

persoonlijkheidsstoornis, afhankelijke trekken en OCD, met naar alle waarschijnlijkheid vroegere onderliggende trauma's.

OCD, de afkorting voor een obsessieve compulsieve stoornis, is een angst- of een dwangstoornis.

Haar dieet kwam ook ter sprake.

Een dieet dat bestond uit tien bonbons die elke dag op vaste tijdstippen werden opgegeten.

Haar vochtinname was normaal en een bloedonderzoek gaf geen enkele afwijkende waarde.

Haar gewicht was, ondanks het feit dat ze zich de afgelopen week slechter had gevoeld, op een week tijd met 2 kilogram toegenomen.

Ze woog nu 34 kilo.

Het feit dat ze zelf aangaf dat ze beter wilde worden, omdat ze daar haar moeder blij mee zou maken, was natuurlijk een positief punt.

De laatste twee jaar had ze een ware roadtrip gehad langs alle intensieve afdelingen in de omgeving.

Op die afdelingen was de eerste, maar tegelijkertijd ook de enige, bekommernis om haar in leven te houden.

Als men haar op een plaats had opgegeven, dan werd ze weer naar een ander ziekenhuis verhuisd. Een situatie die al meer dan twee jaar voortduurde.

Natuurlijk werd telkens weer bevestigd dat ze aan anorexia leed, daar hoefde je niet bepaald de slimste van de klas voor te zijn.

Maar waarom ze anorectisch was, daar had blijkbaar nog niemand aan gedacht.

De enige behandeling die ze kreeg, bestond uit een infuus en een behandelaar die haar dagelijks kwam vertellen hoeveel gram ze was bijgekomen of afgevallen.

Om daarna dan doodleuk te vertellen dat het niet goed was dat ze zo ongelooflijk mager was en dat ze beter moest eten.

Meer zelfs, als ze niet gehoorzaamde, zou het best weleens verkeerd kunnen aflopen met haar.

Tot mijn afschuw hoorde ik dat men haar zelfs met foto's van zichzelf had laten confronteren.

Men had haar dus weliswaar in leven gehouden, maar men had er net alles aan gedaan om te vermijden dat haar eetgedrag zeker niet in de positieve zin zou veranderen.

Hoewel het in de literatuur wel zo wordt vooropgesteld, is anorexia geen ziekte op zich.

Als iemand aan anorexia nervosa lijdt, dan kan je dat eigenlijk zien als een gesofisticeerde manier om te zeggen dat de mentale gezondheidsstoornis van die persoon ervoor zorgt dat hij of zij een storing in het eetgedrag heeft.

Het is jammer dat anorexiaklinieken met veel geld smijten om alleen te vermijden dat de patiënten niet doodgaan.

Daar is uiteraard in eerste instantie niets mis mee, maar helaas stopt het daar meestal ook mee.

Er wordt een programma opgesteld om te bepalen hoeveel calorieën in de loop van de volgende dagen moeten worden opgenomen en de patiënt moet dagelijks op de weegschaal gaan staan.

Zowel het eten als het wegen gebeurt onder strenge controle en men zal niet nalaten om de patiënt te blijven wijzen op de risico's van te weinig eten.

Dit zal misschien wel resulteren in de winst van een paar kilo, maar daarmee wordt de eetstoornis zelf niet opgelost.

De kans op herval is gigantisch groot.

En dan ontstaat wat in de vakkringen 'draaideurpathologie' wordt genoemd. In het ziekenhuis en uit het ziekenhuis.

En weer opnieuw.

Dat blijft dan duren tot er uiteindelijk een verwijzing komt naar de psychiatrie.

Maar we zien dat dit helaas ook weer vaak uitdraait op een vicieuze cirkel. Met als resultaat dat de patiënt opnieuw naar een anorexiakliniek wordt doorverwezen.

Ditmaal natuurlijk een andere. Misschien een betere?

Anorexia staat niet op zichzelf.

Het is een gevolg van iets. En dat 'iets' kan veel oorzaken hebben.

Ik kan zeggen dat de grote meerderheid van de patiënten met eetstoornissen, die ik in al die jaren mocht behandelen, trauma's meemaakten in hun kindertijd en dat er iets is misgelopen in hun wordingsgeschiedenis.

Op hun beurt is de meerderheid van die trauma's van seksuele aard, misbruik of van trauma's die elders ontstonden.

De behandeling van Isabelle duurde verschillende jaren. En in al die jaren kwam er geen volledige duidelijkheid en kwam ze er nooit aan toe om over de oorzaken die in de kern haar eetstoornis veroorzaakten te praten.

Het enige wat ze kwijt kon, was dat alles in haar jeugdijaren was begonnen.

Ze bracht wel allerhande verhalen aan, waarvan sommige erg bizar waren, en ze vertelde over haar dagelijks bestaan, familie en dingen die ze meemaakte of deed.

Voor mij was het heel duidelijk dat ze met haar verhalen vooral wou ontwijken dat ze moest spreken over datgene dat haar in deze toestand had gebracht.

Je zou kunnen denken dat ik ook gewoon had kunnen vragen wat ze in haar jeugd had meegemaakt.

Dat zou echter geen enkele zin gehad hebben.

Integendeel zelfs, de kans dat ze dan na een paar sessies afhaakte, was bijna honderd procent.

Er was dus een andere strategie nodig.

Ik besloot niet over haar problemen met betrekking tot eten te praten.

Het thema aankomen of vermageren, vermeed ik angstvallig. Mijn hoofddoel voor nu was ervoor te zorgen dat ze naar de sessies zou blijven komen. Ik moest vermijden dat ze afhaakte en dat ze niet nog meer gewicht zou verliezen.

Iets wat zonder enige twijfel fataal zou zijn geweest voor haar.

Haar aan boord houden, was dus van levensbelang.

Ik werkte immers niet in een ziekenhuis met een *intensive care*afdeling. Een infuus was geen optie.

Aan het begin van de therapie legde ik twee afspraken per week vast.

Het kostte wel wat aandringen van mijn kant om het secretariaat van het ziekenhuis, dat de planning deed, zover te krijgen dat ze meewerkten aan mijn verzoek van die twee afspraken per week.

Telkens 45 minuten en telkens op hetzelfde uur.