



**Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2011-2012**

**Onderzoek naar lacunes in de perinatale begeleiding bij vrouwen met een
eetstoornis in de voorgeschiedenis**

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Door Katrien Scheerlinck
Promotor: Prof. Dr. M. Temmerman
Copromotor: Dra. Ines Keygnaert
Begeleider: Dr. I. Delbaere



**Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2011-2012**

**Onderzoek naar lacunes in de perinatale begeleiding bij vrouwen met een
eetstoornis in de voorgeschiedenis**

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde

Door Katrien Scheerlinck
Promotor: Prof. Dr. M. Temmerman
Copromotor: Dra. Ines Keygnaert
Begeleider: Dr. I. Delbaere

ABSTRACT

Dit onderzoek evalueert welke factoren een potentiële rol spelen in de beleving van een zwangerschap bij vrouwen met een actieve eetstoornis tijdens de zwangerschap of met een eetstoornis in de anamnese. Vervolgens worden, op basis hiervan, de hiaten in de huidige Vlaamse perinatale en postnatale begeleiding in kaart gebracht.

Er is gekozen voor een exploratief kwalitatief onderzoek. Vijftien semi-gestructureerde interviews zijn afgenomen bij 15 vrouwen met een actieve eetstoornis of met een eetstoornisverleden. Elk interview wordt telkens aangevuld met 2 vragenlijsten, namelijk de EDI II en de NVE, om een objectief beeld te verkrijgen over het ziektebeeld op het moment van deelname. De interviews zelf worden geanalyseerd met behulp van NVivo 9.

De chroniciteit van een eetstoornis en de blijvende ontvankelijkheid hiervoor worden duidelijk in deze studie. De zwangerschap en het postpartum vormen een uitdaging waarbij deze vrouwen, in de meeste gevallen, continu een balans dienen te vinden tussen een gezonde zwangerschap en de eetstoornis. De gehanteerde voedingspatronen en het weegproces verdienen hierbij extra aandacht. Het postpartum en de periodes gekenmerkt door negatieve gevoelens, zoals bij fertiliteitsproblemen, vragen een intensieve opvolging. Naast de eigen voedingspatronen blijken ook de eetpatronen van de kinderen onderhevig aan de eetstoornis. Zo vroeg mogelijk in de zwangerschap systematisch screenen is aan te raden. Daarnaast wordt verwacht dat de betrokken hulpverleners actief communiceren over het eetprobleem en dat zij zich omringen door een multidisciplinair team. Preventief werken om onder meer de kans op een recidief, het erger worden van de reeds aanwezige symptomen, en eventueel op een eetstoornisontwikkeling bij de kinderen zelf te reduceren is aangewezen.

Trefwoorden: perinatale begeleiding; postnatale begeleiding; eetstoornissen; wenselijke preventie.

Aantal woorden masterproef: 24 959 (excl. tabellen, figuren, bijlagen en bibliografie)

ABSTRACT.....	3
VOORWOORD.....	7
INLEIDING.....	8
1 EETSTOORNISSEN.....	10
1.1 Definitie van een normaal gewicht.....	12
1.2 Anorexia Nervosa.....	13
1.2.1 Definitie en diagnostische criteria.....	13
1.2.2 Prevalentie.....	14
1.2.3 Predisponerende factoren en risicofactoren.....	15
1.2.4 Fysische en psychische consequenties.....	16
1.2.5 Prognose.....	17
1.3 Boulimia Nervosa.....	18
1.3.1 Definitie en diagnostische criteria.....	18
1.3.2 Prevalentie.....	19
1.3.3 Predisponerende factoren en risicofactoren.....	20
1.3.4 Fysische en psychische consequenties.....	21
1.3.5 Prognose.....	23
1.4 Eating Disorders Not Otherwise Specifiek.....	23
2 ZWANGERSCHAP EN EETSTOORNISSEN.....	25
2.1 Gewichtstoename en voedingspatronen tijdens de zwangerschap.....	25
2.2 Eetstoornissen en zwangerschap.....	26
2.2.1 Vruchtbaarheid en conceptie.....	26
2.2.2 Maternale en foetale consequenties.....	27
2.2.3 Symptomatologie perinataal en postnataal.....	29
3 BEGELEIDING TIJDENS DE ZWANGERSCHAP.....	32
3.1 Antenaal screenen.....	32
3.1.1 Wanneer screenen?.....	32
3.1.2 Reeds toegepaste screeningmethoden.....	34
3.1.3 Adviezen voor een aangepaste antenatale en postnatale begeleiding.....	35

