytische visie op eetstoornissen is de notie dat in de beladen omgang met eten op een concrete manier innerlijke problematiek veruitwendigd wordt. De onbewuste betekenis van de eetstoornissymptomen is niet voor elke patiënt hetzelfde. Aanvankelijk werden eetstoornissen vanuit het drift- en structurele model beschouwd als uiting van conflicten rond vrouwelijkheid, seksualiteit en oedipale rivaliteit (Caparrotta & Ghaffari 2006). Het kleiniaans model belicht met name de pre-oedipale primaire relatie. Het objectrelationele model stelt conflicten rond separatie-individuatie centraal. Zelfpsychologie en gehechtheidstheorie beschrijven de rol van tekor-

ten in de ontwikkeling. In het hiernavolgende worden de verschillende theoretische perspectieven uitgewerkt, op basis van publicaties van auteurs met jarenlange behandelervaring. Behoudens Bruch (1978) die met name over AN heeft geschreven gaat het bij de andere auteurs ook om BN en BED.

¶ *Oedipaal en pre-oedipaal*

Lawrence (2002, 2008) beschouwt eetstoornissen vanuit een kleiniaans perspectief. Centraal in de psychopathologie bij eetstoornissen staat het falen de oedipale situatie te aanvaarden of te boven te komen. Een meisje moet zich voldoende geliefd en gesteund voelen in de primaire relatie met moeder om de stap naar de oedipale situatie te maken. Er kan sprake zijn van oedipale regressie: uit teleurstelling in vader of uit angst terugverlangen naar het speciale plekje bij moeder, ten koste van vader (zie vignet 1). Vader kan niet geïnteresseerd of veeleisend zijn. De angst kan gaan over de eigen 'gulzigheid', over agressie, over eenzaamheid, over falen of succes.

In plaats van regressie kan er ook sprake zijn van een stagnerende ontwikkeling op basis van vastzitten in de pre-oedipale verwevenheid met moeder. Voor een baby staat eten gelijk aan moeder. Moeder heeft twee gedaantes: een die voedt, beschermt en het kind alles geeft wat het nodig heeft, en een die frustrereert en in de steek laat. Frustratie door moeder, maar ook jaloezie op haar almacht roepen een overweldigende woede in het kind op, die uit angst en onmacht op moeder geprojecteerd wordt. Vervolgens wordt intrusie door moeders (straffende) woede gevreesd. Naast angst en wantrouwen leeft ook een fusiewens: nooit gescheiden worden van de goede moeder. Voor een gezonde ontwikkeling is het van belang dat moeder de woede van het kind kan verdragen en hanteren. Moeder kan echter te angstig of getergd reageren of zelf haar behoeften en gevoelens op het kind projecteren. Lawrence stelt vast dat er bij patiënten met een eetstoornis vaak sprake is van de beleving van een straffend, intrusief (moeder)object, van projectie van agressie, en een zich wantrouwend afsluiten. Afhankelijkheid van moeder kan te beangstigend zijn gebleken. Soms zijn patiënten daadwerkelijk intrusief behandeld, vaak is er sprake van kleuring van de beleving van ouders door eigen projecties. Met name bij AN wordt met de ontkenning van de behoefte aan eten tevens de behoefte aan een afhankelijke relatie met anderen ontkend.

Meisjes zijn, gezien de receptieve aard van hun geslacht, extra angstig voor intrusie en hebben de steun van moeder nodig om een gevoel van controle over hun 'openheid' te krijgen. Worden angsten inherent aan vrouwelijkheid onvoldoende beheersbaar, dan kan het lichaam worden ingezet om deze af te weren: de patiënte met AN hongert zichzelf uit, tot een onvrouwelijke vorm, hard, mager en ongenaakbaar.¹ De patiënte met BED met overgewicht is ogenschijnlijk groot en sterk. Lawrence benoemt ook een narcistisch proces dat bij niet-eten aan de orde kan zijn: de onnipotente fantasie om zonder eten te

kunnen. Woede over het feit dat moeder en vader samen een koppel vormen kan hierbij een rol spelen. De behoefte aan moeder of moeder en vader moet worden weggemaakt.

Eten staat voor troost, niet alleen zijn met overweldigende emoties. Bij eetbuiën gaat de troostende rol van eten verloren, door schaamte en walging over het zich ongecontroleerd volproppen. Bij boulimia nervosa wordt de inname van voedsel (troostend deelobject) gevolgd door walging, angst en ongedaan maken (braken), in een terugkerende cyclus van spanning gevolgd door opluchting.

