

# SPIEGELGEVECHTEN

**gestalttherapie en 'weerstand' bij vrouwen met eetstoornissen**



Eva Verstoep  
Nederlandse Stichting Gestalt Amsterdam  
Middlesex University Londen  
Mei 2008

## **Dankwoord**

Het schrijven van deze scriptie was een zware bevalling. Ik kwam mijn eigen weerstanden op allerlei manieren tegen en vergat soms te eten.

Ik had het niet gered zonder: de leerzame ontmoetingen met 'Anna', 'Ellie' en 'Nina'; mijn ouders die me de eerste helft van mijn leven (op)gevoed hebben en die nu op hoge leeftijd opnieuw meeleeften met mijn studieperikelen; het kritische en bemoedigende commentaar van Joke, Aad, Saskia, Ineke, Haidy en Mark; mijn vriendin Bara die voor ontspanning zorgde; Ruben die de lay-out verzorgde; NSG-docenten en studiegenoten dankzij wie ik de laatste 4 jaar ben gegroeid en in het bijzonder Joppie Bakker en Dick Lompa die me tijdens het schrijfproces hebben ondersteund; tenslotte de zee en de frisse wind van het eiland Texel.

Ik wil ze hier allemaal danken!

# Inhoud

## Voorwoord

### Hoofdstuk 1 Verkenning van het thema

- 1.1 Hoezo weerstand bij vrouwen met eetstoornissen?
- 1.2 Een zoektocht naar grenzen: wie ben ik?
- 1.3 Verantwoording en centrale vraag

### Hoofdstuk 2 Benaderingen buiten de gestalttheorie- en praktijk

- 2.1 Beknopte geschiedenis van eetstoornissen als psychiatrische diagnose
- 2.2 Eetstoornissen volgens DSM IV-TR
- 2.3 Theorieën over oorzaken en behandeling
- 2.4 Commentaar vanuit de gestalttheorie- en praktijk
- 2.5 De IMET-benadering
- 2.6 Vertaling in gestalttheorie- en praktijk

### Hoofdstuk 3 ‘Weerstand’ in de gestalttheorie nader bekeken

- 3.1 Contact en contactgrens
- 3.2 Eten als metafoor
- 3.3 Weerstand als bijstand
- 3.4 Organismische zelfregulering en weerstand
- 3.5 Weerstand en het lichaam
- 3.6 Samenvatting

### Hoofdstuk 4 ‘Weerstanden’ in de ontwikkeling van vrouwen met eetstoornissen

- 4.1 Ontwikkelingstaken
- 4.2 Het slankheidsideaal als introject?
- 4.3 Enkele conclusies voor de praktijk

### Hoofdstuk 5 Nog enkele praktijkvoorbeelden

- 5.1 Knijpen om te voelen
- 5.2 Regels om rustig te blijven
- 5.3 Eenzaamheid
- 5.4 Wat past bij mij?

### Hoofdstuk 6 Aandachtspunten voor de gestalttherapeut

Literatuurlijst

Bijlage

## Voorwoord

### Bij Perls aan tafel

Als kind lustte ik twee dingen niet: rode kool en bietjes. Mijn moeder probeerde me er keer op keer van te overtuigen dat beide groenten eetbaar waren en bovendien, behalve de kleur, niets gemeen hadden. Een mens moet alles leren eten, vond ze. Pas nadat ik een paar keer overgaf na enkele happen van het rode spul, gaf mijn moeder het op. Achteraf vermoed ik dat het niet alleen mijn maag was die opspeelde: ik verzette me tegen dwang en koos rode groenten als object. Mijn weigering leidde tot uiteindelijke erkenning van mijn eigen(aardig)heid: Eva blijft geen rode groente. Daarmee was ik in de ogen van mijn moeder weliswaar een vreemd kind, maar ik verwierf een zekere erkenning van mijn autonomie.

Later, toen ik net op kamers woonde, en me 's avonds leeg en eenzaam voelde, kreeg ik regelmatig eetbuien. Ik verslond alles wat er in huis was, zelfs kale bruine boterhammen, en ik voelde me daar afschuwelijk bij. Daarnaast lijnde ik af en toe streng. Die vreetbuien beheersten mijn leven niet, maar ik schaamde me er wel voor en sprak er met niemand over.

Nog altijd merk ik dat eten en spijsverteren duidelijk verbonden zijn met mijn emotionele leven. Overmatige trek, geen honger, maagpijn, verstopping dan wel diarree -meestal zijn ze terug te voeren op emoties.

Dit alles kwam bij me boven toen in september 2007 Anna (24) zich bij me meldde. Zij bracht haar 16e tot haar 20e levensjaar in verschillende klinieken door om behandeld te worden voor Anorexia Nervosa. Sindsdien worstelt ze met eetbuien en nog steeds is haar ideaal om weer maat 34 te krijgen. Studeren is volgens haar het enige dat ze kan en ze wil carrière maken, niet omdat ze daar plezier in heeft, maar vooral om haar ouders niet teleur te stellen, die al zoveel met haar 'te stellen hebben gehad'. Verder leidt ze een teruggetrokken bestaan, angstig voor wat de mensen van haar denken. Regelmatig verzucht ze: *'Ik wil niet half leven maar helemaal!'*

Wat me tijdens de sessies trof was haar intelligentie, haar rijke fantasie en haar kracht. En ik vroeg me af: wat belemmert haar om voluit te leven, haar eigen behoeften te voelen en eigen keuzes te maken? En wat maakt verandering zo moeilijk? Is dit 'weerstand'? En hoe ga ik daar als gestalttherapeut mee om?

Ik besloot deze vragen als leidraad voor mijn thesis te kiezen, te meer omdat de betekenis van eten, niet-eten, kauwen en verteren, zo'n fundamentele rol speelt in de gestalttheorie, zowel in letterlijke als in metaforische zin. Fritz Perls, een van de grondleggers van de gestalttheorie, heeft het belang van een goede stofwisseling op de psychologische kaart gezet. Anders dan Freud zag hij niet de libido als fundamentele drijfveer van de mens maar zijn 'orale instinct': honger en de agressie om te kauwen.

Ik ben overigens wel benieuwd hoe het me zou vergaan als ik bij Perls aan tafel zat: zou het eten me hebben gesmaakt in aanwezigheid van deze intrigerende, maar ook autoritaire en volgens de overlevering niet zo fris ruikende man? Of zou ik geen hap door mijn keel gekregen hebben? Ik had het experiment graag gedaan!

# Hoofdstuk 1 Verkenning van het thema<sup>1</sup>

## 1.1 Hoezo ‘weerstand’ bij vrouwen met eetstoornissen?

Vrouwen met eetstoornissen willen zelf meestal graag van hun probleem af, ze besteden jaren van hun leven aan therapie, maar op een of andere manier lukt het ze vaak niet om te veranderen. Zij houden vast aan hun dwanggedachten (dunner worden) en dwanghandelingen (voedsel afwegen, calorieën tellen, braken etc).

Ik merkte dat er bij deze vrouwen meer aan de hand is dan op hun eigen lichaam gerichte dwangmatig-heden. Wat me trof is hun kracht en halsstarrigheid in contact met de buitenwereld: ze blijven dieet-adviezen negeren al weten ze dat hun eetpatroon ongezond en zelfs levensbedreigend is. Zij houden vast aan hun magerheidsideaal, al beseffen ze dat extreme magerte over het algemeen niet echt mooi en aantrekkelijk wordt gevonden. Zij lijken zich in dit opzicht niets aan te trekken van wat ‘normaal’ is en zich te verzetten tegen wat er van hen wordt verwacht, ze zijn eigen-wijs. Aan de andere kant merkte ik bij hen juist een enorme behoefte om bij anderen in de smaak te vallen, te voldoen aan verwachtingen - ook van mij als therapeut - en een enorme angst om negatief beoordeeld te worden. Het was die tegenstrijdigheid die me telkens opviel.

Eenzijds toonde Anna een grote bereidheid om in therapie naar zichzelf te kijken vanuit een diep verlangen om een ‘normaal’ sociaal leven te leiden en geaccepteerd te worden. Anderzijds leek ze graag ‘bijzonder’ te willen blijven en totaal niet van plan om haar levenspatroon op te geven. Het ene moment zegt ze: *‘uiterlijk is niet belangrijk, het gaat er om dat ik lekker in mijn vel kom te zitten!’*, een volgend moment beweert ze zonder blikken of blozen dat ze zeker weet dat ze pas gelukkig kan zijn als ze weer mager is. Ik proefde op zo’n moment provocatie, verzet. In hun eigen omgeving houden deze vrouwen hun overtuigingen en eetgedrag vaak verborgen. Nina dwingt zichzelf om zo nu en dan ‘gewoon’ uit eten te gaan met haar vriend en doet dan alsof ze dat net zo leuk vindt als hij, maar ze kan het tot haar spijt niet laten daarna stiekem te braken. Van vrouwen met eetstoornissen wordt beweerd dat ze voortdurend liegen: liegen over wat ze eten, liegen over braken, en dat ze hun beloften om het anders te gaan doen niet nakomen. Dat ervaren ze zelf ook zo en ze schamen zich ervoor. Ze willen graag veranderen maar ze voelen zich gevangen, heen en weer geslingerd tussen tegenstrijdige verlangens, angsten en overtuigingen.

Door dit alles kwam bij mij het begrip ‘weerstand’ boven. Weerstand associeer ik met verzet, met kracht, moed, je schrap zetten, dwarsliggen maar ook met begrenzen, tegenhouden wat bedreigend is, een dam opwerpen en een muur bouwen. Weerstand bieden is nodig om te overleven. Dat sloot precies aan bij het gevoel dat ik bij deze vrouwen kreeg.

Een eerste verkenning van het begrip ‘weerstand’ in de gestalttheorie bevestigde mijn alledaagse associaties daarbij. De meeste gestalttheoretici omschrijven weerstanden als beschermende maatregelen die nodig zijn (geweest) om te overleven. Weerstand is verzet, verdediging tegen gevaar van buiten af, maar ook tegen bedreigende impulsen van binnenuit. Dit werk ik uit in hoofdstuk 3.

---

<sup>1</sup> In dit inleidende hoofdstuk heb ik omwille van de leesbaarheid zo weinig mogelijk literatuurverwijzingen ingevoegd. In hoofdstuk 3 en 4 waar ik dieper inga op het gestalttheoretische denken over weerstand en het ontwikkelingsproces van vrouwen met eetstoornissen zal ik dat wel doen.

Maar wat zijn dan de gevaren die deze vrouwen hebben bedreigd of nog bedreigen waartegen ze zich beschermen en waartegen richt zich hun verzet? Dit bracht mij op het belang van de situatie waarin eetstoornissen ontstaan: de adolescentie, de turbulente periode bij uitstek waarin jongeren zichzelf in relatie tot de buitenwereld ‘ontdekken’ en ontwikkelen. Ik heb niet de pretentie of ambitie om ‘de oorzaak’ van eetstoornissen te achterhalen. Dat is tot nu toe niemand gelukt en het analyseren van oorzaken past ook niet in een gestaltmatige, fenomenologische benadering van cliënten. Eetstoornissen zijn complex en er zijn veel individuele verschillen. (zie hoofdstuk 2) Wel valt iets te zeggen over de algemene omstandigheden, het veld, waarin eetstoornissen ontstaan. Ik kom hierop terug in hoofdstuk 4, maar ik wil er nu vast een voorschot op nemen als introductie tot de thematiek.

## 1.2 Een zoektocht naar grenzen: wie ben ik?

Eetstoornissen ontwikkelen zich meestal in de adolescentieperiode (15-29 jaar) als meisjes hun manier van omgaan met zichzelf, hun omgeving en de wereld verkennen. Zij maken zich los van hun ouders, willen zelfstandig worden, experimenteren met grenzen, idealen, dromen over de toekomst, ontdekken hun eigen gevoelens en ervaren de spanning tussen hun eigen behoeften en de eisen van de omgeving. De zoektocht naar een eigen identiteit draait bij meisjes vaak om hun uiterlijk. Meisjes merken in de vroege puberteit dat hun lichaamsvormen veranderen. Ze ontvangen tegengestelde boodschappen: grote borsten zijn aantrekkelijk maar je kunt er ook mee gepest worden. Deze reacties op de fysieke veranderingen kunnen angst en onzekerheid bij hen opwekken. Soms willen ze die veranderingen bewust tegenhouden door te lijnen, maar vaker lijkt een eetstoornis ‘toevallig’ te ontstaan.

*Ellie deed mee aan een actie op school voor het goede doel: de leerlingen vastten 24 uur lang. Toen dacht ze: als ik dit 24 uur makkelijk volhoud, kan ik het vast ook langer. Ze voelde zich te dik én ze kon haar vasten verdedigen met een beroep op de honger elders in de wereld. Haar moeder werd al snel ongerust en bond de strijd met haar aan. Dit versterkte het verzet van Ellie en haar verlangen naar autonomie raakte verbonden met vasten. Voor die tijd was Ellie altijd lief en meegaand geweest maar op dit vlak bleef ze verzet bieden. Ze ontwikkelde Anorexia Nervosa.*

De westerse consumptiemaatschappij stimuleert vrouwen om slank te blijven terwijl er tegelijkertijd een enorm aanbod is aan voedsel. En zo zijn er meer tegengestelde boodschappen, waarin meisjes hun weg moeten vinden, zoals mooi versus slim zijn.

