

Hoofdstuk 15 Partnerrelatie en ouderschap

Jan Norré

Anorexia en boulimia nervosa worden in de literatuur traditioneel beschreven als stoornissen bij jongeren of adolescenten. In de hulpverlening worden we echter steeds vaker geconfronteerd met volwassen vrouwen met een eetstoornis. Dit betekent dat er binnen de totale populatie van patiënten met een eetstoornis een (groeierende?) groep vrouwen bestaat, die samenwonen of gehuwd zijn en ook kinderen kunnen hebben. Omdat een eetstoornis een belangrijke invloed heeft op diverse domeinen van het leven van de betrokkene, zal dit vragen opwerpen over de partnerrelatie, de kinderwens en de relatie met de kinderen. Deze vragen gaan in twee richtingen, omdat de beïnvloeding wederzijds positief of negatief kan verlopen. Welke invloed heeft de eetstoornis op de relatie met de partner en met de kinderen? Welke impact hebben mogelijke problemen in de partnerrelatie (of de opvoeding van de kinderen) op het verloop van de eetstoornis? Welke plaats heeft de partner in de behandeling van de eetstoornis? Op deze vragen wil dit hoofdstuk een antwoord pogen te bieden. Daarnaast wordt ook ingegaan op de problematiek van (on)vruchtbaarheid en kinderwens bij (ex-)patiënten.

1 KENMERKEN VAN DE PARTNERRELATIE

In de literatuur bestaat betrekkelijk weinig aandacht voor de groep van vrouwen met een eetstoornis die een vaste partner en eventueel kinderen hebben (voor een overzicht, zie Norré & Vandereycken 1999; Van den Broucke, Vandereycken & Norré 1997; Woodside e.a. 1993, Dimitropoulos, Lackstrom & Woodside, 2007).

Een eetstoornis bij volwassenen kan het gevolg zijn van het chronische verloop van een (onbehandelde of verborgen) eetstoornis, of van een soms langdurige ziektegeschiedenis met verschillende niet-succesvolle therapiepogingen. Maar de mogelijkheid bestaat ook dat een eetstoornis voor het eerst op volwassen leeftijd opduikt. Bij een grondige anamnese van de beleving van lichaam, voeding en gewicht blijkt vaak dat er vroeger reeds tekenen van een eetstoornis aanwezig waren. Deze signalen werden niet als zodanig onderkend door de betrokkene of haar omgeving, of de eetstoornis had geen belangrijke invloed op het dagelijkse functioneren, zodat er geen hulpvraag was. De enige twee studies die alleenstaande volwassen vrouwen met een eetstoornis vergeleken met zij die een partner hadden, stelden vast dat de klinische kenmerken niet verschilden tussen beide groepen, maar dat de uitlokkende factor voor de eetstoornis bij vrouwen met partner in de relatie diende gezocht te worden (Dimitropoulos, Lackstrom & Woodside, 2007).

In de bestaande studies is de relationele status (samenwonend/gehuwd) maar al te vaak niet gespecificeerd. De cijfers variëren tussen 16 en 33 %, maar dit is slechts een grove schatting omdat systematisch vergelijkend onderzoek op grote groepen ontbreekt. Een belangrijke vaststelling is dat 47,5 % van de vrouwen die zijn behandeld voor anorexia nervosa twaalf jaar na behandeling zonder partner zijn gebleven, hetgeen duidelijk hoger is dan een willekeurige steekproef uit de algemene bevolking (Van den Broucke, Vandereycken & Norré 1997).

De fysieke en psychologische karakteristieken van volwassen eetstoornispatiënten zijn vergelijkbaar met de kenmerken van de vaak beschreven en onderzochte groep jongeren, behalve wat betreft de ernst van de symptomatologie. De uitlokkende factoren van een eetstoornis op volwassen leeftijd sluiten vaak aan bij de volwassen levensfase:

zwangerschap of geboorte, huwelijksproblemen, problemen bij het loskomen van de eigen ouders, problemen met de opvoeding van de eigen kinderen. De prognose is in het algemeen slechter dan bij jongeren (zie ook hoofdstuk 3), waarbij in de literatuur de partnerrelatie vaak wordt aangewezen als een factor die het herstelproces negatief beïnvloedt. Dit wordt bevestigd door Bussolotti et al (2002). Zij vergeleken drie groepen volwassen vrouwen met een eetstoornis. Zij die samen leefden met een partner vertoonden een ernstigere eetstoornisproblematiek in vergelijking met zij die er een L.A.T.-relatie op na hielden of zij die alleen leefden.

Uit onderzoek bij verschillende psychiatrische stoornissen, zoals depressie, agorafobie en alcoholisme, blijkt dat een psychiatrische stoornis bij de ene partner leidt tot een verhoogd risico op emotionele problemen bij de 'gezonde' partner (zie Van den Broucke, Vandereycken & Norré 1997). De belaste draagkracht van deze laatste interfereert dan met diens vermogen om constructief te reageren op de problemen van de 'zieke' partner. Maar wie zijn die mannen die zich aangetrokken voelen tot een vrouw met een uitgemergeld lichaam, of tot een vrouw die zich terugtrekt in de wereld van haar eetstoornis? Waarom neigen sommige mannen ertoe de eetstoornis van hun partner te negeren, of blijken ze jarenlang blind te zijn geweest voor de eetstoornis? En wat drijft andere mannen ertoe zich vol toewijding en geduld te wijden aan de zorg voor hun 'zieke' vrouw?

Afhankelijk van het tijdstip waarop de eetstoornis opduikt in de relatiegeschiedenis worden er in de literatuur verschillende hypothesen geformuleerd over de invloed van de aanwezigheid van de partner op het verloop van de eetstoornis. Als de vrouw een eetstoornis had vóór de aanvang van de relatie, zou de eetstoornis een beslissende rol hebben kunnen spelen in de partnerkeuze. Bijvoorbeeld dat de vrouw niet voor deze partner zou hebben gekozen als ze geen eetstoornis zou hebben gehad. Nu is ze maar al te blij dat ze iemand heeft, want ze heeft het gevoel dat ze een beter iemand niet verdient. Deze realiteit heeft echter een keerzijde: haar kwetsbare zelfbeeld roept ook verlatingsangsten op en de eetstoornis kan een reactie daarop zijn, of een manier om ermee om te gaan. Daartegenover staat een man die voor deze vrouw gekozen heeft vanwege persoonlijke reddersfantasieën, of op grond van zijn eigen identiteitsproblemen. Hij kan zich alleen maar goed voelen in relaties als hij zorg kan dragen voor de ander, wat hem de zekerheid biedt dat hij iets betekent voor de ander.