¶ *Vervolg vignet 1*

BELOOP

Pauline komt goed aan. In de groep laat zij zich weinig horen, in individuele gesprekken gaat het vooral over de invloed die vaders stemming op de sfeer thuis heeft. Als Pauline zich tegen moeder weleens teleurgesteld en boos over vader uitlaat, vergoelijkt zij zijn gedrag. Nadat Pauline haar diploma behaald heeft, willen haar ouders haar meenemen op vakantie. Abrupt breekt ze de behandeling af. Een aantal maanden later vraagt moeder of haar dochter weer terug kan komen. Ze erkent dat ze te vroeg hebben gedacht dat het wel weer ging. Pauline studeert inmiddels aan de universiteit, ze reist op en neer, en valt weer af. Ze gaat deelnemen aan de tweedaagse nazorgdeeltijdgroep, zodat ze haar studie niet hoeft af te breken.

OVERDRACHT-TEGENOVERDRACHT

Vertellend over het gebrek aan contact met haar studiegenoten, zegt ze op trieste toon: 'Ik ben saai'. Dit roept de neiging op haar op te beuren. Maar eerlijk gezegd vind ik haar in het contact nogal kleurloos en heb ik soms moeite er met mijn aandacht bij te blijven. 'Ja, zoals jij doet zou je dat kunnen gaan denken', antwoord ik. 'Ik bedoel, ik weet ook weinig van je, behalve dat je heel erg je best doet alles altijd goed te doen'. Ze schrikt en begint te huilen.

'Maar ik weet zeker dat er heel veel in je omgaat. Over je broer, je vader, je moeder — en over wat jij zou willen voor jezelf, wat je leuk en belangrijk vindt'. Deze opmerking vindt weerklank. De volgende keer hebben we een open gesprek en vraagt ze bevestiging dat ze de behandeling dus 'goed' zou doen als ze vrijuit zou praten over wat er in haar leeft?

VERVOLG

Na de deeltijd volgt een ambulante psychotherapie, waarin haar teleurstelling en boosheid over vader, haar neiging moeder te willen beschermen, en nare beelden van de dood van haar broer aan bod komen. Ze verkrijgt het inzicht dat moeder er zelf voor kiest om bij haar man te blijven, en dat

vader naast medicatie ook therapie had kunnen gaan volgen, en begint zich los te maken. Nadat ze op kamers is gegaan, is ze een tijdje angstig en somber, valt terug in de neiging weinig te eten. Een antidepressivum brengt verbetering.

Ze vraagt me van alles, over depressie, gehechtheid, trauma. Het is steeds leuker om haar als patiënte te hebben. Eten en gewicht behoeven op den duur weinig aandacht meer. Ze krijgt een vriend, een medestudent die ook problemen heeft, en als ik daar wat kritisch over doe, geeft ze blijk van toegenomen autonomie: 'De parallel met mijn vader viel mij ook op'. Maar deze jongen heeft wel interesse in haar, ze kunnen goed praten en ze voelt zich geliefd.

¶ *Separatie-individuatie*

Vanuit objectrelationeel perspectief worden eetstoornissen eveneens beschouwd in samenhang met problemen in de relatie van het kind met moeder, met name rond differentiatie en separatie-individuatie. In een gezonde ontwikkeling verwerft het kind vanuit de aanvankelijke symbiose met moeder een toenemend besef van eigenheid. Ook kan moeder als één persoon in plaats van als twee objecten (goed versus slecht) worden beleefd. Hiertoe is het van belang dat het gevoelsleven van het kind voldoende gemarkeerd gespiegeld wordt door de ouders. Bij patiënten met een eetstoornis valt op dat ze vaak weinig contact hebben met hun eigen behoeften, en gericht zijn op de verwachtingen van anderen. Er is sprake van een stagnatie in de ontwikkeling van symbiose naar individuatie. Twee verwrongen zelf-objectrepresentaties blijven naast elkaar bestaan: een waarin moeder afwijzend reageert op separatie van het kind, en een waarin moeder lief is voor een zich voegend kind.