4	METHODOLOGIE	38
4.1	Onderzoeksopzet.....	38
4.2	Steekproef	39
4.3	Procedure	42
4.4	Instrumenten	44
4.5	Referentiekader Preventie.....	45
4.5.1	Algemene preventie	45
4.5.2	Wenselijke preventie.....	46
5	RESULTATEN	49
5.1	Algemeen	49
5.2	Resultaten gestandaardiseerde vragenlijsten EDI II en NVE.....	51
5.3	Eerste onderzoeksvraag: Welke factoren spelen een rol in de beleving van een zwangerschap ?	52
5.3.1	Beleving van de zwangerschap	52
5.3.2	Voedingspatroon tijdens de zwangerschap.....	55
5.3.3	Lichaamsveranderingen	57
5.3.4	Wegen tijdens de zwangerschap	58
5.3.5	Triggers voor, tijdens, en na de zwangerschap.....	59
5.3.6	De bevalling	61
5.3.7	Het postpartum	61
5.3.8	Voedingspatroon kinderen	63
5.4	Tweede onderzoeksvraag: Wat wordt er verwacht van de betrokken hulpverleners ?	65
5.4.1	Algemeen	65
5.4.2	Positieve ervaringen tijdens de antenatale begeleiding	67
5.4.3	Negatieve ervaringen bij de antenatale begeleiding	69
5.4.4	Advies voor hulpverleners in de toekomst.....	73
6	DISCUSSIE.....	78
6.1	Methodologische opzet.....	78

6.2	Terugkoppeling van de resultaten naar de literatuur en aanbevelingen voor de praktijk.....	79
6.2.1	Relativiteit van genezing.....	79
6.2.2	Ouder-Kind Binding.....	80
6.2.3	Voedingspatronen en eetstoornissen bij de eigen kinderen.....	81
6.2.4	Aandacht voor emoties en specifieke karaktereigenschappen.....	82
6.2.5	Gehanteerde voedingspatronen	84
6.2.6	Omgaan met het gewicht en het weegproces	86
6.2.7	Aandachtspunten postnataal	87
6.2.8	Systematisch screenen in het kader van wenselijke preventie	87
6.3	Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.....	89
7	CONCLUSIE	92
	LITERATUURLIJST	94
	LIJST MET AFKORTINGEN	100
	LIJST MET TABELLEN EN FIGUREN	101
	BIJLAGEN.....	102
	Bijlage I: SCOFF Vragenlijst	102
	Bijlage II: EDE-Q Vragenlijst.....	103
	Bijlage III: Begeleidende Interviewvragen	107
	Bijlage IV: Informed Consent met toestemmingsformulieren	108

VOORWOORD

Deze masterproef was nooit tot stand gekomen zonder de hulp en de steun van een aantal mensen. Via deze weg wil ik dan ook, eerst en vooral, een dankwoord richten naar alle vrouwen die de tijd genomen hebben en bereid zijn geweest om hun ervaringen te delen en zo een antwoord te bieden op al mijn vragen. Zonder jullie vrijwillige medewerking zou ik nooit tot deze resultaten zijn gekomen.

Vervolgens wil ik mijn promotoren en mijn begeleiders bedanken namelijk Prof. Dr. Marleen Temmerman, Dr. Ilse Delbaere en Dra. Ines Keygnaert voor hun begeleiding in de realisatie van deze thesis. Hierbij wil ik hen bedanken voor het geven van deskundige adviezen, voor het aanbrenge van nieuwe ideeën, en voor het kritisch nalezen en verbeteren van deze masterproef. Dra. Ines Keygnaert wil ik daarbovenop ook bedanken om de thesis samen met mij methodologisch op punt te stellen en om mij hierin ook intensief te begeleiden.