Als de eetstoornis ontstaan is na het begin van de relatie, kan dit geleid hebben tot een verstrengeling ('*collusie*') tussen de partners. Twee onvolwassen persoonlijkheden hebben zich dan genesteld in een wederzijdse afhankelijkheid ('*co-dependentie*'), waarbij de man de rol vervult van de verzorger van de zieke vrouw. Dergelijke collusies kunnen dermate sterk zijn dat de 'gezonde' partner direct of indirect de bizarre eetgewoonten van zijn vrouw erkent of er zelfs in participeert. De kracht van zo'n collusie wordt bepaald door de positieve functie die deze voor beide partners heeft: ze reduceert in sterke mate de verlatingsangsten die beiden hebben. De collusie vindt zijn oorsprong in een geblokkeerd individuatie-separatieproces: geen van beide partners is erin geslaagd om vanuit het gezin van herkomst een eigen autonomie en identiteit te verwerven. Zij aanvaardden een 'valse' voorstelling van hun identiteit, waarbij ze van elkaar verwachten dat ze sterk, liefdevol en beschermend zijn tegenover elkaar. Deze collusie kan in sterke mate de houding van de partner tegenover therapie bepalen. Als zorgdrager voor zijn 'zieke' vrouw zal hij ofwel zich té actief willen laten betrekken bij elke stap in de therapie, ofwel de concurrentie aangaan met de therapeut, ervan uitgaand dat hijzelf de meest geschikte persoon is om zijn vrouw te helpen (zie verder §3). Dit patroon wordt bevestigd in een kwalitatief onderzoek bij mannen, die samenleven met een partner met een eetstoornis: slechts een kleine groep van deze mannen stelt zich niet ondersteunend op tegenover de eetstoornisproblematiek (Alexos 2004). Nochtans werden er geen verschillen in klinische kenmerken gevonden tussen de vrouwen die een eetstoornis hadden voor aanvang én na aanvang van de partnerrelatie (Bussolotti et al, 2002).

Deze opvattingen zijn echter vaak gebaseerd op gevalsstudies. Uit vergelijkend onderzoek (zie Van den Broucke, Vandereycken & Norré 1997) blijkt dat de partners van vrouwen met een eetstoornis niet méér symptomen van spanning of stress vertonen dan mannen in een relatie zonder psychiatrische problematiek. Ze scoorden zelfs beter dan

mannen van paren die hulp zochten omwille van relationele moeilijkheden. Evenmin is er onderzoeksevidentie voor een kwantitatieve, noch voor een kwalitatieve correlatie tussen het psychopathologische profiel van vrouwen met een eetstoornis en dat van hun partners. Dit spreekt de theorie tegen dat er een gelijkenis zou zijn in de psychopathologie van beide partners ('soort zoekt soort', oftewel *assortative mating*). Dit onderzoek is gebaseerd op zelfobservatievragenlijsten ingevuld door de man én het moment van invullen gebeurde bij aanvang van de therapie. Het zou een interessant onderzoeksproject zijn mocht dezelfde meting herhaald worden op het moment dat het herstelproces van de vrouw gunstig verloopt.

Er is weinig specifiek onderzoek verricht naar de kenmerken van de partnerrelatie van eetstoornispatiënten. De Belgische psycholoog Stephan Van den Broucke is tot nu toe de enige die op een grondige wijze diverse aspecten hiervan heeft onderzocht (Van den Broucke, Vandereycken & Norré 1997). Hij vond dat de relatie van eetstoornispatiënten gekenmerkt wordt door een gebrek aan openheid en intimiteit. Dit betekent dat de negatieve communicatie (conflicten) wordt vermeden én er is een gebrek aan of zelfs afwezigheid is van positieve communicatie. Dit gebrek aan intimiteit wordt bevestigd door Canadees onderzoek, waarbij enkel de eetstoornispatiënten dit rapporteerden én hun partner niet; die zijn tevreden met het niveau van intimiteit in hun relatie (Woodside e.a. 2000). Verder stelde Van den Broucke vast dat beide partners in de relatie een aantal vaardigheden missen om openlijk en effectief met elkaar te communiceren. Anderzijds slagen ze er wel in om de destructieve stijl te vermijden die kenmerkend is voor paren met relatieconflicten. Vermijding is hun voorkeurstrategie om met een conflict binnen de relatie om te gaan. Ten slotte vonden Van den Broucke en medewerkers geen aanwijzingen voor een machtsstrijd (strijd om de controle) in de relatie. Het zou evenwel kunnen dat de vrouw haar symptomatologie gebruikt om een eventuele machtsongelijkheid te compenseren of het evenwicht te herstellen. In elk geval waarschuwt dit onderzoek ervoor om niet zonder meer een problematische partnerkeuze of relatieproblematiek te veronderstellen bij patiënten met een eetstoornis.

Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat de emotionele toegankelijkheid door beide partners van de dynamiek in de relatie, de benadering van het paar van de eetstoornis, ondersteuning, vertrouwen, aanvaarding, communicatie, intimiteit en veiligheid het verloop en de instandhouding van de eetstoornis bepalen. (Kenyon 2007)

2 Kinderwens en ouderschap

Vele vrouwen met eetstoornissen kennen milde tot ernstige vruchtbaarheidsproblemen (Norré, Vandereycken & Gordts 2001). De extreme veranderingen in gewicht en eetgedrag veroorzaken diverse stoornissen in de hormonale huishouding. Bovendien zijn deze hormonale stoornissen niet alleen een kenmerk van anorexia nervosa, maar van alle vormen van eetstoornissen (Poyastro Pinheiro e.a. 2007). Daarnaast kunnen deze vruchtbaarheidsproblemen ook een weerspiegeling zijn van relatieconflicten en/of ambivalente gevoelens tegenover een kindwens en/of de moederrol.

Een zwangerschap of bevalling kan ook de uitlokkende factor van een eetstoornis zijn. Immers, de realiteit van een derde dwingt het paar om op zoek te gaan naar een nieuw relationeel evenwicht én de hierdoor veroorzaakte relationele spanningen kunnen een trigger zijn in het ontstaan of heropflakken van een eetstoornis. Onderzoek van Fairburn en Welch (1990) heeft aangetoond dat vele vrouwen bezorgd zijn over de gewichtstoename tijdens de zwangerschap en daarover vaak onrealistische verwachtingen hebben. Ze stellen zich dan ten doel zo weinig mogelijk aan te komen en zo spoedig mogelijk na de geboorte hun oorspronkelijke gewicht opnieuw te bereiken. Tijdens de zwangerschap is de diagnose van een eetstoornis niet zo vanzelfsprekend. De eetproblemen worden ondergerapporteerd omwille van schaamte en schuld. Het braken tijdens de zwangerschap (*hyperemesis gravidarum*) kan een medische oorzaak hebben, maar bij kwetsbare individuen in stand gehouden worden door psychologische factoren. Risicofactoren zijn:

- blijven braken na twintig weken zwangerschap;
- er niet in slagen om een voor de zwangerschapsfase gezonde gewichtsstijging te behalen;

- een voorgeschiedenis hebben van lijnen, relationele moeilijkheden of depressie (Tiller & Treasure, 1998).

Ook de postnatale periode is een kwetsbare fase waarin een eetstoornis, vaak in combinatie met een postnatale depressie, kan ontstaan.

Een eetstoornis verhoogt het risico op verwickelingen in het verloop van de zwangerschap en de bevalling. Uit diverse onderzoeken komen steeds dezelfde bevindingen terug: een verhoogd risico op miskraam, meer geboorten via keizersnede, meer vroeggeboorten en een uitgesproken lager geboortegewicht (Franko e.a. 2001, Kouba e. A. 2005; Micali, Simonoff & Treasure 2007).

Over de invloed van een zwangerschap op de eetstoornis zijn de bevindingen tegenstrijdig, doch na de bevalling blijken heel wat vrouwen een terugval mee te maken of wordt hun (sluimerende) eetstoornis zelfs ernstiger (Morgan, Lacey & Sedwick 1999; Waugh & Bulik 1999). Bovendien waarschuwen verschillende auteurs voor het verhoogd risico op een postnatale depressie bij vrouwen met een eetstoornis.

