

lijke en geestelijke ontwikkeling als de borstvoeding.

In het voorgaande is getracht enkele aspecten van de borstvoeding onder de aandacht te brengen om door wederzijdse informatie te komen tot een verantwoorde meningsvorming omtrent een dergelijk belangrijk aspect van de volksgezondheid.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat borstvoeding van een gezonde vrouw, die gedurende de zwangerschap en lactatie een in hoeveelheid en samenstelling aangepaste voeding heeft gebruikt, aan de zuigeling biedt:

- 1 een voeding, die wat volume, aard en verhouding van bestanddelen betreft een uitstekende algemene groei en ontwikkeling garandeert met minder mogelijkheden tot het ontstaan van overgewicht en adipositas;
- 2 een voeding, die overvloedig nutriënten bevat, onder andere lactose, cysteïne en cholesterol nodig voor de groei en ontwikkeling van het centrale zenuwstelsel (*Jelliffe*);
- 3 een soort-eigen patroon van vetzuren;
- 4 een maximale bescherming tegen het ontwikkelen van sensibilisatie en allergieën ten aanzien van koemelkantilgenen en glutien;
- 5 protectie tegen het ontstaan van hypocalciëmie en andere metabole stoornissen;
- 6 een veilige overgang van immunologi-

- sche deficiëntie naar immunologische weerbaarheid en zelfstandigheid, die mogelijk wordt gemaakt onder meer doordat het darmstelsel lokaal wordt behoed voor de groei van pathogene enterale en virale micro-organismen;
- 7 de arbeid, die wordt verricht voor het zuigen, bijten, melken en slikken en zodoende voldoende kwalitatieve en kwantitatieve prikkels geeft om de groei van de kaken te bevorderen; arbeid, die tevens een voor de ontwikkeling gunstige slaapduur en -diepte garandeert;
 - 8 een symbiotische gevoelsbeleving en een aanbod van gedifferentieerde somatische prikkels, waar binnen gevarieerde interactiepatronen tussen moeder en kind zich kunnen ontwikkelen;
 - 9 een ongestoord verloop van de „extra-uteriene” foetale periode, doordat door middel van de zuigreflexen invloed wordt uitgeoefend op het hormonale stelsel van de moeder, waardoor onder meer anovulatoire cycli kunnen optreden.

Bartling, H. Linden. (1954) *Deutsche Hebammen Zeitschrift* 6, 4-8.

Crosse, M. V. *The premature baby*. M. Little, Brown & Co, Boston, Mass., 1961.

Eid, E. C. (1970) *Brit. med. J.* II, 74-76.

Fomon, S. J. *Infant nutrition*, W. B. Saunders, Philadelphia, 1967.

Gerrard, W. J. (1974) *Pediatrics* 54, 757-763.

Groen, J. J. (1972) *Voeding* 33, 222-239.

Grosam, W. *Die Stillpflicht der Mütter in moral und pastoral theologischer Beleuchtung*, Abhandlungen aus Ethik und Moral IV, Linz, 1925.

Haas, J. H. de. (1973) *Hartbulletin* 4, 3-11.

Hansen, A. E., R. A. Stewart, G. Hughes & L. Söderhjelm. (1962) *Acta paediat. (Uppsala)* 51 supplement, 137.

Hennink, M. P. *Onderzoek te Leiden naar enkele sociaal-geneeskundige aspecten met betrekking tot de borstvoeding*. Proefschrift, 1966.

Herngreen, J. J. & R. L. Zielhuis. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 511.

Jelliffe, D. B. & E. F. P. Jelliffe. (1971) *Amer. J. clin. Nutr.* 24, 968-969; 1013-1024.

Jelliffe, D. B. & E. F. P. Jelliffe. (1975) *Lancet* I, 752.

Mavis, G. (1975) *Lancet* I, 441-442.

Meuleman, C. (1927) *Moederschapzorg* 4, 172-175.