Vervolgens wil ik een aantal artsen en psychologen bedanken voor de tijd die zij genomen hebben om op zoek te gaan naar de nodige participanten of om hun expertise met mij te delen. Mijn speciale dank gaat hierbij uit naar Dr. Kristien Roelens, Dr. Gwendolyn Portzky, Dr. Franciska Vermeersch, Dhr. Jan Norré en Mvr. Sarah Van Autreve.

Daarnaast richt ik ook een dankwoord aan mijn mama, mijn papa en mijn zus voor hun steun en voor hun vele bemoedigende woorden. Eveneens ben ik hen heel dankbaar dat zij mij de kans gegeven hebben deze opleiding af te werken.

Tot slot wil ik Thomas, mijn vriend, bedanken die er onvoorwaardelijk voor mij was. Bedankt ook om steeds te luisteren bij problemen, om nieuwe ideeën naar voren te brengen en om regelmatig mijn masterproef te lezen.

Bedankt allemaal!

INLEIDING

Een globale toename van het incidentie –en prevalentiecijfer maakt dat er sinds enkele jaren steeds meer aandacht besteed wordt aan de problematiek van een eetpathologie en de schadelijke gevolgen ervan (Polivy & Herman, 2002; Reijonen, Pratt, Patel, & Greydanus, 2003; Zerbe, 2007). Wanneer het gaat over de combinatie van een eetstoornis en zwangerschap is de kennis beperkter. Door co-morbiditeiten en het meer frequent optreden van fertiliteitsproblemen lijkt er een algemeen oordeel te bestaan dat een eetstoornis zelden voorkomt in de patiëntengroep binnen de gynaecologie, en dan vooral binnen de obstetrie. Ondanks dit duidt de kleine hoeveelheid beschikbare literatuur om diverse redenen op een onderschatting van het aantal patiënten met een eetstoornis in de voorgeschiedenis die een gynaecoloog, een vroedvrouw, een huisarts of een andere hulpverlener raadplegen. Ook zal aan de hand van de volgende hoofdstukken duidelijk worden dat de gevolgen hiervan voor moeder en kind niet te onderschatten zijn. Dit zowel op fysiologisch, psychologisch als op sociaal niveau.

In dit inleidende deel zal in eerste instantie het ruime concept eetpathologie aan bod komen. Deze omvat een uiteenzetting van een aantal eetstoornissen gedefinieerd volgens de tot op heden ‘DSM IV’ (American Psychiatric Association (APA), 2005) gangbare definities.

In tweede instantie wordt de relatie tussen eetstoornissen en zwangerschap besproken. Zowel de klinische gevolgen tijdens de zwangerschap voor moeder en kind, als de psychologische gevolgen in de perinatale en postnatale periode, komen uitgebreid aan bod.

Vervolgens wordt er een overzicht gegeven van de beschikbare literatuur over de rol van vroedvrouwen, gynaecologen en andere hulpverleners tijdens de perinatale begeleiding bij vrouwen met een eetstoornis in de anamnese.

Deze literatuur wordt verder ook aangevuld met een kwalitatieve studie. Deze studie bevat een evaluatie van de zwangerschapsbeleving bij vrouwen met een eetstoornis in

de voorgeschiedenis of met een eetstoornis actief aanwezig tijdens de zwangerschap. De voorgeschiedenis omvat in dit onderzoek het terugvinden van eetstoornis in de gynaecologische anamnese. De informatie wordt verkregen via een semi-gestructureerd interview dat eenmalig bij elke participant wordt afgenomen. Elk interview gaat gepaard met 2 gevalideerde vragenlijsten namelijk de EDI II of de 'Eating Disorder Inventory', en de NVE of de 'Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag'. Deze geven een objectieve weergave van het ziektebeeld op het moment van het interview. Tot slot moet een analyse van deze resultaten een beeld vormen over hoe deze vrouwen hun zwangerschap beleven in het kader van hun eetstoornis in de gynaecologische voorgeschiedenis en over hoe de huidige perinatale begeleiding, op basis van de verkregen resultaten, geoptimaliseerd kan worden.