Een zeldzame vorm van verwaarlozing komt voor bij vrouwen met een eetstoornis die hun kind voedsel ontzeggen. De eetstoornis interfereert dusdanig met het zorggedrag voor het kind, dat deze vrouwen signalen van hun kind niet erkennen en het voeden van hun kind als een stressvolle gebeurtenis ervaren (Russell, Treasure & Eisler 1998; Stein, Woolley & McPherson 1999). Ook in het speelgedrag van hun kinderen komen deze vrouwen meer controlerend over (Stein & Woolley 1996). Enkele gevalsstudies (Timimi & Robinson 1996; Franzen & Gerlinghoff 1997) waarschuwen voor opvoedingsproblemen en bestempelen deze kinderen als een risicogroep voor gedragsmoeilijkheden. Bovendien blijkt deze ouder-kindrelatie een weerspiegeling te zijn van de problematische partnerrelatie (Woodside & Shekter-Wolfson 1990; Franzen & Gerlinghoff 1997). Ook werd beperkt onderzoek gedaan naar de impact van de eetstoornis van de moeder op de lichaamsbeleving van hun opgroeiende dochters: de mate waarin de moeder gepreoccupeerd is met lichaam en gewicht verhoogt het risico op een dergelijk gedrag bij hun dochters in hun puberteit (Franzen & Florin 1995).

Follow-uponderzoek (Stein e.a. 2006a) bevestigt dat kinderen die minimum vijf jaar samenleefden met een moeder met een eetstoornis op de leeftijd van tien jaar méér gestoorde eetgewoonten vertoonden dan controlekinderen. Er zijn bovendien aanwijzingen dat deze kinderen een risicogroep vormen voor het zelf ontwikkelen van een eetstoornis. Anderzijds kan opvoedkundige hulp via videofeedback de omgang tussen deze moeders en hun jonge kinderen verbeteren (Stein e.a. 2006b).

3 ROL VAN DE PARTNER BIJ DE BEHANDELING

Indicaties voor relatietherapie in de literatuur maken steeds onderdeel uit van een multidimensionale behandeling van de eetstoornis (Norré & Vandereycken, 1993):

- wanneer individuele therapie faalt,
- wanneer beide partners relatieconflicten aangeven als problematisch,
- wanneer de partner sterk genoeg lijkt om zich te engageren aan veranderingen in de relatie,
- wanneer het begin van de eetstoornis samenvalt met het begin van de relatie of met een belangrijke relatiecrisis,
- de realiteit van een zwangerschap (Micali & Schmidt 2006; Zerbe 2007).

De essentie van partnerrelatietherapie bestaat erin de focus weg te halen van de eetstoornis en te richten op de voor beiden problematische aspecten van de relatie (Foster 1986; Woodside e.a. 1993). Het gestoorde eetgedrag wordt vertaald in relationele of interactionele termen. Tot op heden is er geen enkele effectstudie gedaan die de therapeutische (meer)waarde van relatietherapie bij deze groep patiënten heeft aangetoond (zie ook review Dimitropoulos, Lackstrom & Woodside, 2007).

Maar relatietherapie is niet de enige manier waarop de partner een rol toebedeeld krijgt in de behandeling. Er is allereerst behoefte aan informatie en voorlichting (psycho-educatie) en

verder zoeken deze partners evenzeer advies en steun (zie hoofdstuk 18). Hier bespreken we de belangrijkste invalshoeken om een partner in de behandeling te betrekken.

De mate waarin de partnerrelatie het verloop van de eetstoornis beïnvloedt en vice versa is bij de behandeling niet onbelangrijk. Dit interactieproces kan tijdens het verloop van de therapie van de eetstoornis niet genegeerd worden. Daarom dienen de intake en probleemverkenning (taxatie) bij deze groep patiënten mede om uit te zoeken hoe de partner betrokken kan worden bij het verdere verloop van de therapie. De literatuur is erg mager over dit thema (zie Norré & Vandereycken 1999), zodat we ons grotendeels baseren op eigen ervaringen in de hulpverlening aan eetstoornispatiënten die samenleven met een heteroseksuele partner (hierna gemakshalve 'gehuwde' patiënten genoemd).

3.1 Taxatie van de partnerrelatie

Bij een vrouw met een eetstoornis én samenleeft met een partner, beschouwen we het als een vast onderdeel van de intakeprocedure om de partner uit te nodigen voor een gesprek (meestal samen met zijn vrouw), net zoals dit gebeurt met de ouders van jongere patiënten (zie hoofdstuk 14). Dit biedt allereerst aan de partner de gelegenheid om zijn verhaal te doen over de problematiek van zijn vrouw. De dagelijkse confrontatie met het gestoorde eetgedrag van zijn vrouw leidt ook bij hem (al dan niet erkend) tot de nodige spanningen en onzekerheden over hoe hiermee om te gaan. Dit kan leiden tot een uiteenlopende waaier van emotionele reacties. Vooral wanneer zijn vrouw eetbuien en gewichtreducerende gedragspatronen vertoont, is hij vaak geschokt door de absurditeit van dergelijk eetgedrag of door het stiekeme karakter ervan. Hij kan niet begrijpen waarom zijn vrouw dit (soms jaren!) voor hem verborgen heeft gehouden. Deze geheimhouding leidt tot een vertrouwenscrisis in de partnerrelatie.

Joke

Inmiddels is Joke 26 jaar als ze zich aanmeldt voor therapie. Ze vertelt dat ze rond haar 17e een periode van vermagering heeft meegemaakt, toen er conflicten waren met haar ouders over haar toenmalige vriend. Nadat ze was gaan studeren had ze stiekem eetbuien en braken ontwikkeld. Voor de buitenwereld verliep alles normaal, omdat haar gewicht genormaliseerd was en haar studie tot op heden probleemloos verlopen was. Maar in de studentenstad leefde ze geïsoleerd; haar leven bestond uit naar de les gaan, studeren en knoeien met eten. Contacten met leeftijdgenoten, zeker met jongens, ging ze uit de weg. Nochtans leerde ze tijdens het vierde studiejaar Wim kennen. Pas twee jaar later durfde ze hem iets te vertellen over haar boulimie. Ze moest hem toch een verklaring geven waarom ze bleef weigeren om samen te wonen. Hij reageerde vol begrip en wilde haar helpen. Na lang twijfelen besloot ze toch in te gaan op zijn voorstel om te gaan samenwonen. Toen hij ten volle met de ernst van haar probleem geconfronteerd werd, moedigde hij haar aan hulp te zoeken. Tijdens het intakegesprek samen geeft Wim toe dat hij met tegenstrijdige gevoelens zit tegenover haar eetgedrag. Hoezeer hij ook wil helpen, hij geeft toe toch wel geschokt te zijn door Jokes eetpraktijken. Hij voelt zich machteloos en het weegt hem soms zwaar, temeer daar zijn moeder sinds haar scheiding ook vaak beroep doet op hem.

Psychosociaal functioneren van de partner

In het gesprek kan de hulpverlener ook het psychosociale functioneren van de partner evalueren. Belangrijke aandachtspunten zijn de wijze waarop hij omgaat met haar eetstoornis en zijn persoonlijke emotionele draagkracht. Hoewel het eerder vermelde onderzoek aangeeft dat deze mannen er emotioneel niet zo slecht aan toe zijn, kan er in individuele gevallen toch sprake zijn van psychiatrische problematiek, hetzij als primair probleem in de individuele levensgeschiedenis van de man, hetzij secundair als reactie op de eetstoornis.