Nederlandsche Bond voor Moederschapzorg en Kinderhygiëne. (1962) *T. Soc. Geneesk.* 437-438.

Pikaar, N. A., J. Fernandus, R. Sterken, C. C. J. Olling & A. G. Post (1970) *Maandschr. Kindergeneesk.* 38, 264.

Present-day practice in infant feeding. Report on Health and Social Subjects, nr. 9, London, 1974.

Shattock, M. F. & A. J. H. Stephens. (1975) *Lancet* I, 113-114.

Swart, A. G., B. C. P. Polak & L. Meyler. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 2347.

Tijdens, F. *Kraamverpleging*. J. B. Wolters, Groningen, 1935.

Widdowson, E. M. (1965) *Lancet* II, 1099-1105.

Wingberg, J. & G. Wessner. (1971) *Lancet* I, 1091-1092.

World Health Organization. *Nutrition in pregnancy lactation. Technical Report Series nr. 302*, Genève, 1965.

Gezinsgeneeskundige colloquia VII: Anorexia nervosa*

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

INLEIDING DOOR DE CO-ASSISTENT

Mijn status gaat over een gezin waar nog vier kinderen thuis zijn en twee het gezin reeds hebben verlaten. Het gezinslid, dat als patiënt werd gepresenteerd is Jacqueline, 16 jaar oud. Moeder kwam eerst met haar op het spreekuur, klagend over de gewichtsvermindering van Jacqueline. Er was tevens een secundaire amenorrhoea opgetreden. Later kwam vader met haar: de vermagering ging nog

* Zie voor de inleiding op deze serie (1974) huisarts en wetenschap 17, 362-363.

steeds verder. Jacqueline woog toen slechts 40 kg bij een lengte van 1.62 m. Vader vertelde dat zij nu ook prikkelbaar was en vooral tegen moeder steeds uitviel. Verder was zij initiatiefloos en ongeïnteresseerd. De huisarts schreef haar voorlopig een julapium voor en ik heb het gezin daarna enige malen bezocht.

Jacqueline vertelde mij al spoedig dat het initiatief om de huisarts te bezoeken niet van haar was uitgegaan, omdat zij wel wist dat de gewichtsvermindering niet door een of andere ziekte werd veroorzaakt. Het was begonnen met een

modeverschijnsel in de klas ruim een jaar geleden. Zij had met enige vriendinnen afgesproken minder te gaan snoepen „voor de lijn”. Daarvoor was zij altijd een goede eetster. Zij is steeds minder voedsel gaan gebruiken, waarbij zij werd aangemoedigd door een foto in de krant van een meisje dat nog slechts 38 kg woog. Op dat gewicht kon men blijkbaar ook leven! Zij zou nu het liefst helemaal niet meer eten; zij vindt dat „nutteloos”. Als zij wel eet krijgt zij daarna schuldgevoelens. Hoewel zij zo weinig gebruikt, houdt eten haar de hele dag bezig. Zij

tracht lichamelijk zo actief mogelijk te zijn om de haar opgedrongen calorische weer zo gauw mogelijk kwijt te raken.

Wegens haar „ziekte” blijft zij nu thuis. Zij krijgt wel bezoek van school: van leraren en klasgenoten. Zij is altijd de eerste van de klas geweest. Uitgaan doet zij niet, zij is liefst thuis en leest dan veel. Aan dansles wil zij niet meedoen.

Jacqueline is eigenlijk nooit ziek geweest, behoudens een tonsillectomie die zij tien jaar geleden onderging. Haar menselijke zijn begonnen op haar veertiende jaar. Bij onderzoek is de slechte voedingstoestand opvallend: het duidelijkst in haar gezicht en verder door de uitstekende claviculae, scapulae en crista iliaca. Zij heeft een droge, schilferende, vaal-bruine huid. De slappe mammae bevatten normaal klierweefsel. Er is wel areola-pigmentatie en een normale oksel- en pubisbehaaring. De bloeddruk is 100/80 mm Hg.