Een moeder die het kind nodig heeft gehad, autonomie niet toelaat, of meer op lichamelijke zorg en uiterlijk was gefocust dan op spiegeling, kan aan zo'n ontwikkeling bijdragen. Niet-eten kan staan voor ontkenning van eigen behoeften en het in stand houden van het ideaalbeeld van de goede zelf-objectrelatie. Angst voor afwijzing en verlating spelen een grote rol. Niet-eten kan ook betekenen: ik moet mezelf uithongeren om me te bevrijden. Eetbuien (al dan niet gevolgd door braken) maken eveneens duidelijk dat er een onaangename, destructieve kant zit aan de relatie met het moederobject. De eetstoornis kan gezien worden als een aanval op het door de ouders gevoede 'onechte zelf', maar tevens als de opkomst van het 'ware zelf'. Farrell (2000) beschouwt de concrete symptomen van een eetstoornis, die tegelijk zowel psychisch als fysiek van aard zijn, als 'intermediaire objecten', een soort voorlopers van 'transitionele objecten'. De therapeut moet zowel container zijn voor de onbewust beleefde gevoelens, de symptomen samen met de patiënt op hun betekenis onderzoeken, en woorden vinden voor haar ervaringen.

¶ *Vignet 2*

AANMELDING

Ada, 19 jaar, kampt al langer met een afwisseling van niet-eten, eetbuiën en overgeven. Nadat ze ondanks de nodige extra begeleiding voor de tweede maal gezakt is voor haar eindexamen, wordt ze aangemeld. Haar toestand — zelfmoordgedachten, zichzelf snijden — is te ernstig voor ambulante behandeling. Bij opname wordt ze vergezeld door haar oudere zus en haar moeder, die emotioneel is. Vader is er niet bij. «Maar daar mist u niet veel aan, hoor», zegt moeder. Ada zit half verscholen achter haar haren en beantwoordt vragen kort. Ze zegt dat de mentor op school alles van haar weet en dat we hem mogen bellen.

ACHTERGROND

In de daaropvolgende weken blijft Ada somber en zwijgzaam. Een antidepressivum wordt voorgeschreven. Ze doet wel haar best qua eten. Als ze praat is het zacht en verongelijkt. Af en toe vervalt ze in dissociatieve afwezigheid. In stukjes en beetjes wordt duidelijk dat Ada, de jongste van twee dochters, een verwarrende en ambivalente relatie met het thuisfront heeft. Het huwelijk van haar ouders is slecht. Vader is overdag naar kantoor en loopt thuis wat verloren rond. Moeder laat zich openlijk diskwalificerend over hem uit, maar haar geloof staat een echtscheiding niet toe. Ada heeft medelijden met haar vader, maar schrikt ook wanneer hij soms onbeholpen toenadering zoekt. Tot voor kort bood school met zijn lange dagen van extra begeleiding een zeker heenkomen voor de spanningen; dat is nu weggefallen.

¶ *Eetstoornis als uiting van zelfpathologie*

Bruch (1978) beschouwde AN en BN als uitingen van een stoornis van het zelf. Het kernprobleem betrof in haar ogen een deficiënt zelfgevoel, samenhangend met problemen in de waarneming van wat er in het lichaam gebeurt (interoceptie), in de gewaarwording van emoties (alexithymie) en in de individuatie. Het gebrek aan zelfbewustzijn en het niet kunnen vertrouwen op emoties als «gids» voor gedrag, leiden tot een overweldigend gevoel van insufficiëntie en ontredde in relatie tot anderen. Bruch zag het streven naar dun-zijn en niet eten als een strijd om controle te krijgen over deze gevoelens, en een zekere mate van competentie en zelfsturing te ervaren. Therapie zou zich moeten richten op bewustwording, woorden geven aan innerlijke belevingen, en vergroten van autonomie. Waar komt het gebrek aan interoceptief zelfbewustzijn vandaan? Bruch onderkende enerzijds een bijdrage vanuit het kind dat zich aanpast, wil voldoen aan verwachtingen, weinig contact heeft met én wei-

nig contact zoekt over eigen innerlijke belevingen, anderzijds een bijdrage vanuit de ouders in de vorm van incongruent spiegelen van wat er in het kind omgaat.

Het innerlijk leven van patiënten met een eetstoornis draait om beoordeling en angst om tekort te schieten. Waar niet-eten, eetbuien en purgeren vooral een functie hebben in het ›reguleren› van emoties, lijkt de walging van het eigen lichaam samen te hangen met zelfveroordeling. Met name patiënten met AN hebben overmatige kritiek op zichzelf (Bers e.a. 2004). De centrale zelf-representatie is: ›Ik ben niet goed zoals ik ben, ik moet anders zijn›. Het zelf- en affectregulatiemodel van Bruch sluit aan op de stroming die eetstoornissen beschouwt vanuit de gehechtheidstheorie (Tasca & Balfour 2014) en beperkt mentaliserend vermogen (Skårderud & Fonagy 2012).