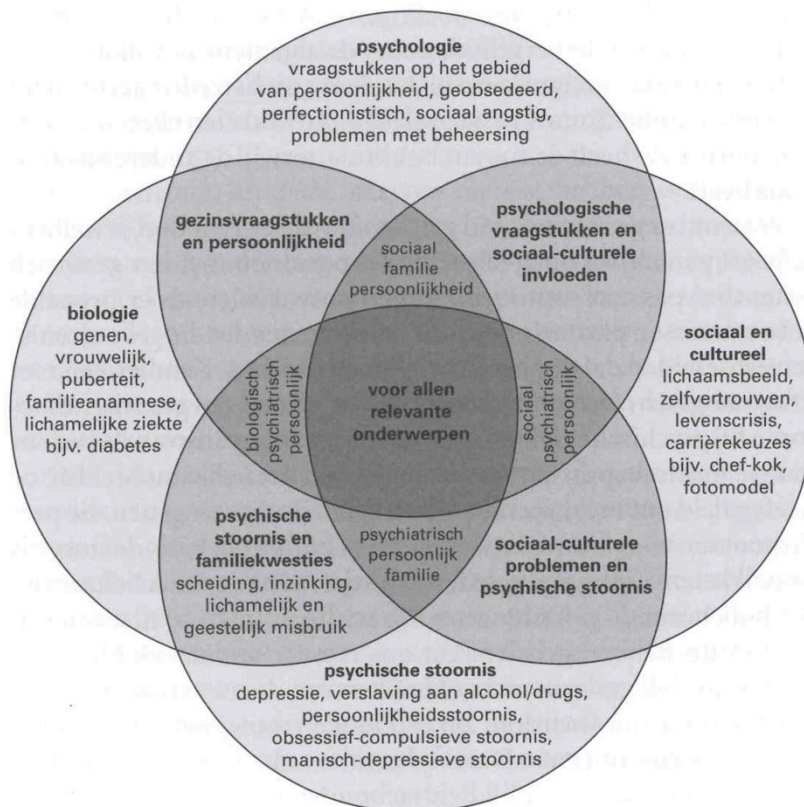
1 EETSTOORNISSEN

Dit eerste hoofdstuk gaat dieper in op het begrip eetstoornissen. Hierbij komen de 3 grote, volgens de DSM IV gedefinieerde groepen aan bod. Anorexia Nervosa (AN), Boulimia Nervosa (BN) en Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) (APA, 2005).

Een eetstoornis kan ruim gedefinieerd worden als een storing in het eetgedrag en in de gewichtsbeheersing. Deze gaat gepaard met een lichamelijk, psychisch en sociaal disfunctioneren, welke geen secundair gevolg zijn van een andere medische conditie of psychiatrische stoornis (Fairburn & Harrison, 2003; Klein & Walsh, 2003, 2004). Kenmerkend is een overmatige preoccupatie met het eigen gewicht en met het eigen fysieke voorkomen, gepaard gaande met ‘disfunctioneel’ eetgedrag (Vervaet, 2010). Een toegenomen incidentie en prevalentie doorheen de laatste decennia maakt dat deze problematiek de derde meest voorkomende chronische aandoening bij adolescente vrouwen geworden is (Reijonen et al., 2003). Eens de diagnose wordt gesteld en een gepaste therapie wordt opgestart, blijft het in de meeste gevallen een levenslange strijd om de eetproblematiek onder controle te houden (Reijonen et al., 2003). Prevalentiecijfers variëren van 3% volgens een studie van Becker, Grinspoon, Klibanski, & Herzog (1999), naar 5% tot 6% volgens Harris (2010) wanneer de strikte definiëring voor AN en BN, door de DSM IV, vooropgesteld wordt. Recentelijk wordt er in de literatuur een onderschatting van de problematiek naar voor gebracht wanneer deze uitgesproken criteria strikt gehanteerd worden. Indien, bij het stellen van de diagnose, van deze criteria afgeweken wordt, stijgen deze prevalentiecijfers voor klinisch belangrijke eetstoornissen¹ naar 14% tot 22% (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011). Vervaet (2010) berekende, op basis van een onderzoek van Preti et al. (2009) naar de epidemiologie van eetstoornissen in 6 Europese landen, dat de kans op het ontwikkelen van een klinisch belangrijke eetstoornis 29% is bij de leeftijdscategorie tussen 10 en 30 jaar. Indien er niet aan de