DE GEZINSRELATIE

Vader, 56 jaar oud, is een gepensioneerd beroepsmilitair. Hij is begonnen als gewoon soldaat, maar door bijzondere prestaties officier geworden. Vader vertegenwoordigt typisch het gezin naar buiten. Hij beantwoordt alle vragen die ik in het gezin (aan de andere leden) stel. Hij meent – daarnaar gevraagd – dat deze uit zichzelf niet de juiste antwoorden zullen geven.

Moeder komt in de gesprekken, die ik met dit gezin heb, weinig aan bod. Haar bestaan is met de zorg voor het gezin vervuld. Haar man is steeds erg veel van huis geweest. Zij is zeer gehecht aan haar huis, haar geboorteplaats en aan de traditionele normen. Haar moeder woont dichtbij in een bejaardenflat en komt elke dag van twee tot vijf uur op bezoek, behalve des zondags, wanneer de familie een tegenbezoek aflegt bij de grootmoeder. Moeder heeft er grote moeite mee gehad toen twee kinderen het gezin verlieten.

De oudste zoon is 23 jaar. Hij tracht duidelijk de andere kinderen te domineren. Ik kreeg de indruk dat dit een restant was van zijn rol als plaatsvervanger van vader toen deze zoveel en langdurig afwezig was. Hij regelt allerlei dingen in het gezin en toont een vaderlijke be-

zorgdheid voor Jacqueline. Hij koopt dure cadeaus voor zijn moeder. Zijn medische anamnese is blanco.

De oudste dochter heeft het gezin verlaten en is getrouwd. Ook zij heeft een periode van magerzucht gehad. In 1971 is zij langdurig klinisch geobserveerd wegens een maandenlange periode van diarree en braken, waarvoor geen lichamelijke oorzaak werd gevonden, terwijl er wel aanwijzingen waren voor een psychogenese. In 1972 heeft zij een recidief gehad. Zij leed voorts aan constitutioneel eczeem.

De tweede zoon, 21 jaar, woont elders op kamers. Hij komt een- tot tweemaal per week thuis en brengt dan bloemen mee voor moeder. Hij heeft eczeem en astmatische bronchitis.

De twee jongste zoons, respectievelijk 18 en 13 jaar oud, zijn nog op school. De jongste heeft last van nerveuze buikpijnen.

GEZINSGESPREKKEN

Ik heb met de meeste gezinsleden over Jacqueline gesproken. Vader ziet haar magerzucht als een uiting van haar neiging alles beter te doen dan anderen, maar nu in het negatieve. Hij controleert haar gewicht en haar menu en tracht te voorkomen dat zij voedsel wegmoffelt of in de w.c. gooit. Hij is trots op haar schoolrapporten.

Moeder vertelt dat Jacqueline enorm vasthoudend is en een zeer sterke wil heeft. Zij wil deze wil om te vermageren nu doorbreken. Het irriteert haar mateloos als Jacqueline de bijzondere dingen, welke zij voor haar klaarmaakt, onaangeroerd laat staan. Zij heeft dan de neiging Jacqueline eens flink door elkaar te rammelen. Elke maaltijd wordt een drama. Jacqueline was voor moeder altijd de belangrijkste steun in het huishouden. Zij vindt haar gesloten; Jacqueline vertelt haar niet veel en moeder kan moeilijk achter haar komen.

Ook de oudste dochter en haar man vinden Jacqueline bijzonder gesloten. Volgens hen heeft zij de aansluiting bij haar leeftijdsgenoten gemist. Als er bezoek is neemt Jacqueline niet aan de gesprekken deel, maar is voortdurend als een Martha in de weer met het bedienen van de gasten.

