

# Het anorectische her-stellen een fenomenologische benadering

Is er een op de fenomenologie gebaseerd alternatief mogelijk in de behandeling van Anorexia Nervosa en resulteert dit in een betere ervaring voor zowel de zieke als de betrokken behandelaren?



Hanna Bax

Onder begeleiding van dr. Maren Wehrle

Tweede corrector prof. dr. Han van Ruler

VOLTIJD BACHELOR FILOSOFIE, ESPHIL, JULI 2022

AANTAL WOORDEN: 10599

# *Inhoud*

Inleiding	3
Hoofdstuk 1	
<b>De ziekte Anorexia Nervosa</b>	
<i>Diagnose</i>	4
<i>Behandeling</i>	7
<i>Herstel</i>	8
Intermezzo	
<b>De anorectische ervaring</b>	11
Hoofdstuk 2	
<b>De fenomenologische beweging</b>	
<i>Filosofie en de ervaring van ziekte</i>	12
<i>Wat is fenomenologie?</i>	13
<i>Het geleefde lichaam: Maurice Merleau-Ponty</i>	14
<i>Ambigüiteit</i>	16
Hoofdstuk 3	
<b>Het anorectisch her-stellen</b>	
<i>De kritische fenomenologie</i>	18
<i>Van herstellen naar zich her-stellen</i>	20
1	
Slot	21
Literatuur	22
Overige bronnen	23
Lijst met afkortingen	24

*There is, let us confess (and illness is the great confessional),  
a childish outspokenness in illness; things are said, truths  
blurted out, which the cautious respectability of health  
conceals.*

2

- Virginia Woolf, *On Being Ill*

## *Inleiding*

Er is geen algemeen geldende omschrijving van de anorexiet, naast dat deze past in het ziektebeeld van Anorexia Nervosa<sup>1</sup>. Dat zal zijn wat ik in eerste instantie met de anorexiet bedoel: een persoon met de eetstoornis anorexia, gediagnosticeerd of niet. Tijdens mijn tijd in behandelingstrajecten voor AN, ben ik de anorexiet in veel verschillende gedaantes tegengekomen. Dit geldt voor mijn eigen existentie als anorexiet – deze was elk moment weer een ander. Ook ben ik veel andere anorexieten tegengekomen, in de vorm van mijn medepatiënten. Sommigen kwamen van soortgelijke achtergronden, uit soortgelijke gezinnen, of hadden soortgelijke interesses, maar niemand was hetzelfde. De verpleegkundigen die al decennialang met de anorexiapatiënt werkten, liepen elke dag weer tegen onbekenden aan, ook al dachten ze ons zo goed te kennen. We maken het niemand makkelijk. Vooral onszelf niet.

Deze verscheidenheid is niet uniek aan de anorexiet. Wel bestaat er een persistent beeld van hen<sup>2</sup>, als een extreem mager, wit, puberaal of adolescent meisje. AN is echter geen ziekte die discrimineert. Ook mensen van andere geslachten en genders, mensen van kleur, volwassenen en mensen die geen ondergewicht hebben, kunnen anorexiet zijn. Toch moet er worden erkend dat specifieke risicofactoren – familiale factoren, biologische factoren, culturele factoren, omgevingsfactoren, en algemene en specifieke psychische risicofactoren – een grote rol spelen in de ontwikkeling van AN, waardoor er een grote vertegenwoordiging is van jonge vrouwen tussen 12 en 25 jaar in geïndustrialiseerde samenlevingen en enkele specifieke risicogroepen: leerling-fotomodellen, balletdansers en topsporters.<sup>3</sup>

Deze scriptie doelt echter niet op een causale uitleg van anorexia vanuit deze factoren. Om de anorexiet een hand te bieden door middel van de filosofie, zal in deze scriptie worden onderzocht of er een verbetering in de behandeling van de zieke en diens omgeving mogelijk is, wanneer de ziekte anorexia vanuit een andere invalshoek benaderd wordt, namelijk vanuit de fenomenologie, in plaats van vanuit de medische psychiatrie. In het eerste hoofdstuk zal ik wel een beeld schetsen van de anorexiabehandeling zoals die op het moment bestaat. Vervolgens zal dit worden verworpen – zal die kille klinische omgeving worden verlaten – en wordt er in hoofdstuk twee een schets gemaakt van de anorectische ervaring. De anorexiet staat op en zal spreken. Van daaruit zal er onderzocht worden hoe de behandeling van de anorexiet op die ervaring aan kan sluiten, waar de reeds bekende behandelingen tekortschieten.

Er bestaan veel theorieën over het fenomeen anorexia en het ontstaan van de ziekte in het individu, maar een filosofische verhandeling over het leven met anorexia en de mogelijkheden voor behandeling is nog niet beschikbaar. In plaats van het filosofisch en psychologisch zoeken naar de oorzaken van AN wordt er aandacht besteed aan hoe men om kan gaan met de anorexiapatiënt in behandeling, waarin de anorexiet zelf ook een rol speelt. Door in te gaan op de ervaring van de anorexiet, wordt de fenomenologie gevonden als een filosofische methode om de anorectische ervaring een plek te geven in de anorexiabehandeling. Er wordt gepoogd uit te komen bij een kritische fenomenologische wijze waarop er met anorexia kan worden omgegaan, waarbij er ruimte ontstaat voor de anorexiet in diens behandeling.

---

<sup>1</sup> Hierna aangeduid als anorexia of AN.

<sup>2</sup> ‘Hen’ wordt hier gebruikt als genderneutraal enkelvoud voornaamwoord. In deze scriptie zal enkel naar de genderidentiteit van een persoon worden gerefereerd als het over een specifieke persoon gaat. In andere gevallen zal er gebruik worden gemaakt van de enkelvoudige voornaamwoorden hen/hun of die/diens, om mogelijke assumpties over gender te voorkomen.

<sup>3</sup> [https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/eetstoornissen-richtlijn-2008/risico-en-preventie/specifieke-  
risicogroepen](https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/eetstoornissen-richtlijn-2008/risico-en-preventie/specifieke-<br/>risicogroepen)

# Hoofdstuk 1 De ziekte Anorexia Nervosa

## Diagnose

Anorexia Nervosa is een complexe ziekte die wordt gekarakteriseerd door zelfverhongering en magerzucht als een act van zelfdestructie. Ondanks een enorme hoeveelheid onderzoek naar het fenomeen is er weinig zekerheid over het ontstaan van anorexia, een groot gebrek aan bewezen effectieve behandelmethodes<sup>4</sup> en blijft anorexia nog altijd de dodelijkste psychiatrische stoornis voorzover bekend, met een mortificatiecijfer, direct gelinkt aan de stoornis, van 5.5%.<sup>5</sup> Een groot deel van de gestorvenen is overleden aan fysieke gevolgen van ondervoeding, onder andere vanwege hartfalen, longfalen, ontstekingen, botbreuken of een extreem verminderde weerstand. Ook overlijdt een groot deel van de gestorvenen aan de gevolgen van psychisch lijden, wat hen suïcide heeft doen plegen.<sup>6</sup> Wanneer men zich richt op het voorkomen van overlijden aan anorexia is het dus belangrijk om de psychische gesteldheid van de anorexiet evenzeer te behandelen als de fysieke ongezondheid van het lichaam. De behandeling van anorexia verschoof in de tweede helft van de twintigste eeuw dan ook van een puur medische aanpak, naar een aanpak met de nadruk op individuele psychotherapie. Later kwam hier ook het gebruik van cognitieve gedragstherapie bij. Vooral bij jonge patiënten is de laatste twintig jaar ook systeemtherapie zeer gebruikelijk, waarbij het betrekken van de familie een grote rol speelt. Medicatie kan eveneens een rol spelen in de behandeling van sommige anorexiapatiënten, maar wordt vrijwel nooit gebruikt als exclusieve behandelmethode.<sup>7</sup>

De ontwikkeling van de behandelmethodes voor anorexia loopt parallel aan de ontwikkelingen van het behandelen van mentale stoornissen in het algemeen. Vanaf de moderniteit, zeker vanaf het einde van de negentiende eeuw, floreerden de medische wetenschappen. Sociaaldarwinisme introduceerde een geloof in graduele ontwikkeling en verbetering. De psyche werd voornamelijk een onderwerp van de biologie en de geneeskunde en de geneeskunde werd een hoeder van de recent ontstane middenklasse.<sup>8</sup> Pathologiseren vloeide voort uit sociale normalisatie. Epistemologische en politieke processen hebben ertoe geleid dat menselijke variaties meestal niet werden gezien als een spectrum aan mogelijkheden, maar als gereduceerde binaire polen, die normaal tegen abnormaal, gezond tegen pathologisch en lichamelijk gezond tegen gehandicapt afzetten.<sup>9</sup> De historische constructie van deze categorieën is snel verborgen geraakt en gebruik ervan gestandaardiseerd. Kwalitatieve en subjectieve concepten werden grotendeels gedrenkt in medische terminologie en werden daarmee vaak behandeld als kwantitatieve en neutrale of objectieve termen.<sup>10</sup> Een voorbeeld hiervan is de diagnose hysterie. In eerste instantie werd deze term gebruikt voor geïsoleerde en extreme gevallen, maar in de tweede helft van de

---

<sup>4</sup> <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/eetstoornissen-richtlijn-2008/behandeling-anorexia-nervosa>

<sup>5</sup> Hans-Christoph Steinhausen, "The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century" in *Am J Psychiatry* 159:8 (Augustus 2002): 1286, <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>

<sup>6</sup> Jon Arcelus, Alex J. Mitchell, Jackie Wales, Soren Nielsen. "Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders A Meta-analysis of 36 Studies" In *Arch Gen Psychiatry* 68, Nummer 7 (July 2011): 724-731.

<sup>7</sup> Steinhausen, "The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century": 1284.

<sup>8</sup> R.V. Thomas en G. Maurits., *Psychiatry under pressure: Reflections on psychiatry's drift towards a reductionist biomedical conception of mental illness*, Katholieke Univeriteit Leuven en Radboud Universiteit Nijmegen Medisch Centrum (2006).

<sup>9</sup> In de Engelse taal bestaat er nog het woord 'able-bodied' (wat vertaald kan worden als een lichaam met alle gebruikelijke mogelijkheden) als tegenhanger van 'disabled' (gehandicapt). In het Nederlands is er geen gebruikelijke term voor een 'normaal gezond' lichaam. er bestaat enkel het woord voor de 'abnormale' staat van belichaming.

