



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Patiënten met een eetstoornis en de relatie met hun partners

Jan Norré en Walter Vandereycken*

Samenvatting

Vanuit de praktijk belichten we eerst enkele aandachtspunten bij de taxatie van de relatie van eetstoornispatiënten met hun partners. Vervolgens bespreken we het moment en de wijze waarop de partner, meestal de echtgenoot, betrokken kan worden bij de behandeling van de eetstoornis van zijn vrouw. Dit betekent vaak een therapeutische uitdaging met de nodige valkuilen. Dit illustreren we met een beschrijving van de mogelijke houdingen die de 'gezonde' partner kan innemen ten aanzien van de therapie van zijn echtgenote.

Inleiding

Anorexia en boulimia nervosa worden klassiek beschouwd als stoornissen bij adolescenten. In de praktijk worden we echter meer en meer geconfronteerd met volwassen vrouwen met een eetstoornis. Dit is enerzijds het gevolg van het chronisch verloop van (onbehandelde) eetstoornissen. Anderzijds kan een eetstoornis ook pas op volwassen leeftijd ontstaan. Bij een grondige anamnese blijken vaak reeds vroeger tekenen van een eetstoornis aanwezig te zijn geweest zonder dat deze werden herkend of een belangrijke invloed hadden op het dagelijkse functioneren. Heel wat van deze vrouwen zijn gehuwd of wonen samen; velen van hen hebben zelfs kinderen. De hieruit voortvloeiende dubbele vraag is: welke invloed heeft de eetstoornis op diverse aspecten van de relatie tussen de partners, zoals tevredenheid met het huwelijk en intimiteit, communicatiepatronen en conflicthantering? En: welke invloed hebben relatieproblemen op het verloop van de eetstoornis? Uit de literatuur over verschillende psychiatrische stoornissen, zoals depressie, agorafobie en alcoholisme, blijkt immers dat een psychiatrische stoornis bij de ene partner leidt tot een verhoogd risico op emotionele problemen bij de ander. Verminderde draagkracht van deze laatste verkleint zijn capaciteit om constructief te reageren op de problemen van de 'zieke' partner (voor een overzicht zie Van den Broucke, Vandereycken & Norré, 1997).

Bij de therapie van gehuwde eetstoornispatiënten zijn beide vragen cruciaal. Bij de intake en probleemverkenning (taxatie) moet worden nagegaan in welke mate de partner betrokken 'kan' of 'moet' worden bij de therapie. De literatuur over eetstoornissen is op dit punt echter te mager om beide vragen empirisch gefundeerd te beantwoorden (voor overzicht zie Van den Broucke, Vandereycken & Norré, 1997; Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes & Lackstrom, 1993). Daarom baseren we ons grotendeels op eigen ervaringen in de hulpverlening aan eetstoornispatiënten die

* DRS. J. NORRÉ is als psycholoog-seksuoloog-psychotherapeut werkzaam in een privé-praktijk te Leuven en is teamlid van de Unit Reproductieve Geneeskunde van het H. Hart Ziekenhuis te Leuven. PROF. DR.W. VANDEREYCKEN is verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de Katholieke Universiteit te Leuven en is hoofd van de afdeling gedragstherapie, kliniek Broeders Alexianen te Tienen.

samenleven met een heteroseksuele partner (hierna gemakshalve 'gehuwde' patiënten genoemd).

Partners van vrouwen met een eetstoornis

Afhankelijk van de tijd waarop de eetstoornis opduikt in de geschiedenis van het paar kan men verschillende hypothesen formuleren over de invloed van de partner op het verloop van de eetstoornis. Als de vrouw een eetstoornis heeft voor aanvang van de relatie, zou de eetstoornis een bepalende rol kunnen spelen in de partnerkeuze. Dit wil zeggen dat de vrouw niet voor deze partner zou kiezen als ze gezond zou zijn geweest. Nu heeft ze het gevoel dat ze niemand beter verdient. Daartegenover staat een man die kiest voor een vrouw met een eetstoornis uit persoonlijke reddersfantasieën of op grond van 'soort zoekt soort', bijvoorbeeld omdat hij zelf identiteitsproblemen heeft (Andersen, 1985; Crisp, 1980). Als de eetstoornis ontstaat na het begin van de relatie, wordt verondersteld dat er een sterke collusie ontstaat tussen twee onvolwassen persoonlijkheden. De partners nestelen zich in een co-dependentie waarbij de man de rol vervult van de 'verzorger' tegenover de 'zieke' vrouw. Dergelijke collusies kunnen dermate sterk zijn dat de 'gezonde partner' direct of indirect deelneemt aan de bizarre eetgewoonten van zijn vrouw.