¹ Klinisch belangrijke eetstoornissen omvatten naast anorexia nervosa (AN) en boulimia nervosa (BN) ook binge eating disorder, eetbuien allerlei en elke andere eetstoornis waarbij afwijking van een normaal eetpatroon aanwezig zijn (EDNOS).

strikte criteria van de DSM IV voldaan wordt, spreekt men van een Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS). De gemiddelde leeftijd waarop een eetstoornis zich voor het eerst manifesteert bevindt zich, afhankelijk van het type eetstoornis, tussen 14 jaar tot 20 jaar. (Reijonen et al., 2003; Striegel-Moore, 1997). Vooral de periodes in het leven waarin zich opvallende lichaamsveranderingen voordoen, zoals tijdens de puberteit of tijdens de zwangerschap, kunnen in combinatie met een reeks andere factoren een trigger tot het ontwikkelen een eetpathologie vormen (Andersen & Ryan, 2009; Parliamentary Office of Science and Technology, 2007).



Figuur 1: Multidisciplinaire verklaring voor de ontwikkeling van eetstoornissen uit “Abraham, S., & Llewellyn-Jones, D. (2008). *Eetstoornissen: De Feiten* (G. Noordenbos, Trans. 1 ed.). GA Houten: Bohn Stafleu van Loghum.”

Een eetpathologie zou 8 tot 10 keer vaker voorkomen bij vrouwen dan bij mannen (Polivy & Herman, 2002; Preti et al., 2009; Reijonen et al., 2003; Striegel-Moore, 1997;

Zerbe, 2007). De exacte etiologie voor het ontwikkelen van een eetstoornis is tot op heden ongekend. Wel wordt aangenomen dat het om een multifactorieel proces gaat waarbij zowel ontwikkelingsgebonden, genetische, psychische, fysiologische als socioculturele factoren een rol spelen (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008; Klein & Walsh, 2003, 2004; Reijonen et al., 2003; Striegel-Moore, 1997).

In de volgende paragrafen volgt een korte uiteenzetting omtrent de problematiek van AN, BN en EDNOS. Vervolgens komt het probleem van Binge Eating Disorder (BED), dat voorlopig nog geen plaats gekregen heeft in de DSM, volledigheidshalve aan bod.

1.1 Definitie van een normaal gewicht

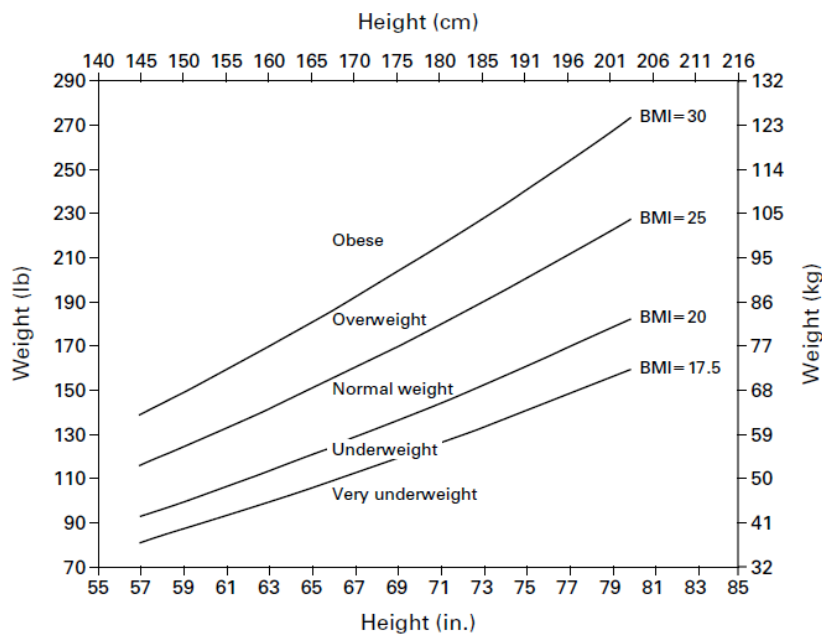
De minimum –en maximumgrenzen waarbinnen het lichaamsgewicht zich normaliter begeeft kunnen op verschillende manieren berekend worden.