Jongens, die meer tot strijdlust worden aangemoedigd, komen makkelijker openlijk in verzet tegen hun opvoeders. Meisjes kiezen vaker voor ‘passieve’ verzetsvormen, waaronder hongeren (Anorexia). Zij buigen hun agressie terug op zichzelf, op hun eigen lichaam, maar oefenen desondanks wél invloed uit op de omgeving. Anorectische meisjes brengen hun ouders begrijpelijkerwijs tot wanhoop, waardoor die vaak reageren met maatregelen, zoals straf of dwang, die het verzet versterken. Soms is Anorexia van voorbijgaande aard, vaak wordt het een wapen dat meisjes zelf niet meer in de hand hebben.

Bij Boulimia Nervosa, een patroon van eetbuien en braken, dat iets later in de puberteit begint, lijkt het verzetsaspect ten opzichte van de buitenwereld afwezig: de strijd speelt zich af binnen henzelf, in het geheim. Maar ook hier speelt de spanning tussen het zelf en de omgeving een rol: hoe kan ik voldoen aan wat de buitenwereld van mij wil en tegelijk mijn eigen behoeften bevredigen? Deze vrouwen zeggen dat zij in eetbuien steun zoeken, een ‘oplossing’ voor hun spanning en onvrede. Veel anorectische

meisjes ontwikkelen vormen van Boulimia nadat hun verzet gebroken is door een behandeling. Toch blijven ze daarna streven naar beheersing van hun lichaam.

*Anna heeft - zoals ik hierboven schreef - vier jaar in verschillende eetklinieken doorgebracht, waar ze sondevoeding kreeg en aansluitend een behandeling gericht op gewichtstoename. Zij kreeg privileges als televisiekijken of bezoek ontvangen als ze in gewicht aankwam. Ze werd gedwongen om in het openbaar vette spijzen te eten, 'verboden voedsel' volgens haar eigen regels. Zij heeft deze behandeling als zeer vernederend ervaren. Zij deed met tegenzin wat er gevraagd werd en eenmaal buiten de kliniek viel ze meteen terug in haar oude patroon. Uiteindelijk hebben de behandelingen geen ander resultaat gehad dan dat ze nu eetbuien afwisselt met periodes van streng lijnen. Ze is haar trots kwijt: ze voelt zich een verliezer. Ze beseft dat ze voor een 'gewoon' leven met een gezin anders met haar voeding moet omgaan. Tegelijk wil ze haar ideaal om ooit weer maat 34 te krijgen, niet opgeven. Haar verzet is gebroken, haar 'weerstand' niet.*

In feite gaat het in de adolescentie om een zoektocht naar wie jij bent en hoe je kunt leven met het *verschil* tussen jou en de anderen. Bij vrouwen met eetstoornissen lijkt dit proces van volwassen worden vastgelopen. Ik zie hun eetprobleem als een symptoom daarvan. Zij hebben als het ware hun eigen vorm nog niet gevonden. Dit is niet alleen te merken aan hoe zij omgaan met eten en vasten, maar ook met andere keuzen in hun leven. Zij weten vaak niet wat ze willen, wie ze zijn. Soms zijn ze overbegrensd, ontoegankelijk, dan weer laten ze alles van buiten binnenkomen.

Bij vrouwen met eetstoornissen gaat het niet alleen om buitengrenzen, er lijkt ook een grens dwars door hen heen te lopen: ze scheiden hun 'ik-gevoel' van hun lichaam. Deze grens tussen ik en lichaam vormt een 'weerstand' die verandering voor vrouwen met eetstoornissen zo moeilijk maakt. Ze hebben zich ongevoelig gemaakt voor lichamelijke signalen. Daardoor voelen ze geen honger, maar ook vaak geen woede, verdriet of seksuele opwinding. Zij menen zichzelf in alle opzichten te kunnen besturen door hun wilskracht. Ik heb gemerkt dat ze sterk zijn in denken en redeneren, maar als je ze vraagt wat ze voelen komt er vaak geen antwoord. Dit geldt zowel voor vrouwen met Anorexia als voor vrouwen met Boulimia of Eetbuiestoornis. Het verschil tussen hen is de mate waarin zij er in slagen de door hen gewenste controle over hun lichaam en emotionele impulsen te handhaven. De 'autonomie' die ze op deze wijze hebben verworven, maakt hen erg eenzaam.

In de meeste literatuur ligt de nadruk op eetstoornissen als 'ziekte', als onvermogen. Dat onvermogen, de stoornis is een kant van de zaak. Het lijkt me therapeutisch van belang oog te hebben voor de potentie van deze vrouwen, voor wat er wél is: hun kracht om te overleven, om eigen-wijs te zijn, zich te verzetten, voedsel te weigeren en controle over hun lichaam te houden, hun fantasie, hun cognitieve vermogens en de creativiteit die het vergt om hun eetprobleem geheim te houden. 'Weerstand' is niet alleen maar belemmerend, hij draagt ook levenskracht in zich.

### 1.3 Verantwoording en centrale vraag

Over de oorzaken en behandelwijzen van eetstoornissen is veel en divers geschreven.<sup>2</sup> Specifieke literatuur vanuit gestaltperspectief bleek schaars. In het kader van dit werkstuk zal ik mij vooral oriënteren op algemene literatuur uit de gestalttheorie.

Hoewel eetstoornissen kunnen beginnen op latere leeftijd en niet voorbehouden zijn aan vrouwen<sup>3</sup> kies ik ervoor me te beperken tot vrouwen in de late adolescentieperiode en jongvolwassenheid. De belangrijkste reden daarvoor is dat ik alleen met die groep enige ervaring heb. Bovendien is van de in totaal 40.000 patiënten in Nederland 90 tot 95% vrouw. De leeftijd waarop de stoornis zich voor het eerst manifesteert is het hoogst in de periode tussen 15 en 29 jaar, en dan vooral tussen 15 en 19 jaar. Daarna neemt het zeer sterk af. Dit geldt voor zowel voor Boulimia als voor Anorexia Nervosa<sup>4</sup>.

Ik wil me niet beperken tot één type eetstoornis omdat uit mijn eigen ervaring en uit literatuur blijkt dat er veel overeenkomsten zijn en dat er vaak een verschuiving optreedt van Anorexia naar Boulimia of Eetbuistoornis en omgekeerd. Ik wil meer de overeenkomsten tussen deze drie stoornissen belichten dan de verschillen<sup>5</sup>. In het vervolg zal ik vaak spreken over AN, BN en BED.

Ik gebruik de begrippen ‘weerstand’ (defenses, resistances) en ‘weerstand’ (resistance) voornamelijk door elkaar, aangezien deze in de gestaltnliteratuur ook niet helder onderscheiden worden.

Mijn centrale vraag luidt: **Welke rol speelt weerstand bij jonge vrouwen met eetstoornissen en hoe kan de gestalttherapeut daarmee werken?**

Ik kan in het korte bestek van deze thesis geen aandacht besteden aan alle in dit verband relevante gestalttheorie. De veldtheorie, het gestaltformatieproces en de zelftheorie zal ik niet afzonderlijk uitwerken.

---

2 Voor een overzicht van de diverse benaderingswijzen en behandelmethoden verwijs ik naar Dr H.W. Hoek: ‘Omgaan met eetproblemen’ en Walter Vandereycken, Greta Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen*.

3 De Eetbuistoornis (Binge Eating Disorder, BED) lijkt in gelijke mate bij mannen als bij vrouwen voor te komen, al is hier nog weinig onderzoek naar gedaan.

4 Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.12, 13 december 2007, RIVM, Bilthoven

5 Er zijn diverse andere eetstoornissen bekend, zoals orthorexie (preoccupatie met ‘juiste’ voeding) en specifieke eetstoornissen bij jonge kinderen of ouderen, die ik hier buiten beschouwing laat. Obesitas, wordt niet als psychische stoornis beschouwd, omdat er geen sprake zou zijn van een verstoord lichaamsbeeld. In de praktijk wordt echter veel overlap gevonden met zowel Anorexia als met Boulimia Nervosa. (Horst/Noordenbos 2006: 80-81)



## Hoofdstuk 2 Benaderingen buiten de gestalttheorie-en praktijk

### 2.1 Beknopte geschiedenis van eetstoornissen als psychiatrische diagnose<sup>6</sup>

Zelfverhogering en overeten zijn van alle tijden. Aanvankelijk werd dat niet als ziekte gezien: extreem dikke of dunne mensen werden als volksvermaak op kermissen tentoongesteld (wondermeisjes). Daarnaast heeft vasten altijd een rol gespeeld in de magisch-religieuze praktijk van veel volken. In het christendom kwam daar de connotatie bij van boetedoening en deelhebben aan het lijden van Christus. Vooral vrouwen konden door hongeren veel aanzien verwerven. Zo zou Lidwina van Schiedam (1400) dertig jaar lang uitsluitend geleefd hebben van de hostie en daarom werd ze heilig verklaard. Merkwaardig genoeg zag de kerk een kleine eeuw later, ten tijde van de inquisitie, ondergewicht als bewijs voor hekserij. Later werd hongeren weer als kracht beschouwd, als effectief politiek verzetswapen (M.Ghandi).

Naarmate de binding tussen vasten en de religie lossen werd, in de 18<sup>e</sup> en 19<sup>e</sup> eeuw, duikt ‘magerzucht’ op in de medische literatuur. Over ‘Anorexia Nervosa’ spreekt men sinds de eerste erkende klinische beschrijvingen van dit syndroom door Gull en Lasègue in 1873. Zij benoemden een aantal kenmerken die nog steeds gebruikt worden in DSM IV-TR<sup>7</sup>.

In historische beschrijvingen van voedselweigeraars vinden we nog geen verwijzingen naar een obsessie voor gewicht of lichaamsvormen. Dit motief komt pas op in de twintigste eeuw met de afslankcultuur, die door de feministische beweging als voornaamste oorzaak van eetstoornissen is aangewezen.<sup>8</sup>

Ook het begrip *Boulimia* heeft een geschiedenis. Overgewicht was vroeger in Europa een bijzonder voorrecht van een kleine bevolkingsgroep, want alleen de rijken hadden de mogelijkheid om onbeperkt te eten. In het decadente Rome kwamen schranspartijen onder de elite regelmatig voor, al werd dit schransen niet beschouwd als deugd. Het Christendom wees gulzigheid sterk af en rekende dit vanaf de vroege Middeleeuwen tot de zeven hoofdzonden.

In de 18e eeuw onderscheidde artsen al een zevental vormen van *Boulimia*, die zij in verband brachten met afwijkingen van de spijsvertering. Geleidelijk krijgt men oog voor psychologische factoren. Wat een rol kan spelen bij de late ‘ontdekking’ is dat *Boulimia* vaak aan de buitenkant niet te zien is en de eetbuiën zich afspelen in het geheim. In 1979 introduceerde de Britse psychiater Gerald Russell<sup>9</sup> de term ‘*Boulimia Nervosa*’ waarna het ook officieel geïnclassificeerd werd als psychiatrische ziekte.

Wat ik met dit beknopte historische overzicht wil aangeven is dat eetgewoonten zijn ingebed in de wijdere context (veld) van een cultuur en dat het denken daarover in termen van ziek of gezond daarmee

6 De historische gegevens in deze paragraaf zijn voornamelijk ontleend aan Rosa factsheet nr. 44 dec 2005 red. Brigitte Rijs die ze ontleende aan Walter Vandereycken, Greta Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen*.

7 Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM) is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient. De huidige versie (uit 2000) is een tekstrevisie van de vierde editie, aangeduid als DSM-IV-TR.

8 De bekendste exponent daarvan Susie Orbach die er verscheidene boeken over schreef waaronder ‘Zwijgend Protest, Anorexia Nervosa: vrouwen in verzet tegen een sociale rol’, Intro, 1988. Zie ook hoofdstuk 4.2.

9 Gerald Russel, *Bulimia Nervosa: an ominous variant of Anorexia Nervosa*. Psychol. Med. 9: 429, 1979.

aan verandering onderhevig is<sup>10</sup>. Voeding is meer dan een basisbehoefte: het lijkt bij uitstek een terrein waarop strijd wordt geleverd, ideologisch, wetenschappelijk en politiek<sup>11</sup>. In de gestalttheorie gaat het er om de wisselwerking tussen het eetgedrag van cliënten en hun culturele en specifieke individuele omstandigheden te zien.

## 2.2 Eetstoornissen volgens DSM IV-TR

Met bovenstaand verhaal wil ik de ernst van Anorexia- en Boulimia Nervosa niet bagatelliseren. Ze worden terecht als psychiatrische ziekten beschouwd, vanwege de ernstige lichamelijke en geestelijke gevolgen. Anorexia is de psychische ziekte met het hoogste sterftecijfer<sup>12</sup>. Volledige genezing is niet altijd mogelijk.<sup>13</sup>

In de DSM IV-TR<sup>14</sup> lezen we dat er bij AN-patiënten sprake is van ‘weigerings’ om het lichaamsgewicht op een normaal peil te houden. Er is een intense angst om aan te komen en het lichaamsbeeld is verstoord. AN-patiënten ontkennen dat ze te mager zouden zijn en blijven zichzelf te dik vinden, zelfs bij extreme magerte. Hun gevoel van eigenwaarde hangt grotendeels af van hun lichaamsbeleving. Soms hebben ze eetbuien, die ze compenseren door beweging, braken of het gebruik van laxemiddelen. Als gevolg van ondergewicht blijft bij veel vrouwen de menstruatie weg. BN-patiënten hebben episodes van eetbuien waarin ze in korte tijd een grote hoeveelheid voedsel tot zich nemen. Tijdens zo’n episode hebben ze het gevoel de beheersing over het eetgedrag kwijt te zijn. Zij vertonen vaak hetzelfde compensatiegedrag als AN-patiënten. Ze zijn gepreoccupeerd met hun lichaamsvorm en -gewicht en hun eigenwaarde hangt hier grotendeels van af. BN-patiënten hebben doorgaans een normaal gewicht, maar onder- en overgewicht komt ook voor.