Sinds Peter wist van de eetbuien van zijn vrouw, trachtte hij al het mogelijke te doen om haar te helpen. Omdat al wat hij deed niet leek te helpen om haar te beschermen tegen de buien, besloot hij 'mee te doen' tijdens de eetbuien, zodat zij het niet allemaal hoefde op te eten en zich achteraf minder schuldig zou gaan voelen.

Deze collusie vindt haar oorsprong in niet-opgeloste conflicten, mogelijk verwijzend naar een geblokkeerd individuatie-separatieproces. Het gebrek aan ik-sterkte wordt door beide partners gecamoufleerd door zich te identificeren met stereotiepe sekserollen, die hen verhinderen hun echte gevoelens te uiten. Zij aanvaarden van elkaar een 'valse' representatie van hun identiteit, waarbij ze van elkaar verwachten dat ze sterk, liefdevol en beschermend zijn tegenover elkaar (Dally & Gomez, 1979; Foster, 1986). 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, omdat hij ervan uitgaat dat hij het best in staat is om zijn vrouw te helpen. Welke therapeutische implicaties dit heeft lichten wij verderop toe.

Eigen onderzoek (zie Van den Broucke, Vandereycken & Norré, 1997; Van den Broucke, Vandereycken & Vertommen, 1995) stelt deze klinische aannamen ter discussie. Mannen van vrouwen met een eetstoornis vertoonden in onze studies immers niet meer symptomen van spanning of stress dan mannen in een relatie zonder psychiatrische problematiek. Zij scoorden zelfs beter dan mannen in een problematische huwelijkssituatie. Een verdere vergelijking tussen de scores van de partners geeft aan dat er geen aanwijzingen zijn voor een kwantitatieve, noch voor een kwalitatieve correlatie tussen het psychopathologisch profiel van vrouwen met een eetstoornis en hun partners. Dit spreekt de theorie tegen dat er een gelijkenis zou zijn in de pathologie van beide partners (*assortative mating*-theorie). Dat de bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek de klinische rapporteringen niet bevestigen, weerspiegelt het spanningsveld

tussen de zelfbeoordeling van de man en de klinische interpretatie van de therapeut, beiden uiteraard even subjectief. De bevindingen van dit wetenschappelijk onderzoek waarschuwen de therapeut ervoor niet zomaar een problematische relatie te veronderstellen bij patiënten met een eetstoornis.

Taxatie van de partnerrelatie

Bij een gehuwde vrouw met een eetstoornis beschouwen we het als een vast onderdeel van de intake-fase om de partner uit te nodigen voor een gesprek (apart of samen met zijn vrouw). In de eerste plaats krijgt de partner zo de gelegenheid om zijn verhaal te doen over de problematiek van zijn vrouw. De dagelijkse confrontatie met het gestoorde eetgedrag leidt tot de nodige spanningen en onzekerheden over hoe hiermee om te gaan. Het kan leiden tot een uiteenlopende waaier van emotionele reacties. Vaak is hij geschokt door de absurditeit van het eetgedrag of door het stiekeme karakter ervan. Hij kan niet begrijpen waarom zijn vrouw dit (soms jarenlang!) voor hem verborgen heeft gehouden. Zo kan een vrouwenscrisis in het paar ontstaan. Ten tweede willen we zijn psychologisch functioneren evalueren. Belangrijke aandachtspunten zijn de wijze waarop hij omgaat met haar eetstoornis en zijn emotionele draagkracht. Alhoewel het hierboven vermelde onderzoek aangeeft dat deze mannen er emotioneel niet zo slecht aan toe zijn, is er in individuele gevallen mogelijk toch sprake van psychiatrische problematiek. Dat kan een primair probleem, voortkomend uit de individuele levensgeschiedenis van de man, of een secundaire reactie op de eetstoornis betreffen.

Een interview met het echtpaar stelt de behandelaar bovendien in staat om een beeld te vormen van de kwaliteit van de huwelijksrelatie. Dat kan door rechtstreekse vragen te stellen en door te observeren hoe de partners met elkaar communiceren, hoe ze reageren op elkaars gevoelens, hoe ze omgaan met verschillen en hoe ze affectie tonen tegenover elkaar. Ten slotte laat een echtpaargesprek ook het verkennen van de mogelijke functie van de eetstoornis binnen de relatie toe. Dit dient uiteraard te gebeuren op een hypothetische wijze, met de nadruk op een circulair proces, gezien het dynamische karakter van de partnerrelatie. De vraag wie van beide partners schuldig is, moet worden vermeden.