<sup>10</sup> Karin Johannisson, *Het duistere continent*, Amsterdam: Van Gennep (1995): hoofdstuk 1, 23-24.

achttiende eeuw werd hysterie een veelvoorkomende pathologie. Sindsdien zijn er herhaaldelijk veranderingen aangebracht aan de criteria van de diagnose van hysterie, afhankelijk van de politieke en epistemologische prioriteiten van het moment. Dit leidde tot een benadering van een ziekte die vooral de rol van sociale klasse vooropstelde en de zieke, afwijkende en moeilijke vrouw reduceerde tot krankzinnige.<sup>11</sup>

De afgelopen vijftig jaar is de puur medische kijk op mentale gezondheid deels verworpen. In plaats van het onderdrukken van ‘gekke’, proberen we mentale ‘kwetsbaarheid’ te modereren en ervoor te zorgen dat de persoon in kwestie kan functioneren in de ‘normale’ maatschappij. We proberen niet meer tegen, maar met de mentale problematiek te werken. De methodes van de natuurwetenschappen blijven echter gebruikelijk in het onderzoeken en het behandelen van mentale ziektes, zo ook als het gaat om AN. Causaliteit, ideale resultaten en het oplossen van een probleem zijn onderdeel van deze benadering. Psychologie en, in nog grotere mate, psychiatrie beweren hun behandelmethoden te baseren op wetenschappelijke bewijzen.<sup>12</sup> Binnen de mentale gezondheidszorg is het gebruikelijk om een psychisch lijdend persoon voorafgaande aan behandeling te diagnosticeren volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, waarvan de vijfde editie in 2014 verschenen is (DSM-5). Een persoon die lijdt vanwege AN zal bij pogingen tot behandeling vrijwel altijd ditzelfde diagnoseproces meemaken. Een persoon ontvangt de diagnose Anorexia Nervosa volgens artikel 307.1 van de DSM-5<sup>13</sup>, wanneer er wordt voldaan aan de volgende drie criteria:<sup>14</sup>

**A.** Het beperken van de energie-inname ten opzichte van de energiebehoefte, resulterend in een significant te laag lichaamsgewicht voor de leeftijd, de sekse, de groeicurve en de lichamelijke gezondheid. Een significant te laag gewicht wordt gedefinieerd als een gewicht dat lager is dan het minimale normale gewicht of, bij kinderen en adolescenten, een lager gewicht dan wat minimaal wordt verwacht.

**B.** Een intense vrees om aan te komen of dik te worden, of persisterend gedrag dat gewichtstoename verhindert, zelfs al heeft betrokkene een significant te laag gewicht.

**C.** Een stoornis in de manier waarop de betrokkene zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm ervaart, een onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht of lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf of persisteren in het niet onderkennen van de ernst van het actuele lage lichaamsgewicht.

Er zijn een paar problemen met de diagnostisering van Anorexia Nervosa zoals dit gebeurt volgens de DSM-5. Ten eerste is een ‘significant te laag lichaamsgewicht’ noodzakelijk om te voldoen aan de diagnose. Dit is al een verbetering ten opzichte van de DSM-IV, waar men nog een getal omschreef binnen het A-criterium, wat niet meer geval is, omdat is gebleken dat behandelaars de formulering te absoluut hanteerden.<sup>15</sup> Toch blijft de formulering van het A-criterium ook in de DSM-5 problematisch, omdat ondervoeding ook voor kan komen bij

<sup>11</sup> Sabine Arnaud, *On Hysteria, The Invention of a Medical Category between 1670 and 1820* (The University of Chicago Press, 2015).

<sup>12</sup> Sandra J. Tanenbaum, “The Role of “Evidence” in *Recovery from Mental Illness* (2006).

<sup>13</sup> Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5), American Psychiatric Association, Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*.

<sup>14</sup> Naast deze criteria wordt er een onderscheid gemaakt tussen twee subtypes: het restrictieve type en het eetbuien of purgerend type. In het geval van een restrictief type wordt ondervoeding enkel veroorzaakt door de vasten, diëten en/of overmatige lichaamsbeweging, terwijl een eetbuien of purgerend type ook gebruik maakt van braken, laxeremiddelen, diuretica (plaspillen) of andere middelen.

<sup>15</sup> Hoek, H.W. en Elburg, A.A. van. “Voedings- en eetstoornissen in de DSM-5” in *Tijdschrift voor psychiatrie* 56. Nummer 3 (2014): 187-191.

mensen zonder een ‘te laag lichaamsgewicht’ en zelfs bij mensen met ‘overgewicht’.<sup>16</sup> Het komt voor dat personen die beginnen met een relatief hoog gewicht een lange tijd moeten lijden aan vermagering en ondervoeding voordat zij gediagnostiseerd worden. Bij het onderzoeken of er wordt voldaan aan het A-criterium baseert men de ernst van de stoornis echter op de *body-mass index* (BMI). Hoe lager de BMI van de anorexiet, hoe ernstiger diens toestand. Dit is om meerdere redenen omstreden. Een vroege interventie van eetgestoorde gedachten en gedragingen is zeer belangrijk wanneer het gaat om de overlevingskans van de anorexiet, maar door gewicht en BMI als criteria te stellen, wacht men in sommige gevallen tot een zowel psychisch als fysiek uiterst kritiek stadium voordat men tot hulpverlening overgaat. In veel gevallen is het verkrijgen van vergoedingen voor hulpverlening van de zorgverzekering ook diagnose-afhankelijk, waardoor mensen boven een bepaald BMI, als ze al zorg kunnen ontvangen, dit niet vergoed kunnen krijgen. Een laatste kritiekpunt op het gebruik van de BMI, is de onwetenschappelijke, seksistische, validistische en racistische geschiedenis van de BMI en het vetfobische gebruik ervan.<sup>17</sup>

Een ander probleem komt voort uit het C-criterium. Veel onderzoek focust zich dankzij dit criterium op het verstoorde lichaamsbeeld dat de anorexiet lijkt te ervaren. Dit heeft veel invloed op de manier van het behandelen van AN. Voortkomend uit het C-criterium voor AN van de DSM-5, wordt het ervaren van een verwrongen lichaamsbeeld gezien als een centraal kenmerk van AN. Lucy Osler beargumenteert in *Controlling the noise: A phenomenological account of Anorexia Nervosa and the threatening body* waarom het in het centrum plaatsen van dit verwrongen lichaamsbeeld niettemin misleidend is en zelfs een verkeerde karakterisering oplevert van AN als een ‘ziekte van magerheid’. Volgens Osler richt onderzoek zich vaak te zeer op een cognitief begrip van de lichaamservaring in anorexia, hoewel rapportages van mensen met de ziekte laten zien dat de lichaamservaring van de anorexiet veel complexer is. Er wordt in veel onderzoeken weinig tot geen aandacht besteed aan de affectieve beleving van de anorexiet en de krachtgevende gevoelens van controle en orde in de vroege stadia van anorexia. Het lichaam wordt ervaren als een bedreiging, als iets wat constant dingen opeist en wat daarom onder controle gehouden moet worden. Wanneer de anorexiet regels invoert (‘ik moet minimaal een half uur doen over deze appel’, ‘als ik honger heb drink ik eerst twee grote glazen water’, ‘ik mag nooit meer brood eten’) en die regels leveren een gewenst resultaat op, dat de anorexiet daadwerkelijk helpt om zich minder slecht te voelen, is het voor buitenstaanders makkelijker te begrijpen waarom de anorexiet zich aan de anorexia heeft overgeleverd. Deze ‘gewenste resultaten’ worden in de hulpverlening echter

---

<sup>16</sup> Van Asseldonk, G.A.E.G.; van Duinen, J.J.; Former-Boon, M.; van Nuland, R. “Ondervoeding.” In *Zakboek ziektegerelateerde ondervoeding bij volwassenen* (Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017): 8-15.

<sup>17</sup> De BMI is ontwikkeld tussen 1830 en 1850 door de Belgische astronoom, wiskundige, statisticus en socioloog Adolphe Quetelet (1796–1874). Quetelet richtte zijn sociologische studies op het vinden van de kenmerken van ‘de gemiddelde man’, die hij zag als een richtlijn voor het maatschappelijke ideaal. BMI was voor hem een instrument om het mediaan van de toenmalige man te kwalificeren. Dit sloeg echter niet op elke man. Quetelet leidde de formule exclusief af van de maat en afmetingen van Franse en Schotse deelnemers. BMI is dus enkel gebaseerd op – en bedoeld voor – witte, West-Europese mannen. Quetelet was medeoprichter van de positieve criminologie en de antropometrie, waar respectievelijk het omstreden gedachtengoed van Cesare Lombroso op gebaseerd is en van waaruit de pseudowetenschap van de frenologie uit is ontstaan. Rond het einde van de negentiende eeuw werd de index gebruikt als maatsysteem voor het scheiden van ‘fittede’ en ‘onfittede’ mensen, als een wetenschappelijke rechtvaardiging voor de eugenetica en daarmee voor het systemisch steriliseren van gehandicapten, mensen met autisme, immigranten, armen en mensen van kleur. (Bron 1: Jackson-Gibson, Adele. “The Racist and Problematic History of the Body Mass Index.” Artikel op [www.goodhousekeeping.com](http://www.goodhousekeeping.com) (23 februari, 2021). Bron 2: Garabed Eknoyan, “Adolphe Quetelet (1796–1874)—the average man and indices of obesity” in *Nephrology Dialysis Transplantation* Volume 23, Issue 1 (januari 2008): 47–51.). Voor een uitgebreide uitleg van alle vormen van discriminatie en onwetenschappelijkheden die BMI met zich meebrengt, verwijst ik je graag naar de aflevering over BMI van de podcast *Maintenance Phase* en de notities bij de podcast over de gebruikte bronnen: <https://maintenancephase.buzzsprout.com/1411126/8963468-the-body-mass-index>

vaak platgeslagen, door alleen aandacht te besteden aan het afvallen, terwijl verhongering en een rigide levensstijl ook kunnen zorgen voor afleiding van lastige herinneringen of emoties. Ook kan er een versterking van zintuigelijke ervaringen optreden, zoals een groter vermogen tot het onderscheiden van geuren, die kunnen aanvoelen als het ontwikkelen van een nieuw talent. Nog positiever voelt het, wanneer de anorexiet zichzelf regels oplegt die zo rigide zijn dat ze door weinig mensen nageleefd zouden kunnen worden, terwijl het de anorexiet wel lukt om zich eraan te houden. Een overwinning van één van onze primaire instincten, de honger, kan aanvoelen als het ontwikkelen van een overwinning op al die andere mensen. Wanneer er in het onderzoek alleen gekeken wordt naar de (cognitieve) lichaamsbeleving, gaan al deze ervaringen echter verloren.