Ook ik kan moeilijk met Jacqueline praten. Zij vindt dat haar ouders wel met elkaar harmoniëren. Vader is in zijn ideeën wat moderner, terwijl moeder meer aan de oude normen vasthoudt. Voor Jacqueline is het wel wat moeilijk geweest toen vader na zijn pensionering definitief thuis bleef. Zij moest toen rekening houden met de wensen en inzichten van twee ouderfiguren, terwijl er daarvoor slechts één was.

Na het gesprek met haar alleen had ik toch de indruk dat ik een vrij goede relatie met haar had opgebouwd: Toen ik daarna begon met gesprekken met het hele gezin hield Jacqueline zich daar echter opvallend buiten: zij bleef bezig met een metersgrote puzzel die zij aan het leggen was en nam geen deel aan het gesprek. Deze gezinsgesprekken leken aanvankelijk vrij goed te gaan. Er kwamen verschillende meningen naar voren welke ik met elkaar kon confronteren. De gezinsleden maakten mij echter vrij spoedig duidelijk dat niet zij het probleem waren maar dat het alleen ging om het eten van Jacqueline, dat elke dag opnieuw een drama opleverde. De bereidheid van de andere gezinsleden om aan de gesprekken deel te nemen nam spoedig af. Er waren dan ook duidelijke tekenen van algemene opluchting aan het einde van het laatste gezinsgesprek.

PROBLEEMSTELLING

Samenvattend kreeg ik de indruk dat de onderlinge relaties in dit gezin worden beheerst door een algemene bezorgdheid voor elkaar. Conflicten, die er, zo bleek uit de gezinsgesprekken, duidelijk zijn, worden niet uitgesproken en blijven onopgelost. Jacqueline kan zich niet losmaken uit dit geheel. Zij reageert met negativisme en gaat in hongerstaking, waarmee zij tegelijk haar moeder afwijst en zich verzekert van de aandacht en bezorgdheid van het hele gezin. Verschillende andere gezinsleden vertonen psychosomatische klachten. Jacqueline, het meest begaafde kind, vertoont het klassieke beeld van ernstige anorexia nervosa.

DE BENADERING

In mijn benadering heeft het accent ge-

leggen op gesprekken met Jacqueline en haar ouders tezamen. Een voordeel hiervan was, dat verschillende meningen rechtstreeks met elkaar konden worden geconfronteerd. Verder kon uit het gedrag een zekere objectieve informatie over de gezinsstructuur worden verkregen. Een nadeel van deze werkwijze is dat bepaalde facetten van de huwelijksrelatie hierdoor niet aan het licht kunnen komen. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk geworden of er misschien een fundamenteel conflict tussen de ouders bestond, waarin Jacqueline op een bepaalde manier was betrokken. Misschien fungeren Jacqueline's symptomen als een bliksem-afleider in het gezin. Om achter dergelijke vragen te komen zou een nadere peiling naar de gezinsstructuur nodig zijn, hetgeen slechts zou kunnen geschieden door een therapeut die langer met dit gezin kan gaan werken.

PROGNOSE EN THERAPIE

Uit de literatuur blijkt (*Lafeber*) dat de prognose niet fraai is wanneer geen behandeling wordt ingesteld. De mortaliteit zou zelfs 7 tot 14 procent zijn. Er worden echter ook incidenteel ogenschijnlijk spontane genezingen beschreven, dikwijls geluxeed door existentieel schokkende ervaringen.

Ik zie in principe drie mogelijkheden: 1 Niets doen, waarbij de prognose bepaald niet gunstig is.

2 Individuele psychotherapie. *Lafeber* geeft aan dat gewichtsherstel een primaire voorwaarde voor genezing is. Dit kan worden bereikt door een opname in de kliniek, eventueel bij een internist, met bedrust en sondevoeding. Na ontslag kan de patiënte dan het beste worden geplaatst in een milieu, bijvoorbeeld bij familie, waar geen bijzondere aandacht aan de voedselopname wordt besteed. Na gewichtsherstel kan psychotherapie op psycho-analytische basis worden ondernomen, liefst door een mannelijke psychotherapeut.