Relatie

Een interview met het echtpaar stelt de therapeut in staat om zich een beeld te vormen van de kwaliteit van de huwelijksrelatie -- door rechtstreekse vragen te stellen, maar vooral door te observeren hoe ze met elkaar communiceren, hoe ze reageren op elkaars uitlatingen, hoe ze omgaan met verschillen binnen de relatie en hoe ze affectie tonen tegenover elkaar.

Homeostase

Gezamenlijke gesprekken maken het ook mogelijk om de mogelijke 'homeostatische' functie van de eetstoornis binnen de relatie te verkennen: Welk belang heeft elke partner erbij dat de eetstoornis aanwezig is (en blijft) in deze relatie? Dit gebeurt natuurlijk op een voorzichtige en hypothetische wijze, om schuldinductie of weerstand ten aanzien van de therapie bij beide partners te vermijden.

Therapiemotivatie

Tegelijkertijd met deze verkenning trachten we ook de terapiemotivatie van de man te peilen en aan te scherpen. Heel wat partners verkijken zich op de draagwijdte, ernst en complexiteit van de eetstoornis van hun vrouw. Sommigen nemen zelfs een minimaliserende houding aan en zijn haar bondgenoot in de ontkenning of minimalisering van haar problematiek. Anderen verbergen hun angst of hulpeloosheid achter een agressieve of kritische houding tegenover de therapie of therapeut. Hun emotionele reacties kunnen ingegeven zijn door een zekere 'ziektewinst': het gegeven dat het ook hem goed uitkomt dat zij een eetstoornis heeft. Zo kan haar eetstoornis hem 'helpen' zijn kwetsbaarheden te verbergen.

Eén van de meest betekenisvolle voordelen van een anorectische levenswijze in een huwelijk is dat zij beide partners helpt conflicten te vermijden. Voor de vrouw zijn anorectische gedragspatronen een ideale demper van intense (negatieve) gevoelens, dus ook jegens de partner of de relatie. Door conflicten te vermijden onderdrukt ze haar eigen behoeften en verkiest ze hem te behagen. Dit kan de partner uiteraard goed uitkomen: ook hij hoeft het conflict niet aan te gaan uit angst de anorectische symptomen te versterken. Wat is er prettiger dan een partner die zich inspant om je verlangens te vervullen?

Als de eetstoornisproblematiek een lichamelijke afstand creëert en seksuele intimiteit zelfs onmogelijk wordt (zie hoofdstuk 13), kan dit ook de partner goed uitkomen om zijn persoonlijke seksuele twijfels of problemen te verbergen. Hoewel vrouwen met boulimia nervosa meestal seksueel actiever zijn, kunnen ook bij hen de eetbuien en de lichaamsbeleving een manier zijn om de partner op (lichamelijke) afstand te houden. Zo gebruiken ze de eetbuien als antwoord op hun huwelijksproblemen. De eigen wereld van de eetstoornis kan dan een manier zijn om zich terug te trekken en tijd te nemen voor zichzelf, of het kan een manier zijn om te rebelleren tegen een al te dominante of controlerende partner.

3.2 Relationele thema's

We bespreken nu zes belangrijke thema's die aan bod komen in gesprekken met gehuwde patiënten en hun partners (zie ook Norré & Vandereycken 1999).

De rol van voedsel en fysieke aantrekkingskracht

Voeding, gewicht en fysieke aantrekkingskracht zijn cruciale thema's in een relatie waar de vrouw lijdt aan een eetstoornis. Het is belangrijk om een beeld te krijgen van de wijze waarop de man met voedsel omgaat, wat zijn houding is ten aanzien van fysieke activiteiten en sporten; welke rol het uiterlijk speelt voor hemzelf en in hun wederzijdse aantrekkingskracht. Vrouwen met een eetstoornis trachten hun angst voor afwijzing of verlating te vermijden door zich uiterlijk zo te gedragen dat ze hun partner behagen. Dit kan ertoe leiden dat ze zich in hun uiterlijk voorkomen laten leiden door de voorkeuren van hun partner. Ze proberen het gewicht te behouden dat hij ideaal vindt voor haar, ze dragen zijn smaak van kledij en make-

up. Achter deze soms eisende houding van de man schuilt mogelijk onzekerheid: door haar uiterlijk dermate te bepalen geeft hij aan welke betekenis zij heeft in zijn leven. Zij moet enerzijds een pronkstuk zijn om zijn broze gevoel van eigenwaarde tegenover anderen op te krikken, maar anderzijds mag ze niet té aantrekkelijk zijn uit angst dat hij haar zou verliezen aan een andere man.

Joke

Wim vertelt in het intakegesprek dat hij zelf ook veel belang hecht aan zijn uiterlijk en zijn gezondheid. Hij gaat elke week een keer squashen en zwemmen. Hij probeerde Joke te overreden dat ook te gaan doen, maar zij had er geen wilskracht voor. Dat stelt hem teleur, want er goed uitzien en gezond eten zijn belangrijke dingen voor Wim.

De impact van de eetstoornis op de relatie

Het is opmerkelijk bij gehuwde vrouwen met anorexia nervosa hoe vaak hun mannen zich niet (langer) storen aan haar uitgemergelde lichaam, of dit zelfs nog als aantrekkelijk blijven bestempelen (uit angst haar te ontgoochelen). Even opmerkelijk is hoe vrouwen met boulimia nervosa er jarenlang in slagen om hun eetbuien (braken, laxeren) verborgen te houden voor hun partner en zo een dubbel leven te leiden. Wanneer de boulimia uiteindelijk is opgebiecht, zijn de mannen soms opgelucht dat het geheim geen buitenechtelijke relatie betreft. Doch deze opluchting kan vlug plaats maken voor kwaadheid en achterdocht. Dit gaat vaak gepaard met een onbegrip voor haar eetstoornis, hetgeen zich uit in het feit dat ze hun vrouw een gebrek aan wilskracht of discipline verwijten. Zij zelf leggen in hun levenswijze, werk of sport juist een uitzonderlijke discipline aan de dag.

De eetstoornis polariseert de dynamiek van de interacties tussen beide partners als 'zieke' en 'gezonde', waarbij de gezonde zich al dan niet in de rol van 'helper' nestelt. Dit patroon van afhankelijkheid ondermijnt de intimiteit van de relatie, en de onevenwichtigheid ervan schaadt haar kwetsbare gevoel van eigenwaarde. De wijze waarop de partners omgaan met deze relationele spanningen maakt duidelijk hoe ze hun meningsverschillen bespreken en hoe ze al dan niet tot een compromis komen.

Joke

Joke beaamt dat het begrip en de steun die ze van Wim krijgt, haar heel veel deugd doen. Het geeft haar het gevoel dat iemand om haar geeft, ook al heeft ze een ernstig probleem. Later in de sessie laat ze zich ontvallen dat ze niet altijd even gelukkig is met het feit dat haar eetstoornis vaak in het middelpunt van hun relatie staat. Ze maakt duidelijk dat ze niet langer de patiënt in hun relatie wil blijven. Wim reageert daarop dat hij hoopt dat Joke beter wordt en dat dit de relatie ten goede komt.