De zojuist beschreven diagnostisering van AN heeft grote invloed op de omgang met en de behandeling van de anorexiet. Mocht deze al (op tijd) opgemerkt worden door naasten en vervolgens door het zorgsysteem, dan gaat de anorexiet een behandeltraject in gebaseerd op pathologiseren, medicaliseren en functioneren. Er zijn binnen de filosofie al talloze theorieën geformuleerd over wat de pathologie, die volgens de criteria van de DSM-5 gediagnostiseerd kan worden als AN, precies behelst en betekent voor de anorexiet. Deze theorieën zijn echter nauwelijks aanwezig in de behandelpraktijk en bieden de anorexiet zelden een oplossing voor hun onleefbare ziekte. Om een verandering aan te brengen in deze behandelpraktijk zal in de volgende paragraaf de hypothese worden besproken dat het probleem van de daadwerkelijke behandeltrajecten zit in hun fundering; *het idee van herstel*. Vervolgens zal de notie van 'herstel' verder uiteengezet en bekritiseerd worden.

### *Behandeling*

Volgens de richtlijnen van de specialistische GGZ zal de anorexiet, afhankelijk van diens lichamelijke en mentale toestand, in de professionele zorgverlening doorverwezen worden naar een ziekenhuis, interne kliniek, dagbehandeling of een ambulante behandeling. Bij elk van deze behandelingen worden de pijlen in eerste instantie gericht op het voeden en aankomen in gewicht van de patiënt. In de gevallen waarbij de anorexiet in levensgevaar is, kan het hierbij blijven, tot er sprake is van een minimaal veilige lichamelijke gezondheid. In andere gevallen gaat het aankomen vanaf het begin samen met het normaliseren van het eetpatroon, de ontwikkeling van een normale perceptie van honger en verzadiging en het herstellen van de somatische en psychische complicaties van ondervoeding en/of purgeren. Er bestaat enig debat over of deze behandeling prioriteit heeft totdat de anorexiet zich in de richting van een gezond BMI bevindt, waarna men pas aan verdere psychologische behandelvormen begint, of dat er meteen begonnen moet worden met therapie omtrent de psychologische aard van de anorexia. Over het algemeen zal de psychologisch geïntendeerde therapie langzaam geïntroduceerd en geïntensiveerd worden naarmate de patiënt vooruitgang boekt in gewicht en eetpatroon.<sup>18</sup> Toch zijn er direct vraagtekens te plaatsen bij deze volgorde als zodanig. Om anorexia goed te kunnen behandelen, moet er, zoals we hierna nog zullen zien, een goed begrip zijn van de lichaamsbeleving in de vele verschillende stadia van anorexia, omdat de lichaamsbeleving veel invloed heeft op het vermogen om mee te werken in het proces van het normaliseren van voedselinname. Dit is met de beschreven aanpak echter een lastige opgave. De ziekte lijkt daardoor gemarkeerd door paradoxen. De anorexiet kan mager zijn en ondergewicht hebben, maar zichzelf zien als dik en vet.

Ook in de psychologische behandeling van de patiënt zelf komen er vaak vergelijkbare paradoxen naar voren. Zo kan de anorexiet bijvoorbeeld restrictie en overmatig sporten gebruiken om controle uit te oefenen, wat resulteert in een gevoel van stabiele identiteit en

---

<sup>18</sup> <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/eetstoornissen-richtlijn-2008/behandeling-anorexia-nervosa>



veiligheid, maar dit leidt op langere termijn juist tot een destabilisatie van deze gevoelens.<sup>19</sup> Iemand met anorexia kan streven naar het maatschappelijke ideaal van vrouwelijke slankheid, maar doet dit tot op een punt waarbij de vermagering er juist voor zorgt dat het lichaam alle vrouwelijke kenmerken verliest.<sup>20</sup>

Daarnaast bestaan er grote verschillen tussen anorexieten in de manier waarop zij de anorexia als deel van hun identiteit zien. Sommigen zien de ziekte als egosyntoonisch, wat betekent dat het gedrag, de waarden en de gevoelens die bij anorexia horen, in overeenstemming zijn met het ideale zelfbeeld en het ego van de zieke. In dat geval kan ook de anorexia worden gezien als iets dat met de eigen identiteit overeenkomt. Sommigen ervaren de anorexia echter als een alternatief zelf of zelfs als iets wat volledig buiten hun identiteit staat. Na een proces van veruitwendiging kan de anorexiet zich vaak volledig bewust zijn van wat ‘irrationeel’ is en kan die ‘de eetstoornis stem’ en ‘de gezonde stem’ van elkaar onderscheiden. Dit hoeft echter weinig tot niets te veranderen aan de ernst van de ziekte.<sup>21</sup>

Zowel theoretici als hulpverleners en professionals zijn zich bewust van de complexiteit van de anorexiabehandeling en blijven zoeken naar nieuwe vormen van therapie die positieve resultaten lijken op te leveren. Veelvoorkomende therapievormen zijn onder andere psychoanalytische psychotherapie, cognitieve gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke therapie (IPT), schematherapie, systeemtherapie en verschillende vormen van vaktherapie, waaronder creatieve therapie en psychomotorische therapie (PMT). Er is geen consensus en geen beslissend of richtinggevend onderzoek over welk van deze therapievormen daadwerkelijk veelbelovende resultaten oplevert en er is zelfs geen aanwijzing dat een van deze therapievormen in belangrijke mate goede uitkomsten biedt voor een grote groep patiënten. Wat wel duidelijk is, is dat elk van deze therapieën een gemeenschappelijk doel hebben. Er is een graadmeter waar rekening mee wordt gehouden in de aangeboden therapievormen: er wordt bijgehouden hoe hoog het percentage is van de patiënten die terugkeren naar een functioneren in de samenleving. Achter deze houding bevindt zich een concept dat tegenwoordig de sleutelterm is in de mentale gezondheidszorg: herstel.

### *Herstel*

In de hedendaagse mentale gezondheidszorg is herstel een fundamenteel begrip. Herstel concentreert zich op de empowerment van de individuele patiënt en leert de patiënt om te gaan met diens mentale moeilijkheden. Er wordt binnen therapieën eerst gezocht naar oorzaken van deze mentale moeilijkheden, zoals trauma's, foutieve denkpatronen of acute onveilige levensomstandigheden. Wanneer deze in kaart zijn gebracht, probeert men de invloed van zulke oorzaken te minimaliseren, bijvoorbeeld door middel van traumabehandeling of het stimuleren van de patiënt om diens leefomgeving te veranderen. Naast het individu, wordt diens systeem onderzocht. Het systeem van de patiënt zijn de mensen om hen heen die deel uitmaken van belangrijke relaties met de patiënt en daardoor mogelijk veel invloed hebben op hoe de patiënt zich gedraagt en voelt. Uiteindelijk is het doel om de patiënt meer flexibel en functionerend te maken, idealiter zodat deze volledig mee kan draaien in de maatschappij.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> Drew Leder, “Anorexia: A Disease of Doubling” in *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 20, Nummer 1, Johns Hopkins University Press (Maart 2013): 93-96, Project Muse.

<sup>20</sup> Frederik Svenaeus, “Anorexia Nervosa and the Body Uncanny: A Phenomenological Approach” in *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 20, Nummer 1 (Maart 2013): 81-91, Project Muse.

<sup>21</sup> Marthe M. Voswinkel et al., “Externalizing your eating disorder: a qualitative interview study” in *Journal of Eating Disorders* 9:128 (2021): <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00486-6>

<sup>22</sup> Marjan Slob, “De maatschappij heeft het gedaan” in *De Volkskrant* (13 januari 2020).

Het herstel van anorexia is hiermee niet compleet, omdat de fysieke (on)gezondheid een cruciale rol speelt in het volledige proces van herstel. Om tot de zojuist genoemde onderzoeken van mentale moeilijkheden te kunnen komen, moet de patiënt eerst meewerken aan diens fysieke herstel. Anorexiapatiënten moeten gemotiveerd worden om te willen herstellen, anders werken zij niet mee aan de interventies die het gedrag wat bij hun ziekte hoort doen verdwijnen. Dit is nu juist de grootste component van de anorexiet; het niet eten en niet willen aankomen. In het anorectische herstelproces is de grootste opgave dan ook om de anorexiet intrinsiek te motiveren om te willen herstellen. Als de patiënt dit eenmaal wil en hiernaar weet te handelen, is het herstel al bijna bewerkstelligd. Precies het willen herstellen is wat hersteld zijn betekent voor de anorexiapatiënt.

Hersteld zijn betekent in deze context het opnieuw efficiënt kunnen meedoen in de sociale en economische maatschappij. De herstelbeweging volgt in haar aanpak daarmee nog steeds het traditionele, medische model, waarbij de ziekte in het individu wordt geplaatst. De mentaal zieke lijdt onder een 'abnormale geest'. Om de zieke te 'genezen' en 'weer beter te maken', moet de meest recente wetenschappelijke kennis worden gebruikt. Zo wordt de zieke weer gezond. Als volledig herstel echter niet haalbaar blijkt te zijn, moet de zieke tenminste zo goed als mogelijk kunnen functioneren tussen de 'gezonde' mensen. Dit heeft een moraliserend en normaliserend effect op de patiënt.<sup>23</sup> Met het idee van herstel blijft een focus bestaan op iets wat genezen moet worden, iets wat weggemaakt moet worden en is er een doel dat moet worden bereikt. Filosoof, taalwetenschapper en schrijver van *Filosofie van de waanzin* Wouter Kusters omschrijft de problemen en gebreken van dit hersteldenken. Zo wordt er doorgaans te veel nadruk gelegd op de tijd na de crisis. Er is te weinig onderzoek naar de crisis zelf en een te grote focus op dat wat nodig is om zo snel mogelijk voorbij de crisis te komen. De ellende en de oplossing van de ellende, beargumenteert Kusters, zijn echter wezenlijk verbonden aan de crisis zelf. Daarnaast richt het hersteldenken zich te veel op het individu. Hoewel er een kleine kring aan persoonlijke relaties betrokken wordt bij het herstel van het individu, worden zij slechts betrokken als 'relatie van'. Naast dit micro- en mesoniveau – of eigenlijk een microplus niveau – is er geen oog voor het macroniveau van maatschappelijke en sociale omstandigheden. Ten onrechte wordt er een in de basis crisisloze wereld veronderstelt. De crisis komt hierom telkens weer te liggen bij enkel het individu.<sup>24</sup>

Er is daarom iets anders nodig, namelijk het *herstellen van de anorexia*.<sup>25</sup> De anorexiet stelt zich anders op naar diens belichaming en ervaring, waarbij het zijn van een anorexiet niet weggemaakt hoeft te worden, maar omgevormd mag worden, op een manier die de patiënt goed doet. Precies daarin verschilt herstellen van herstellen. Als de anorexiet moet herstellen, betekent dit het moeten afwerpen van het anorexiet-zijn, zodat deze weer een 'normaal' en 'gezond' mens wordt. Als de anorexiet zich daarentegen herstelt, gaan behandelaar en anorexiet niet voorbij aan de existentie van de 'anorexiet als anorexiet', maar

---

<sup>23</sup> A.W. Prins, "Het wordt niet beter, het kan niet beter" in *Filosofie bij herstelondersteuning*, Kenniscentrum Phrenos (2018).