¶ *Gehechtheidsmodel*

In hun verklaringsmodel voor de ontwikkeling van eetstoornissen leggen Tasca en Balfour (2014) de nadruk op de rol van onveilige gehechtheid en de daarmee gepaard gaande moeite om in geval van nood op de relatie met anderen te vertrouwen. Veilige gehechtheidservaringen bevorderen de ontwikkeling van goede emotieregulatie, van zelfvertrouwen en van mentaliserend vermogen. Mentaliseren houdt in dat men het gedrag van zichzelf en anderen kan begrijpen en verklaren vanuit achterliggende gevoelens, gedachten en intenties. Dit vermogen wordt verworven in de kinderjaren, in interactie met sensitieve en reflectieve ouders.

Niet alleen onderscheiden patiënten met een eetstoornis zich van gezonde controles door het vaker voorkomen van onveilige gehechtheid, ook in de algemene bevolking hangt ongezond eetgedrag samen met onveilige gehechtheid (Faber e.a. 2018). In een review naar mediatie tussen onveilige gehechtheid en eetstoornissen bleken emotiedisregulatie en depressiviteit de factoren met het hoogste effect; negatieve lichaamsbeleving, neuroticisme en perfectionisme droegen in minder sterke mate bij (Cortés-García e.a. 2019). Bij patiënten met eetstoornissen wordt vaak een beperkt mentaliserend vermogen gezien (Kuipers & Bekker 2012). Mogelijk is de concrete aard van hun symptomen te verklaren uit het onvermogen om mentale belevingen te onderscheiden van lichamelijke sensaties, en uit het streven een negatief zelfgevoel letterlijk te verbeteren door verandering van lichaamsvorm en -gewicht (Skårderud & Fonagy 2012).

¶ *Psychoanalytische behandeling*

► **INDIVIDUELE PSYCHOANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE** Ondanks de lijdensdruk die een eetstoornis als BN en AN met zich meebrengt, is er bij patiënten vaak sprake van ambivalentie over het loslaten van de symptomen, vanwege

hun stabiliserende invloed. Bij het aangaan van een behandelcontact is het belangrijk te vragen of de patiënt wil dat er iets verandert. Ook de vraag waar ze het meeste last van heeft geeft motivatie voor behandeling. Vaak gaat dat om negatieve gevoelens over zichzelf in relatie tot anderen. Hoe zien haar relaties eruit, wie spelen een belangrijke rol in haar leven? Als therapeut wil je afspraken maken over eetgedrag en gewicht, en psycho-educatie geven over de gevolgen van langdurige problemen op dit gebied. Patiënten met een eetstoornis zijn gericht op uiterlijk en ideaalbeeld; stilstaan bij zichzelf, reflectie en voelen zijn moeilijk en worden vermeden. Therapie draait om verkenning van hun binnenwereld, angsten, wensen, frustraties, fantasieën en verwachtingen.

Zerbe en Satir (2016) bepleiten de inzet van psychodynamische therapie in combinatie met andere behandelvormen, zoals CGT, voedingsadvies, psycho-educatie, beeldende en lichaamsgerichte therapie, in een *stepped care* model van ambulante, deeltijd en klinische zorgvoorzieningen. In behandeling gaat het om de vraag hoe op de lange termijn met zichzelf door het leven te kunnen. Zij stellen dat juist psychoanalytische psychotherapie patiënten met een eetstoornis letterlijk en figuurlijk zelfbewuster kan maken, door onbewuste, ontkende en afgesplitste aspecten van de beleving in het dyadisch proces tussen patiënt en therapeut te ervaren, onder woorden te brengen en te integreren. Onderliggende gevoelens van schaamte, angst en boosheid geven het voorheen ogenschijnlijk autonoom gestoord eetgedrag een betekenis. Intimiteit en speelsheid nemen toe. Het strenge superego wordt verzwakt, identificatie met benigne introjecten onder wie de therapeut vindt plaats. Daarnaast wijzen Zerbe en Satir (2016) op het belang van confrontatie met de neiging tot zelsabotage en met de onnipotente ontkenning van de dood. Met dit laatste wordt vooral bedoeld op ontkenning van de lichamelijke consequenties van het gestoord eetgedrag (zoals hartfalen, maagruptuur en hypoglykemie). Patiënten met een eetstoornis hebben de neiging de noden van hun lichaam te negeren en er onuitputtelijkheid aan toe te schrijven. Overigens zijn sommige patiënten zich wel degelijk bewust van de gevaren, maar staan er onverschillig tegenover omdat doodgaan niet onwelkom is. De verhoogde kans op vroegtijdig overlijden wordt niet alleen door somatische complicaties, maar zeker bij AN ook door suïcide bepaald.²