Tegelijkertijd met deze verkenning trachten we ook de motivatie van de man voor de therapie te peilen en aan te scherpen. Heel wat partners realiseren zich de ernst en complexiteit van de eetstoornis niet. Sommigen nemen zelfs een minimaliserende houding aan. Anderen verbergen hun angst of hulpeloosheid achter een agressieve of kritische houding tegenover de therapie. Een op de juiste wijze gebrachte psycho-educatie omtrent de eetstoornis is een cruciaal element in het motivatieproces (Vitousek, Watson & Wilson, 1998). Daarom is het belangrijk om de man hierbij op een actieve wijze te betrekken.

We bespreken nu de belangrijkste thema's bij de taxatie (voor een gestandaardiseerd echtpaarinterview bij eetstoornissen verwijzen we naar Appendix 2 in Van den Broucke et al., 1997 ; voor taxatie van de eetstoornis, zie Norré & Vandereycken, 1993).

De rol van voedsel en fysieke aantrekkelijkheid

Voeding, gewicht en fysieke aantrekkingskracht kunnen voor beide partners cruciale thema's in de relatie zijn. Het is belangrijk om te weten hoe de man met voedsel omgaat, wat zijn houding is ten aanzien van fysieke activiteiten en sporten en 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 tot gevolg hebben dat zij zich laten leiden door de normen van hun partner. Hierachter kan zijn onzekerheid schuilgaan: door haar uiterlijk te bepalen geeft hij aan welke betekenis zij heeft in zijn leven. Zij moet ofwel een pronkstuk zijn om zijn broos gevoel van eigenwaarde op te krikken, ofwel mag ze niet té aantrekkelijk zijn uit angst dat hij haar zou verliezen aan een andere man.

De invloed van de eetstoornis op de relatie

Het is opmerkelijk bij gehuwde vrouwen met anorexia hoe vaak hun mannen zich niet (meer) storen aan hun uitgemergelde lichaam. Even opmerkelijk is hoe vrouwen met boulimia nervosa erin slagen om jaren hun eetpraktijken verborgen te houden voor hun partner. Eens opgebiecht, zijn deze mannen soms opgelucht dat het geheim geen buitenechtelijke relatie betreft. Doch deze opluchting maakt vlug plaats voor kwaadheid en achterdocht. Deze emoties gaan gepaard met onbegrip voor haar eetstoornis, hetgeen zich uit in het feit dat mannen hun vrouw een gebrek aan wilskracht of discipline verwijten. Haar kwetsbare gevoel van eigenwaarde wordt zo uiteraard nog verder ondermijnd en duwt de vaak al povere intimiteit tot een verder dieptepunt. De wijze waarop beide partners omgaan met deze relationele spanningen brengt duidelijkheid over de wijze waarop ze hun meningsverschillen bespreken en hoe ze al dan niet tot een compromis komen.

De geschiedenis van de relatie

Om de huidige relatie te begrijpen is het nodig om een beeld te krijgen van de ontwikkeling van de relatie. Van bijzonder belang hierbij is de wijze waarop het paar elkaar heeft leren kennen. Als bij de partnerkeuze de wederzijdse aantrekkingskracht uitsluitend bepaald is geweest door fysieke verschijning en gewicht, dan is de kans groot dat de partner (al dan niet openlijk) kenbaar maakt dat hij wil dat zijn vrouw ongezond mager of dik blijft. Het spreekt voor zich dat deze houding het therapieproces zal bemoeilijken, zo niet onmogelijk maakt. Alhoewel onderzoek geen verband aangeeft tussen het ogenblik waarop de eetstoornis ontstaat en het begin van de relatie, blijft het klinisch wél relevant om de mogelijke functie van de eetstoornis op te sporen. Wanneer de eetstoornis al aanwezig was voor de relatie is het nuttig om te weten welke motieven bij de partner zijn keuze voor deze vrouw hebben bepaald. Zo hebben sommige mannen de zorg over hun partner nodig om hun gevoel van eigenwaarde op peil te houden. Wanneer de eetstoornis is opgedoken na het begin van de relatie, is het van belang om te weten welke relationele gebeurtenissen deze problematiek hebben uitgelokt. Daarbij denken we niet alleen aan relationele conflicten of een buitenechtelijke relatie; ook conflicten rond kinderwens, zwangerschap en geboorte kunnen een oorzaak vormen.