<sup>24</sup> Wouter Kusters, presentatie op *Luce Congres: De lijfelijke van de geest* (Tilburg University, 21 en 22 oktober 2021).

<sup>25</sup> Inmiddels is er een alternatief model ontstaan voor een beperkte selectie aan stoornissen, waaronder ASS en ADHD. Dit model heet het sociale model. Hierbinnen wordt beargumenteerd dat handicaps niet geworteld zijn in slecht functionerende lichamen – en daarmee ook in breinen –, maar in een onherbergzame sociale en fysieke omgeving. Deze onherbergzame omgeving weigert lichamen die te ver van de norm afwijken te accommoderen. In plaats van het plaatsen van de handicap in het non-normatieve lichaam, claimt het sociale model dat het gebrek aan toegankelijkheid in de sociale en openbare ruimte bepaalde individuen gehandicapt maakt. Zoals gezegd geldt dit sociale model echter voor een beperkt aantal mentale stoornissen. Het is extreem ongebruikelijk om dit model toe te passen op AN. Het accommoderen van de prikkelverwerking van een persoon met ADHD kan tot vruchtbaarheid leiden, voor zowel het individu als de gemeenschap. Deze verbetering in kwaliteit van leven geldt niet voor de anorexiet. Het sociale model is hierom niet toepasbaar op anorexia. (Bron: Rosemarie Garland-Thomson, "Misfits: A Feminist-Materialist Disability Concept" in *Hypatia* (Maart 2011): 591.)

werken zij vanuit de beginsituatie samen naar een vernieuwende vorm van het bestaan en het ervaren van de patiënt. Wanneer de anorexiet instemt met een poging tot het anorectische herstellen, wordt de mogelijkheid gevormd om tot een vruchtbare levenswijze te komen. In het herstellen leidt de anorexia niet meer tot versterving, maar herpakt de anorexiet diens worden als een vruchtbaar bestaan. Om tot een praktijk van het anorectisch herstellen te komen, zal in wat hier volgt een filosofische basis voor het begrip van anorexia worden voorgesteld dat recht doet aan de interpretatie van het fenomeen op alle verschillende niveaus van objectivering, inclusief de zelfervaring van de anorexiet.

Dit filosofisch fundament wordt gevonden in de fenomenologische methode. Aangezien de fenomenologie de directe menselijke ervaring centraal stelt, zullen we hier eerst de anorectische ervaring zelf aan het woord laten komen.

## Intermezzo De anorectische ervaring

*Daar ben ik dan. Ik kan me niet meer verstoppen. Gedurende het schrijven voelde ik me steeds onrustiger worden. Dit ben ik niet. De anorexiet kon nergens een woord tussen krijgen en was volledig weggezet. Dit lukt echter nooit lang, want ik ben de anorexiet nog altijd. Bij het lezen van alle onderzoeken en de beschrijvingen over de anorexiet, voelde het alsof er steeds verder werd afgedreven van mijzelf en mijn ervaring – ik mocht er eigenlijk niet bij zijn. Ja, ik heb dit allemaal meegemaakt; de diagnose, de therapieën, het zoeken naar oorzaken, naar oplossingen, naar motivatie om te willen herstellen. Ik was er dus wel degelijk bij, jarenlang. Maar hoe liefde verpleegkundigen ook waren en hoe hard de psychiater me ook kon confronteren met mijn gebreken, er was geen ruimte voor de anorexiet, alleen maar voor de ‘normale ik’, die weer ‘opnieuw gesterkt moest worden’. Maar het is nu juist de anorexiet die behandeld moet worden. Hoe kan dit gebeuren als wij van hen afdrijven? Mag ik nu eindelijk eens spreken?*

De pijn van al je zenuwen voelen, omdat er geen vet of vlees is om die te omsluiten, de pijn van bot op bot op bot, is duizendmaal gemakkelijker te verdragen dan de onrust die je voelt wanneer je broek weer wat strakker blijkt te zitten om je gegroeide, zachte, zichtbare buik. Door mijn botten te aaien – mijn ribbenkast en mijn uitstekende heupbotten waren mijn favorieten, ik denk vaak verlangend aan ze terug – en door me te focussen op de leegte in mij, vergat ik de fysieke pijn. Nee, ik vergat hem niet. Ik genoot. Het was een bewijs van mijn kracht.

Tegen de zelfverachting die nu met het vet terugkomt, valt niets te doen. Enkel de hoop weer een periode van vasten in te kunnen gaan, kan soms verlichting brengen. Maar als die hoop je wordt afgenomen, omdat je nu gedwongen wordt te eten en aan te komen, voel je een onbeschrijflijke mentale pijn, die alles te boven gaat. Ik tril. Ik ben extreem moe. Staan is moeilijk. Net als toen, hoef ik enkel mijn hoofd plotseling een richting in te gooien om te duizelen. Maar nu is het anders. Toen was mijn hoogtepunt. Toen viel mijn haar nog in kluiten uit, wat ik verstopte in de prullenbakken van openbare toiletten. Toen zakte ik al bijna in elkaar als ik een trap op liep. Ik voelde me als Sisyphus als hij ooit wel eindelijk met de steen boven was gekomen en bevrijd was, wanneer ik de trap weer had genomen, zoals ik dat altijd bleef doen. Ik overwon. Ik bleef tenminste trappen op lopen en bruggen op fietsen. Ik voelde me nog goed. Ik sloot nog vakken af en ik had nog werk. Ik had de mentale kracht nog. Nu ben ik lui en blijf ik toch maar in bed liggen, neem ik toch maar de lift of pak ik de fijnste deken als ik het koud heb. Ik probeer het amper meer, het extreme versterven. Het lukt me niet meer en daar schaam ik me voor. Het enige wat ik daarnaast kan voelen is schuld, een kwelling die me bij elk eetmoment naar de keel grijpt. Maar ik voel me niet ziek genoeg. Juist door de extreme klachten kon ik het volhouden. Hoe meer bewijs ik heb van daadwerkelijke versterving, hoe makkelijker het is om me eraan te houden. Ik ben verslaafd aan de kracht die het uitmergelen geeft en produceert. In de leegte vegeteren, een schim zijn, ik wil niets liever dan dat.

Al jaren ben ik bezig met afvallen en toch weer aankomen, want ik kan het mijn geliefden echt niet aan doen om op te geven. Nu val ik al een aantal maanden amper nog af. Ik ben zo ver gekomen. Ze zijn zo trots, altijd maar trots. Ik haat mezelf er om. Ik kan meekijken vanuit hun perspectief en de gedachten van ‘de gezonde’ denken, maar ik ben en blijf de anorexiet en die voelt echter. Ik kan hun perspectief begrijpen en kan er zelfs in geloven. Er wordt me regelmatig in eerlijkheid door mijn ouders en behandelaren verteld dat ik inderdaad een gezond BMI heb, maar dat ik er nog “dunnetjes” uitzie, dat ze weten dat mijn lichaam nog hoger in gewicht zou moeten zijn om goed te kunnen functioneren. Dan geloof ik ze, maar ik zie het echt niet. Het is een cliché, maar als ik mezelf bekijk en aanraak, zie ik niet dat ik zogenaamd dunnetjes ben. Als dit dunnetjes is, dan doe mij toch maar ondergewicht... Maar ik denk te weten dat ze gelijk hebben. Ik moet denken dat ze gelijk hebben. Toch kwelt het me dat zij mijn perspectief niet zien, dat mijn perspectief minder waar zou zijn. Het voelt alsof ik altijd moet blijven benadrukken dat ik ‘het gezonde’ kan denken. Altijd spreek ik vanuit hen. Nooit spreek ik vanuit de anorexiet, vanuit mij.

*Nu laat ik mij niet meer wegstoppen. Ik blijf erbij, ook als ik een ander perspectief probeer in te nemen. Het is de anorexiet die dan dit perspectief inneemt, niet ‘de gezonde’ die ik nu eenmaal niet ben.*

## Hoofdstuk 2 De fenomenologische beweging

### *Filosofie en de ervaring van ziekte*

In *Phenomenology of Illness*, schrijft Havi Carel over hoe ziekte vaak wordt begrepen als een fysiologisch proces binnen het domein van de medische wetenschappen, op de manier zoals in het eerste hoofdstuk ook al besproken is. Hierdoor heeft de filosofie als niet-medische discipline weinig aandacht voor het fenomeen ziekte en de ervaring van ziek zijn besteed. In haar werk onderzoekt Carel hoe ziekte samenhangt met het lichaam van de zieke, met diens waarden en met diens ervaringswereld. Van hieruit laat zij zien hoe de ziekte bij kan dragen aan de filosofie en hoe de filosofie bij kan dragen aan de ziekte.<sup>26</sup>

Ziekte staat hier gelijk aan het Engelse woord ‘*illness*’. Hiermee benadrukt Carel dat het gaat om de ervaring van ziekte. Ziekte zelf, als medisch-biologisch begrip, zou vertaald worden als ‘*disease*’. Ziekte omvat voor Carel de ervaring van symptomen en lichamelijke veranderingen voor de zieke, de ervaring van gezondheidszorg en behandeling en het ervaren van maatschappelijke houdingen tegenover ziekte, pijn en sterfelijkheid: “*Illness is the experience of disease, the ‘what it is like’ qualitative dimension as it is experienced and made meaningful by the ill person.*”<sup>27</sup> De ervaring van de ziekte, vanuit het eerste persoonsperspectief, is niet bereikbaar voor de behandelende persoon in kwestie, behalve via dat wat de patiënt hen vertelt, waarmee het in een tweede persoonsperspectief voor de behandelaar kenbaar wordt. De patiënt is de enige voor wie een volledig subjectieve ervaring van de ziekte beschikbaar is. Deze epistemische restrictie kan ervoor zorgen dat de behandelaar zich gaat richten op het behandelen van de ziekte als ‘*disease*’, zonder adequaat de ziekte als ‘*illness*’ te begrijpen, waardoor er weinig ruimte voor begrip is van de impact van de ziekte op het leven van de patiënt als geheel.<sup>28</sup>

Carel gebruikt de fenomenologie om de filosofie en de ervaring van ziekte dichter bij elkaar te brengen. Dit doet ze omdat de fenomenologie gaat over ervaring en de verhouding tussen het bewustzijn en de wereld. Hierom is het de uitgelezen stroming om over ziekte te filosoferen. De fenomenologische benadering probeert niet simpelweg te laten zien dat er rekening gehouden moet worden met de ervaring van de patiënt als een subjectieve beleving van een abstracte ‘objectieve’ werkelijkheid, maar pleit voor het integreren van de ervaring van de patiënt, omdat diens geleefde ervaring de realiteit van diens ziekte representeert.<sup>29</sup> Om over ziekte en specifiek anorexia na te denken, en om tot een behandelpraktijk te komen die de ervaring van de anorexiet meeneemt, zal het nodig zijn om af te stappen van het hersteldenken en zal in plaats daarvan de fenomenologie gebruikt moeten worden. De volgende paragraaf zal dieper in gaan op wat de fenomenologie precies is. Specifiek zal de belichaamde fenomenologische filosofie van Maurice Merleau-Ponty gebruikt worden, aangezien deze aansluit op de grote rol die het lichaam en belichaming spelen voor de anorexiet.