3 Gezinstherapie. *Minuchin* heeft dit in zijn boek over gezinstherapie vrij uitvoerig beschreven en aan een casus toegelicht. Aan deze behandeling ligt ten grondslag dat de symptomen van de patiënt worden gezien als een uitdrukking van een disfunctie in het gezin. De

patiënt fungeert als een soort zondebok of bliksem-afleider, met zijn symptomen de aandacht afleidend van meer fundamentele stoornissen, vooral in de vadermoeder relatie, terwijl er sprake is van een gebrekkige individuatie van de gezinsleden, die samen een verward gezinskluwen vormen.

Mijns inziens verdient de derde mogelijkheid, de gezinstherapie, hier de voorkeur. Ik heb hiervoor twee redenen:

1 Men helpt daarbij het gehele gezin, waardoor het risico van het slechts bereiken van een symptoomverschuiving, c.q. verschuiving van symptoomdrager, hetgeen bij een individuele behandeling duidelijk aanwezig is, veel kleiner wordt.

2 Een na de behandeling beter functionerend gezin is op te vatten als een therapeutische gemeenschap, die de patiënt ook voor recidief behoedt.

De vier verschijnselen, door *Minuchin* genoemd ten aanzien van gezinnen met een kind met een psychosomatische ziekte, zijn naar mijn mening alle van toepassing op dit gezin:

a De vorming van een gezinskluwen waarbij de grenzen tussen de gezinsleden erg vaag zijn. Het gezinssysteem perkt de autonomie van de individuele leden sterk in.

b Er is sprake van overbescherming; de gezinsleden zijn in hoge mate bezorgd voor elkaars welzijn.

c Er is een zekere starheid in het onderlinge transactie- en communicatiepatroon: veranderingen worden niet gewenst.

d Conflicten worden zoveel mogelijk uit de weg gegaan, knelpunten worden niet besproken en opgelost. Het psychosomatisch zieke kind speelt een vitale rol in dit conflict-vermijdend gedrag van het gezin, terwijl het gezin op zijn beurt de symptomen van het kind weer bekrachtigt, omdat dit erg belangrijk is bij het afleiden van de aandacht voor meer wezenlijke conflicten.

Naar mijn mening zouden in het gezin van Jacqueline de herstructureerende interventies moeten worden gericht op een steunen van het zwakke ouderlijke subsysteem. De afstand tussen Jacqueline en haar moeder zal moeten worden vergroot. De gezinsleden moeten leren reëel te zoeken naar oplossingen voor

hun conflicten. Speciale aandacht zal nodig zijn voor de resocialisering van Jacqueline in het milieu van haar leeftijdsgenoten.

VERSLAG VAN DE BESPREKING

Huisarts-discussieleider: Vooreerst mijn complimenten voor deze voortreffelijke status, die inderdaad een echte gezinsstatus is geworden. U hebt hier niet alleen veel werk aan besteed, maar u blijkt de desbetreffende literatuur ook te hebben opgezocht en bestudeerd. Met dit laatste hebt u eigenlijk een heel belangrijk principe voor de eigen continue nascholing gedemonstreerd - een opgave waarvoor u allen over enkele weken, na het behalen van uw artsexamen, reeds zult komen te staan. Dit principe is heel eenvoudig, maar wordt door vele huisartsen toch niet toegepast. Het houdt in dat een bijzonder groot en rechtstreeks nuttig effect is te verwachten van het gericht opzoeken en doornemen van literatuur aan de hand van problemen, welke men in de praktijk ontmoet.