De geschiedenis van de relatie

Om de actuele relatiesituatie te begrijpen is het belangrijk een beeld te krijgen van de evolutie van de relatie. Van bijzonder belang hierbij is de wijze waarop de partners elkaar hebben leren kennen. Als bij de partnerkeuze de wederzijdse aantrekkingskracht uitsluitend werd bepaald door fysieke verschijning en gewicht, dan kan de partner al dan niet openlijk duidelijk maken dat hij wil dat de patiënt (abnormaal) mager of dik moet blijven. Een dergelijke houding van de partner zal het therapieproces bemoeilijken, zo niet onmogelijk maken. Wanneer de eetstoornis al aanwezig was voor het begin van de relatie, blijft het relevant om te weten welke motieven van de partner de keuze voor deze vrouw hebben bepaald. Zo hebben sommige mannen de zorg over hun partner nodig om hun lage gevoel van eigenwaarde te compenseren. Anderzijds, wanneer de eetstoornis is opgedoken na het begin van de relatie, is het van belang om te analyseren welke relationele gebeurtenissen (conflicten, seksuele problemen, kinderwens, opvoeding van de kinderen) deze problematiek hebben uitgelokt.

De seksuele relatie

Omdat vrouwen met eetstoornissen vaak problemen ervaren in de beleving van hun seksualiteit (zie hoofdstuk 13), zal dit ook zijn weerslag hebben op de seksuele relatie met de partner. Hun verstoorde lichaamsbeeld en hun angst voor intimiteit zullen de seksuele relatie negatief beïnvloeden. Als ze seksueel actief zijn, zal het vaak in de eerste plaats zijn om hun partner te behagen. Als ze ook buiten de relatie seksueel actief zijn, kan dat een manier zijn om de partner op afstand te houden en zich zelfstandiger op te stellen (een eigen leven hebben). Het kan ook een manier zijn om de persoonlijke leegte in hun leven op te vullen met het consumeren van aandacht van andere mannen. Ook kan seksuele promiscuïteit een onderdeel vormen van een impulscontrolestoornis.

Wanneer er aanwijzingen zijn voor negatieve of mogelijk traumatische seksuele ervaringen in de voorgeschiedenis, verdient dit de nodige aandacht. Er dient aandacht besteed te worden aan de openlijke of bedekte herhaling van de traumatische ervaring binnen de actuele seksuele relatie. Wanneer seksueel misbruik binnen de huidige relatie voorkomt, moet dit zo spoedig mogelijk gestopt worden en is partnerrelatietherapie niet direct aangewezen. Anderzijds moet een partner van een vrouw met een geschiedenis van seksuele traumatisering ook steun en advies krijgen, zodat hij constructief kan bijdragen tot het verwerken van deze problematiek (zie hoofdstuk 13).

De relatie met het gezin van oorsprong

Om een duidelijk beeld te krijgen van de verschillende aspecten van intimiteit binnen de partnerrelatie is het van belang te weten hoe dit nieuwe paar zich heeft afgegrensd tegenover beider gezinnen van herkomst. Dit is niet alleen van belang voor de vrouw, maar ook voor de man. De eetstoornis kan een problematische individuatie-separatie camoufleren van één en/of beide partners. Een huwelijk, eventueel een gezin met kinderen, betekent nog niet dat de partners emotioneel los zijn gekomen van hun respectievelijke ouders. Van eetstoornispatiënten wordt vaak een dergelijke afhankelijkheid verondersteld (zie hoofdstuk 14), maar van hun echtgenoot niet. Niet zelden is hij even of zelfs nog intenser gehecht aan zijn ouders. Dit heeft uiteraard zijn weerslag op zijn persoonlijk functioneren binnen de partnerrelatie en kan leiden tot relationele spanningen.

Joke

Joke vindt het kinderachtig van haarzelf, maar ze was vaak jaloers op de moeder van Wim, omdat die zoveel aandacht krijgt van hem. Als zijn moeder het moeilijk heeft en opbelt, laat Wim alles vallen en gaat hij naar haar toe. Joke vraagt zich voorzichtig af of dit gedrag van Wim wel 'normaal' is. Binnen de relatie durft ze zijn houding tegenover zijn moeder niet ter discussie stellen, want wie is zij, met haar abnormale eetgedrag, om zoiets te durven doen.

Vruchtbaarheid, zwangerschap en ouderschap

We wezen reeds op de complexiteit van deze thematiek bij (ex-)patiënten met een eetstoornis (§2). Het verwerven van duidelijkheid omtrent de betekenis van de afwezigheid van kinderwens -- of juist een zeer sterke kinderwens -- kan een rol spelen in het herstel van de menstruatiecyclus. Wanneer er een expliciete hulpvraag is naar medische begeleiding bij een onvervulde kinderwens, staat het verlangen naar een kind zo centraal dat de mogelijke band tussen de eetstoornis en de vruchtbaarheidsproblemen vaak door het echtpaar genegeerd wordt. De aanwezigheid van een eetstoornis is een contra-indicatie voor elke vorm van vruchtbaarheidsbehandeling. Vooreerst kan de eetstoornis de oorzaak zijn van de vruchtbaarheidsproblemen. Ten tweede interfereert de emotionele realiteit van een zwangerschap met de problematiek van een eetstoornis. Ten derde is een vruchtbaarheidsbehandeling een extra belasting voor de broze psychische draagkracht van deze vrouwen. Het is wel een extra uitdaging voor de hulpverleners (met name huisarts en gynaecoloog) om deze vrouwen een medisch-technische aanpak te ontraden en hen te motiveren voor psychotherapie (Norré, Vandereycken & Gordts 2001; Mazzeo e.a. 2005; Micali & Schmidt 2006). Ze zijn ervan overtuigd dat het vervullen van hun kinderwens zal leiden tot het helpen oplossen of verdwijnen van de eetstoornis, terwijl onderzoek het

omgekeerde heeft aangetoond (Morgan, Lacey & Sedwick 1999). Wanneer er reeds kinderen zijn, is het belangrijk de ouder-kindrelatie te bespreken met aandacht voor de invloed van de eetstoornis op de opvoeding, ook in letterlijke zin: de voeding van de opgroeiende kinderen. Daarbij is het van belang na te gaan hoe de echtgenoot in zijn vaderrol hiermee omgaat.

Therapeutisch is het niet altijd nodig of zelfs niet gewenst om al deze thema's uit te diepen in de eerste echtpaargesprekken. Bepaalde thema's kunnen dermate gevoelig liggen in de relatie, dat de betrokken partners duidelijk aangeven er niet op in te willen gaan. Het heeft in de aanvangsfase van een therapie geen constructieve waarde om hier een strijdpunt van te maken. We beginnen daarom met de thema's die het dichtst aansluiten bij de eetstoornisproblematiek, tenzij het paar zelf expliciet aangeeft dat er problemen in de (seksuele) relatie zijn en zij bereid zijn hieraan te werken.

3.3 Het betrekken van de partner bij de therapie

In vele gevallen meldt een gehuwde patiënt zich aan zonder medeweten van haar partner. Dit zegt uiteraard heel wat over deze patiënt en de aard van haar partnerrelatie: het kan erop duiden dat de partner nauwelijks of helemaal niet op de hoogte is van de eetstoornis, of dat het een onbespreekbaar thema is binnen de relatie. Vooral eetbuien, braken en het gebruik van laxemiddelen worden vaak ten koste van alles verborgen gehouden.

Anderzijds zijn sommige mannen zo gewend geraakt aan de eetgewoonten en/of 'tengere lichaamsbouw' van hun vrouw dat ze zich hierover nauwelijks nog vragen stellen. Dit gegeven op zich is al een belangrijke indicatie voor de gebrekkige wijze waarop intimiteit binnen hun affectieve relatie gestalte krijgt. Verdere analyse van de relatie moet uitmaken in welke mate beide partners 'belang' hebben bij het in stand houden van deze beperkte intimiteit.