---

<sup>26</sup> Havi Carel, *Phenomenology of Illness* (Oxford University Press, 2016): 2.

<sup>27</sup> Carel, *Phenomenology of Illness*, 17.

<sup>28</sup> Carel, 51.

<sup>29</sup> Carel, 52.

### *Wat is fenomenologie?*

De Franse fenomenoloog Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) stelt in het voorwoord van zijn hoofdwerk *Fenomenologie van de waarneming* (1945) de vraag: Wat is fenomenologie? Hierna beschrijft hij de fenomenologie als een onderzoek naar de essenties: “een filosofie die de essenties terugplaatst in de existentie (...) zij meent dat men de mens en de wereld alleen kan begrijpen door uit te gaan van hun ‘facticiteit’. (...) Zij bezit de ambitie van een filosofie als ‘streng wetenschap’, maar zij geeft zich tevens rekenschap van de ‘geleefde’ ruimte, tijd en wereld. Zij probeert een directe beschrijving te geven van onze ervaring zoals die is (...).”<sup>30</sup> Merleau-Ponty benadrukt in zijn fenomenologische werk de ambigue aard van de fenomenologie en ziet de fenomenologie eerder als een beweging dan als een leer of systeem. Hij was niet de enige in deze beweging. Er gingen hem al een aantal noemenswaardige fenomenologen voor, te beginnen bij Edmund Husserl (1859-1938) als grondlegger van de fenomenologie.

Zoekend naar een filosofische wetenschap, ontwikkelt Husserl zijn methode van het terugkeren naar ‘de zaken zelf’. Dit gebeurt middels de fenomenologische reductie, waarvoor het opschorten van gangbare oordelen nodig is. Het falen van de filosofie zou volgens Husserl te danken zijn aan de impliciete vooroordelen en aannames van zijn voorgangers. In plaats van het verzingen in aannames, moet de filosoof zich oefenen in het openstaan voor een oorspronkelijke ervaring binnen onze eigen belevingswereld, voor wat er in de ervaring is gegeven en hoe dit gebeurt. Wat we ervaren is alles wat we kunnen kennen. We moeten ons niet bezighouden met het ding, zoals het zou zijn buiten onze ervaring, maar met het fenomeen. Een fenomeen is dat wat we waarnemen en ervaren, dat wat aan ons verschijnt precies zoals het verschijnt. Dit houdt niet in dat het fenomeen een afspiegeling is van het aan ons verborgen ding. Wat wij ervaren is de werkelijkheid zelf, zoals die ons gegeven is middels de fenomenen.<sup>31</sup> Zonder die gegevenheid is er namelijk geen werkelijkheid. De wisselwerking tussen mij en de werkelijkheid maakt dat die werkelijkheid bestaat. De fenomenologie is primair een beschrijvende filosofische methode die poogt een filosofische beschrijving te geven van het bewustzijn en de verbinding tussen dit bewustzijn en de wereld. Husserls begrip van intentionaliteit sluit hierop aan. Intentionaliteit houdt in dat ons bewustzijn altijd gericht is op iets. Dit leidt tot de fundamentele relatie tussen de wereld en het subject in deze wereld.

Een tweede fenomenoloog die veel invloed heeft gehad op Merleau-Ponty's denken, was Martin Heidegger (1889-1976). In *Sein und Zeit* (1928) schrijft Heidegger over de existentiële implicaties van de fenomenologie. Zo beschrijft hij hoe de filosofie doorgaans over subject en object praat, waarbij zij het fundamentele er-zijn (*Dasein*) vergeten. Dit ‘er’ bestaat op een bepaalde wijze, wat Heidegger benoemt als de existentiële constitutie, de noodzakelijke structuren van het bestaan.<sup>32</sup> Een er-zijn is ongekozen geworpen in de wereld. Wij ‘zijn’ altijd al in een omgeving, de wereld, vanuit een bepaald standpunt. Dit standpunt bestond vanaf ons bestaan. Door ons standpunt, wat iets anders is dan die dingen die buiten ons ‘zijn’ liggen, verkeren wij in een ontische stemming die zowel door de wereld gevormd wordt, als onze wereld vormt.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup> Maurice Merleau-Ponty, *Fenomenologie van de waarneming*, vertaling door Douwe Tiemersma en Rens Vlasblom (Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2009), 33.

<sup>31</sup> Corijn van Mazijk, *De wereld als verschijning: fenomenologie en de twintigste eeuw* (Amsterdam: Boom uitgeverij, 2021): 12.

<sup>32</sup> Martin Heidegger, *Zijn en Tijd*, vertaald door Mark Wildschut (Uitgeverij SUN, 1999): hoofdstuk 5, paragraaf 29.

<sup>33</sup> Heidegger, *Zijn en Tijd*, hoofdstuk 5, paragraaf 38.

Merleau-Ponty werkt vervolgens deze existentiële fenomenologie verder uit, door vooral de lichamelijkheid van ons in-de-wereld-zijn te beschrijven. Onze belichaming ziet hij als fundamenteel aan onze ervaring van de wereld. Hoe wij de wereld ervaren, wordt gestructureerd door onze lichamelijke conditie. Vanwege de lichamelijke dimensie van Merleau-Ponty's fenomenologie, is de manier waarop de fenomenologische methode bij hem vorm krijgt van wezenlijk belang om een theoretisch fundament te bieden voor datgene waar we in deze scriptie naar op zoek zijn: een nieuwe wijze vinden waarop de anorexiet behandeld kan worden. Om de ideeën van Merleau-Ponty toe te kunnen passen in dit onderzoek naar een fenomenologische aanpak van behandeling, zullen een aantal van zijn kernbegrippen worden uitgelegd, om een goed beeld te krijgen van de lichamelijkheid van ons bestaan.

### *Het geleefde lichaam: Maurice Merleau-Ponty*

Met ideeën van voorgaande fenomenologen – voornamelijk van Edmund Husserl, Martin Heidegger en Max Ferdinand Scheler – en ideeën van de Gestaltpsychologie,<sup>34</sup> en gebruikmakend van destijds recente psychologische onderzoeken, werkt Merleau-Ponty in *Fenomenologie van de waarneming* een theorie uit van het fenomenologische primaat van de waarneming. In dit proces van waarnemen, is het niet de ervaring van de individuele mens die primair is. De waarneming bevindt zich noch in het individu, noch in diens omgeving. De waarneming wordt daarentegen gekenmerkt door een perceptueel vertrouwen in het solide bestaan van de wereld, als iets wat bestaat *tussen* mens en wereld. Het is een 'inter-esse'. De waargenomen waarheid is enkel gevestigd in de relatie tussen personen en de wereld, in de manier waarop zij elkaar interpreteren en waarop zij zich tot elkaar verhouden.

Wij bevinden ons allemaal in een definitieve omgeving, een definitief veld, die tot onze waargenomen samenstelling van de wereld leidt. Wat Heidegger het 'in-de-wereld-zijn' noemt, noemt Merleau-Ponty het 'naar-de-wereld-zijn'. In mijn naar-de-wereld-zijn ben ik mij van mijn lichaam bewust via de wereld en ben ik me bewust dat mijn lichaam het middelpunt is van deze wereld. Alles in deze wereld keert zich naar mijn lichaam toe. Ons zijn als belichaamde wezens is onlosmakelijk verbonden aan de tijdsstructuur van het naar de wereld zijn. In de wereld en mijn alledaagse leven zijn dan ook de voorwaarden van mijn zijnswijze te vinden. Mijn identiteit is dus niet slechts een door mij gekozen manier van bestaan, maar wordt gevormd door hoe de wereld naar mij is, wat weer voortkomt uit het zijn van mijn lichaam naar de wereld toe.

Volgens Merleau-Ponty is onze ervaringswereld het zijn van een lichaam in haar bewegingen en omvat die ervaringswereld ook de stijl waarmee het eigen bestaan wordt geuit en waarmee het de wereld waarneemt. Het is ons uiterlijk, onze mobiliteit, ons spreken en ons gedrag. Het ritme van mijn lichaam is uniek en enkelvoudig in stijl. Mijn lichaam heeft een eigen stijl, gekoppeld aan een eigenheid in het leven in tijd en plaats. Dit noemt Merleau-Ponty het dynamische lichaamsschema.<sup>35</sup> De stijl van het lichaam, de unieke manier van 'zijn' dat het uit, is onscheidbaar van het lichaam zelf, en is geïntegreerd in elk aspect van het lichaam. Lichaam en lichaamsschema omvatten elkaar.

In plaats van de wereld objectief waar te nemen, zijn wij verankerd in een wereld, in een milieu, dat bij ons handelingen en gedragingen opwekt. Dit zijn op hun beurt echter geen blinde processen, omdat onze handelingen zich voegen naar de specifieke 'zin' van de situatie, waarmee die handelingen de uitdrukking zijn van onze oriëntatie naar de wereld.<sup>36</sup> Het 'naar de wereld zijn' belichaamt een intentie van ons totale bestaan, onze pre-objectieve

---

<sup>34</sup> *Gestalt* staat voor 'patroon' of 'vorm'. De Gestaltpsychologie ziet de waarneming niet als een opsomming van individuele componenten. Wat wij waarnemen is daarentegen een patroon.

<sup>35</sup> M-P, 160.