Een vaak gehanteerde methode is de berekening van het BMI of de Quetelet-index. Deze wordt berekend door middel van de formule G/l^2

Gewicht in kilogram

Lengte in meter ²

Hierbij wordt een BMI tussen 20 en 25 als normaal beschouwd.



Figuur 2: BMI of Quetelet-index voor volwassenen uit “Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A., & Herzog, D. B. (1999). Eating disorders. *N Engl J Med*, 340(14), 1092-1098.”

1.2 Anorexia Nervosa

1.2.1 Definitie en diagnostische criteria

Anorexia Nervosa is afkomstig van het Griekse woord ‘orexie’ en betekent letterlijk ‘verlies van eetlust’ (Klein & Walsh, 2003, 2004). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen 2 subtypes, namelijk ‘Anorexia Nervosa - Restrictor Type’ en ‘Anorexia Nervosa - Binge/Purgeerder’. In geval van het eerste subtype is er een afgenomen voedselinname waarneembaar, gekoppeld aan excessieve lichaamsbeweging om tot een verlies in lichaamsgewicht te komen. Bij het tweede subtype is er evenwel sprake van restrictief eetgedrag dat eventueel gepaard gaat met excessieve lichaamsbeweging. Maar er is ook sprake van eetbuien gevolgd door inadequaate compensatiegedrag zoals braken of het innemen van diuretica en/of laxantia.

De diagnostische criteria voor AN volgens de DSM IV (APA, 2005) zijn de volgende :

- Afname in lichaamsgewicht tot minder dan 85% van het normale BMI;
- Intense angst voor toename in lichaamsgewicht ondanks ondergewicht;
- Verstoorde waarneming van het lichaamsgewicht, de lichaamsvorm en de omvang ervan;
- Amenorroe².

1.2.2 Prevalentie³

De recente literatuur geeft overheersend cijfers weer variërende tussen 0,1% en 2% indien de bovenvermelde criteria strikt gehanteerd worden (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008; Andersen & Ryan, 2009; Astrachan-Fletcher, Veldhuis, Lively, Fowler, & Marcks, 2008; Hoek & van Hoeken, 2003; Klein & Walsh, 2003, 2004; Micali & Treasure, 2009; Reijonen et al., 2003; Striegel-Moore, 1997; Swanson et al., 2011; Ward, 2008). Deze cijfers zouden minstens verdubbelen indien ook het partiële klinisch significante syndroom⁴ opgenomen zou worden binnen deze prevalentiecijfers (Polivy & Herman, 2002). De eetstoornis zou tot 10 keer vaker voorkomen bij vrouwen dan bij mannen (Hoek & van Hoeken; Klein & Walsh, 2003, 2004; Polivy & Herman, 2002). Een onderschatting van de cijfers wordt om een aantal redenen niet uitgesloten. Bij heel wat patiënten met AN, en met een eetstoornis in het algemeen, zal nooit een correcte diagnose gesteld worden en zal nooit enige behandeling worden opgestart wat mede een vertekend beeld van de geschetste prevalentiecijfers kan verklaren (Becker et al., 1999; Hoek & van Hoeken, 2003, Swanson et al., 2011). Ondanks dit blijft er een toename in de prevalentiecijfers van de laatste decennia zichtbaar (Fairburn & Harrison, 2003; Hoek & van Hoeken, 2003). Of dit te maken heeft met een werkelijk toenemend aantal

² Dit laatste criterium staat reeds lange tijd ter discussie waardoor deze in de DSM V, welke nog steeds in ontwikkeling is, tot noch toe niet meer geïnccludeerd wordt.