De Eetbuistoornis (Binge Eating Disorder) is nog geen definitieve DSM-diagnose. Ook hier gaat het om eetbuien, maar in tegenstelling tot patiënten met BN nemen de patiënten met BED geen maatregelen om het ingenomen voedsel weer kwijt te raken, waardoor ze vaak overgewicht hebben. Ook zij zijn gepreoccupeerd met eten en lijnen.

---

10 De veldtheorie is een de pijlers waarop de gestalttheorie rust: de omgeving, en ook de bredere historische context maken deel uit van hoe we onszelf ervaren, wat onze behoeften en overtuigingen zijn. Ook de Gestalttheorie verandert daardoor in de loop der tijd. Zie ook hoofdstuk 3.

11 Een illustratie hiervan is de huidige beweging Pro-ana, die stelt dat Anorexia Nervosa en andere eetstoornissen geen stoornis, maar een levensstijl zijn. Zij neemt stelling tegen de medische wetenschap. De Franse regering overweegt op dit moment wetgeving om het aanmoedigen van extreem afslanken strafbaar te stellen. (Parool 15-04-08)

12 Ik ben getallen tegengekomen die variëren van 5 tot 20%. Het RIVM houdt het op 5.5 %.

13 Bij AN- en BN Nervosa ziet men herhaaldelijk terugvallen na perioden van herstel. Uit langdurige follow-up onderzoeken (10-20 jaar) komt vrij consistent naar voren dat van de behandelde patiënten uiteindelijk gemiddeld 40-50% volledig geneest, 40% verbeterd, maar wel symptomen houdt en 20% chronisch last blijft houden van een eetstoornis, of zelfs overlijdt. Gegevens RIVM.

14 Voor een uitgebreidere weergave van de DSM-criteria en de medisch-lichamelijke gevolgen verwijs ik naar Bijlage 2.

## Conclusie

De belangrijkste overeenkomsten in de hierboven beschreven ziektebeelden van vrouwen met eetstoornissen zijn dat ‘eten’ hun leven beheerst en dat hun zelfwaardering in hoge mate afhangt van de mate waarin zij er in slagen hun lichaam te controleren. Zij willen altijd dunner worden dan ze zijn, dus hebben zij een negatief oordeel over zichzelf, een negatief zelfbeeld.

## 2.3 Theorieën over oorzaken en behandeling

Over de oorzaken van eetstoornissen is de laatste decennia veel en uiteenlopend geschreven. De meeste theorieën gaan uit van een meervoudige oorsprong: biologische, psychologische en sociale factoren in onderlinge wisselwerking. Op basis van de verschillende theorieën is een scala aan behandelmethoden ontwikkeld<sup>15</sup>. Ik kan die in het kader van deze thesis niet uitgebreid beschrijven.

Kortweg zijn er drie benaderingswijzen:

### 1. De medisch-biologische benadering

Hierbij gaat het om bijvoorbeeld erfelijkheidsonderzoek, toepassing van antidepressiva, onderzoek naar de biologische klok enzovoort.

### 2. De psychologische benadering

Hieronder vallen ontwikkelingstheorie, gedragstherapie, cognitieve therapie, systeemtherapie met ieder hun eigen focus.

### 3. De sociale benadering

Hier wordt gewezen op maatschappelijke factoren, zoals de welvaartsmaatschappij en mogelijke rolverwarring bij vrouwen.

Meestal hanteert men tegenwoordig zowel in de ambulante praktijk als in eetstoornisklinieken een combinatie van behandelmethoden, waarin cognitieve - en gedragstherapie centraal staat. Vaak schrijft men daarbij ook antidepressiva (fluoxetine) voor, omdat zij eetbuien zouden remmen. De behandeling is vooral gericht op het reguleren van het gewicht en op verandering van het eetgedrag en de lichaamsbeleving. Er wordt gewerkt met streefgewicht, psycho-educatie over voeding, responspreventie e.d. Kerngedachte is dat gedrag, dat gepaard gaat met allerlei cognities, wordt aangeleerd en dus ook weer kan worden afgeleerd. Buiten de kliniek wordt bij jonge meisjes vaak gekozen voor een gezinsbenadering<sup>16</sup>.

Vanuit medisch oogpunt is dwang soms noodzakelijk om het leven van AN-patiënten te redden. Als het lichaamsgewicht te laag is, ligt medisch ingrijpen (sondevoeding) voor de hand.

<sup>15</sup> Als bron heb ik hier gebruik gemaakt van Dr H.W. Hoek: ‘Omgaan met eetproblemen’ (p.27-39)

<sup>16</sup> Tegen kwalificaties als ‘het typisch anorectische’ of ‘het boulimische gezin’ is door ouders die zich in de beklagdenbank voelden gezet veel verzet gekomen. Wel zijn er sterke aanwijzingen dat seksueel misbruik of incest regelmatig voorkomen bij vrouwen met eetstoornissen.

## Effectiviteit

De effectiviteit van gewichtstoenameprogramma's bij Anorexia Nervosa is nooit onderzocht. Naar de behandeling van Boulimia Nervosa is meer onderzoek gedaan. Cognitieve gedragstherapie lijkt daar de meeste vruchten af te werpen: 55 procent heeft geen eetbuien meer. Daarbij moet men in aanmerking nemen dat naar de resultaten van de cognitieve methode het meeste onderzoek is gedaan. (Smeets 1999:469-470)

### 4.4 Commentaar vanuit de gestalttheorie en praktijk

Daan van Praag onderstreept de spanning tussen de gestaltbenadering en de heersende classificatiesystemen:

*'Een grondgedachte die uitgaat van de mens als losstaand van zijn omgeving, die voorzien van een label in een classificatiesysteem kan worden ondergebracht, wordt in de gestalttherapie niet geaccepteerd'. (Van Praag 1998:25)*

Dit betekent niet dat een classificatiesysteem als DSM IV voor gestalttherapeuten als diagnostisch instrument onbruikbaar is. Het verschil is dat de gestalttheorie mensen als geheel beziet en hun symptomen in relatie met hun omgeving. Wat dit betreft staat zij dicht bij de systeemtherapie, die ook uitgaat van interdependentie.

*'Like "normal" behaviour, "abnormal" behaviour should be only understood as being embedded in a broader whole [...] in which this behaviour has a function'. (Wollants 2008: 73)*

Opmerkelijk in de beschrijvingen van DSM (behalve normatieve termen als 'misbruik') zijn enkele impliciete verwijzingen naar de omgeving. Zo wordt bij AN bijvoorbeeld gesproken over 'weigering'. Je weigert iets ten opzichte van iemand. Ook een 'zelfbeeld' ontstaat in contact met de leefomgeving en kan ook alleen door contact met de buitenwereld veranderen.

*'Self and self-image have equal potential for development whenever an individual has contact with the environment'. (Angerman 1998:33)*

De gestalttherapeut vertrekt vanuit het 'hier en nu', vanuit de fenomenologie: wat zie je in de manier waarop de cliënt contact maakt, met jou als therapeut en met haar omgeving. Van daaruit exploreren cliënt en therapeut samen de individuele levensgeschiedenis en ontwikkelt zich geleidelijk een voor deze cliënt *specifieke diagnose*.<sup>17</sup>

De gestalttherapie werkt niet oplossingsgericht (dus bij voorbeeld geen dieetadviezen) maar in de eerste plaats aan *awareness*<sup>18</sup>, gewaarzijn om de cliënt zelf middelen in handen te geven om haar situatie te veranderen.

<sup>17</sup> Wollants noemt dit een symmorphoseproces. (Wollants 1997:15)

<sup>18</sup> *'Full awareness is the process of being in vigilant contact with the most important events in the individual/environment field with full sensorimotor, emotional, cognitive and energetic support'. (Yontef 1993:139)*

Daarnaast wordt in de gestalttheorie anders gedacht over verandering:

De gestalttherapeut is niet degene die vanuit haar diagnose de veranderingsdoelen bepaalt voor de cliënt. Zij gaat uit van de *'paradox of change'*: *'The more you try to be who you are not, the more you stay the same'*. (Yontef 1993:26) Hier komen we op het terrein van de omgang met weerstand. In hoofdstuk 1.2 schetste ik al hoe Anna door een gedragstherapeutische behandeling van Anorexia terecht kwam in een Eetbuistoornis. Er bestaan talloze ervaringsverhalen van jonge vrouwen die de behandeling door straf en beloning niet alleen als ineffectief maar ook als zeer vernederend hebben ervaren. Hun grenzen werden niet gerespecteerd.

De gestalttheoretische visie gaat er van uit dat naarmate getracht wordt weerstand te breken, door dwang, dreiging of anderszins, deze juist zal toenemen.

*'The more the patient is aimed toward a goal, the more he or she will fundamentally stay the same [...] If the person changes in conformity with the push of the therapist, it will not be on the basis of autonomy or self-support'*. (Yontef 1993: 27 )

Yontef benadrukt dat 'pushen' de cliënt de boodschap geeft: 'je bent niet goed genoeg zoals je bent' en dat roept schaamte of schuld op, in plaats van zelfondersteuning. Dwang in de behandeling van vrouwen met een eetstoornis zal het negatieve zelfbeeld dat ze al hebben, versterken en niet tot verandering leiden.

De gestalttherapeut zal zich meer richten op de hele persoon dan op het symptoom, in dit geval het eetgedrag, ook al komt de cliënt daarvoor in therapie. Goodman benadrukt dat 'genezen' van een symptoom de onderdrukking van de vitale kracht van een cliënt kan betekenen: *'Yet the patient has lost his own weapons and his orientation in the world'*. (PHG: 62)

## 2.5 De IMET-benadering<sup>19</sup>

Een auteur die mede bepalend is geweest voor mijn visie op eetstoornissen is Rob Zondag. Hij ziet alle eet-, angst- en dwangstoornissen als onderling sterk verwant en kwalificeert ze als stoornissen in de ontwikkeling van de identiteit. (Zondag 2006: 82-87) Dit lijkt mij plausibel, zoals ik in hoofdstuk 4 nader zal toelichten. In navolging van Peggy Claude-Pierre<sup>20</sup> schrijft hij over een 'innerlijke dictator', een 'egodeel' dat de stuurkracht van de cliënt overneemt. De dictator vertegenwoordigt de kritische normerende ouder die de persoon telkens opdrachten verstrekt die uiteindelijk destructief kunnen worden. Gevoelens worden onderdrukt en veranderingen worden door deze dictator tegengewerkt. (idem: 60)<sup>21</sup>

<sup>19</sup> Instituut voor Mentaal-Emotieve Training, een landelijk netwerk van therapeuten van verschillende richtingen die werken met eet-angst en dwangstoornissen, geïnitieerd door Rob Zondag.

<sup>20</sup> Peggy Claude Pierre: 'De geheime taal van eetstoornissen' (Forum/de Boekerij, 1998)

<sup>21</sup> De therapeutische methode van Zondag is eclecticisch. Vanuit zijn ervaring dat de 'egodelen' moeilijk met elkaar in dialoog komen past hij hypnose toe om dit te bereiken. De Gestalttherapie werkt hier niet mee.

## 2.6 Vertaling in gestalttheorie en praktijk

In gestalttermen zou de dictator wellicht *topdog*<sup>22</sup> heten. Bij naar boulimie neigende cliënten heb ik nog een andere bevinding opgedaan. Ook zij spreken over ‘iets of iemand die macht over mij heeft’. Alleen lijkt de door hen ervaren macht meer overeen te komen met wat men *underdog* noemt. Deze bindt de strijd aan met *topdog*, de verstandige ouder die hen voorhoudt dat zij regelmatig moeten eten, dan wel de dictator die streng lijnen voorschrijft. Ellie gaf hem de gestalte van ‘een gemene nar, met een stok in zijn hand en belletjes op zijn muts, die mij telkens verleidt tot eten en me dan uitlacht’. Hij saboteert haar pogingen om haar ideaal, een slanker lichaam, te bereiken. De dictator van Rob Zondag lijkt het te winnen bij AN-patiënten, maar ook bij hen woedt een voortdurende strijd met *underdog*, die alle regels aan haar laars wil lappen en die tot eetbuien aanzet.

Voor de gestalttherapeut ligt het voor de hand om met dergelijke polariteiten werken. Bijvoorbeeld in een lege-stoel-experiment, waarbij zij een dialoog kunnen aangaan. Daardoor kan de cliënt weliswaar in een impasse terechtkomen, maar zij eigent zich de (ongewenste) polariteit ook toe, waardoor zijn ‘macht’ minder bedreigend wordt en ruimte ontstaat voor onderhandeling, voor integratie.