<sup>36</sup> Merleau-Ponty, *Fenomenologie van de waarneming* (Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2009): 138.

zienswijze.<sup>37</sup> Waarneming omvat de volledige sfeer van deze voordenkende, prereflexieve ervaring, inclusief een voorpersoonlijke vasthechting aan de algemene vorm van de wereld. Dit noemt Merleau-Ponty de anonieme existentie.<sup>38</sup> Het is een bestaan als een vrijwel onpersoonlijk organisme, een algemene existentie. Naast deze anonieme existentie is er ook de persoonlijke existentie.<sup>39</sup> Onze lichamelijke is de brug tussen de anonieme en de persoonlijke existentie, die ons organische en ons psychologische zijn met elkaar verbindt. Het vormt de vermenging van mijn lichaam en ziel in het handelen, van de wereld van de natuur tot die van de cultuur.

Fenomenologie richt zich op ons contact met de wereld voordat er een theoretisch onderscheid wordt gemaakt tussen subject en object. De natuurlijke houding – of in Heideggers woorden het ontische denken – kijkt daaroverheen. Merleau-Ponty voegt hieraan toe dat het specifiek het lichaam is, wat ons in staat stelt naar de wereld te zijn. Het vergeten van het lichaam is dan ook de voornaamste zonde die de natuurlijke houding begaat.

Het lichaam is het voertuig van het ‘naar de wereld zijn’, en een lichaam hebben betekent voor een levend wezen, zich in een bepaald milieu voegen, in zekere projecten opgaan en er voortdurend in betrokken zijn.<sup>40</sup>

Zo zijn ook mijn verworven gedachten geen absolute verworvenheid; zij voeden zich op ieder moment met mijn huidige denken; zij bieden mij een zin, maar ik geef ze die zelf. In feite zijn onze beschikbare verworvenheden op ieder moment een uitdrukking van de energie van ons huidige bewustzijn. Naar gelang zij zwakker wordt, zoals bij vermoeidheid, wordt mijn ‘gedachtewereld’ armer en wordt zelfs tot een of twee obsederende gedachten teruggebracht.<sup>41</sup>

Het wezen van het bewustzijn bestaat eruit zich een wereld of werelden te verschaffen, dat wil zeggen. Vóór zichzelf zijn eigen gedachten als dingen te laten bestaan (...). De structuur ‘wereld’ met haar tweevoudig moment van sedimentatie en spontaniteit bevindt zich in het centrum van het bewustzijn (...).<sup>42</sup>

Naast het naar-de-wereld-zijn, ons inter-esse, de anonieme existentie en het lichaamsschema, speelt *interoceptie* als primair fenomenologisch begrip een belangrijke rol in de psychologische ontwikkeling van individuen. Het is de ervaring van hoe het is om te leven in en door onze lichamen en hoe het is om andere mensen en dingen waar te nemen in onze lichamelijke verhouding tot hen. Interoceptie is deels afhankelijk van de manier waarop mijn lichaam bestaat en naar-de-wereld-is, van bijvoorbeeld een bepaalde aan- of afwezigheid van lichaamsdelen of van het (dis)functioneren van organen. Een idee over hoe het is om een persoon te zijn, kunnen we ontwikkelen door middel van interoceptie: onze identiteit is geconstrueerd om ons fysieke lichaam heen. Interoceptie kan ons wijzen op de manier waarop we gevoel ontwikkelen voor ons lichaam, zoals die waargenomen wordt door onszelf en door anderen. Het wijst ons ook op ons gevoel voor de cultuur waar we ons in bevinden en op de waarden die deze cultuur hecht aan bepaalde lichaamstypes en lichaamsdelen. Lichaamsbeeld en zelfbeeld zijn op deze manier noch in het lichaam, noch buiten het lichaam te plaatsen. In plaats daarvan zijn ze afhankelijk van de manier waarop deze elementen onderling verbonden

---

<sup>37</sup> M-P, 139.

<sup>38</sup> M-P, 144.

<sup>39</sup> M-P, 145.

<sup>40</sup> M-P, 141.

<sup>41</sup> M-P, 195.

<sup>42</sup> M-P, 195-196.



zijn in de levensloop van een persoon. De betekenis van de geleefde ervaring van lichaams- en zelfbeeld hangen af van hoe fysiologie wordt gearticuleerd en identiteit wordt gevormd binnen de netwerken van sociale relaties en praktijken. Er zullen altijd discrepanties zijn tussen ons eigen idee van ons lichaam en het beeld wat we ervan vormen en de percepties en beelden die anderen hebben, omdat ze ons lichamelijke zelf zien vanuit een ander perspectief.<sup>43</sup>

Dit idee van interoceptie suggereert dus dat we primair zouden moeten kijken naar de cultuur waarin en de sociale betekenissen waarnaar wij leven als we ons richten op de behandeling van het interoceptieve lichaamsgevoel van de anorexiet. Binnen de fenomenologie wordt ook cultuur beleefd vanuit een bepaald belichaamd perspectief. We ontwikkelen percepties van ons lichaam en diens relaties tot de wereld vanuit die gesitueerde positie. Hierdoor zijn er altijd persoonlijke en maatschappelijke factoren verweven in de ontwikkeling van het interoceptieve gevoel van onze lichamen en onze relaties tot de wereld. Het zijn deze persoonlijke en gesitueerde factoren die aanwijzingen bevatten over het antwoord op de vraag waarom sommige mensen anorexia ontwikkelen en waarom anderen dat niet doen, ondanks de culturele druk op alle mensen om slank te zijn. Binnen de zorg voor een persoon met anorexia moet niet het lichaam behandeld worden als een automaat of machine, maar moet de persoon communicatief behandeld worden als iemand die hun leven en relatie tot de wereld uit in en via het lichaam. De ziekte is geen afwezigheid van het normale, maar een eigen vorm van existentie, zoals Merleau-Ponty beklemtoont.<sup>44</sup> Onze gerichtheid naar de wereld is praktisch en holistisch. Als ons lichaam en onze mogelijkheden veranderen, verandert ook onze manier van bestaan. De staat van ziekte valt niet af te leiden uit een staat van ‘normaal’ of ‘gezond’ zijn, omdat de specifieke veranderingen die het ziek-zijn veronderstelt in ons lichaam de wereld en onze existentie dermate veranderen, dat deze niet meer te reduceren vallen tot ‘normaal min dit of dat’.

### *Ambigüiteit*

Naast al deze elementen van de fenomenologische kijk op het geleefde lichaam, is het begrip *ambigüiteit* het laatste begrip dat benadrukt moet worden om een volledig beeld te krijgen van hoe we zouden kunnen komen tot een fenomenologische behandelpraktijk die de anorexiet en diens ervaring vooropstelt. Merleau-Ponty behandelt dit begrip in de context van de ambigüiteit van de verschijningen en onze duidingen daarvan. De waarneming is volgens hem wezenlijk ambigu, omdat de wereld zoals die wordt waargenomen zo veel verschillende, vaak verborgen achtergronden, contexten en projecties bevat. Om daadwerkelijke fenomenologie te bedrijven, moet men recht doen aan de tegenstrijdigheden in mens en wereld. De belangrijkste les van de fenomenologische reductie is namelijk de onmogelijkheid van een volledige reductie. De fenomenoloog is zelf een ervarend lichaam met een eigen waarnemingsveld, waardoor deze nooit een objectieve of zuivere reflectie kan hebben. De existentie kan met één beweging, een verandering, hele werelden om zich heen ontwerpen: “De ervaring van de absurditeit en die van absolute evidentie liggen in elkaar besloten en zijn zelfs niet van elkaar te onderscheiden.”<sup>45</sup>

De menselijke existentie wordt dus gekenmerkt door een fundamentele openheid en ambigüiteit. Merleau-Ponty stelt dat de waarneming daarom niet in wetenschappelijke termen te vatten is, omdat deze niet ambigu kan zijn, waardoor deze geen recht kan doen aan de waarneming en de geleefde ervaring. De fenomenologie probeert deze ambigüiteit juist te

---

<sup>43</sup> Jordi Sanz en Ian Burkitt, “Embodiment, Lived Experience and Anorexia: The Contribution of Phenomenology to a Critical Therapeutic Approach” in *Athenea Digital*, Nummer 0 (April 2001): 46-47.

<sup>44</sup> Sanneke de Haan, “Fenomenologie van de lichaamservaring” in *Handboek psychiatrie en filosofie*, redactie door Damiaan Denys en Gerben Meynen (Amsterdam: Boom uitgevers, 2012): 216.

<sup>45</sup> M-P, 387.

omarmen en staat hierdoor juist dichterbij de kunst. Fenomenologie is dan eerder een levenskunst dan een wetenschap.

Waar de anorexiet zichzelf niet kan herkennen in de wetenschappelijke benadering van diens ziekte en behandeling, kan de fenomenologie misschien meer recht doen aan wat de anorexiet daadwerkelijk nodig heeft. In het laatste hoofdstuk zal onderzocht worden of de fenomenologie een houvast kan bieden aan de anorexiet en diens behandelaar, om tot een vruchtbaar uitwerken en verzorgen van de behandeling te komen.

## Hoofdstuk 3 Het anorectische her-stellen

*Dag, ik ben het, de anorexiet. Ik neem weer even het woord. In al mijn ervaring, waar het hier nu om lijkt te gaan, is mij iets opgevallen. Naar mij als individu en naar mij als systeem lijkt men te kijken, maar naar mijn wereld niet zo zeer. En wat is die wereld die ik ervaar? Dat is een patriarchale, door een Westers schoonheidsideaal geregeerde wereld. Waarom blijft iedereen om mij heen maar doen alsof zij zelf niet ook deelnemen aan de dieetcultuur en alsof zij niet bang zijn om dik te worden? Maar, omdat ik 'te ver' ga, ben ik de enige die hier tegen moet vechten? Hoe krijgt deze wereld een plek binnen de fenomenologie?*

### *De kritische fenomenologie*

Inmiddels is *Fenomenologie van de waarneming* al meer dan 75 jaar geleden gepubliceerd. In die tijd heeft er een ontwikkeling plaatsgevonden binnen de fenomenologische beweging. Academics zijn zich gaan richten op sociale en maatschappelijke vraagstukken en hebben deze onder andere door middel van de fenomenologie een plek willen geven binnen het filosofische denken. Hieruit is de kritische fenomenologie ontstaan. De anorexiet staat, zoals ieder mens en iedere zieke doet, midden in de wereld en in de maatschappij. Concepten als gender, etniciteit, seksualiteit en klasse zijn stuk voor stuk fenomenen die ervaren worden en waar rekening mee gehouden moet worden. Anorexia ondermijnt traditionele categorieën binnen het liberale gedachtegoed, zoals autonomie en rationaliteit. Het schijnt licht op de relatie tussen lichaam en geest en tussen individualiteit en sociale constructies. Hierdoor kan het denken over anorexia zich ontwikkelen tot een interdisciplinaire discussie.<sup>46</sup> Anorexia vergt een geïntegreerde aanpak, die de ervaringen van de anorexiet in acht neemt en die een bredere sociale context erkent. De fenomenologie brengt ons ver wanneer het gaat om de aandacht die besteed wordt aan de ervaring. De kritische fenomenologie voegt hier een erkenning van de bredere culturele en sociale context aan toe en is daarom een cruciaal onderdeel van de zoektocht naar een fenomenologie van de anorectische behandeling.