De seksuele relatie

Uit de literatuur blijkt dat vrouwen met een eetstoornis zich vaak onzeker voelen op het seksuele domein en vaak problemen ervaren in de beleving van hun seksualiteit (zie Van den Broucke et al., 1997). Hun verminderde belangstelling voor seksualiteit kan onder andere beïnvloed worden door de hormonale stoornissen die het gevolg zijn van slechte voeding en ondergewicht. Daarbij hebben ze een negatief lichaamsbeeld en vaak een angst voor (lichamelijke) intimiteit.

Sofie, een dertigjarige, gehuwde vrouw met boulimia nervosa, bedroog haar man vanaf het begin van het huwelijk, nu zes jaar geleden. Haar promiscue gedrag was niet zozeer het resultaat van een onbevredigd verlangen naar seks, als wel van het zich bevestigd voelen in deze contacten. Seksuele aandacht van andere mannen was een compensatie voor het gevoel van eenzaamheid in haar huwelijk en een verzekering dat ze niet afhankelijk was van haar echtgenoot zolang ze maar aantrekkelijk bleef.

Ook moet men rekening houden met negatieve of zelfs traumatische seksuele ervaringen in de voorgeschiedenis. Dit komt het frequentst voor binnen de subgroep van boulimia nervosa met comorbide problematiek. Als een voorgeschiedenis van seksueel misbruik duidelijk wordt, waarvan de partner al dan niet op de hoogte is, moet dit omzichtig aangepakt worden. Er moet aandacht besteed worden aan de openlijke of bedekte herhaling van de traumatische ervaring binnen de huidige seksuele relatie. Wanneer seksueel misbruik aanwezig is, dient dit zo spoedig mogelijk gestopt te worden en is relatietherapie gecontraïndiceerd. Voor gespecialiseerde praktische richtlijnen verwijzen we naar Vanderlinden en Vandereycken (1997).

De relatie met beide gezinnen van herkomst

Om een goed beeld te krijgen van de verschillende aspecten van intimiteit binnen de echtelijke relatie is het van belang te weten hoe dit nieuwe paar zich heeft afgegrensd tegenover beider gezinnen van herkomst. Dit geldt zowel voor de vrouw als voor de man. De eetstoornis kan een problematische individuatie-separatie camoufleren van één of beide partners. Een huwelijk, eventueel met eigen kinderen, betekent nog niet dat de partners emotioneel zijn losgekomen van hun respectievelijke ouders. Van patiënten met een eetstoornis wordt een dergelijke afhankelijkheid klassiek verondersteld, maar niet van hun echtgenoten. Niet zelden is hij echter evenzeer of zelfs nog intenser gehecht aan zijn ouders.

Sarah was 24 jaar en had boulimia nervosa. Zij had regelmatig conflicten met haar echtgenoot over de tijd die hij doorbracht bij zijn ouders. Zij had gehoopt deze te kunnen verminderen door te trouwen. Het tegendeel bleek het geval. Wanneer hij van zijn werk naar huis keerde, ging hij eerst langs bij zijn ouders om te kijken of er geen hulp nodig was op de boerderij. Sarah zat dan thuis ongeduldig op hem te wachten en vulde haar tijd met vreten en braken.

Vruchtbaarheid, zwangerschap en ouderschap

Vele vrouwen met eetstoornissen kennen milde tot ernstige vruchtbaarheidsproblemen. Naast biologische verklaringen (gevolg van de eetstoornis) kunnen hierin ook conflicten in de relatie en ambivalente gevoelens tegenover kinderwens of moederrol tot uiting komen. Het verwerven van duidelijkheid over de betekenis van een (afwezige tot juist zeer sterke) kinderwens kan bepalend zijn voor het herstel van de eetstoornis en daaraan gekoppeld de menstruele cyclus. Tijdens de taxatiefase kan dit thema een rol spelen in de volgende situaties:

- 1 Een zwangerschap of geboorte-ervaring kan een eetstoornis uitlokken. Onderzoek heeft aangetoond dat veel vrouwen gepreoccupeerd zijn met de gewichtsstijging tijdens de zwangerschap en hier onrealistische verwachtingen over hebben (Fairburn & Welsh, 1990). Beatrijs, een 34-jarige gehuwde moeder van twee kinderen, meldde zich aan met boulimisch eetpatroon. Ze vertelde dat haar eetprobleem begonnen is na de geboorte van haar tweede kind, zes maanden geleden. Tijdens de zwangerschap had haar man een negatieve opmerking gemaakt over haar uiterlijk. Dit had haar enorm getroffen, maar ze had er hem niets van verteld. Na de bevalling was ze erg moe en voelde ze zich regelmatig misselijk. Dit leidde tot spontaan braken, waarna de misselijkheid verdween. Maar ze ontdekte ook dat ze op deze wijze veel kon eten én sneller terug afvallen. Bij aanmelding had ze nog een Body Mass Index van 18,5.
- 2 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 genegeerd wordt. Er zijn voldoende argumenten voorhanden (zie Van den Broucke et al., 1997) om de aanwezigheid van een eetstoornis te beschouwen als een contra-indicatie voor elke vorm van fertilitetsbehandeling. Vooreerst interfereert de emotionele realiteit van een zwangerschap met de problematiek van een eetstoornis. Verder is een fertilitetsbehandeling een extra belasting voor de broze psychische draagkracht. In tegenstelling tot de visie van Abraham (1999) menen wij dat het niet zo eenvoudig is om deze vrouwen een medisch-technische aanpak te ontraden en hen te motiveren voor psychotherapie (Norré, Vandereycken & Gordts, 1999). Sommigen zijn ervan overtuigd dat het vervullen van hun kinderwens zal leiden tot het verdwijnen van de eetstoornis. Een recente gecontroleerde studie toonde aan dat, ook al treedt er bij boulimia nervosa een verbetering van de symptomen op tijdens de zwangerschap, 57% van deze vrouwen na de geboorte dieper wegzakken in hun eetstoornisproblematiek, in vergelijking met de periode voor de zwangerschap (Morgan, Lacey & Sedwick, 1999). Elien is dertig jaar en drie jaar gehuwd. Van bij aanvang van het huwelijk was er bij haar een kinderwens. De dag van haar huwelijk woog ze 44 kilogram en ze had al vijf jaar geen menstruaties meer gehad. Zij bekent dat ze, mede door de ontgoocheling over het uitblijven van een zwangerschap, in het laatste jaar minstens drie keer per week een eetbui had, gevolgd door braken. Ze kan niet aanvaarden dat haar ondergewicht de oorzaak is van haar vruchtbaarheidsproblemen. Ze dringt aan op verdere medische behandelingen.
- 3 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. Onderzoek heeft aangetoond dat de problematische relatie van een moeder met voeding en gewicht niet alleen invloed heeft op het voedingsgedrag van het kind, maar ook op de interacties tussen moeder

en kind (Stein, 1995; Stein & Woolley, 1996; Waugh & Bulik, 1999). Ook is het van belang na te gaan hoe de echtgenoot in zijn vaderrol hiermee omgaat. Katrien is een 36-jarige gehuwde vrouw met twee dochters van zeven en negen jaar. Al 15 jaar heeft zij anorexia nervosa van het restrictieve type. Ze voelt zich schuldig over het feit dat haar controlerende houding met betrekking tot voeding en gewicht haar houding tegenover de kinderen beheerst. Zij neemt een gebiedende en verbiedende houding aan en komt er niet toe om met hen aangename dingen te doen. Haar houding is vaak een bron van conflicten met haar man, die vindt dat zij de kinderen beperkt in hun bewegingsvrijheid.

Het spreekt voor zich dat het niet aangewezen is om al deze thema's uit te diepen in de eerste gesprekken met het echtpaar. Sommige thema's liggen dermate gevoelig in de relatie of voor een van de partners, dat ze radicaal vermijden om erop in te gaan. We beginnen daarom met de thema's die het dichtst aansluiten bij de eetstoornisproblematiek, tenzij het paar expliciet aangeeft dat er problemen in de (seksuele) relatie zijn.

Een ander probleem betreft de patiënte die zich aanmeldt zonder medeweten van haar partner. Dit kan er op duiden dat de partner nauwelijks of helemaal niet op de hoogte is van de eetstoornis. Vooral boulimie, braken en gebruik van laxantia worden vaak ten koste van alles verborgen gehouden. Anderzijds zijn sommige mannen zo gewend geraakt aan de eetgewoonten en de 'tengere lichaamsbouw' van hun vrouw dat ze zich hierover nauwelijks 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 instand houden van deze gebrekkige intimiteit.

Als de partner niet op de hoogte is, vragen we de patiënte om hem zo snel mogelijk in te lichten (eventueel tijdens een gezamenlijk gesprek met de therapeut). Sommigen zijn hiertoe wel bereid, maar weten niet hoe eraan te beginnen. Anderen wijzen het betrekken van hun partner bij de therapie radicaal af. Ze ervaren het als een bedreiging dat ze nu hun probleem openlijk moeten delen met hun partner. De eetstoornis is hun 'eigen terrein' waarop ze geen ander toelaten (angst voor controle en inmenging door de partner). Het betrekken van de partner kan ook gepaard gaan met de angst niet begrepen, vernederd of afgewezen te worden. Sommigen vrezen dat het voortbestaan van de relatie op het spel staat.