*Anna spreekt over ‘mijn saboteurtje’, de macht die ervoor zorgt dat ze zich niet aan voorgeschreven eetregels houdt en die haar in de supermarkt verleidt chips en koekjes in te slaan ‘voor het geval dat nodig is’. Het kostte Anna moeite haar ‘saboteurtje’ tegenover ‘topdog’ een stem te geven:*

*A (topdog agressief): Jij moet afvallen, je bent veel te dik, je moet trouwens ook goed studeren en perfect zijn.*

*A (underdog ‘redelijk’): Ja je hebt volkomen gelijk, ik ben ook veel te dik, ik moet er nodig iets aan doen.*

*T: Jouw saboteurtje, durft hij niet tegen te spreken?*

*A: (verwarring, dan underdog zacht, in zichzelf gekeerd, als een klein meisje) Ik hoef niet alles te doen wat andere mensen vinden, het gaat er om dat ik zelf gelukkig ben, ik kan niet perfect zijn.*

*T: Je spreekt nu heel zacht, je lijkt een beetje verdrietig..*

*A: Ja ik voel me verdrietig (raakt haar maag aan)*

*T: Voel je het in je maag?*

*A: Ja ik ben heel ontevreden over mezelf - dat ik niet weet wie ik zelf ben!*

*Achteraf twijfelde ik over dit experiment. Voedde het Anna’s negatieve zelfbeeld? De kracht van de saboteur kwam niet uit de verf, topdog en underdog kwamen niet met elkaar in gesprek. Heeft Zondag gelijk en is een dergelijke dialoog bij vrouwen met identiteitsproblemen alleen onder hypnose mogelijk? Wellicht was de confrontatie te beangstigend voor Anna. Wel werd Anna haar identiteitsprobleem gewaar (wie ben ik?) en haar introjecten van thuis (goed studeren, perfect zijn). Daarmee en met het verdriet van het kleine meisje, konden we verder werken.*

<sup>22</sup> Perls vertaalde Freudiaanse term ‘superego’ met topdog, het gesocialiseerde deel van het zelf, dat het ‘id’, de underdog, belet zich te realiseren (Lambrechts 2003:54)



## Hoofdstuk 3. Weerstand in de gestalttheorie nader bekeken

### 3.1 Contact en contactgrens

Het denken over ‘weerstand’ in de gestalttheorie is nauw verbonden met opvattingen over hoe de mens in contact met zijn omgeving functioneert. Contact betekende voor Perls dat het individu de confrontatie met de buitenwereld aangaat. (zie 3.2) Contact is actie. Perls was nogal individualistisch ingesteld en hamerde op het belang van de autonomie van de mens.

In het boek dat hij later samen met Goodman en Hefferline schreef, wordt contact duidelijker als interactief proces beschreven: contact ‘verschijnt’ op de grens in een organisme/omgevingsveld. Deze grens scheidt en verbindt omgeving en organisme. (PHG: 373) Contact is dan niet iets wat je ‘doet’, maar iets wat er altijd is, hoe dan ook. De voortdurende wisselwerking tussen persoon en omgeving vindt plaats op de contactgrens en dat kan op verschillende manieren: nu eens is het organisme toegankelijk, dan weer sluit het zijn grenzen tegen gevaar van buitenaf. (Wheeler 1991: 111-113) Toch bleven Goodman en ook latere gestalttheoretici het contactproces beschouwen als gericht op groei en ontwikkeling van het individu. Gezond functioneren staat dan gelijk aan de mate waarin het organisme in staat is nieuwe informatie (voedsel) op te nemen uit de omgeving. *Contacting is, in general, the growing of the organism*. (PHG 373) Door deze identificatie van contact, groei en gezondheid zijn maatregelen die het organisme neemt om zich te beschermen (zelfbehoud) in een wat kwade reuk komen te staan als ‘contactvermijdingen’, ‘contactonderbrekingen’ of ‘weerstanden’ tegen contact. Daarvan zijn er vele te noemen, maar de belangrijkste vier in de gestalttheorie zijn:

- Confluentie: er is geen grens tussen persoon en omgeving
- Introjectie: een deel van de omgeving wordt in het Zelf opgenomen zonder dit te integreren
- Projectie: een persoon schrijft elementen van het Zelf toe aan zijn omgeving
- Retroreflectie: het bewust controleren van onze impulsen.

Het zijn manieren om met grenzen om te gaan, die ook iedereen die ‘gezond’ is hanteert. (Van Praag 1998:86-87):

### 3.2 Eten als metafoor

Friedrich Perls<sup>23</sup> stelt dat het hongerinstinct en niet het seksuele libido de eerste drijfveer is van de mens. Aan de hand van het proces van eten en verteren spreekt hij ook over de menselijke ontwikkeling. In de fase dat hij nog in symbiose (confluentie) leeft met de omgeving zuigt een baby in wat hij nodig heeft. De zuigeling introjecteert kritiekloos, al geeft hij terug wat teveel is. Later ontwikkelt het kind zijn kaken en tanden, waardoor hij kan bijten, vast voedsel kan kauwen en het op die manier kan assimileren. Het gaat proeven en uitspugen wat het niet lust. Dit is de fase van differentiatie, waar de vorming van de eigen persoonlijkheid begint.

Perls hecht grote waarde aan de destructieve functie van bijten en kauwen, die hij niet alleen letterlijk maar ook metaforisch toepast: (dentale) agressie is nodig om op te groeien om ook ‘geestelijk’ voedsel

<sup>23</sup> In zijn boek *Ego, Hunger and Aggression* zet Perls deze zaken uiteen op een wat rommelige manier. Ik heb getracht een zo zuiver mogelijke samenvatting daarvan te geven, daarbij ook gesteund door andere gestaltliteratuur.

te vermalen en het zich eigen te maken, om geen zuigeling te blijven. Onderdrukking van deze primaire agressie leidt volgens Perls tot geweld tegen andere mensen (projectie) of in geretroflecteerde vorm tot zelfkwellen of zelfvernietiging. (Perls 1947:127)

Het begrip weerstand nam Perls over van Freud maar hij gaf daar een nieuwe invulling aan. Bij Freud was weerstand in de eerste plaats het onderdrukken van (seksuele) driften/verlangens uit het onbewuste en in het verlengde daarvan verzet tegen de therapeut, die de afweermechanismen stapsgewijs probeert te overwinnen. Naar analogie van de eetmetafoor zoekt Perls de weerstand in het orale, de onwil om te bijten en te kauwen in het contact met de omgeving. Orale weerstanden hangen samen met *'insufficient development of the biting functions'*. (idem:130) Alle gedragingen waar geen 'bijten of kauwen' aan te pas komt, kwalificeert hij als vermijding van, weerstand tegen contact. Contact betekent de wereld aangaan. Hij komt dan terecht op 4 vormen van 'contactvermijding': repressie, introjectie, projectie en retroflectie. (idem:265)<sup>24</sup>

Hoewel Perls dus in metaforische zin spreekt over het metabolisme - door bijten proeven en kauwen leert het opgroeiende kind onderscheiden welke opvattingen, waarden, informatie hij kan integreren in zijn persoonlijkheid - laat hij de verbinding met het lichamelijke niet los, vanuit zijn holistische mensopvatting<sup>25</sup>.

Voor Perls is het lichaam de basis, waarop hij zijn therapie bouwt. (Wheeler 1991: 44) Hij raadde ook *awareness*-oefeningen aan gericht op het proeven en kauwen van voedsel.

Perls ziet 'orale weerstand' in de hongerstaking en de onbewuste vorm daarvan: het ontbreken van eetlust. De strijd wordt, om welke reden dan ook, niet openlijk aangegaan. Een orale weerstand bij uitstek ziet hij in walging, waarbij hij ook braken als mogelijke reactie noemt. Als de walging wordt onderdrukt (weerstand tegen weerstand) kan 'orale frigiditeit' ontstaan, waarbij niets meer geproefd wordt, maar het voedsel snel naar binnen wordt gewerkt. (Perls: 130-132)

## Opmerkingen

Bij vrouwen met eetstoornissen zie ik inderdaad retroflectie van agressie. Ze uiten hun boosheid niet en 'slikken' veel. Hun agressieve energie richten ze op hun eigen lichaam met als gevolg zelfvernietiging, zeker in het geval van AN.

Perls' oefeningen met proeven en kauwen worden in reguliere behandeling van eetstoornissen toegepast in het kader van responspreventie: cliënten moeten van iets proeven, erop kauwen en het dan uitspugen. Over de effectiviteit hiervan heb ik geen gegevens gevonden. Ik betwijfel of experimenten direct gericht op proeven en kauwen een plaats zouden kunnen hebben in gestalttherapie met deze cliëntgroep. Ik vrees dat ze schaamte opwekken. Bovendien zouden negatieve reminiscenties aan eerdere op conditionering gerichte therapieën het gewaarzijn kunnen blokkeren.

<sup>24</sup> Overigens komt Perls op een andere plaats in zijn boek uit op wel 22 verschillende weerstanden/vermijdingen, maar die laat ik even buiten beschouwing. (Perls 1947:69).

<sup>25</sup> 'Man is a living organism, and certain of his aspects are called body, mind and soul. If we define the body as the sum of cells, the mind as the sum of perceptions and thoughts, and the soul as the sum of emotions ... we still realize how artificial and out of accordance with reality such deviation are.' (Perls, 1947:25)



In tegenstelling tot Perls ben ik van mening dat de hongerstaking wel een vorm van openlijke strijd is, al kan men die als 'lijdelijk verzet' kwalificeren. Gevangenen in hongerstaking willen een doel bereiken. Dit is ook bij AN-patiënten vaak zo, al is het doel dat zij nastreven voor hen zelf niet altijd helder. Zie 3.5.

Iets van Perls' letterlijke opvatting van orale weerstand is te herkennen bij vrouwen met eetstoornissen. Bij eetbuien wordt het voedsel naar snel naar binnengewerkt (geïntrojecteerd) zonder dat geproefd wordt. Soms wordt duidelijk dat daar onderdrukte agressie aan voorafgaat.

*Anna beschrijft haar eetbuien (met veel calorierijk voedsel) als een trance. Na afloop valt ze in slaap met dromen over haar ideale leven. Ik heb haar gevraagd stil te staan bij belangrijke gebeurtenissen vóór de eetbui en die op te schrijven. Zij beloofde onmiddellijk dat te doen maar deed dit 'huiswerk' niet. Ik drong niet aan, maar onderzocht wat haar belemmerd had. Eerst zegt ze: 'Ik weet het niet, het is er gewoon niet van gekomen. Ik heb wel op de bank gezeten met een schrijfblok maar dan blijf ik toch t.v. kijken'. Dan wordt ze zich gewaar dat ze het moeilijk vindt om stil te staan bij zichzelf, dat ze haar tijd voortdurend vult met activiteiten, die haar afleiden van zichzelf, zoals televisiekijken of studeren.*

*Enkele sessies later rapporteert ze uit eigen beweging dat ze heeft gemerkt dat aan haar eetbuien vaak 'teleurstellingen' vooraf gaan, zoals niet uitgekozen worden door studiegenoten of een kritische opmerking van haar vader waar ze boos om is. 'Ik ben er achter gekomen dat ik eet om niet te voelen. Ik eet mijn boosheid weg'.*

### 3.3 Weerstand als bijstand<sup>26</sup>

Belangrijk is Perls' opvatting dat weerstanden geen mechanismen zijn die uit de weg geruimd kunnen worden in de therapie. Ze bevatten waardevolle en creatieve aspecten van de persoonlijkheid. *'The same fort which resists the aggressor assists the defender'*. (Perls 1969:180) Weerstand is dus ook bijstand. Maar een beveiliging die vroeger een creatieve aanpassing was aan de omgeving kan verworden tot een star verdedigingssysteem, zonder gaten voor de voedselvoorziening. (Perls 1947: 181) Laura Perls omschreef de verhouding tussen weerstand en bijstand als volgt: *'The contactfunctions become support functions if they facilitate, or resistance functions if they block the desired or necessary contact'* (1992:85).

Fritz Perls bleef ambivalent en toch ook veroordelend over 'weerstand', die hij als een gebrek aan kawlust kwalificeerde, als neurotische vermijding van contact met de buitenwereld. Goodman sluit zich enerzijds aan bij Perls en definieert weerstand als weerstand tegen contact<sup>27</sup> maar vooral als weer-

<sup>26</sup> Voor mijn inzicht in de ontwikkeling van het denken over weerstand in de gestalttheorie heb ik veel gehad aan het artikel van Riek van Haeringen: 'Weerstand, over tegenstand en kracht, verzet en overgave'.