Gail Weiss laat in het essay *The Normal, the Natural, and the Normative: A Merleau-Pontian legacy to feminist theory, critical race theory, and disability studies* zien hoe de belichaamde ervaring van Merleau-Ponty ons aanspoort om de vraag indachtig te blijven hoe o.a. gender, etniciteit, klasse, gezondheid en lichamelijke mogelijkheden van een individu of groep effect kunnen hebben op hoe er op hun lichamen wordt gereageerd. Dit heeft vervolgens direct invloed op de betekenis van onze interacties, zowel met onszelf als met anderen. Gender, etniciteit, klasse, gezondheid en lichamelijk vermogen zijn geen aangeboren of vaststaande kenmerken van lichamen, laat staan corporale indicaties van fysieke, sociale, psychische of morele minderwaardigheid. Het zijn daarentegen dynamische fenomenen die de potentie hebben om noties van normaliteit en natuurlijkheid omver te werpen.<sup>47</sup>

In Deel I.III §10 van *Fenomenologie van de waarneming*, "De intentionaliteit van het lichaam" schrijft Merleau-Ponty: "Het bewustzijn is oorspronkelijk geen 'ik denk', maar een 'ik kan'."<sup>48</sup> Daarmee wordt bedoeld dat onze primaire oriëntatie naar de wereld wordt geconstitueerd door doen, niet door denken. Onze acties zijn altijd al betekenisvol, of wij er nu op reflecteren of niet. Hierbij komt dat denken als een bewuste activiteit net zo goed een vorm van doen is. Het is een manier van betrokken zijn op de wereld. Met dit 'ik kan', komt echter ook de mogelijkheid van een 'ik kan niet'. Iris Marion Young wijst hierop in haar essay *Throwing Like a Girl: A Phenomenology of Feminine Body Comportment, Motility, and*

<sup>46</sup> Analu Verbin, "Anorexia as Parody: Body, Femininity and Culture" in *Madness in Context: Historical, Poetic and Artistic Perspectives* (Leiden: Brill, 2011): 49.

<sup>47</sup> Gail Weiss, "The normal, the natural, and the normative: A Merleau-Pontian legacy to feminist theory, critical race theory, and disability studies," in *Continental Philosophy Review* 48 (Maart 2015): 78.

<sup>48</sup> M-P, 203.

*Spatiality*. Hierin schrijft Young over de invloed van geïnternaliseerd systemisch seksisme op de lichamelijke mogelijkheidservaring van meisjes en vrouwen. Door genderverwachtingen te belichamen, ervaren meisjes en vrouwen, al dan niet bewust, een geleefde spanning tussen het 'ik kan' en het 'misschien kan ik niet'. Dit gebrek aan vertrouwen in hun mogelijkheden is een direct gevolg van traditionele en differentiële patronen in onze socialisatie op basis van gender.<sup>49</sup>

Hetzelfde kan worden toegepast op concepten als etniciteit en gewicht. Wanneer de wereld wordt ervaren als een wereld die negatief staat tegenover een eigen lichamenlijk kenmerk, bijvoorbeeld dik zijn, omvat dit gegeven de volledige ervaren werkelijkheid. Het weigeren dit te belichamen, vergt daarmee een bewust trainen, kiezen en verzetten. Het is een 'onnatuurlijk' proces, waarin de belichaming van de wereld een natuurlijk en constant proces is. Wanneer de persoon in kwestie zich niet sterk genoeg acht om dit door te voeren, kan dit echter leiden tot een pathologisch proces van het creëren van 'tegennatuurlijke' gewoontes. Dit kan zich in de anorexia manifesteren in het creëren van een streven niet te eten wanneer er honger wordt ervaren.

Een feministische benadering heeft het klinische paradigma en de praktijk van klinische therapie in de behandeling van anorexia uitgedaagd. Het feministische paradigma zorgt er namelijk voor dat de benaming van anorexia als ziekte, in plaats van het benadrukken van de geleerde en verslavende aspecten van eetstoornissen, in twijfel getrokken moet worden. Daarbij wordt de rol van culturele concepten als de primaire en productieve rol in het ontstaan van anorexia gezien, in plaats van het zien van deze culturele concepten als slechts zijdelingse factoren. Ook zorgt het voor de mogelijkheid tot herconceptualiseren van de factoren van anorexia die normaliter gezien worden als betrekking hebbende op individuele pathologie, tot het niveau van sociale pathologie.<sup>50</sup>

Door middel van het implementeren van een kritische fenomenologische houding, komen we al dichter bij een idee van de ervaringen van de anorexiet in diens wereld, waaronder ook diens maatschappelijke rol, lichaamsbeleving en individuele geschiedenis vallen. In de hiernavolgende laatste paragraaf zal ons voorgaande onderzoek naar een fenomenologische benadering tot uiting komen in een ombuigen van het hersteldenken zoals dit in het eerste hoofdstuk besproken is. In plaats van de gerichtheid op het herstellen, zou de behandeling van de anorexiet een existentiële vorm aan moeten nemen: de anorexiet moet in diens behandeling 'zich her-stellen'.

---

<sup>49</sup> Iris Marion Young, "Throwing like a Girl: A Phenomenology of Feminine Body Compartment Motility and Spatiality" in *Human Studies* 3, no. 2 (1980): 154.

<sup>50</sup> Jordi Sanz en Ian Burkitt, "Embodiment, Lived Experience and Anorexia: The Contribution of Phenomenology to a Critical Therapeutic Approach." *Athenea Digital*, Nummer 0 (April 2001): 44.

### *Van herstellen naar zich her-stellen*

De huidige behandelingsmogelijkheden van de anorexiet lijken groot, met een keuze uit zeer veel verschillende lichamelijke en psychologische therapieën. Toch hebben deze therapieën een gezamenlijk fundament: het hersteldenken. Dit hersteldenken gaat voorbij aan de ziekte als ervaring, waardoor de anorexiet als zodanig niet behandeld wordt en er iets fundamenteel misgaat in de communicatie tussen de zieke en de behandelaar. Op een wankel fundament kun je geen stevig huis bouwen. De behandelingen die worden aangeboden aan de anorexiet slaan dan ook vaak de plank mis. De behandelingen van een inherent paradoxale ziekte als anorexia, met geen duidelijke oorzaak en geen bewezen geneesmiddel, lopen uit in teleurstelling en wanhoop, bij zowel behandelaar als anorexiet.

Rekening houdend met de ervaring van de anorexiet, viel het oog op de fenomenologie, in het bijzonder de lichamelijke fenomenologie van Merleau-Ponty en de daarop voortbouwende kritische fenomenologie. Wat nog rest, is een toepassing van deze theorieën op de behandelpraktijk. In plaats van een poging terug te keren naar een zogenaamd gezonde en crisisloze staat van zijn, moet de anorexiet diens ziekte proberen om te buigen tot een vruchtbare levenskunst. De anorexia moet op een andere manier opgenomen en belichaamd worden in de existentie. De anorexia moet her-steld worden.

Weten dat maatschappelijke verwachtingen belichaamd zijn in het implementeren en bespreken in de behandeling van de anorexiet, maakt een belangrijk deel uit van het anorectische her-stellen. Bij het anorectische her-stellen hoort dan ook het uitdagen van die maatschappelijke verwachtingen, zoals die van diëetcultuur en vrouwelijkheid. Om het anorectische her-stellen als hulpverlener of geliefde van de anorexiet te begeleiden, zal diegene net zo goed deze uitdagingen aan moeten gaan. Voor de hulpverlener zal dit keer op keer, per anorexiet en per gesprek moeten blijven gebeuren. Dit geldt net zo goed voor de anorexiet. Her-stellen is geen eenmalige onderneming, maar een constante dynamische verhouding tot de wereld, zoals de geleefde ervaring dat altijd is. Met het her-stellen wordt dit echter expliciet gemaakt en in elke stap geïmplementeerd. Dit houdt in dat de therapeut en verzorger hun objectieve positie en privilege opgeven en gaan werken met de betekenissen van de anorexiet, op een fenomenologische en praktische manier.

Een exploratie van de eigen belichaamde en geleefde ervaring van de anorexiet zou elementen kunnen bevatten die gebruikt kunnen worden bij een verlichting of verzachting van het lijden. Er bestaat een noodzakelijkheid van wederzijds begrip tussen de anorexiet en diens verzorgers. De verzorger en anorexiet moeten gelijktijdig actief zijn. De inzet en de lichamelijke acties van de anorexiet kunnen met de juiste verzorging omgezet worden tot een positieve kracht om te veranderen. Op deze manier kunnen het lijden en de nood van de anorexiet niet genegeerd worden of weggezet worden als het gevolg van een ziekte, maar is en blijft men betrokken bij dit lijden, in de context van een wederzijdse menselijke relatie, die bovendien gesitueerd is in een bepaalde cultuur. Therapie wordt een positief dialogisch proces, waarbinnen gereflecteerd wordt op een ambivalente en ambigue realiteit en waarin wordt gewerkt met de praktische context van de handeling, waardoor de anorexiet nieuwe mogelijkheden om te handelen kan creëren.

Een fenomenologische behandelpraktijk probeert het anorectische, wat inherent aan de ervaring en daarmee de wereld van de anorexiet is, te her-stellen. Als we de anorexiet willen helpen, moeten we die niet willen 'redden' van de anorexia, want daarmee laten we juist de anorexiet verdwijnen. We moeten erkennen dat de anorectische wereld voor de anorexiet de werkelijke is. Er moet iets aan deze wereld veranderen, willen we de anorexiet niet de dood of een leven vol lijden in jagen. Deze verandering doet de wereld echter niet verdwijnen. We helpen slechts de anorexiet om zich in diens lichaam, ervaring en wereld te her-stellen, om diens constant veranderende horizon te begeleiden naar een horizon die vruchtbaarheid brengt. Om dit te bereiken moet de anorexiet mogen spreken.