Langer durende psychoanalytische psychotherapie bij eetstoornissen richt zich op deficiënties in de ontwikkeling waar in symptoomgerichte behandeling geen aandacht voor is. Uit onderzoek blijkt dat patiënten zelf veel waarde hechten aan aandacht voor de problemen die ten grondslag liggen aan de eetstoornis. In hun ogen zijn zelfacceptatie en de opbouw van betekenisvolle relaties cruciaal (Stockford e.a. 2019). Behandeling van BN en AN vergt doorzettingsvermogen, pragmatisme en bereidheid tot zelfonderzoek van zowel de patiënt als de therapeut, over een langere periode. Rice (2016) brengt de neiging om zich in de behandeling van eetstoornissen te richten op cognities en gedrag, en de behandeling zo kort mogelijk te houden in verband met vermij-

ding van de processen en emoties die het aangaan van een langdurige diepgaande relatie met zich mee kan brengen. Met name het hanteren van gevoelens van onmacht, angst en wanhoop kan moeilijk zijn voor zowel patiënt als therapeut. Er kan sprake zijn van een ingewikkelde overdracht en tegenoverdracht. Veel wordt onuitgesproken uitgeleefd in de relatie.

¶ *Vervolg vignet 2*

BELOOP

Wanneer een oudtante overlijdt haalt moeder Ada zonder overleg op, want 'haar plek is nu thuis bij haar familie'. De volgende dag bel ik op. Uiteraard is er ruimte om afscheid te nemen, maar Ada was niet voor niets opgenomen. Wat wil ze zelf? Ze komt terug naar de kliniek. Met groepsgenoten heeft ze weinig contact. Haar zus die letterlijk en figuurlijk steviger is dan zij is de enige aan wie ze steun ontleent. Moeder lijkt angstaanjagend. Toen Ada thuis aangaf het niet meer te zien zitten, reageerde moeder woedend en gaf haar een mes: 'Hier, steek jezelf dan maar dood'. Ada's zus werkt en gaat haar eigen gang. Haar voorbeeld toont Ada dat de situatie thuis kennelijk niet onleefbaar hoeft te zijn en dat haar wanhoop en verwarring ook met haar eigen gevoeligheid te maken hebben. De aandacht verschuift van anderen naar zichzelf.

OVERDRACHT-TEGENOVERDRACHT

In de individuele gesprekken vertelt Ada soms over dingen die bij mij afschuw en verontwaardiging oproepen. Als ik iets van dit negatieve gevoel laat blijken, wordt ze angstig. Met name ingaan op moeders gedrag leidt nogal eens tot momenten van dissociatie. Ik leer de positie van toehoorder in te nemen, stel verduidelijkende vragen, en geef alleen blijk van medeleven en steun wanneer Ada zelf emoties toont. Ondertussen eet ze beter, kan ze met ontslag, en start ze met de voorbereiding op een staatsexamen. Daarna wil ze graag psychologie gaan studeren.

VERVOLG

Ze krijgt een vriendje, bij wie ze veel is. Eenmaal snijdt ze zichzelf bij hen thuis op de wc. Het contrast tussen zijn belangstellende ouders en die van haar riep te veel spanning op. Tot mijn schrik zie ik ook tijdens een gesprek ineens bloed langs haar arm lopen. 'Wat is er, Ada, het lijkt of je jezelf snijdt'. Ze zit half afgewend en geeft geen antwoord. 'Kun je me zeggen wat er is?' Ze blijft verkrampd zwijgen. 'Ik pak even je hand, Ada, om contact te maken'. Onder mijn aanraking vouwt ze haar hand open en geeft mij een stukje glas.³ Dit incident onderstreept hoe groot de spanning is die therapie soms bij haar oproept; zich gehoord voelen door een ander dan moeder roept waarschijnlijk angst voor diens destructieve woede op.