In uw status hebt u voornamelijk de zienswijze van een belangrijk gezinstherapeut als *Minuchin* naar voren gebracht. Daarnaast zijn er andere zienswijzen zoals de meer individueel gerichte psycho-analytische visie. Een zekere synthese tussen deze beide zienswijzen is onlangs gepresenteerd in een artikel over anorexia nervosa van *Beckers* en *Massing* uit Göttingen. De ondertitel daarvan luidt: „Puberteitsmagersucht als Ausdruck einer Familienidiologie“. De auteurs wijzen erop dat algemeen wordt aangenomen dat deze alleen bij meisjes voorkomende ziekte berust op een afwijzing van de geslachtelijke rol van de vrouw. In de psycho-analytische zienswijze leidt dit tot het onderdrukken van vitale behoeften als honger en seksualiteit. Zij wijzen er verder op dat het zeer opvallend is hoe de ouders met deze patiënten een soort van bondgenootschap aangaan om de behandeling te blokkeren, ondanks de ernst van de ziekte. Ook zij stellen dat de mortaliteit onbehandeld ongeveer 15 procent is. Het ontstaan van deze puberteitsmagersucht achten zij slechts te begrijpen vanuit een zekere kennis van de psychodynamiek van de gezinsconstellatie.

Deze gezinnen zouden zich kenmerken door een sterke ideologie, waarbij het ideaal van hoge prestaties en het onderdrukken van het driftmatige op de voorgrond staat; hierbij is dikwijls sprake van een familietraditie, die vooral door de moeder wordt belichaamd en doorgegeven. Het gezin houdt een façade op die conflictstof overdekt. Daarbij is in deze gezinnen – zoals ook *Minuchin* opmerkt – sprake van een sterke rol-starheid. Het meisje met anorexia nervosa moet naar hun mening worden gezien als een ascetisch gezins- of familiesymbool. In de rol van het kind ligt opgesloten dat het schipbreuk moet lijden op dit driftconflict. Tegelijkertijd krijgt het echter een grote macht in het gezin, doordat de voedselweigerings, waarbij om elke hap moet worden gevochten, het gehele gezin in een constante zorg voor de gezondheid van het kind geboeid houdt.

Binnen de gezinsideologie heeft de moeder-dochter-relatie en -interactie een bijzonder grote betekenis. Er is sprake van een uitnodiging, enerzijds tot positieve identificatie, in de zin van het ascetische ideaal, anderzijds tot negatieve identificatie in de zin van de volwassen vrouwelijke geslachtsrol. In dit (onbewuste) conflict blijft het meisje verstrikt. Het verhindert haar om volwassen te worden en zich los te maken van het gezin.

Verskillende elementen in uw status hebben mij aan dit artikel doen denken, zoals de overheersende rol van de moeder (mede door de afwezigheid van de vader), de moeder-grootmoeder-relatie, het feit dat de oudste dochter analoge symptomen heeft vertoond en het feit dat Jacqueline wordt beschouwd als het beste kind van het gezin. In overeenstemming met de beschrijving van *Minuchin* is inderdaad dat de vader slechts een zwakke perifere positie inneemt. Het zou goed kunnen dat er latente conflicten tussen vader en moeder zijn ontstaan vooral na de terugkeer van de vader in het gezin. Omstreeks die tijd zijn ook ongeveer de symptomen bij Jacqueline begonnen. Hoe dit alles ook zij, hier is inderdaad reden om aan gezins- (en familie-) dynamismen te denken.

Wat uw aanpak betreft: ook ik voel veel voor gezinstherapie. Eigenlijk bent u al – met een zekere overmoed – begon-

nen! Maar uw gezinsgesprekken zijn op een duidelijke afweer gestuit. Dit wordt ook door *Minuchin* vermeld en hij stelt dat het dan dikwijls nodig is een zekere crisis te provoceren om dit te kunnen overwinnen. Dit zijn echter dingen die men beter aan terzake deskundigen kan overlaten.