Het betrekken van de partner bij de therapie

Uit het voorgaande volgt voor ons de stelregel dat de partner bij de therapie betrokken dient te worden. De vorm, de timing en de wijze waarop kunnen individueel verschillen, afhankelijk van de analyse van de relatie.

Ten eerste kan de analyse aantonen dat beide partners geen ontevredenheid met 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 ingeschakeld kan worden als cotherapeut. De therapeut let wel op mogelijke veranderingen in de relatie 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. De therapeut moet ervoor waken zijn analyse té vlug op te dringen aan het paar en de oorzaak van de eetstoornis binnen de relatie te leggen (zie Norré & Vandereycken, 1994). Wel kan de therapeut aandacht schenken aan de invloed van hun wederzijds gedrag op de eetstoornis. De aanpak blijft educatief en ondersteunend en kan enkel evolueren tot relatietherapie, als beiden bereid zijn aan relationele thema's te werken.

Een derde mogelijkheid is dat een van beide partners aangeeft ontevreden te zijn over de kwaliteit van de relatie. Het is de taak van de therapeut hierop in te gaan om de ontevreden partner te steunen.

De vierde mogelijkheid is dat beide partners, hetzij van bij aanvang of tijdens het verloop van de therapie, aangeven klaar te zijn om aan de relationele aspecten van de eetstoornis te werken. De relatietherapie kan dan centraal staan maar ook parallel lopen aan een individuele therapie of groepstherapie voor de eetstoornispatiënt.

Het betrekken van de partner in de therapie moet gezien worden als een flexibel en gradueel proces dat drie stadia doorloopt. Partners hebben behoefte aan een degelijke psycho-educatie over de eetstoornis van hun vrouw (we gebruiken hierbij ook voorlichtingsliteratuur: Vandereycken, 1994). Daarbinnen wordt aandacht geschonken aan de reacties van de partner op de eetstoornis. Deze psycho-educatie en emotionele ondersteuning verhogen de bereidwilligheid van de man om zich verder in de therapie te engageren. Dit kan op zijn beurt weer invloed hebben op de motivatie van de vrouw om daadwerkelijk aan haar eetstoornis te werken, zeker nu ze zich begrepen en gesteund weet door haar partner. In een volgend stadium kan er counseling plaatsvinden voor het paar, om in alle openheid te praten over de eetstoornis, de wijze waarop ze hiermee omgaan, en de weerslag daarvan op de relatie. Door deze sessies komen relationele gebreken of ontevredenheden aan de oppervlakte, zoals een gebrek aan intimiteit, problemen in het oplossen van conflicten, of ontevredenheid met het seksuele leven. Op basis van deze exploratie kunnen concrete doelstellingen voor een therapie geformuleerd worden, zodat tenslotte een relatietherapie gestart kan worden.

De disfunctionele rol van de 'gezonde' partner

De houding van de man tegenover de therapie kan een positieve of negatieve invloed hebben op de behandeling van de eetstoornis. Op basis van onze ervaring onderscheiden we vier 'posities' (zie figuur 1).

- A. De partner is de 'verzorger' van zijn 'zieke' vrouw.**
- A.1. De partner wil zich overmatig engageren in de therapie.**
A.2. De partner zal haar 'genezen' en professionele hulp is overbodig.
- B. De partner is niet bereid zich te engageren in de therapie.**
- B.1. Te wijten aan zijn afwijzende houding : hij beschouwt het als haar probleem, waar hij verder niets mee te maken wil hebben.**
B.2. Te wijten aan de houding van de vrouw: zij beschouwt het als haar probleem, waar hij buiten staat.

Figuur 1 Problematische posities van de gezonde partner.

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 te beschermen. Wordt de relatie 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. Alhoewel zij beiden aanvankelijk coöperatief zijn, zullen ze intieme onderwerpen vermijden om hun 'valse zelf' te beschermen. De eetstoornis is hun enige zorg of zelfs vijand, waar ze samen tegen vechten. Als de relatie toch in de focus van de therapie komt, lijken vele vrouwen deze switch te accepteren. Zij willen immers uit de positie van de zwakke, zieke partner; anderzijds zijn ze bang om de aandacht en betrokkenheid van de partner te verliezen. De man verzet zich vaak tegen een focus op de relatie, omdat hij zich bedreigd voelt in zijn gangbare rol.