Tijdens colleges valt ze ook weleens weg. De decaan vraagt of ze niet beter kan stoppen? Ada vertelt het verontwaardigd. 'Ik denk dat het belangrijk is dat je zelf met een andere oplossing komt', zeg ik.

Geleidelijk aan worden onze gesprekken luchtiger, af en toe lachen we samen. Twee jaar na afsluiting komt er een mailtje dat het goed met haar gaat, en of ze een kopie van haar dossier kan krijgen.

¶ *Mentaliseren bevorderende groepstherapie*

Vanuit de gehechtheidstheorie ontwikkelden Tasca en collega's een psychodynamische interpersoonlijke groepspsychotherapie voor mensen met BED, die het gemiddeld mentaliserend vermogen in vier maanden tijd verbeterde (Maxwell e.a. 2017). Skårderud & Fonagy (2012) bepleitten de toepassing van mentalization based treatment bij AN en BN, met enige aanpassingen (MBT-E). Deze betreffen de aanbevolen duur (1,5 tot 3 jaar), concrete behandeldoelen qua eetgedrag en een oefengroep 'expliciet mentaliseren' waarin bewustwording van lichamelijke sensaties als eetlust, honger en verzadiging, en mentaliseren over de prikkels die voorafgaan aan boulimisch of anorectisch gedrag aangeleerd worden.

Kuipers⁴ (2018) volgde een groep patiënten met AN of BN vanaf de start van MBT-E tot een jaar later; het merendeel van de patiënten had een onveilige gehechtheidspresentatie, het mentaliserend vermogen was laag. Na een jaar behandeling was in de hele groep een significante verbetering opgetreden qua eetstoornis, depressie, angst, persoonlijkheidsproblemen en qua gehechtheid; een hoger mentaliserend vermogen voorspelde de mate van herstel. Afname van eetstoornissymptomen hing samen met een toename van autonomie: meer zelfbewustzijn, minder gevoeligheid voor anderen. Je zou kunnen zeggen dat patiënten wat meer olifantenhuid ontwikkeld hadden.

¶ *Conclusie*

Psychoanalytische concepten en behandelvormen zijn van evidente betekenis voor de aanpak van eetstoornissen. Eetgedrag en gewichtsproblemen vragen om concrete afspraken. Voor de met de eetstoornis gepaard gaande zelfpathologie en persoonlijkheidsproblemen is langer durende psychotherapie aangewezen, gericht op het bevorderen van individuatie, emotieregulatie, gehechtheid en relaties. De onbewuste betekenis van eetstoornissymptomen kan voor individuele patiënten verschillend zijn, en deze betekenis kan ook verschuiven in de loop van de behandeling. Diagnostiek is van belang voor een juiste indicatiestelling. Er kan sprake zijn van onveilige gehechtheid, persoonlijkheidsstoornissen, affectieve stoornissen, maar ook van autisme. Gebaseerd op de gehechtheidstheorie is zowel individuele therapie als groepstherapie ontwik-

keld; beide therapievormen richten zich op verbetering van het interpersoonlijk functioneren. Hoewel MBT voor persoonlijkheidsstoornissen effectief is gebleken, is dat bij eetstoornissen voorsnog niet aangetoond.

Nader onderzoek naar het effect van behandeling van eetstoornissen zou niet louter eetgedrag en gewicht als uitkomstmaat moeten nemen maar ook verbetering van het functioneren van het zelf in relatie tot anderen evalueren, of het nu om CGT, om steunende therapie of om psychoanalytische behandeling gaat.