Mogelijkheden

Gezien de complexiteit van een eetstoornis en de verwevenheid met de partnerrelatie (zonder deze bij voorbaat als problematisch te bestempelen) is het betrekken van de partner bij de behandeling noodzakelijk. De vorm en timing kunnen individueel verschillen naargelang de analyse van de specifieke eetstoornisgeschiedenis, de aard van de partnerrelatie of de thema's die leven in de partnerrelatie, zoals een actieve kinderwens.

Ten eerste kan de analyse van de relatie aantonen dat beide partners geen belangrijke ontevredenheid in hun relatie vermelden en dat hun interactiepatronen geen opvallende tekorten vertonen. Dan dient de focus van de therapie in de eerste plaats gericht te zijn op de eetstoornis, waarbij de partner (tijdelijk) ingeschakeld kan worden als een soort van co-therapeut. De therapeut dient alert te blijven op mogelijke veranderingen in de partnerrelatie tijdens de verdere behandeling.

Een tweede mogelijkheid is dat beide partners tevreden zijn over de relatie, maar dat de therapeut vindt dat er wat aan schort. Deze analyse té vlug opdringen aan het paar kan de behandeling van de eetstoornis ernstig compromitteren (Norré & Vandereycken 1994). De therapeut kan wel aandacht schenken aan de invloed van het wederzijds gedrag van de partners op de eetstoornis. De aanpak blijft vooral educatief en ondersteunend, en kan enkel evolueren tot relatietherapie wanneer beiden bereid zijn relationele thema's als problematisch te ervaren en er aan te werken.

Een derde mogelijkheid is dat één van beide partners aangeeft ontevreden te zijn over de kwaliteit van de relatie. Het is de taak van de therapeut hierop in te gaan en de ontevreden partner te steunen, en verder na te gaan wat dit voor consequenties heeft binnen de partnerrelatie.

De vierde mogelijkheid is dat beide partners, vanaf het begin of tijdens het verloop van de therapie, aangeven dat zij klaar zijn om aan de relationele aspecten van de eetstoornis te

werken. De relatietherapie kan dan centraal staan of parallel lopen met een individuele therapie of groepstherapie voor de eetstoornispatiënt.

Het betrekken van de partner bij de behandeling is een flexibel en gradueel proces dat verschillende fasen kan doorlopen. Alle partners hebben behoefte aan een degelijke psycho-educatie over de eetstoornis en de behandeling ervan. Deze psycho-educatie en emotionele ondersteuning is een cruciaal element in de bereidwilligheid van de man om zich verder in de therapie te engageren (Vitousek, Watson & Wilson 1998). Ook voor partners is voorlichtingsliteratuur nuttig (zie hoofdstuk 18). Dit kan dan weer van invloed zijn op de motivatie van de vrouw om daadwerkelijk aan haar eetstoornis te werken, zeker nu ze zich gesteund weet door haar partner.

In een volgend stadium kan er counseling plaatsvinden waarbij het paar in alle openheid kan praten over de eetstoornis en de wijze waarop ze hiermee omgaan, alsook over de weerslag hiervan op de relatie. Door deze sessies kunnen relationele spanningsvelden of gevoelens van onvrede aan de oppervlakte komen, zoals een gebrek aan intimiteit, problemen bij het oplossen van conflicten, problemen in de relaties met de families of ontevredenheid met het seksuele leven. Op basis van deze exploratie kunnen concrete therapiedoelen geformuleerd worden, zodat ten slotte -- bij indicatie daartoe -- een specifieke relatietherapie gestart kan worden.

Moeilijkheden

Toch kunnen er moeilijkheden opduiken in het betrekken van de partner bij de therapie. Deze kunnen zowel bij de vrouw als bij de man liggen.

Vanuit de positie van de man kunnen we de volgende problematische posities onderscheiden.

- Hij is de 'verzorger' van zijn 'zieke' vrouw.
- Hij wil zich overmatig engageren in de therapie.
- Hij zal haar 'genezen' en professionele hulp is overbodig.
- Hij is niet bereid zich te engageren in de therapie.

Te wijten aan zijn afwijzende houding: hij beschouwt het als haar probleem, waar hij verder niets mee te maken wil hebben.

Te wijten aan de houding van de vrouw: zij beschouwt het als haar probleem, waar hij buiten staat.

Vanuit het standpunt van de patiënte zelf kunnen allerlei problemen opduiken. Als bij de aanmelding de partner niet op de hoogte is, beschouwen we dit als een signaal dat de vrouw hem niet wil of durft te betrekken bij de therapie. Het continueren van de therapie kan alleen als de vrouw bereid is haar partner in te lichten. Daarom bespreken we dit gegeven bij aanvang en vragen we de patiënt om hem in te lichten (eventueel tijdens een gezamenlijk gesprek met de therapeut erbij). Sommigen zijn hiertoe wel bereid, maar weten niet hoe eraan te beginnen. Dit kan een belangrijke 'motivatietest' zijn.

Agnes

Inmiddels is Agnes 27 jaar als ze zich aanmeldt bij de psycholoog. Ze worstelt al meer dan tien jaar met een eetstoornis, maar sinds ze haar ouderlijk huis heeft verlaten, heeft ze er niets meer aan gedaan. Ze is ondertussen vijf jaar gehuwd. Haar man weet niets van haar vroegere anorexia nervosa en is niet op de hoogte van haar dagelijks misbruik van laxeremiddelen. Blijkbaar heeft hij zich nooit vragen gesteld bij haar magerte (BMI = 17,8). Sinds enkele weken heeft Agnes haar probleem opgebiecht aan de huisarts. Zij stemde onmiddellijk in met een verwijzing. Haar motivatie was een onvervulde kinderwens sinds drie jaar. Omdat eerder was vastgesteld dat haar partner verminderd vruchtbaar is, is het echtpaar reeds twee jaar in behandeling in een fertiliteitscentrum. Agnes voelt zich nu schuldig aan het falen van de medische behandelingen wegens haar verborgen eetstoornis. Haar man is nog niet op de hoogte en ze weet niet goed hoe het te vertellen. Ze is bang, omdat ze een goede relatie hebben die ze niet in gevaar wil brengen. Ze vreest dat hij het niet zal begrijpen en boos zal worden. Immers, hij is tot op heden een en al toewijding

geweest om haar zo gelukkig mogelijk te maken. Hij beseft hoe zij lijdt onder de niet vervulde kinderwens. Ze voelt zich ook schuldig tegenover hem omdat ze hem opzadelt met een bijkomend probleem, alsof het allemaal nog niet erg genoeg was. Omdat ze de confrontatie met hem over haar eetstoornis nog niet aandurft, maar anderzijds wel beseft dat hij recht heeft op een eerlijk antwoord, besluit ze hem een brief te schrijven over de geschiedenis van haar eetstoornis. Tegelijkertijd is deze opdracht voor haar ook een oefening om na te denken over de rol van haar eetstoornis bij het nemen van belangrijke beslissingen in haar leven (bijvoorbeeld de kinderwens).

Andere patiënten wijzen het betrekken van hun partner bij de therapie radicaal af. Ze ervaren het als een bedreiging om hun problematiek openlijk te delen met hun partner. De eetstoornis is hun terrein, waarop ze niemand toelaten (uit angst voor controleverlies en inmenging door de partner). Ze verschuilen zich achter de overtuiging dat hij het toch niet zal begrijpen. Het betrekken van de partner kan ook gepaard gaan met de angst vernederd of afgewezen te worden. Sommigen vrezen dat ze door de partner toe te laten in de therapie het voortbestaan van de relatie op het spel zetten.