<sup>27</sup> Goodman komt tot een iets andere reeks van contactvermijdingen: confluentie, introjectie, projectie, retroflectie en egotisme. Polster schrapt egotisme maar voegt deflectie toe: een manoeuvre om direct contact met een ander uit de weg te gaan.

stand tegen *awareness*, dat wil zeggen: bepaalde delen van onze ervaring krijgen geen aandacht (PHG: 81) omdat ze te pijnlijk zijn of te veel angst oproepen. Volgens Goodman moet therapie vooral gericht zijn op het vergroten van gewaarzijn, onder meer van de wijze waarop contact vermeden wordt. Latner wijst op het therapeutisch voordeel van weerstanden:

*'Weerstanden zijn gelegenheden waardoor de cliënt zijn gewaarzijn kan vergroten: hij beseft dan ook zijn tegenzin of zijn gevoelde onvermogen om iets te ervaren'. (1974: 137)*

Latere gestalttheoretici uit de Clevelandschool zijn voortgegaan op het spoor van positieve waardering van weerstand. Van alle contactvermijdingen benadrukken zij de positieve pool. Bijvoorbeeld: introjectie is nodig om te leren, retroreflectie is nodig om na te denken en zorgt ervoor dat een moeder haar vuisten balt en niet haar kind slaat, projectie is nodig om elkaar te begrijpen etc. (Polster&Polster 1973:72-84)

Wheeler gaat ook uit van polariteiten in het contact, maar hij gaat een stap verder. Hij wil ze niet positief of negatief labelen. Hij stelt dat de traditionele 'contactvermijdingen' (introjectie, projectie etc.) in de gestalttheorie geen weerstanden tegen contact zijn, maar '*dimensions or functions of the contactproces*'. (Wheeler, 1991: 119) De waardering van de verschillende contactvariëaties hangt af van de bedoeling van het contact. Dat kán groei zijn maar ook zelfbehoud. De enige 'weerstand' die hij als zodanig erkent is differentiatie (als tegenpool van confluentie), het verschil tussen ik en omgeving op de contactgrens. Evenals Wheeler wijst Wollants op het belang van een veldoriëntatie in de gestalttheorie. Hij verwerpt om die reden de contactcyclus zoals ontworpen door Zinker e.a. waarin het individu centraal staat en die volgens een bepaald scenario zou moeten verlopen. Volgens Wollants is dit '*an inaccurate and normative description of contacting processes as being initiated by a need-sensing individual and ending by withdrawal from the ongoing contact*'. (Wollants 2008:95)

Lambrechts geeft een verzoenende samenvatting van bovengenoemde ontwikkeling rond het begrip weerstand in de gestalttheorie, waar ik me goeddeels in vinden kan:

*'De gestalttherapie heeft als uitgangspunt het wisselwerkende veld van organisme en omgeving. In zo'n veld is de weerstand een proces van krachten die begrenzen, beschermen, tegenhouden, afweren en tegenstand bieden. Weerstand wordt dus beschouwd als een gezond gebeuren op de contactgrens en als dusdanig eigen aan het contacteren. Het is dat deel van de contactpolariteit dat begrenst, beschermt, de nadruk legt op 'het verschil'. (Lambrechts 2003:494)*

#### Opmerkingen

Ik deel de visie van Wollants en Wheeler dat 'weerstand' een beschermende vorm van contact is. Wat me ook aanspreekt bij Wheeler is dat hij weerstand beschrijft als verschil maken, differentiatie op de contactgrens, zodat ook de betekenis van weerstand als 'iets tegenhouden', van noodzakelijk zelfbehoud en conflict met de omgeving in beeld komt, zonder dat hij hier een negatief oordeel aan verbindt. Toch zou ik, in tegenstelling tot Wheeler en Lambrechts, confluentie wél als 'weerstand' benoemen, want al legt deze contactpolariteit geen nadruk op 'het verschil', hij fungeert vaak als bescherming tegen confrontatie en mogelijke afwijzing. Deze functie zie ik duidelijk bij vrouwen met eetstoornissen.

Mijn voorstel is om de beschermende pool van de klassieke vier ‘contactonderbrekingen’ of ‘contactvermijdingen’ te benoemen als ‘weerstanden-in-het-contact’, zonder daaraan een waardeoordeel te verbinden of ze te lokaliseren binnen het individu. De omgeving, de ander, heeft deel aan deze ‘weerstanden’.

Waar weerstanden-in-het-contact zijn gefixeerd tot een patroon, een ‘star verdedigingsysteem’, noem ik dat weerstand (enkelvoud).

*Nina (24, Anorexia met braken) die via een collega bij mij kwam, meldde zich aan voor het eerste gesprek via een sms die ze tot mijn verbazing ondertekende met: ‘kus, Nina’. Bij de intake presenteerde ze zich als een klein meisje, met een hoog stemmetje, dat me met grote open ogen aankeek. Ze vertelde dat ze vaak toneel speelt tegenover haar vriend, als het om eten of braken gaat. Ook wendt ze orgasmen voor omdat ze ‘zeker weet’ dat hij haar afwijst als ze hem dat pas na 4 jaar vertelt. ‘Ik laat als het ware mezelf achter in de badkamer als we gaan vrijen’. Over haar toneelspel voelt ze zich schuldig. ‘Ik maak het wel goed door nooit iets erg te vinden wat hij doet en goed voor zijn huis te zorgen’. Tegenover vreemden (zoals aan mij tijdens die eerste sessie) vertelt ze gemakkelijk over haar problemen. Ze zegt letterlijk dat ze bij vreemden geen grenzen voelt en bijvoorbeeld ook gemakkelijk meegaat met vreemde mannen en dan aan hun (seksuele) behoeften voldoet. Ik heb met haar verkend hoe het komt dat ze zich kennelijk bij vreemden veiliger voelt, dan bij mensen dichtbij. Ik vroeg hoe ze zo ‘zeker’ weet dat haar vriend haar verlaten zal als ze eerlijk is. Ze werd zich gewaar dat het misschien wel niet klopt dat haar vriend haar zal verlaten als ze openhartig is (projectie). Ook ontdekte ze dat ze minder angstig met vreemden omgaat ‘omdat het dan niet erg is als ze me verlaten’.*

*Zowel Nina’s openheid als haar geslotenheid zijn uitingsvormen van confluentie: aanpassing aan de (vermeende) wensen van de omgeving, geen grens willen ervaren. Door deze ‘weerstand-in-het-contact’ samen met haar te onderzoeken werd zij haar diepe behoefte aan geborgenheid gewaar en haar angst om verlaten te worden door haar vriend. Toen ze dat verwoordde, bloosde ze: de verbinding met haar lichaam kwam tot stand.*

### 3.4 Organismische zelfregulering en weerstand

Perls en Goodman benoemden bepaalde menselijke reacties, zoals zich isoleren, hallucinaties of ‘obsessive re-doing’ weliswaar als neurotisch maar tegelijk toch als modus van organismische zelfregulering, als creatieve aanpassing aan omgeving. ‘*Man is an organism of great power and efficiency, but also one that can take rough treatment and bad times*’. (PHG 1951: 310)

Een illustratie daarvan vond ik in de interviews van Kristien Hemmerechts met Ann, een Belgische anorexiapatiënte, die door haar vader seksueel werd misbruikt. Zij koestert wrok tegen haar moeder die haar niet beschermde.

*'Eten is een taal. Mijn moeder spreekt met eten. "Kijk eens wat ik voor u doe: ik kook voor u, ik maak lekker eten voor u". Ik heb ook met die taal leren spreken [...] Door niet te eten trad ik er buiten. Ik had ook punker kunnen worden, maar dat had nooit die impact gehad. Daar zat geen bewust proces achter, hoor. Nu denk ik: elke vorm van verzet was beter geweest dan dit, maar dit was het efficiëntst.'* (Hemmerechts 2008: 83)

Voedselweigering was voor Ann op dat moment de meest efficiënte manier om boosheid op haar moeder te uiten en autonoom te zijn, al ziet zij inmiddels in dat zij zichzelf schade heeft berokkend.

Organismische zelfregulering is het proces van voortdurende creatieve aanpassing van het individu aan/in zijn omgeving, in overeenstemming met zijn eigen behoeften. 'Door ons creatief aan te passen scheppen we én onszelf én de omgeving. Het veld organiseert zich op de best mogelijke manier die voorhanden is'. (Lambrechts 2003: 138). Voedselweigering of eetbuien zijn functionele aanpassingen, al zijn die op den duur niet gezond.

*'An approach, an avoidance, a transaction, a resistance, an attempt at influence or environmental modification -each possible action is an adjustment by the subject in relation tot his own felt needs and goals and to the "map"<sup>28</sup> he has constructed and is constructing continuously.'* (Wheeler 1996:36)

Eetstoornissen zou ik dus willen zien als een creatieve aanpassing van vrouwen, een overlevingsstrategie, in 'bad times' waarin zij te weinig steun ervoeren voor hun behoeften. Het is *'the client's way of managing "unacceptable" feelings or needs'* zegt Marion Gillie (2000:98) Zij constateert bij vrouwen met BN een voortdurende schaamte en angst voor het oordeel van anderen, waardoor zij hun energie retroflecteren en hun eigen behoeften niet meer gewaar zijn: *'the shame-capable person's creative adjustment to their environment is overconfluence'*. (idem:99) De oorspronkelijk creatieve aanpassing is gefixeerd geraakt, een vaste structuur van 'weerstand' geworden of in het beeld van Perls: een 'fort' dat de bewoner niet alleen beschermt maar vooral gevangen houdt. De vrouw in het voorbeeld hierboven is nu 39, lijdt nog steeds aan Anorexia en overweegt een einde aan haar leven te maken. Het conflict met haar ouders en in zichzelf heeft zij niet kunnen oplossen. Er is sprake van *'unfinished business<sup>29</sup>'*, die haar belemmert vrij en creatief te leven.

*'Het is vooral als ik samen ben met mensen die niet vergroeid zijn met mijn verleden dat ik AN als een echte handicap beschouw. Ik kan niet zijn wie ik wil, ik kan niet vrijuit spreken zoals ik wil. En dat frustrereert me. Ik ben mensen kwijtgeraakt en ik heb kansen laten liggen om nieuwe mensen te leren kennen omdat ik de veiligheid van een beperkt AN-leven verkoos. Niet uit egoïsme maar uit onmacht. Ik ken geen andere taal.'* (Hemmerechts 2008:104)

28 Wheeler grijpt hierbij terug op de gestaltpsycholoog K. Lewin: het individu maakt een soort 'landkaart' op grond van ervaring van waar het veilig is, waar gevaar dreigt, en waar hulpbronnen zijn met het oog op zijn eigen doelen in het veld.

29 'Unfinished business' betekent een onafgemaakte situatie, een ontwikkelingstaak/behoefte die blijft terugkeren tot die bevredigend is afgerond. Zulke onafgewerkte situaties, roepen 'bevroren gedragspatronen' op. (Lambrechts 2003:136) Zie hoofdstuk 4.

### 3.6 Weerstand en het lichaam

Ook Kepner beschouwt weerstand als middel om het evenwicht tussen de omgeving en de integriteit van het organisme te bewaren. Hij benadrukt dat weerstand geen mechanisme of instrument is van het zelf, het *is* het zelf in actie. (Kepner 2001:65) Toch werpt hij de nuttige vraag op hoe het kan dat mensen wel willen veranderen maar dat toch niet kunnen: *'Something is in the way resisting that change'*. (idem:60) Zijn voornaamste verklaring is dat wij (delen van) ons lichaam vervreemd hebben van ons gevoel van wie we zijn. Dit lijkt in het bijzonder van toepassing op vrouwen met eetstoornissen: hun lichaam is een object geworden dat ze willen beheersen.

*'By making the body-self an "it" and relating the "I" or identified-self to the mind, our body in an sense becomes the disowned self'*.(idem: 14)

Bij vrouwen met eetstoornissen gaat de *'disownment'* van het lichaam heel ver. Kepner noemt Anorexia een vorm van *'depersonalisatie'*, waardoor ook de waarneming van het lichaam wordt verstoord. (idem:21) Het gewaarzijn van behoeften, niet alleen honger en dorst, maar ook emotionele en seksuele behoeften, zijn hierdoor bij vrouwen met eetstoornissen ernstig verstoord.

Kepner werpt ook licht op de *'biologische kant'* van het feit dat vrouwen met eetstoornissen zo moeilijk veranderen zelfs als ze dat willen:

*'Organic processes of adaptation and adjustment become fixed body structures when they are used habitually –either because the environment constantly requires the same response, or because we come to fix our sense of self, allowing ourselves little flexibility'* (Kepner 1999:49)

Het lichaam van vrouwen met eetstoornissen is ingesteld geraakt op hun eetpatroon: met een volle maag *moeten* zij bijvoorbeeld braken, dat is geen keuze meer. Ik noem dit de lichamelijke verankering van hun *'weerstand'*. Hun zelfgevoel is gefixeerd op beheersing van lichaam en hun zelfwaardering hangt af van de mate waarin zij daarin slagen.

De oorzaak van de splitsing tussen ik en lichaam ziet Kepner in *'unfinished business'*. (idem:69)

De gestalttherapeut moet volgens Kepner daarom niet alleen werken aan herstel van contact met het lichaam (door gewaarzijn) en aan dialoog met de afgesplitste delen van het zelf, maar ook onafgemaakte situaties met de cliënt doorwerken, zodat een nieuwe creatieve aanpassing mogelijk wordt. (Kepner 2001:69) Hoewel Kepner lichaamsgericht werkt, zijn diens aanbevelingen zeer relevant voor meer verbale vormen van therapie bij vrouwen met eetstoornissen.

*Veel gestalttherapeuten zijn van mening dat 'gestalttherapy has no need of exercise involving bodywork or sensory awareness' (Wollants 2008:138) omdat de therapeut ook verbaal kan werken aan gewaarzijn van lichaamssignalen. Toch heb ik dat met Anna een keer gedaan.*

*Anna vertelt me enthousiast over een stage die zij gaat doen in het buitenland.*

*T: Het lijkt alsof je er echt zin in begint te krijgen..*

*A: (vlak) Ik weet helemaal niet of ik er zin in heb. Het is gewoon goed voor me om te doen.*

*T: Wat voel je als je er nu zo met mij over praat?*

*A: Eh..Ik voel eigenlijk helemaal niks, helemaal niks.*

*Ik stel Anna voor een oefening te doen om te zien of ze iets kan gaan voelen. Ik vraag eerst of ze met haar met haar voeten op de grond en met haar handen op haar buik goed door wil ademen. Dan begeleid ik haar langs haar lichaam van onderen tot boven om te voelen waar ze spanning tegenkomt. Na afloop:*

*A: Ik voelde veel spanning in mijn nek en schouders, nu nog trouwens, en ik voelde verdriet opkomen, hier, toen we bij mijn buik kwamen. (ze laat haar handen liggen op haar buik)*

*T: Heb je een idee wat je buik zegt, waar dat verdriet mee te maken heeft?*

*A: Nou ik denk gewoon dat ik verdrietig ben omdat ik voel dat mijn buik te dik is.*

*Hier zien we hoe Anna haar verdriet eerst interpreteert in haar eigen schema. Vervolgens wordt ze zich gewaar wat haar nog meer verdrietig maakt: dat ze zo graag voor haar moeder wil dat het 'goed' met haar gaat. Moeder denkt dat ze enthousiast is over de stage, terwijl ze er geen zin in heeft en er bang voor is. Hier komt 'unfinished business' aan het licht maar het belangrijkste in dit experiment was dat Anna kon ervaren dat haar lichaam haar iets kan vertellen over haar emoties. Ik heb gevraagd of ze de oefening eng vond. Dat was niet het geval, maar ze betwijfelde of ze het alleen thuis ook zou durven.*

## Samenvatting

De weerstand-in-het-contact die bij vrouwen met eetstoornissen op de voorgrond staat is retroreflectie: het terugbuigen van agressieve energie op zichzelf, hun eigen lichaam. Zij hebben een splitsing gemaakt tussen hun zelfgevoel en hun lichaam. Deze grens die zij hebben getrokken door hun Zelf vormt een belangrijke 'weerstand', een belemmering voor *awareness* van hun werkelijke behoeften. Hierdoor zijn ze vaak confluent met (vermeende) verwachtingen van de omgeving. Hun zelfwaardering is altijd laag omdat zij er nooit volledig in slagen hun lichaam te beheersen. Waardering vanuit de omgeving krijgt weinig kans, want hun negatieve zelfwaardering projecteren zij op de omgeving. Ze zijn er van overtuigd dat zij afgewezen worden. Hun eetpatroon is verankerd geraakt in hun lichaam, een deel geworden van wie zij zijn.