³ Deze cijfers schetsen enkel een beeld over de prevalentie van AN voorkomende bij patiënten van het vrouwelijk geslacht.

⁴ AN waarbij aan één of meerdere criteria, zoals door de DSM IV vooropgesteld, niet wordt voldaan, maar welke wel klinisch significant is. (ref. EDNOS)

gevallen van AN doorheen de laatste jaren, of met een meer accurate diagnosestelling, staat nog ter discussie (Hoek & van Hoeken, 2003; Striegel-Moore, 1997).

1.2.3 Predisponerende factoren en risicofactoren

Zoals reeds vermeld is het ontwikkelen van anorexia nervosa, en een eetstoornis in het algemeen, gender gerelateerd waarbij het vrouwelijk geslacht zich in een nadelige positie bevindt (Fairburn & Harrison, 2003; Polivy & Herman, 2002; Striegel-Moore, 1997). Het bestaan van een genetische predispositie, en van omgeving gerelateerde risicofactoren die de kans op het ontwikkelen van AN bevorderen, wordt erkend. Maar, over hun exacte bijdrage heerst tot op heden discussie (Striegel-Moore, 1997). De aanwezigheid van depressies en eetstoornissen in de familiegeschiedenis zouden het risico op het ontwikkelen van de eetstoornis doen toenemen (Fairburn & Harrison, 2003). Bepaalde eigenschappen binnen de opvoeding, zoals een afwijkende ouder-kind binding, het stellen van te hoge verwachtingen naar het kind toe en het opgroeien in een dieetcultuur met hoge druk om slank te blijven, zijn ook frequent vastgestelde factoren welke een predisponerende rol kunnen spelen (Fairburn & Harrison, 2003; Polivy & Herman, 2002; Striegel-Moore, 1997). Daarnaast zijn er een aantal typerende kenmerken zoals perfectionisme, het hebben van een angstige persoonlijkheid, een hoge ‘harm avoidance’⁵, plichtsgetrouwheid en een laag zelfbeeld welke de kans op het ontwikkelen van AN doen toenemen (Fairburn & Harrison, 2003; Klein & Walsh, 2003, 2004; Polivy & Herman, 2002; Striegel-Moore, 1997). Tenslotte zou er ook nog een neurobiologische verklaring zijn waarbij onder meer een afwijkende serotonerge en dopaminerge productie een hoofdrol spelen. (Klein & Walsh, 2003, 2004; Polivy & Herman, 2002; Vervaet, 2010).

Een éénduidig besluit met betrekking tot de exacte etiologie van anorexia nervosa kan niet gegeven worden. Het is een multi-factorieel proces waarbij een wisselwerking tussen voorgaand opgesomde predisponerende factoren al dan niet een trigger zal

⁵ De mate waarin een individu mogelijk leed vermijdt (Maesschalck & Vertommen, 2001).

vormen tot het ontwikkelen van deze eetstoornis (Polivy & Herman, 2002; Zerbe, 2007).