Hoe een daadwerkelijke praktijk van het anorectische her-stellen eruit ziet, is moeilijk te beschrijven, aangezien dit anders zal zijn voor elke anorexiet. Waar het om gaat, is het opzetten van een behandeltraject waarin de anorexiet samen met diens behandelaren op zoek gaat naar diens eigen belichaming en interoceptie. Hierbij wordt gezocht naar manieren waarop het destructieve en leedvolle naar de wereld zijn van de patiënt omgebogen kan worden naar een constant her-stellen en her-ontdekken van een levenswijze waarop het leven van de anorexiet draagbaarder is. Waar herstellen zich richt op de belichaming ‘zoals het hoort’, wordt er in het anorectische her-stellen onderzocht hoe de belichaming op dat moment in elkaar zit. Vanuit daar kan geprobeerd worden om een minder schadelijke houding te vinden, die ook bij de anorexiet lijkt te passen.

Mocht de anorexiet moeten aankomen om hun gezondheidsrisico te verminderen, dan is het extra belangrijk om elke keer opnieuw bezig te blijven met de gevoelens die het veranderende lichaam met zich meebrengt. In het huidige herstel wordt er tijdens het aankomen vooral gericht op het getal op de weegschaal en het BMI waar de patiënt binnen een bepaalde tijd naartoe moet. Het anorectische her-stellen zoekt naar manieren waarbij er zo min mogelijk op de getallen wordt gelet en waarbij er vooral aandacht wordt besteed aan de gevoelens en gedachten die de anorexiet heeft en aan de geïnternaliseerde maatschappelijke verwachtingen die hier invloed op uitoefenen. Dit kan per persoon op een andere manier gaan. Zo kan de een baat hebben bij het visueel weergeven van deze gevoelens middels creatieve therapie, terwijl een ander middels danstherapie of PMT zoekt naar de manieren waarop bepaalde bewegingen en houdingen het ervaren van ongemak kunnen verlichten en weer een ander een gesprek nodig heeft.

Bij elke interventie – of die nu gericht is op het lichaam, de gevoelens, de gedachten of de handelingen van de anorexiet, op de maatschappij waarin de anorexiet zich bevindt of op de relaties van de anorexiet met vrienden of familie – wordt er vooral gelet op het lijden van de patiënt en op een manier waarop dit lijden te dragen valt. Het is dus geen streven naar een productief leven zonder lijden, maar naar een leven dat draagbaar en vruchtbaar is voor de anorexiet. De anorexiet leert zich te blijven her-stellen, totdat hen het eventueel kan zonder hulp van een behandelaar. Wanneer de honger en de leegte weer roepen, weet de anorexiet diens horizon te verleggen, om zo het leven weer op een andere manier tegemoet te treden.

## Slot

*Laat mij, de anorexiet, afsluiten en het laatste woord hebben. Het is inmiddels mijn her-stellen waar het hier om gaat. Ik ben echt niet zomaar van mijn ‘ziekte’ af, na dit alles uitgewerkt te hebben. Soms werd deze me zelfs weer te veel, waardoor de scriptie moest blijven liggen. Er was geen ruimte voor de student. Nu kunnen zij allebei bestaan, de student en de anorexiet. Het stelt gerust om te begrijpen waarom ze mij zo hopeloos en opstandig maakten, die behandelingen gericht op herstel. Ik was geen feeks die zich ongegrond ongezien voelde, die als enige niet kon inzien wat de waarheid was. Mijn gevoel van eenzaamheid was gegrond in een epistemisch onrecht. De behandelaar zag ‘disease’, ik zag ‘illness’. Samen kwamen we nergens. Het mag wel degelijk, mijn eigen geleefde ervaring weerspiegeld willen zien in mijn behandeling. Die ervaring is ambigu, niet alleen voor jou, maar ook altijd voor mij. Zoek je echter ook goed naar jezelf, dan herken je die ambiguïteit. Waarom ben ik dan degene die het fout heeft? Kunnen we er niet samen achter komen wat de wereld voor ons behelst? Altijd was ik alleen, nu ken ik eindelijk een beetje samen. Hersteld zijn zal ik misschien nooit bereiken, maar mijzelf her-stellen kan ik blijven doen, blijven oefenen, totdat het steeds een beetje leefbaarder wordt.*

## Literatuur

- Arcelus, Jon; Mitchell, Alex J.; Wales, Jackie; Nielsen, Soren.** “Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders A Meta-analysis of 36 Studies.” In *Arch Gen Psychiatry* 68, Nummer 7 (July 2011): 724-731.
- Arnaud, Sabine.** *On Hysteria, The Invention of a Medical Category between 1670 and 1820.* The University of Chicago Press, 2015.
- Carel, Havi.** *Phenomenology of Illness.* Oxford University Press, 2016.
- Charon, Rita.** “Afterword.” In *Notes From Sick Rooms.* Ashfield: Massachusetts, 2012.
- Denys, Damiaan en Gerben Meynen (redactie).** *Handboek psychiatrie en filosofie.* Amsterdam: Boom uitgevers, 2012.
- Driel, Sanne van.** *De strijd van het kleine meisje: een filosofie van anorexia.* Zoetermeer: Uitgeverij Klement, 2016.
- Eknoyan, Garabed.** “Adolphe Quetelet (1796–1874)—the average man and indices of obesity.” In *Nephrology Dialysis Transplantation* Volume 23, Issue 1 (januari 2008): 47–51.
- Garland-Thomson, Rosemarie.** “Misfits: A Feminist-Materialist Disability Concept.” In *Hypatia.* Maart 2011.
- Hoek, H.W. en Elburg, A.A. van.** “Voedings- en eetstoornissen in de DSM-5.” In *Tijdschrift voor psychiatrie* 56. Nummer 3 (2014).
- Husserl, Edmund.** *Cartesian meditations: an introduction to phenomenology.* Dordrecht: Springer Netherlands, 1977.
- Jackson-Gibson, Adele.** “The Rascist and Problematic History of the Body Mass Index.” Artikel op [www.goodhousekeeping.com](http://www.goodhousekeeping.com) (23 februari, 2021).
- Johannisson, Karin.** *Het duistere continent: dokters en vrouwen in het fin-de-siècle.* Amsterdam: Van Gennep, 1995.
- Kusters, Wouter.** *Filosofie van de waanzin.* Rotterdam: Lemniscaat, 2018.
- Lajoie, Corinne.** “A Critical Phenomenology of Sickness.” In *Symposium* 23, Nummer 2 (Herfst 2019): 49-66.
- Leder, Drew.** “Anorexia: A Disease of Doubling” In *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 20, Nummer 1, Johns Hopkins University Press (Maart 2013): 93-96, Project Muse.
- Merleau-Ponty, Maurice.** *Fenomenologie van de waarneming.* Vertaling door Douwe Tiemersma en Rens Vlasblom. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2009. Oorspronkelijk verschenen onder de titel *Phénoménologie de la perception* (Parijs: Éditions Gallimard, 1945).
- Osler, Lucy.** “Controlling the noise: A phenomenological account of Anorexia Nervosa and the threatening body.” In *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 28, Nummer 1 (Maart 2021): 41-58. Project Muse.
- Prins, A.W.** “Het wordt niet beter, het kan niet beter.” In *Filosofie bij herstelondersteuning*, Kenniscentrum Phrenos (2018).
- Sanz, Jordi en Ian Burkitt.** “Embodiment, Lived Experience and Anorexia: The Contribution of Phenomenology to a Critical Therapeutic Approach.” In *Athenea Digital*, Nummer 0 (April 2001): 38-52.
- Slob, Marjan.** “De maatschappij heeft het gedaan.” In *De Volkskrant* (13 januari 2020).
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., e.a.** “Binge-eating disorders: A multisite field trial of

- the diagnostic criteria.” *International Journal of Eating Disorders*, 11 (1992).
- Steinhausen, Hans-Christoph.** “The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century.” In *Am J Psychiatry* 159:8 (Augustus 2002).
- Svenaesus, Frederik.** “Anorexia Nervosa and the Body Uncanny: A Phenomenological Approach.” In *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 20, Nummer 1 (Maart 2013): 81-91. Project Muse.
- Tanenbaum, Sandra J.** “The Role of “Evidence”” In *Recovery from Mental Illness* (2006).
- Thomas, R.V. en G. Maurits.** *Psychiatry under pressure: Reflections on psychiatry’s drift towards a reductionist biomedical conception of mental illness.* Katholieke Univeriteit Leuven en Radboud Universiteit Nijmegen Medisch Centrum (2006).
- Van Asseldonk, G.A.E.G.; van Duinen, J.J.; Former-Boon, M.; van Nuland, R.** “Ondervoeding.” In *Zakboek ziektegerelateerde ondervoeding bij volwassenen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017: 8-15.
- Verbin, Analu.** “Anorexia as Parody: Body, Femininity and Culture”. In *Madness in Context: Historical, Poetic and Artistic Perspectives* (Leiden, The Netherlands: Brill, 2011): 47-55.
- Voswinkel Marthe M. et al.** “Externalizing your eating disorder: a qualitative interview study” in *Journal of Eating Disorders* 9:128 (2021): <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00486-6>
- Weiss, Gail.** “The normal, the natural, and the normative: A Merleau-Pontian legacy to feminist theory, critical race theory, and disability studies.” In *Continental Philosophy Review* 48 (Maart 2015): 77-93.
- Woolf, Virginia.** *On Being Ill.* Ashfield: Massachusetts, 2012.
- Young, Iris Marion.** “Throwing like a Girl: A Phenomenology of Feminine Body Comportment Motility and Spatiality.” In *Human Studies* 3, no. 2 (1980): 137–56.

## *Overige bronnen*

### **GGZ standaarden, richtlijnen eetstoornissen 2008.**

<https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/eetstoornissen-richtlijn-2008>

### **Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5).**

American Psychiatric Association, Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition.*

### **Maintenance Phase.**

Podcast, aflevering over BMI:

<https://maintenancephase.buzzsprout.com/1411126/8963468-the-body-mass-index>



## *Lijst met afkortingen*

**AN** = Anorexia Nervosa

**ASS** = Autisme Spectrum Stoornis

**ADHD** = Attention Deficit Hyperactivity Disorder (in het Nederlands spreekt men van 'aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit').

**BMI** = Body Mass Index

**CGT** = Cognitieve gedragstherapie

**DSM** = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**IPT** = Interpersoonlijke therapie

**M-P** = Merleau-Ponty, Maurice. *Fenomenologie van de waarneming*. Vertaling door Douwe Tiemersma en Rens Vlasblom. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2009. Oorspronkelijk verschenen onder de titel *Phénoménologie de la perception* (Parijs: Éditions Gallimard, 1945).

**PMT** = Psycho-motorische therapie

*Het ascetisch ideaal is een kunstgreep bij de instandhouding van het leven...- ja, ook wanneer hij zich verwondt, deze meester van de vernietiging, de zelfvernietiging, dan nog is het de wond die hem ertoe dwingt verder te leven...*

- Nietzsche, *De genealogie van de moraal*