Tijdens de taxatiefase geven zowel Sarah als Tom aan dat er communicatieproblemen zijn in hun relatie en dat ze er beter wat aan kunnen doen, nu zij ook in behandeling (groepstherapie) is voor haar eetstoornis. Tijdens de derde sessie maakt Tom onomwonden duidelijk wat hij van hun huwelijksleven verwacht en wat de rol van Sarah hierin is. Achteraf was Sarah verontwaardigd dat ze niet meer betekende in het leven van Tom, doch ze durfde dit niet naar voren te brengen tijdens de sessie. Ze realiseerde zich dat Tom nooit haar verlangen naar meer intimiteit zou inlossen. In de groepstherapie rijpte bij haar het besef dat ze nooit van haar eetstoornis zou 'genezen' als dit huwelijk op deze wijze zou blijven voortbestaan. Ze was bang hieruit daadwerkelijke conclusies te trekken, omdat ze zich niet in staat voelde om alléén te leven. Toen ze toch durfde haar ontevredenheid over de relatie duidelijk te maken, begreep Tom er niets meer van, want hij deed er toch alles voor om haar gelukkig te maken. Als dit het resultaat van de therapie was, dan vond hij dat het beter was als zij stopte met de therapie. Kort daarna haakte ze af in de groepstherapie. Twee maanden later kwam een groepslid haar tegen. Het bleek dat het goed met haar ging: ze was weggegaan bij Tom en woonde voorlopig weer in haar ouderlijk huis.

Als de man volhardt in zijn afwijzende houding tegenover de eetstoornis en de behandeling, heeft dit implicaties voor de therapie. Ten eerste moet de therapeut aandacht hebben voor de wijze waarop de vrouw met deze afwijzing omgaat. De therapeut kan bij voorbeeld overwegen om de therapie te stoppen, als de instandhoudende invloed van de man op de eetstoornis onmiskenbaar is, omdat hij verwacht dat een dergelijke therapie hoogst waarschijnlijk zal mislukken. De therapie stoppen met de boodschap dat de behandeling enkel zinvol is als de man bereid is zich te engageren in de therapie, kan leiden tot een confrontatie en een vruchtbare crisis binnen de relatie. In deze omstandigheden leidt voortzetting van de therapie immers vaak tot vroegtijdige drop-out (Norré & Vandereycken, 1994).

Als de therapeut daarentegen beslist om zonder medewerking van de man de therapie voort te zetten, moet voortdurend gefocust worden op de mogelijke consequenties, die veranderingen van de vrouw tijdens de therapie kunnen inhouden voor de relatie. Als de vrouw dermate gemotiveerd is dat ze doorzet in haar veranderingsproces, kan dit leiden tot een afbrokkelen van scepsis bij de man, waardoor hij mettertijd toch bereid raakt zich te engageren. Anderzijds kan de vrouw door haar groeiproces naar emotionele zelfstandigheid heen leren om met zijn reacties om te gaan. Zo kan ze meer afstand nemen van zijn emotionele invloed, waardoor de collusie wordt doorbroken. Dit kan leiden tot het ter discussie stellen van haar verdere leven, inclusief 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.

Marleen, een 29-jarige vrouw met anorexia nervosa, wist van aanvang af dat haar man haar niet zou steunen in de therapie. Bij het tweede gesprek haakte hij namelijk af met de boodschap dat hij het allemaal onzin vond en dat ze het zelf maar moest uitzoeken. Uit angst voor confrontaties, waarbij ze steeds het gevoel had te verliezen, wilde ze hem niet aansporen om te participeren in de therapie. Als reactie hierop besliste ze de uitdaging om aan haar gewichtsherstel te werken alléén aan te gaan en deel te nemen aan de groepstherapie. In die therapie hervond zij het vertrouwen in zichzelf en werd ze assertiever. Vanuit deze ervaring durfde ze openlijk haar gevoelens en gedachten jegens haar man te uiten. In tegenstelling tot wat ze verwachtte – dat dit zou ontaarden in een hels conflict – liep hij weg! Toen hij terugkwam, was hij niet langer die man die haar overblufte in de ruzies. Hij begon te beseffen dat hij haar ernstig diende te nemen, anders was de kans reëel dat ze hem zou verlaten. Vanaf dan begon een voor beiden moeilijke fase waarin zij vorm gaf aan haar verlangen naar meer zelfstandigheid. Geleidelijk slaagde hij erin om haar ‘nieuwe identiteit’ te aanvaarden en ze vonden samen een nieuw evenwicht in hun relatie.