Als patiënten volharden in het verzet hun partner bij de behandeling te betrekken kan dit wijzen op een sterke ambivalentie tegenover therapeutisch werken aan haar eetstoornis. Om te voorkomen dat dit onmiddellijk zou leiden tot een impasse in de therapie, geven we deze vrouwen het voordeel van de twijfel door hen een therapiecontract aan te bieden met specifieke en duidelijke doelstellingen binnen een tijdslimiet. De bedoeling is dat ze op deze wijze meer vertrouwen krijgen in de therapeut en vooral in hun persoonlijk veranderingsproces, zodat ze zelf tot het besef komen van de noodzaak hun partner bij de therapie te betrekken.

De partner kan ook indirect bij de therapie betrokken worden door patiënte de opdracht te geven de doelstellingen van de therapie en haar huiswerkopdrachten met haar partner te bespreken en te evalueren.

Ten slotte kan het individueel in therapie komen een manier zijn om zich van de partner los te maken. Mogelijk brengt de eetstoornis twijfels over de partnerrelatie aan het licht. In andere gevallen blijkt soms dat het verbeteren van de eetstoornis tot een crisis leidt, omdat de vrouw niet langer als 'patiënt' naar de relatie kijkt maar als gelijkwaardige partner, waardoor ze voor het eerst haar partnerkeuze kritisch kan beoordelen.

Verzet

Een van de typische hindernissen in echtpaartherapie duikt op als een van beide partners zich verzet tegen een daadwerkelijke verandering in de relatie om zo de ander in bescherming te nemen. Wordt de partnerrelatie gekenmerkt door een wederzijdse afhankelijkheid tussen de 'sterke, gezonde' partner en de 'zwakke, zieke' vrouw, dan leidt dit tot een rigide grens tussen het echtpaar en de therapeut. Hoewel ze beiden aanvankelijk erg coöperatief zijn, zullen ze intieme onderwerpen vermijden om hun 'onechte zelf' te beschermen. De eetstoornis is hun enige zorg of zelfs de vijand waar ze samen tegen vechten.

Wanneer de relatie toch in de focus van de therapie komt, lijken vele vrouwen deze switch te accepteren. Immers, zij willen enerzijds uit de positie komen van de zwakke, zieke partner, doch zijn anderzijds bang om de aandacht en betrokkenheid van de partner te verliezen. De man is vaak minder coöperatief om de relatie als focus van de therapie te aanvaarden, omdat hij zich bedreigd voelt in zijn gangbare rol en de boodschap dan duidelijk wordt dat ook hij zal 'moeten' veranderen.

Joke

Wim is erg gemotiveerd om mee te werken in de therapie en neemt zijn rol als co-therapeut aanvankelijk goed op. Na elke individuele sessie houden ze samen een gesprek over de nieuwe stappen die Joke zou zetten om aan haar eetgedrag te werken. Dit loopt niet altijd even vlot. Immers, in het eerstvolgende gesprek doet Joke haar beklag over de druk die ze

van Wim voelt. Hij begrijpt deze opmerkingen helemaal niet, want hij bedoelt het toch goed en wil alleen maar helpen. Joke reageert emotioneel: ze kreeg het almaar moeilijker om eerlijk te blijven de voorbije weken, omdat ze het gevoel heeft dat ze niet mag falen en hem ontgoochelen. Wim geeft toe dat hij diep in zijn binnenste wil dat Joke zo snel mogelijk stopt met eetbuien en braken. Als de therapeut hierop doorgaat, erkent Wim dat hij het almaar lastiger vindt om de begripvolle partner te blijven spelen, omdat het hem allemaal te zwaar wordt. Om hem wat te ontlasten stelt de therapeut voor dat hij zijn zorgende houding tegenover Joke loslaat (geen dagboek meer samen doornemen én geen evaluatiemomenten meer). Hij wil het uitproberen.

De daaropvolgende partnersessie komt hij ontredderd binnen. Hij wilde zo zijn best doen, maar moest toegeven dat hij zich heeft moeten verbijten. Hij wist zich de voorbije weken geen houding aan te meten. Joke was daardoor ook meer gespannen geraakt en dit had zich vertaald in haar eetgedrag. Ze verwoordt haar angst naar hem toe, dat hij niet langer de sterke en zorgeloze partner is die alles aankan. Ze voelt zich gedwongen haar beeld van Wim bij te stellen, maar wil dit helemaal niet. Er moet toch iemand sterk blijven in de relatie! Hierop reageert Wim fel om duidelijk te maken dat het allemaal niet zo erg was de voorbije weken en dat hij tijdens de scheidingsperikelen van zijn ouders al andere katten had moeten geselen.

Joke spreekt dan voor het eerst uit dat ze soms een vreemd positief gevoel had bij het feit dat Wim het ook eens moeilijk heeft. Dit geeft het gevoel dat zij niet altijd de zwakke is in de relatie. Maar evenzeer voelt ze zich onzeker. Ze weet niet wat ze ermee moet beginnen. Ze heeft zichzelf nog nooit vanuit deze positie bekeken in hun relatie. De therapeut benoemt hun onzekerheden als een reactie op het gegeven dat de relatie als het ware davert op haar grondvesten. Wim reageert boos want voor hem 'davert er niets': hij houdt nog evenveel van Joke en zal dit moeilijke moment snel te boven komen. De therapeut beaamt zijn liefde voor haar door zijn inzet voor de relatie. Maar de liefde van Joke, zo benadrukt de therapeut, komt ook tot uiting in haar bereidheid om voor hem te kunnen zorgen.

Als de man blijft volharden in zijn afwijzende houding tegenover de eetstoornis en/of behandeling, heeft dit duidelijke therapeutische implicaties. De therapeut kan niet anders dan aandacht hebben voor de wijze waarop de vrouw met deze afwijzing omgaat. De therapeut zal de motivatie van de vrouw dienen te evalueren in de context van dit gebeuren. Dit kan tot gevolg hebben dat de therapeut overweegt om niet verder te gaan met de therapie als de instandhoudende rol van de man ten aanzien van de eetstoornis onmiskenbaar is, zodat de therapie geen kans van slagen heeft en zal eindigen in een vroegtijdige drop-out (Norré & Vandereycken 1994). De therapie stoppen, met de duidelijke boodschap dat de behandeling alleen zinvol is wanneer de man bereid is zich te engageren, kan leiden tot een confrontatie en een vruchtbare crisis binnen de relatie.

Als de therapeut, na de motivatie van de vrouw geëvalueerd te hebben, toch beslist om de therapie te continueren, dient deze bedacht te zijn op de mogelijke relationele consequenties van veranderingen bij de vrouw tijdens het verdere verloop van de behandeling. Als zij dermate gemotiveerd is dat ze doorzet, kan dit leiden tot een afbrokkelen van het scepticisme bij de man, waardoor hij mettertijd toch bereid wordt zich te engageren. Anderzijds kan de vrouw door haar groeiproces naar emotionele zelfstandigheid leren om met zijn reacties om te gaan, zodat ze meer afstand kan nemen van zijn emotionele invloed, waardoor de collusie wordt doorbroken. Dit kan leiden tot het ter discussie stellen van haar relatie. De onvermijdelijke keuze kan zich dan opdringen: verder leven met deze man maar ook mét de eetstoornis, of een leven alléén zonder eetstoornis.