De oorspronkelijke creatieve aanpassing en zelforganisatie die een beschermende functie had in het contactproces is een gevangenis geworden 'een verstard patroon dat hindert om zich hier en nu vrij te bewegen op een nieuwe contactgrens'. (Van Haeringen 1999: 275)



## Hoofdstuk 4 ‘Weerstand’ in de ontwikkeling van vrouwen met eetstoornissen

In hoofdstuk 1 schetste ik de periode waarin eetstoornissen meestal ontstaan: de adolescentie, een belangrijke levensfase voor de ontwikkeling van het Zelf in en tegenover zijn omgeving. Het lijkt me voor therapeuten van belang om zich te realiseren met welke mogelijke ‘*unfinished business*’ jonge vrouwen met eetstoornissen in therapie komen en welke ontwikkelingstaken zij eventueel nog te vervullen hebben. Ook besteed ik aandacht aan introjecten uit het omgevingsveld.

### 4.1 Ontwikkelingstaken

Mark McConville<sup>30</sup> heeft de verschillende ontwikkelingstaken van de adolescent in een gestalttheoretische structuur gegoten. Die zal ik hieronder kort samenvatten.<sup>31</sup>

Is het jonge kind nog ‘*embedded*’ in de leefwereld van de ouders, met relatief open, vloeiende contactgrenzen, in de vroege adolescentie komt de nadruk te liggen op ‘*disembedding*’: de buitenwereld verkennen, experimenteren met grenzen in verschillende leefwerelden -school, sport, werk, thuis- en zichzelf in de wereld zetten als persoon los van de ouders. Een adolescent kan zeer confluent zijn in een vriendengroep en zich tegelijk volledig afschermen van haar ouders. In de middelste periode van de adolescentie richt haar *awareness* zich meer naar binnen. Zij ontdekt eigen gevoelens, reflecties en fantasieën en voelt vaak spanning en angst die te uiten (retroreflectie). Door de ontdekking van de eigen binnenwereld kan ook wantrouwen ontstaan ten opzichte van de werkelijke gevoelens van anderen. De laatadolescent heeft als taak de nieuwe ervaringen met de binnenwereld en de buitenwereld met die van het kind-Zelf te integreren. Uit dat proces komt idealiter een nieuwe ‘configuratie’ tevoorschijn: het volwassen zelf, gedifferentieerd, dat op een ‘hoger niveau’ in contact is met zijn omgeving dan het kind. (McConville 2001:37-41) ‘*This maturation of contact process is the goal of development*’ (idem: 40). Dit proces verloopt niet lineair, de ontwikkelingstaken zijn met elkaar verweven. En dit proces dat in de adolescentie begint, is ook nooit af: het Zelf blijft zich ontwikkelen.

Blaney and Smythe gaan er van uit dat een eetprobleem zich ontwikkelt als ‘*response to being unable to successfully complete the work of adolescence*’, in voornoemde zin. (Blaney/Smythe:205) Zij stellen dat adolescenten eetproblemen ontwikkelen om autonomie en controle te verkrijgen ‘*through the adopted perspective that to be thin is to be beautiful and happy*’. Enerzijds verschaft hun eetstoornis hen een ‘functionele identiteit’ anderzijds leidt die tot diepgaande gevoelens van schuld en ontoereikendheid. (idem:198)

30 Hij schreef over de ontwikkelingstaken een boek ‘*Adolescence, Psychotherapy and the emergent self*’ (1995) en later een bundelbijdrage over dit thema waaruit ik hier citeer. Zie literatuurlijst.

31 Natanja Leest schreef de thesis ‘*Fijnproevers*’ waarin McConville uitgebreid besproken wordt m.b.t. Boulimia (NSG,2004)

*Anna is opgegroeid in een welgesteld gezin waarin de nadruk lag op presteren. Voor gezamenlijke maaltijden hadden de gezinsleden nauwelijks tijd. Zij beschrijft zichzelf als 'de ideale dochter', toen ze 15 was, met goede school- en hockeyprestaties, een baantje én een slank lichaam. En al spreekt ze daar enerzijds badinerend over, anderzijds blijkt dat ook nog steeds haar ideaal. Haar moeder met wie ze aanvankelijk veel conflicten had over haar Anorexia, is nu 'haar beste vriendin'. Over haar vader bij wie ze de weekenden doorbrengt is ze minder tevreden. Zij vindt hem een egoïst en verfoeit zijn drankgebruik. Toch heeft ze haar onvrede nooit geuit, want 'ik ben zelf ook een egoïst geweest toen ik Anorexia had'.*

*In de sessie kan zij tegenover mij goed bij haar boosheid komen. Ze laat zich echt gaan: 'Hij is nooit een vader voor me geweest, hij geeft me alleen materiële dingen!'. Dan doen wij een lege-stoel-experiment, met haar vader op de lege stoel. Dan houdt ze haar adem in, glimlacht voortdurend en spreekt snel, zacht en monotoon. Het alcoholprobleem brengt ze niet ter sprake.*

*T: Wat gebeurde er met je toen je zo tegenover je vader zat?*

*A: Ja, ik was ineens niet zo boos meer.*

*T: Je hield je adem in, sprak heel snel, het leek alsof je ergens bang voor was.*

*A: (meteen) Ja om hem pijn te doen. Hij heeft ook niet geleerd wat liefde is.*

*T: Je bent bang om hem pijn te doen en daarom hou je je in.*

*A: Nou ik ben ook wel bang dat hij mij pijn doet, me weer afwijst.*

*T: Hoe doet je vader dat, jou pijn doen en afwijzen?*

*A: Door me in de rede te vallen, me tegen te spreken. Daarom praatte ik ook zo snel. Ik wil dat hij naar me luistert. Dat doet hij nooit.*

*In het vervolg van de therapie hebben we samen uitgezocht, waar Anna's boosheid zit tegenover haar vader en wat zij nog van hem nodig heeft. Na veel innerlijke strijd is zij het gesprek met haar vader aangegaan, wat voor Anna bevredigend verliep.*

Vrouwen met eetstoornissen komen vaak uit een gezin waarin veel gepresteerd moet worden, 'eine sehr leistungsvolle Atmosphäre', zegt Thomas Fuchs.<sup>32</sup> Hij stelt dat anorectische meisjes zich onvoldoende hebben kunnen losmaken van hun ouders. Vaak typeren zij hun moeder als hun beste vriendin en hebben zij zorg voor hun vader: 'Vielleicht würde das pubertierende Mädchen gerne neue Entdeckungen machen, aber die Eltern dürfen nicht alleine gelassen werden'. (Fuchs 2003:12) Bij Anna blijkt ook de zorg voor haar vader, terwijl ze eigenlijk nog steeds behoefte heeft aan zijn ondersteuning en erkenning.

Bärbel Wardetzi<sup>33</sup> meent dat er bij boulimiapatiënten sprake is van een vrouwelijke narcistische stoornis, een 'false self', dat al eerder dan in de puberteit zou zijn ontstaan.

*'Während Männer um ihre Autonomie kämpfen und sich immer befürchten, sie zu verlieren, passen sich Frauen in starkem Masse an und erhoffen dadurch die Anerkennung des anderen zu erhalten (...)*

<sup>32</sup> Fuchs is gestalttherapeut, sinds 5 jaar verbonden aan het 'Bonner Zentrum für Ess-störungen'.

<sup>33</sup> Wardetzi doet veel waardevolle observaties en aanbevelingen in haar boek 'Weiblicher Narzissmus, der Hunger nach Anerkennung'. Toch vind ik dat zij teveel veralgemeniseert vanuit haar optiek van narcisme. Daarnaast is mij onduidelijk waarom narcisme die alleen op 'Boulimikern' van toepassing acht.



*Sie ähneln dem Typ, der in der Literatur der hypervigilante oder verdeckte Narzisst genannt wird*.  
(Wardetzki 1991:47)

Ik heb niet alleen in de verhalen van boulimische maar ook van anorectische cliënten sporen van narcistische krenking ontdekt.<sup>34</sup> Uit alle verhalen blijkt een grote behoefte aan bevestiging van buitenaf, aardig gevonden worden en weinig zelfondersteuning. Het is aannemelijk dat deze vrouwen ook vóór hun puberteit al ondersteuning, ‘voedsel’ tekort zijn gekomen.

Hoe het zij - duidelijk is dat Anna nog in de fase van *disembedding* verkeert. Zij heeft zich niet losgemaakt van haar ouders en heeft nauwelijks eigen waarden in verhouding tot haar omgeving bepaald (integratie). Daardoor ervaart ze te weinig steun in zichzelf om zich te onderscheiden, te differentiëren van haar omgeving anders dan door presteren in de ogen van anderen (introjectie/projectie). Anna's eetgedrag, eetbuien afgewisseld met periodes van streng lijnen, weerspiegelt m.i. de instabiliteit van haar persoonlijkheidsfunctioneren<sup>35</sup>. Haar zelffunctioneren als geheel lijdt hieronder: haar lichaam durven voelen, voelen wat ze nodig heeft, grenzen stellen en eigen keuzes maken. Bij Anna en Nina ontmoette ik regelmatig een kinderlijk Zelf, in confluentie met de omgeving. Beiden hebben zowel geestelijk als lichamelijk hun eigen vorm nog niet gevonden<sup>36</sup>.

#### 4.2 Het slankheidsideaal als introject?

In feministisch georiënteerde literatuur wordt vaak gewezen op de invloed van het slankheidsideaal in de westerse wereld op het zelfbeeld van vrouwen. Deze geïntrojecteerde beelden uit de reclamewereld (al dan niet ook geïntrojecteerd door hun moeders) zouden direct verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van eetstoornissen bij meisjes<sup>37</sup>. Volgens Perls kunnen introjecten ‘uitgespuugd’ worden, om er vervolgens alsnog op te kauwen. Volgens Fodor is deze voorstelling van zaken te simpel. Zij stelt dat er sprake is van een continu uitwisselingsproces, waardoor zich een cognitief schema vormt<sup>38</sup>. *‘There is really no such thing as “indigested lumps” of introjected experience’* (Fodor 1996:241) Vrouwen maken zich voortdurend sociaal-culturele boodschappen eigen (assimilatie) over hoe vrouwen eruit zouden moeten zien, waardoor zij gevoelens van zelfhaat en schaamte over hun lichaam ontwikkelen. (idem: 234) Fodor stelt dat alle vrouwen leven in ‘een veld van schaamte’.

34 Ook Fuchs vermoedt bij anorectische meisjes een narcistische problematiek die in de puberteit aan het licht komt. (Fuchs 2003:12) Net als Wardetzki probeert hij de fenomenologische benadering van de gestalttheorie te combineren met inzichten uit de psychoanalyse.

35 In de Zelftheorie van Isadore From omvat het Zelf drie functies: id-functioneren (wat heb ik nodig, wat voel ik?) ego-functioneren (wat wil en kies ik, wat doe ik wel of niet?) en persoonlijkheidsfunctioneren (integratie: wie ben ik en wie ben ik niet). Samen vormen zij het proces van ‘identifying oneself’. Identiteit is dus geen vaststaand gegeven, maar een proces manier waarop het individu zich organiseert in zijn veld. From's theorie werd beschreven door B. Müller. (zie literatuurlijst)

36 Fuchs spreekt over magerzucht als ‘surrogatgleichgewicht’ (Fuchs 2003:13)

37 In Frankrijk hebben overheid en modesector onlangs een convenant gesloten over ‘het juiste gebruik van topmodellen’ om de voorbeeldwerking van superslanke mannequins te vermijden (Parool, 15-4-08)

38 Wheeler spreekt in navolging van Lewin van een ‘landkaart’ (b.v. waar is het veilig en waar niet) die een leven lang is opgebouwd en dus niet zo snel verandert, al zal awareness van iets nieuws altijd leiden tot een ‘reorganisatie van het veld’ die mogelijke gedragsverandering met zich meebrengt. (Wheeler 1991: 39).