Huisarts-gastheer: Het is misschien goed dat ik iets van het vervolg van deze historie vertel. Het ging met Jacqueline steeds slechter en het was dus duidelijk dat er iets moest gebeuren. Na overleg met het gezin hebben wij Jacqueline tijdelijk elders ondergebracht bij familie, die wat neutraler stond ten opzichte van haar voedselweigerings. Ik heb echter ook contact opgenomen met een L.M.-bureau. Daar zag men de prognose eveneens vrij somber en een psycholoog is zich nu verder met dit gezin gaan bemoeien. Over de aard en de uitkomst van deze bemoeienissen kan ik nog niets vertellen. Wel weet ik dat Jacqueline intussen vijf kg in gewicht is aangekomen.

Psycholoog-gezinstherapeut: Ik begriep dat het noodzakelijk was iets voor dit meisje te doen in verband met haar verergering. Als men haar ziekte echter ziet als een symptoom van een gezinstoornis dan is het wel jammer als de symptoomdrager uit het gezin wordt verwijderd. Het acute van de crisis-situatie gaat er dan af, waardoor men minder greep krijgt op het geheel en waardoor het gezin ook minder gemotiveerd zal zijn tot behandeling.

Huisarts-discussieleider: Wij wachten met belangstelling de verdere gang van zaken af en hopen hiervan nog eens te mogen horen via de huisarts-gastheer.

Ik geloof dat wij kunnen zeggen dat wij vanmiddag een zeer leerzaam en nuttig colloquium hebben gehad. Wij zijn er weer eens met onze neus opgedrukt hoe belangrijk gezinsinteracties zijn en hoe deze kunnen leiden tot het optreden van een ziekte bij één van de gezinsleden, waarvoor dan onze hulp wordt ingeroepen. Als wij de hieraan ten grondslag liggende mechanismen niet bijtijds herkennen, is de kans groot dat wij de „aangemelde patiënt” als individu in behandeling nemen en op die manier mee gaan spelen met de krachten in het

gezin, die dit lid daarvan tot patiënt hebben bestempeld. Het staat wel vast dat dit herhaaldelijk gebeurt en niet alleen bij anorexia nervosa. Dergelijke gezinsdynamismen spelen een rol bij tal van andere ziektebeelden.

Het klassieke ziektebeeld van de anorexia nervosa is betrekkelijk zeldzaam. Lichtere vormen komen echter veel vaker voor. Zelf heb ik in mijn praktijk verschillende dergelijke gevallen meegemaakt. Er zijn onderzoekgegevens die erop wijzen dat dit ziektebeeld tegenwoordig vaker voorkomt. Voor eetluststoornissen van kleine kinderen wordt de hulp van de huisarts frequent ingeroepen. De interactie tussen ouders en kinderen speelt hierbij een zeer belangrijke rol.

Als huisarts worden wij ook herhaaldelijk geconsulteerd door ouders van meisjes in de puberteit, die een extreem magerheidsideaal nastreven. Nadere gesprekken met deze meisjes leren dat hieraan inderdaad dikwijls een afwijzing van de vrouwelijke geslachtelijke vormen ten grondslag ligt. Zij zetten zich af tegen hun moeders en het is een schrikbeeld voor hen om ook zo te zullen worden. Het ziet er naar mijn mening echter naar uit dat hetgeen wij hebben besproken nog veel verdergaande implicaties heeft. Ook bij jongens zien wij hoe langer hoe vaker een zich afzetten tegen de traditionele rol van de vader en tegen de idealen van de ouders. Het lijkt zeer goed mogelijk dat in de protesthouding en in de soms opvallende gelijkenis in kleding tussen jongens en meisjes, naast moden en andere culturele verschijnselen, toch ook gezinsmechanismen, zoals wij die vandaag hebben besproken, een rol spelen. Het lijkt mij goed dat wij ons dit realiseren. Het vormt een reden te meer ons niet zonder meer voor het karretje van sommige ouders en gezinnen te laten spannen.

- Beckers, W. en A. Massing (1974) *Sexual Medizin* 3, 574-578.
Lafeber, C. *Anorexia Nervosa*. Stafleu, Leiden, 1971.
Minuchin, S. *Gezinstherapie*. Aula boeken 511. Het spectrum, Utrecht, 1973.