4 DISCUSSIE

Uit het overzicht van de literatuur is duidelijk dat er op het terrein van partnerrelatie en ouderschap bij patiënten met een eetstoornis nog vele vragen onbeantwoord blijven. Er is te weinig onderzoek gedaan naar de kwaliteit van én de impact van de eetstoornis op de

partnerrelatie in tegenstelling tot andere psychiatrische aandoeningen. Onderzoek naar de ouder-kindrelatie bij moeders met een eetstoornis staat in zijn kinderschoenen. Pas de laatste jaren is er een aantal onderzoeken verschenen over de invloed van de eetstoornis op zwangerschap en geboorte. Er is duidelijk behoefte aan specifiekere begeleiding van de partner en de eventuele kinderen. Dit laatste domein ligt nog helemaal braak. Ook bestaat er nagenoeg geen onderzoek naar de plaats en doeltreffendheid van partnerrelatietherapie in de behandeling van eetstoornissen. Er is nood aan een draaiboek voor partnerrelatietherapie bij deze problematiek (Dimitropoulos, Lackstrom & Woodside, 2007)

Dus kunnen we ons voorlopig enkel baseren op klinische ervaring en op de feedback van onze patiënten. Voor de meesten van hen is de bereidheid en betrokkenheid van hun partner cruciaal geweest in het succesvol doorlopen van hun behandeling. Daarom nemen wij een duidelijk standpunt in: het verhoogt de kans op een succesvol verloop van de therapie als de partner bij de behandeling wordt betrokken. De wijze waarop dit gebeurt is geen technische kwestie in termen van indicatie pro of contra relatietherapie, maar wel een therapeutische uitdaging om de eetstoornis te 'vertalen' naar een relationele context. De taxatie moet de therapeut duidelijk maken in welke mate het wenselijk is om de focus te richten op relationele aspecten en in welke mate dit bevorderlijk kan zijn voor de behandeling van de eetstoornis. Een succesvolle behandeling kan ook de weg vrijmaken naar een verantwoorde zwangerschap en opvoeding van kinderen.

LITERATUUR

- Abraham, S. (1999). Disordered eating and pregnancy. *Eating Disorders Review*, 10, 1-3.
- Alexos, S. (2004). Male partners of women with an eating disorders: A qualitative exploration of the man's experience. *Dissertation Abstract International*, 65 (2-B), 1069.
- Bussolotti, D., Fernandez-Aranda, F., Solano, R., Jimenez-Murcia, S., Turon, V., & Vallejo, J. (2002). Marital status and eating disorders : an analysis and its relevance. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1139-1145.
- Dimitropoulos, G, Lackstrom, J. & Woodside, B. (2007). *Couples with eating disorders: a review of the literature*. In Wonderlich, S., Mitchell, J.S., de Zwaan, M. & Steiger, H. (Eds.) Annual Review of Eating Disorders, Part I-2007. New York, Radcliffe Publishing, p. 15-22.
- Fairburn, C.G., & Welch, S.L. (1990). The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 153-160.
- Foster, S.W. (1986). Marital treatment of eating disorders. In N.S. Jacobson & S. Gurman (ed.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 575-593). New York: Guilford Press.
- Franko, D.L., Blais, M.A., Becker, A.E., Delinsky, S.S., Greenwood, D.N., Flores, A.T., Ekeblad, E.R., Eddy, K.T., & Herzog, D.B. (2001). Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1461-1466.
- Franzen, S., & Florin, I. (1995). Eating behavior and fear of becoming fat in daughters of restrained mothers. In B. Tuschen & I. Florin (ed.), *Current research in eating disorders* (pp. 82-90). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Franzen, U., & Gerlinghoff, M. (1997). Parenting by patients with eating disorders: experiences with a mother-child group. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 5, 5-14.
- Kenyon, R.J. (2007). A grounded theory of the relationship between eating disorders and marital relationships: The role of emotional accessibility. *Dissertation Abstracts International*, 67 (9-B), 5409.

- Kouba, S., Hallstrom, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A.L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics and Gynaecology*, *105*, 255-260.
- Micali, N. & Schmidt, U. (2006). Management of eating disorders in pregnancy and the puerperium. In V. O'Keane, M. Marsh & G. Senevitratne (ed.), *Psychiatric disorders and pregnancy* (pp. 125-142). London: Taylor & Francis.
- Micali, N., Simonoff, E., & Treasure, J. (2007). Major adverse perinatal outcome reported in women with eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 255-259.
- Morgan, J.F., Lacey, J.H., & Sedwick, P.M. (1999). Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 135-140.
- Norré, J., & Vandereycken, W. (1993). *Ambulante behandeling van eetstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Norré, J., & Vandereycken, W. (1994). Behandeling van eetstoornissen: wie bepaalt de doelstellingen? *Directieve Therapie*, *14*, 382-391.
- Norré, J., & Vandereycken, W. (1999). Patiënten met een eetstoornis en de relatie met hun partners. *Directieve Therapie* *19*, 289-303.
- Norré, J., Vandereycken, W., & Gordts, S. (2001). The management of eating disorders in a fertility clinic: Clinical guidelines. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *22*, 77-81.
- Poyastro Pinheiro, A., Thornton, L.M., Plotnicov, K.H., et al. (2007). Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, 424-434.
- Russell, G.F., Treasure, J., & Eisler, I. (1998). Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children: Recognition and management. *Psychological Medicine*, *28*, 93-108.
- Stein, A., & Woolley, H. (1996). The influence of parental eating disorders on young children: Implications of recent research for some clinical interventions. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, *4*, 139-146.
- Stein, A., Woolley, H., & McPherson, K. (1999). Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *British Journal of Psychiatry*, *175*, 455-461.
- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S., et al. (2006a). Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders: longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, *189*, 324-329.
- Stein, A., Woolley, H., Senior, R., et al. (2006b). Treating disturbances in the relationship between mothers with bulimic eating disorders and their infants: A randomized, controlled trial of video feedback. *American Journal Psychiatry*, *163*, 899-906.
- Tiller, J., & Treasure J. (1998). Eating disorders precipitated by pregnancy. *European Eating Disorders Review*, *6*, 178-187.
- Timimi, S. & Robinson, P. Disturbances in children of patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *4*, 183-188.
- Van den Broucke, S., Vandereycken, W., & Norré, J. (1997). *Eating disorders and marital relationships*. London: Routledge.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, *18*, 391-420.
- Waugh, E., & Bulik, C.M. (1999). Offspring of women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *25*, 123-133.
- Woodside, D.B., Lackstrom J.B., & Shekter-Wolfson, L.F. (2000). Marriage in eating disorders: Comparisons between patients and spouses and changes over the course of treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, *49*, 165-168.
- Woodside, D.B., & Shekter-Wolfson, L.F. (1990). Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *9*, 303-309.

Woodside, D.B., Shekter-Wolfson, L.F., Brandes, J.S., & Lackstrom J.B. (1993). *Eating disorders and marriage. The couple in focus*. New York: Brunner/Mazel.

Drs. J. Norré, psycholoog-psychotherapeut, is werkzaam in een privé-praktijk gespecialiseerd in de ambulante behandeling van eetstoornissen, en is als seksuoloog verbonden aan het Leuven Institute for Fertility and Embryology (www.lifeleuven.be) en is als praktijkassistent verbonden aan de Faculteit Psychologie en Educatieve Wetenschappen, V.U. Brussel.,