Literatuur

- ARCELUS, J., MITCHELL, A.J., & WALES, J. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68, 724-731.
- BERS, S.A., BLATT, S.J., & DOLINSKY, A. (2004). The sense of self in anorexia-nervosa patients. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 59, 294-315.
- BRUCH, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- CAPARROTTA, L., & GHAFFARI, K. (2006). A historical overview of the psychodynamic contributions to the understanding of eating disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20, 175-196.
- CORTÉS-GARCÍA, L., TAKKOUCHÉ, B., SEOANE, G., & SENRA, C. (2019). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 14, e0213099.
- FABER, A., DUBÉ, L., & KNÀUPER, B. (2018). Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population. *Appetite*, 123, 410-438.
- FRARELL, E. (2000). *Lost for words: The psychoanalysis of anorexia and bulimia*. New York: Other Press.
- FRANKO, D.L., & KEEL, P.K. (2006). Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates and clinical implications. *Clinical Psychological Review*, 26, 769-782.
- KEEL, P.K., & BROWN, T.A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 195-204.
- KUIPERS, G.S. (2018). *Attachment and mentalization in anorexia nervosa and bulimia nervosa* (Doctoral thesis). Tilburg University, Tilburg.
- KUIPERS, G.S., & BEKKER, M.H.J. (2012). Attachment, mentalization and eating disorders: A review of studies using the Adult Attachment Interview. *Current Psychiatry Reviews*, 8, 326-336.
- LAWRENCE, M. (2002). Body, mother, mind. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 837-850.
- LAWRENCE, M. (2008). *The anorexic mind*. London: Karnac Books.
- MAXWELL, H., TASCA, G.A., GRENON, R., FAYE, M., RITCHIE, K., BISSADA, H., & BALFOUR, L. (2017). Change in attachment dimensions in women with binge-eating disorder following group psychodynamic interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 54, 1-15.
- RICE, T. (2016). On targeting emotion regulation deficits in eating disorders through defense analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 15, 319-336.
- SKÅRDERUD, F., & FONAGY, P. (2012). Eating disorders. In A.W. Bateman & P. Fonagy (red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 347-383). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- STOCKFORD, C., STENFERT KROESE, B., BEESLEY, A., & LEUNG, N. (2019). Women's recovery from anorexia nervosa: A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Eating Disorders*, 27, 343-368.
- TASCA, G.A., & BALFOUR, L. (2014). Eating disorders and attachment: A contemporary psychodynamic perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, 42, 257-276.

- TREASURE, J., CLAUDINO, A.M., & ZUCKER, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375, 583-593.
- ZERBE, K.J., & SATIR, D.A. (2016). Psychodynamic improvement in eating disorders: Welcoming ignored, unspoken, and neglected concerns in the patient to foster development and resiliency. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 15, 259-277.
- ZIPFEL, S., WILD, B., GROSS, G., FRIEDERICH, H., TEUFEL, M., SCHELLBERG, D., ... HERZOG, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, 383, 127-137.
- ZORGSTANDAARD EETSTOORNISSEN. (2017). Geraadpleegd op www.ggz-standaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen

SUMMARY

Psychoanalytic contribution to the understanding and treatment of eating disorders

Disordered eating and body dissatisfaction in patients with eating disorders are associated with difficulties in emotion-regulation, self-functioning and interpersonal relationships. Though concrete eating disorder symptoms need behavioural interventions, psychoanalytic psychotherapy with its reflective focus on emotions, defenses, attachment experiences and relationships can improve self-regulation and interpersonal functioning and thus foster resilience to relapse into eating disorder symptoms in the long term. Innovations such as mentalization based treatment for patients with anorexia or bulimia nervosa need further investigation.

Keywords: attachment, eating disorders, inter-personal functioning psychoanalytic psychotherapy, mentalization, self-regulation

Noten

- 1 Ook bij jongens met AN (BN is bij hen zeldzaam) spelen angsten rond mannelijkheid en vrouwelijkheid.
- 2 De kans op overlijden is vijf keer hoger voor patiënten met AN dan voor de algemene bevolking; een op vijf sterfgevallen bij AN is het gevolg van suïcide (Arcelus e.a. 2011). Voor patiënten met BN is het suïciderisico niet verhoogd. Wel doet 25-35% van hen weleens een suïcidepoging (Franko & Keel 2006).
- 3 Met het aangekondigd aanraken van Ada's hand week ik af van de gebruikelijke terughoudendheid wat betreft lichamelijk contact in psychoanalytische psychotherapie. Redenen hiervoor waren het willen doorbreken van een vermoedelijk dissociatief moment, het stoppen van de 'acting-in' van de zelfverwonding, en een sterk gevoel niet passief te willen en kunnen toekijken. Bij dit laatste speelt mogelijk de tegenoverdrachtelijke wens mee anders met haar om te willen gaan dan moeder (die haar ooit aanmoedigde zichzelf te verwonden).
- 4 Zie het *Tijdschrift voor Psychiatrie* jaargang 2020, nummer 2 voor uitgebreidere beschrijving van het onderzoek.

Manuscript ontvangen 31 juli 2019

Definitieve versie 31 december 2019