*'Our ongoing shame evaluations are not introjects in this sense at all, but rather are selfconstructions of our own, out of our own experience in negotiating a world in which women are devalued and the rewards go to those few who conform to ideals.'* (idem:241)

Dat vrouwen in deze wereld zonder meer gedevalueerd worden, kan ik niet bevestigen, maar Fodor's visie dat eetstoornissen niet simpelweg voortkomen uit 'introjecten' deel ik. Ik verbind hieraan de gedachte dat de culturele boodschap dat vrouwen vooral fysiek aantrekkelijk moeten zijn er weliswaar voor zorgt dat hun zelfwaardering vaak verbonden is met hun lichaam, maar niet *rechtstreeks* leidt tot een streven om extreem dun te zijn - dit extreme beeld komt immers niet voor in de reclamefolders - en hun gevoel van falen en minderwaardigheid als zij hier niet in slagen. Hun ideaalbeeld is geen introject, maar een 'zelfconstructie' in contact met het veld.

Ik onderschrijf daarom temeer het idee van Fodor dat de gestalttherapeut die werkt met vrouwen met eetstoornissen zich moet richten op het complete patroon van omgang met zichzelf en met de omgeving: *'the full pattern of affective-cognitive-behavioral-interpersonal-social networks'*. (idem:246) Afhankelijk van wat de cliënt wil, kan het over 'eten' gaan, maar dit is niet per se nodig. (idem 251 v.v.)

### **4.3 Enkele conclusies voor de praktijk**

De gestalttherapeut zal in het werk met een vrouw met eetstoornissen aandacht besteden aan de voor haar specifieke onafgemaakte ontwikkelingstaken (thema's) en *'unfinished business'*, omdat die haar belemmeren om 'helemaal te leven', zoals Anne het verwoordde. Dit zal de therapeut doen door gewaarzijn van verstarde patronen (weerstanden) in de omgang met zichzelf en haar omgeving bevorderen. Deze zal de therapeut ervaren als weerstanden-in-het-contact in de therapeutische relatie en gebruiken voor het stimuleren van gewaarzijn. Het doel van de therapie is niet verandering van eetpatronen maar bevorderen van gewaarzijn van het totale zelffunctioneren van de cliënt: *hoe* zij omgaat met verwachtingen van anderen en het gevoel te moeten 'presteren', *hoe* zij haar lichaam en haar eigen behoeften onteigend heeft, welke onafgemaakte situaties uit het verleden haar dwarszitten. Zo kan ruimte ontstaan om te ontdekken wie zij zelf wil zijn, wat haar eigen kwaliteiten, waarden en levensdoelen en hoe zij in haar omgeving steun kan zoeken om die te verwezenlijken. De eerdere 'zelfconstructie' zou dan overbodig kunnen worden.

## Hoofdstuk 5. Nog enkele praktijkvoorbeelden

In dit hoofdstuk wil ik nog een paar praktijkvoorbeelden geven ter illustratie van mijn theoretische en praktische zoektocht naar de rol van weerstand bij jonge vrouwen met een eetstoornis. Ik sluit die af met een korte reflectie.

### 5.1 Knijpen om te voelen

Anna (24, eerst Anorexia nu Eetbuisstoornis) wriemelt vaak met haar handen als ik met haar praat. Een keer valt het me extra op doordat haar armbanden luid rammelen. Zij schijnt dat zelf niet te horen.

*T: 'Wat doe je met je handen, je vingers?'*

*A: Nou weet ik niet, dat doe ik wel vaker.*

*T: Het lijkt of je jezelf knijpt en een beetje streelt ook, maar vooral knijpt.*

*A: Ik doe vaak mijn pink heel ver over mijn ringvinger heen (laat het zien)*

*T: Is dat prettig?*

*A. Ja, dan voel ik tenminste wat.*

*T: Oh?*

*A: Het helpt me om me te concentreren, want ik kreeg daarnet een fantasie, maar ik moet bij het gesprek blijven.*

*T: Van wie moet dat?*

*A: Dat vind ik niet fatsoenlijk, ik vind dat ik er bij moet blijven. Ik bedenk vaak wel vier dingen tegelijk. Dit helpt me om me te blijven concentreren.*

*T: Nou voor mij hoeft dat niet hoor. Ik vind het wel interessant als jij ineens een fantasie krijgt en die met me deelt. Wat gebeurde er daarnet toen je die fantasie kreeg?*

*A: Ja toen voelde het eh...te dichtbij, je zei dat mijn eigenwaarde niet afhing van de buitenwereld, nou daar ben ik het dan rationeel wel mee eens, maar dan neem ik mezelf nog meer kwalijk, dat ik dat dus niet zo kan voelen, en dan ga ik weg.*

*T: Ik ben heel blij dat je me dit vertelt. Je zegt te dichtbij, hoe kwam ik te dichtbij?*

*A: Nou ik voel dan dat ik het niet goed doe.*

*T: Geef ik je dat gevoel?*

*A: Nou nee, ik voel dat zelf, ik voel me dan machteloos om iets te veranderen en dan vlucht ik in een fantasie.*

*T: Wat zag je, wil je dat vertellen?*

*A: Ik zag mezelf in een flits op een congres, in een wit pakje met een dunne grijze krijtstreep en een zwart kraagje. En dan ben ik heel slank, dus kan ik wit dragen, en iedereen vindt mij de beste. Ik heb dat beeld al eens eerder gehad.*

Anna past zich aan mij aan (confluentie) en aan wat 'hoort' (introjectie). Hier ontdekt Anna hoe zij haar lichaam en emoties in bedwang houdt (retroreflectie). Ze wordt zich gewaar dat ze haar fantasie gebruikt om haar machteloosheid niet te voelen (weerstand tegen awareness).

## 5.2 Regels om rustig te blijven

Ellie (eerst AN, nu BN 26) vertelt dat zij altijd het gevoel heeft dat haar hoofd los staat van haar romp. Ze kan niet voelen wanneer ze honger heeft of wanneer ze verzadigd is, maar eten moet wel precies op een bepaalde tijd gebeuren, anders wordt ze heel onrustig en ongelukkig. Ze wordt erg kwaad op haar vriend als hij ook maar iets te laat is voor het avondeten en ze voelt zich daar schuldig over: ze vindt die boosheid belachelijk en probeert niets te laten merken.

*Ik vraag haar stil te staan bij haar gevoelens van onrust: ga eens in gedachten terug naar de laatste keer in de keuken, het eten is klaar, je wacht op je vriend, hij is al een kwartier te laat. Haar onrust komt boven en samen onderzoeken we wat haar zo boos maakt op haar vriend. Ze wordt zich gewaar dat ze zijn erkenning wil van wie ze is mét haar eetprobleem. Dat hij rekening met haar houdt. Anderzijds merkt ze nu dat ze ook boos is op zichzelf omdat ze zich vaak niet kan beheersen als hij te laat komt en alvast wat 'snoept' van het eten.*

*Dit brengt ons op 'unfinished business' uit het verleden, de onvervulde behoefte om door haar ouders volledig geaccepteerd te worden.*

We zien een samenspel van projectie (mijn vriend accepteert mij niet) en retroreflectie (ik accepteer mezelf niet, dus houd ik me in). Het oude schema van de anorectische Ellie werkt door. De onafgeronde situatie, de strijd met haar ouders om erkenning van haar eigenheid, herhaalt zich in contact met haar vriend, nog steeds rond de maaltijd.

## 5.3 Eenzaamheid

Anna is veel alleen. Ze is er van overtuigd dat iedereen haar te dik vindt en dat zij alleen geaccepteerd wordt omdat ze goed kan studeren (projectie).

*A: Zelfs als ik bij mijn beste vriendin ben, zit ik op de bank met een kussen voor mijn buik, want daar schaam ik me voor. Ik wil met haar ook het liefst alleen maar studeren, want dat kan ik goed.*

*T: Wat maakt M. tot jouw beste vriendin, kun je daar wat over vertellen?*

*A: Bij M. heb ik het gevoel dat ik altijd terecht kan zonder dat er wat tegenover staat en dat uiterlijk voor haar geen rol speelt.*

*T: Maar jij blijft wel op je uiterlijk letten, zelfs als je gezellig bij haar op de bank zit! Vertrouw je haar toch niet helemaal?*

*A: Ja, nee, nou, zij wil ook andere dingen dan studeren, persoonlijk praten en zo, maar dat vind ik helemaal niet leuk, ik doe er wel aan mee omdat zij dat wil.*

*T: Wij zitten nu ook persoonlijk te praten, vind je dat vervelend?*

*A: Nee, maar bij haar ben ik bang dat ze iets van me wil dat ik niet kan.*

*T: Bedoel je dat jij haar op een gegeven moment tegen zult vallen als je met haar praat?*

*A: Ja, en daarom wil ik het liefst alleen samen studeren, dan voel ik me op mijn gemak.*

Anna isoleert zich uit angst voor afwijzing. Door haar angst en projecties met haar te onderzoeken, kan zij ontdekken wat van haar is en wat van de ander. Ik heb met haar ook onderzocht welke andere kwaliteiten ze bezit, behalve intellectuele: haar creativiteit en zorgzaamheid voor anderen.

#### 5.4 Wat past bij mij?

Anna groeide op in een rijke familie, groot huis, haar ouders hadden een eigen zaak en waren veel buitenshuis. In de opvoeding lag de nadruk op zelfstandigheid en goede schoolprestaties.

Op het gebied van studie en carrière is Anna ambitieus. In materieel opzicht is zij niets tekort gekomen, zegt ze, ze had zelfs een eigen paard.

Na enige tijd onthult ze mij het vaste droombeeld van haar 'ideale leven' waarmee ze altijd na een eetbui in slaap valt: ze is dan een mooie, slanke vrouw met een goede baan op een ministerie, een groot huis, een paard en twee honden.

*Ik vraag haar me meer te vertellen. Hoe ziet het huis er precies uit, hoe is de tuin, hoe is het ingericht, voelt het prettig binnen, is er een man, zijn er kinderen? Er is inderdaad een man, maar zonder gezicht, een beetje op de achtergrond, maar hij is lief en steunt haar, helpt met allerlei praktische zaken. Geen kinderen, maar die komen nog wel.*

*Door haar antwoorden wordt ze zich gewaar dat haar droomhuis eigenlijk sterk lijkt op dat van haar ouders, terwijl ze zich in dat huis nooit prettig heeft gevoeld: het was te groot, de woonkamer vond ze kil en koud. Ze zat het liefst in de keuken of op haar eigen kamer. En ze merkt dat de man op de achtergrond lijkt op haar vader, maar dan beter: iemand die er voor haar is en in alles steunt.*

*Als ik enkele sessies later vraag hoe het is met haar droom, zegt ze dat die helemaal is veranderd. Ze is nu voor ze in slaap valt bezig met het inrichten van een klein grachtenpand voor haarzelf alleen. Ze noemt allerlei details: de slaapkamer op zolder met uitzicht op de sterrenhemel, de kleuren en materialen van de vloer, een grote eettafel met zes stoelen beneden, een open keuken etc. ziet ze heel precies voor zich. Ik vraag haar dat voor de volgende keer thuis te tekenen. Teken bleek 'huiswerk' waar ze echt enthousiast voor was. We konden de keer daarop verder gaan met wie er mochten komen eten etc.*

Anna's eetbuien en dromerij daarna fungeren als afleiding van onaangename aspecten van haar leven (weerstand tegen gewaarzijn) Nadat ik positief op haar fantasie was ingegaan, ontwikkelde ze een nieuwe droom, een die meer van haar zelf is. Ze begint een huis voor zichzelf te bouwen en vraagt zich ook op andere terreinen af: wat wil ik zelf en wie ben ik, waarin onderscheid ik me van mijn ouders?

## Hoofdstuk 6 Aandachtspunten voor de gestalttherapeut

Vooraf wil ik zeggen dat gestalttherapie niet de eerst aangewezen therapie is in levensbedreigende situaties van vrouwen met Anorexia. Ook in minder acute gevallen valt te overwegen cliënten die zich melden door te verwijzen naar een arts voor lichamelijk onderzoek. Meestal echter zullen cliënten die bij een gestalttherapeut komen al een gang door het medische circuit achter de rug hebben. Een tweede voorbehoud hangt eveneens samen met de lichamelijke kant van de zaak: soms kunnen de gevolgen van het eetpatroon zich zodanig in de ‘bodystructure’ hebben verankerd (verstoring van de spijsvertering, hormoonhuishouding) dat verandering daarvan door welke psychotherapie dan ook onwaarschijnlijk is. In dat geval kan wel gewerkt worden aan acceptatie van deze ernstige handicap waarbij onderstaande aandachtspunten eveneens in beeld komen.