De houding van de vrouw om haar partner buiten de therapie te houden is vaak een kopie van haar reactie op het moment dat haar man op de hoogte kwam van de eetstoornis. Zowel uit schuld- en schaamtegevoelens, als de beleving van ‘dit-is-mijn-wereld’, zal zij zich weinig moeite getroosten om hem duidelijk te maken wat er precies aan de hand is. Ze verschuilt zich achter de overtuiging dat hij het toch niet zal begrijpen. Als een patiënte in deze houding volhardt tijdens de taxatiefase, is dat een indicatie van 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 en bieden we hen een

behandelcontract aan met 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 dat het noodzakelijk is om hun echtgenoot bij de therapie te betrekken. Het volgende voorbeeld geeft aan dat het ook op iets anders kan uitdraaien.

Sandra was 33 jaar, gehuwd en moeder van één kind. Zij had al verschillende mislukte therapiepogingen achter de rug en ze stond sceptisch tegenover therapie. Van begin af aan deed ze haar beklag over de kwaliteit van haar huwelijk. Aan de andere kant weigerde ze haar man te vragen mee te komen. Hij zou haar enkel vernederen en haar als kind behandelen, zoals hij thuis deed. De wijze waarop ze dit bracht maakte de therapeut duidelijk dat een 'judo-strategie' geschikter leek. Hij startte individueel, met concrete doelstellingen ten aanzien van het gestoorde eetgedrag. Na enkele sessies haakte ze af: ze hadden een huis gekocht en met dit nieuwe perspectief zou alles wel goed komen in hun huwelijk.

Conclusie

In de behandeling van patiënten met een eetstoornis die samenleven met een vaste partner, is het een therapeutische noodzaak om deze laatste bij de behandeling te betrekken. De wijze waarop dit gebeurt is geen technische kwestie, in termen van indicatie pro of contra relatietherapie. Wel is het een therapeutische uitdaging om de eetstoornis te 'vertalen' in 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 'genezing' van de eetstoornis. Bij de eindevaluatie van de therapie geven patiënten met een eetstoornis vaak aan dat voor hen de betrokkenheid van hun partner tijdens het therapieverloop een doorslaggevende factor is geweest in de succesvolle aanpak van hun eetstoornis.

Abstract

In this article we focus on important topics in the assessment of the relationship between female patients with an eating disorder and their partners. We will also discuss the timing and the different ways in which partners can be involved in the treatment. Involvement of partners is influenced by their emotional attitudes towards the therapy and therefore often forms a difficult therapeutic challenge.

Referenties

- Abraham, S. (1999). Disordered eating and pregnancy. *Eating Disorders Review*, 10, 1-3.
- Andersen, A.E. (1985). *Practical and Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Broucke, S. van den, Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995). Communicatie en conflicthantering bij gehuwde eetstoornispatiënten. *Systeemtherapie*, 7, 138-148.
- Broucke, S. van den, Vandereycken, W., & Norré, J. (1997). *Eating Disorders and Marital Relationships*. Londen: Routledge.

- Crisp, A.H. (1980). *Anorexia Nervosa: Let Me Be*. Londen: Academic Press.
- Dally, P., & Gomez, J. (1979). *Anorexia Nervosa*. Londen: Heinemann Medical Books.
- Fairburn, C.G., & Welsh, 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 (Eds.), *Clinical Handbook of Marital Therapy* (pp. 575-593). New York: Guilford Press.
- 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., & Gordts, S. (1999). *Eating disorders in a fertility clinic: assessment and management*. Paper presented at the conference of the European Council on Eating Disorders, Stockholm.
- Stein, A. (1995). Eating disorders and childrearing. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and Obesity* (pp.188-190). New York/Londen, Guilford Press.
- Stein, A., & Woolley, H. (1996). The influence of parental eating disorders on young children: implications of recent research for some clinical interventions. *Eating Disorders*, 4, 139-146.
- Vandereycken, W. (1994). *Eetstoornissen: over anorexia nervosa en boulimia nervosa*. Wormer: Inmerc (in België verdeeld door Maklu).
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, Dissociation, and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders*. New York-Londen: Brunner/Mazel.
- 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*, 123-133.
- Woodside, D.B., Shekter-Wolfson, L.F., Brandes, J.S., & Lackstrom J.B. (1993). *Eating Disorders and Marriage*. New York: Brunner/Mazel.