In de vorige hoofdstukken kwam al een aantal aandachtspunten voorbij die ik voor het omgaan met weerstand/weerstanden bij jonge vrouwen met een eetstoornis van belang acht. Ik denk dat gestalttherapie met deze groep, zoals ook moge blijken uit mijn praktijkvoorbeelden, goed mogelijk is, al moet de therapeut bij deze cliënten rekening houden met hun specifieke thema’s, gevoeligheden en ‘weerstanden’. Met het oog daarop zal ik de aandachtspunten op een rij zetten:

1. De cliënt heeft veel ondersteuning en acceptatie van de therapeut nodig omdat haar eigen zelf-ondersteuning zwak is, al presenteert zij zich soms krachtig en autonoom. Ze heeft een overwegend negatief zelfbeeld. Voldoende ondersteuning is een voorwaarde voor gewaarzijn en om nieuwe ervaringen toe te laten. Acceptatie van het eetprobleem door de therapeut kan zelfacceptatie bevorderen.
2. Weerstand-in-het-contact moet de therapeut in de eerste plaats respecteren als beschermende vorm van contact en vervolgens waarderen als gelegenheden voor de cliënt om tegenzin of gevoelens van onvermogen, angst of schaamte te ervaren. Ook hier moet de therapeut rekening houden met de grote gevoeligheid van de cliënt voor alles wat lijkt op kritiek. Humoristische confrontaties kunnen ontspannend werken en de kracht in de cliënt aanspreken. (zelfondersteuning)
3. Deze cliënten hebben vaste denkschema’s en beschermende patronen in de omgang met zichzelf en hun omgeving. Integratie van nieuwe ervaringen is moeilijk voor hen. Voor de gestalttherapeut is het de eerste taak om bij deze vrouwen te werken aan ‘awareness’ van *hoe* hun grenzen werken en *hoe* zij zichzelf vastzetten. Op die manier kan ruimte ontstaan voor grotere flexibiliteit. Met name retroreflectie en projectie in hun onderlinge samenhang verdienen aandacht.
4. De therapeut moet erop bedacht zijn dat de cliënt sterk van haar lichaam vervreemd is. Haar lichaam is een object dat zij wil beheersen en een bron van angst en schaamte. Een manier om contact met het lichaam te herstellen kan een concentratieoefening zijn, maar ook het benoemen van gelaats- en lichaamsuitdrukkingen door de therapeut kunnen ertoe bijdragen dat het lichaam weer als integraal deel van het Zelf geaccepteerd wordt. De therapeut moet dit soort interventies zorgvuldig inbedden om gevoelens van schaamte en ontoereikendheid, die ongetwijfeld boven zullen komen, op te vangen.

5. Als de therapeut experimenten voorstelt, zal de cliënt door haar neiging tot confluente veelal instemmen. De therapeut moet daarom bij experimenten - en sowieso regelmatig - zeer duidelijk maken dat de cliënt 'nee' kan zeggen, kan stoppen of om hulp vragen. Op die manier kan zelfondersteuning worden gestimuleerd.
6. Veel aandacht moet uitgaan naar 'unfinished business', met name in relaties met de ouders of andere familieleden, aangezien het proces van 'disembedding' waarschijnlijk niet voltooid is.
7. Vaak is de fantasiewereld van deze cliënten goed ontwikkeld. Die kan deel uitmaken van de overlevingsstrategie, om gewaarzijn van wat pijnlijk of bedreigend is uit de weg te gaan. De gestalttherapeut kan positief werken met de creatieve kracht van deze weerstand. Dit kan bijvoorbeeld door tekenopdrachten, het bespreken van dromen etc.
8. Het werken met polariteiten, bijvoorbeeld in een lege-stoel-experiment, lijkt gemakkelijk bij deze cliënten juist vanwege hun fantasie en voorstellingsvermogen. Toch is voorzichtigheid en een zorgvuldige begeleiding op zijn plaats, omdat juist zo'n directe confrontatie tussen polariteiten als bedreigend voor het verdedigingsysteem (weerstand) kan worden ervaren.
9. De gestalttherapeut zal zich niet richten op het symptoom, het eetgedrag, tenzij de cliënt daar uitdrukkelijk om vraagt. In dat geval kan de aanloop naar een eetbui of de werking van de 'eetregels' samen met de cliënt onderzocht worden. Het gevaar van een focus op eten is dat frustraties uit eerdere therapieën bovenkomen en de weerstand juist versterkt wordt. De therapeut moet zich niet laten verleiden tot deelname aan de strijd om 'eten', zich op dit gebied gewonnen geven. Wanneer cliënten aan andere aspecten van hun leven werken, wordt eten wellicht minder belangrijk.
10. Voor eetstoornissen geldt in het bijzonder de *paradox of change*: hoe meer we trachten te zijn wie we niet zijn, des te meer blijven we dezelfde en hoe meer de therapeut de cliënt wil leiden tot een doel, hoe meer verzet zij oproept bij de cliënt. De therapeut kan samen met de cliënt onderzoeken hoe de kracht van haar weerstand op een nieuwe manier bijstand kan worden.



## Literatuurlijst

Angerman, Karen: 'Gestalt Therapy for Eating Disorders'. In: The Gestalt Journal 21, 1 (1998), 19-47.

Blaney, B. & Smythe, J.: 'A Gestalt approach to the treatment of adolescent eating disorders'. In: M. McConville & G. Wheeler (Eds.) The heart of development: Gestalt approaches to working with children, adolescents and their worlds: Vol. 2. Adolescence, Gestalt Press, Cambridge MA (2001), 26-53.

Fodor, I.E. 'A Woman and Her Body'. In: The Voice of shame, red. R.G.Lee, G.Wheeler, Gestalt Press, Cambridge USA, 1996, 2003.

Fuchs, Thomas: 'Hungern hält Leib und Seele zusammen' In: DAGP/ÖAGP-Informationen 12, 3 (2003), 7-14.

Gillie, M.: 'Shame and Bulimia - a Sickness of the Soul'. In: British Gestalt Journal, Vol. 9, 2 (2000), 98-104.

Haeringen, R.van: 'Weerstand, over tegenstand en kracht, verzet en overgave'. In: Denken en andere alledaagse begrippen vanuit de gestalttheorie begrepen, red. E. Knijff, Multidimens/EPO, Berchem (1999), 266-298.

Hemmerechts, Kristien: Ann, Atlas, Amsterdam, 2008.

Hoek, H.W.: Omgaan met eetproblemen, Kosmos, Utrecht, 1997.

Horst, H.E.van der, Noordenbos, G.: Eetstoornissen, practicum huisartsgeneeskunde, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2006.

Kepner, James, I.: Body Process, a Gestalt approach to Working with the Body in Psychotherapy, Gestalt Press, Santa Cruz, 2001.

Lambrechts, Georges: Gestalttherapie tussen toen en straks, EPO, Berchem, 2001.

Latner, J.: Toegang tot de Gestalttherapie, De Toorts, Haarlem, 1974.

Müller, Betram: 'Isadore From's Contribution to the Theory and Practice of Gestalt Therapy'. In: Studies in Gestalt Therapy, 2 (1993), 7-21.

McConville, Mark: 'Lewinian Field Theory, Adolescent Development and Psychotherapy' In: M. McConville & G. Wheeler (Eds.) The heart of development: Gestalt approaches to working with children, adolescents and their worlds: Vol. 2. Adolescence, Gestalt Press, Cambridge MA (2001), 193-213.



Perls, F.S.: Ego, Hunger and Agression, The Gestalt Journal Press, Gouldsboro, 1992.

Perls, F.S., Hefferline, R., Goodman, P.: Gestalt Therapy, Excitement and Growth in the human Personality, The Gestalt Journal Press, Highland NY, 1951.

Perls, Laura: Living at the Boundary, The Gestalt Journal Press, Highland, 1992.

Polster, Erving & Miriam: Gestalt Therapy Integrated, Vintage Books, Random House, New York, 1973, 1974.

Praag, Daan van: Gestalttherapie, veld en existentie, De Tijdstroom, Leusden, 1998.

Smeets e.a. (red): Klinische psychologie, diagnostiek en therapie, Wolters Noordhoff, Groningen, 1999.

Vandereycken, Walter en Noordenbos, Greta (red.), Handboek eetstoornissen, Utrecht: De Tijdstroom, 2002.

Wardetzki, Bärbel: Weiblicher Narzissmus, der Hunger nach Anerkennung, Kösel Verlag, 2007.

Wheeler, Gordon: Gestalt Reconsidered: a new Approach to Contact and Resistance, Gic Press, 1991,1998.

Wollants, Georges: Gestalt Therapy, Therapy of the Situation, Faculteit voor Mens en Samenleving, Turnhout, 2008.

Wollants, Georges: 'Gestalttherapie als symmorfoseproces'. In: Gestalt, tijdschrift voor Gestalttherapie jaargang 4,4 (1997) 5-23.

Yontev, Gary, M.: Awareness, Dialogue and Process, The Gestalt Journal Press, Gouldsboro, 1993.

Zondag, Rob: Ik zal stil naar je luisteren, methode IMET: succesvolle behandeling bij eet-, angst- en dwangstoornissen, Strengholt, Naarden, 2006.

## BIJLAGE

### Eetstoornissen volgens DSM IV-TR

Iets verkorte weergave

#### **Anorexia Nervosa** (DSM-IV code 307.1)

- A. Weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd normaal gewicht. (minder dan 85 % van het te verwachten gewicht)
- B. Intense angst om in gewicht toe te nemen terwijl er juist sprake is van ondergewicht.
- C. Verstoring van het lichaamsbeeld. Anorectische patiënten ontkennen dat zij (te) mager zijn en blijven zichzelf te dik vinden. Hun lichaamsbeleving heeft onevenredig grote invloed op hun oordeel over zichzelf.
- D. Als gevolg van het ondergewicht blijft bij veel vrouwen de menstruatie weg.

Onder te verdelen in twee subtypen:

- Het beperkende type is niet geregeld bezig met eetbuien of laxeren (geen gebruik van zelfopgewekt braken, laxeren, diuretica of klysma's)
- Het eetbuien/purgerende subtype heeft tijdens een episode van Anorexia Nervosa ook eetbuien en is geregeld bezig met purgerende maatregelen.

#### **Boulimia Nervosa** (DSM-IV code 307.51)

- A. Boulimia Nervosa kenmerkt zich door herhaalde episodes van eetbuien dwz in korte tijd, bijvoorbeeld 2 uur, een grote hoeveelheid voedsel eten. Patiënten hebben het gevoel tijdens zo'n episode de beheersing over het eten kwijt te zijn. Zij kunnen niet stoppen of zelf bepalen wat en hoeveel zij eten.
- B. Compensatiegedrag in de vorm van braken, laxeren, vasten, lichaamsbeweging e.d
- C. De eetbuien en het compensatiegedrag komen ten minste tweemaal per week gedurende drie maanden voor.
- D. Het oordeel over zichzelf wordt onevenredig beïnvloed door lichaamsvorm, en lichaamsgewicht
- E. De stoornis komt niet voor tijdens periodes van Anorexia Nervosa

Onder te verdelen in 2 subtypen:

- Het purgerende subtype probeert het tijdens de eetbuien ingenomen voedsel kwijt te raken via zelfopgewekt braken en/of via misbruik van laxerende middelen, vochtafdrijvende middelen en klysma's.
- Het niet-purgerende subtype doet dit via vasten en/of overmatige lichaamsbeweging.

#### **Eetstoornis niet anders omschreven** (ES-NAO; code 307.50)

Deze classificatie wordt gegeven aan patiënten die problematisch eetgedrag vertonen, maar net niet voldoen aan de criteria voor Anorexia Nervosa of Boulimia Nervosa. Wanneer patiënten met Anorexia of Boulimia Nervosa na afloop van de behandeling gedeeltelijk zijn hersteld, voldoen ze vaak wel nog aan de diagnose ES-NAO. De Eetbuistoornis (Binge Eating Disorder, BED) valt vooralsnog hieronder. Het is nog geen definitieve afzonderlijke diagnose, maar is in de DSM-IV onder Appendix B opgenomen als 'diagnostic category in need of further research'. Deze eetstoornis wordt gekenmerkt door eetbuien. In tegenstelling tot BN-patiënten nemen patiënten met de Eetbuistoornis geen maatregelen om het ingenomen voedsel weer kwijt te raken (zoals braken, laxeren, vasten of overmatig bewegen). De patiënten hebben daarom grote kans om overgewicht te ontwikkelen. Mensen

met een Eetbuistoornis voelen zich schuldig over de eetbuien en ook depressieve gevoelens komen vaak voor. De lichamelijke klachten bij deze patiënten hangen vaak samen met het overgewicht.

### **Lichamelijke klachten**<sup>39</sup>

Mensen met Anorexia Nervosa lijden vaak aan lichamelijke klachten als gevolg van het ondergewicht. Voorbeelden hiervan zijn botontkalking (met name bij vrouwen die langdurig niet menstrueren), beschadiging van diverse organen, oedeem, lagere lichaamstemperatuur, duizeligheid, aantasting van het gebit en haaruitval. Patiënten met Boulimia Nervosa hebben doorgaans een normaal gewicht, maar onder- en overgewicht komt ook voor. De lichamelijke klachten die optreden bij Boulimia Nervosa patiënten komen voornamelijk voort uit het purgeergedrag van de patiënt. Door veelvuldig braken wordt het gebit aangetast en kunnen zwellingen van de speekselklieren optreden. Ook kan de slokdarm beschadigd raken en een tekort aan kalium ontstaan, hetgeen kan leiden tot hartritmestoornissen. Tevens hebben dikke darm, nieren en lever ernstig te lijden onder veelvuldig laxeermiddelenmisbruik.

### **Beloop**

Het beloop van Anorexia en Boulimia Nervosa wordt vaak gekenmerkt door herhaaldelijke terugvallen na perioden van herstel. Uit langdurig follow-up onderzoeken (ongeveer 10-20 jaar) komt vrij consistent naar voren dat van de behandelde patiënten uiteindelijk gemiddeld 40-50% volledig geneest, 40% verbetert, maar wel symptomen houdt en 20% chronisch last blijft houden van de eetstoornis, of zelfs overlijdt.<sup>40</sup> Deskundigen hebben de indruk dat een borderline persoonlijkheidsstoornis vaker voorkomt bij patiënten met BN (2 tot 47 %) dan bij andere psychiatrische groepen, maar goede studies daarnaar bestaan nauwelijks. (Smeets e.a:452)

---

39 Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.12, 13 december 2007 © RIVM, Bilthoven

40 Keel & Mitchell, 1997; Steinhausen, 2002