1.2.4 Fysische en psychische consequenties

Verlies in lichaamsgewicht is het kerndoel geworden bij patiënten die lijden aan anorexia nervosa. De meeste psychische en fysische veranderingen treden enerzijds op ten gevolge van ondervoeding en anderzijds ten gevolge van het toepassen van schadelijke methoden om tot gewichtsverlies te komen zoals purgeren, het gebruik van laxeremiddelen, en diuretica (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008). Deze kunnen leiden tot dehydratatie en stoornissen in het elektrolytenevenwicht met een metabole acidose of alkalose tot gevolg. Deze metabole alkalose leidt tot vermoeidheid, spierzwakte, en in ernstige gevallen, tot een onregelmatige hartslag en hartfalen. Bij een overmatig gebruik van laxeremiddelen kan er een metabole acidose ontstaan met hyperventilatie en met opnieuw, in meer zeldzame gevallen, hartfalen tot gevolg. Ondanks het gewichtsverlies kunnen compensatiemechanismen in het lichaam dit evenwicht voor een bepaalde periode op peil houden voordat deze symptomen uitgesproken optreden (Abraham & Llewellyn, 2008). Indien patiënten met AN niet toenemen in lichaamsgewicht kunnen er, naast de reeds opgesomde fysieke symptomen, finaal hartfalen en nierfalen optreden met het uiteindelijke overlijden van de patiënt tot gevolg. Naast een gestoorde elektrolytenbalans ontwikkelt er zich ook een onevenwicht in de hormonenhuishouding. Hierdoor ontstaat onder meer een wijziging in de schildklierfunctie, wat een droge huid, bradycardie en hypotensie bij anorexiapatiënten veroorzaakt (Abraham & Llewellyn, 2008; Becker et al., 1999; Klein & Walsh, 2003, 2004). Daarnaast slaagt ook de hypothalamus er niet meer in om voldoende GnRH⁶ pulsatie af te scheiden. Dit heeft tot gevolg dat er onvoldoende FSH⁷ en LH⁸ vrijkomt en er secundaire amenorroe kan optreden (Abraham & Llewellyn, 2008; Klein &

⁶ Gonadotrofine Releasing Hormoon

⁷ Follikelstimulerend Hormoon: Gonadotrofine dat bij de vrouw de ontwikkeling van het Graafse follikel en de vorming van oestrogeen bevordert (Jochems & Joosten, 2006).

⁸ Luteïniserend Hormoon: Gonadotrofine dat bij de vrouw instaat voor de ovulatie en de ontwikkeling van het corpus luteum stimuleert (Jochems & Joosten, 2006).

Walsh, 2003, 2004). Op lange termijn kan door een oestrogeengebrek de botdensiteit afnemen en tot osteoporose leiden. Andere fysische symptomen zijn een daling van de lichaamstemperatuur gepaard gaande met acrocyanose, het ontwikkelen van lagunobeharing, haaruitval, constipatie en gebitsproblemen door veelvuldig purgeren (Abraham & Llewellyn, 2008; Becker et al., 1999). Belangrijk is dat deze voorgaande symptomen, met uitzondering van osteoporose en gebitsproblemen, reversibel zijn indien het lichaamsgewicht zich opnieuw binnen de normaal grenzen begeeft (Becker et al, 1999; Abraham & Llewellyn-Jones, 2008).

Aanvullend op deze fysische symptomen treden er ook heel wat psychische stoornissen op. Een belangrijk kenmerk is dat de perceptie van de eigen lichaamsomvang en het eigen lichaamsgewicht wijzigt waarbij bepaalde lichaamsdelen, ondanks ondergewicht, als buiten proportie worden beschouwd (Klein & Walsh, 2003, 2004). Daarnaast gaat een daling in het lichaamsgewicht frequent gepaard met een verandering in de persoonlijkheid van de patiënt. Patiënten met AN worden vaak apathisch, emotioneel en prikkelbaar (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008; Fairburn & Harrison, 2003). Ook kunnen ze hyperactief worden, krijgen ze last van slapeloosheid, en ontstaan er concentratiestoornissen. Net zoals de meeste fysische symptomen verdwijnen deze psychische symptomen wanneer de patiënt opnieuw in lichaamsgewicht toeneemt (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008).

1.2.5 Prognose

Ongeveer 50% van de patiënten met anorexia nervosa genezen volledig. 30% geneest gedeeltelijk, maar hervalt regelmatig in een nieuwe episode. Bij de overige 20% is er geen verbetering waarneembaar en blijft het probleem chronisch actief aanwezig (Becker et al., 1999; Klein & Walsh, 2003, 2004; Zerbe, 2007). Ondanks de therapeutische mogelijkheden overlijdt tot 5% à 10% van de vrouwen met AN (Klein & Walsh, 2003, 2004). Het overlijden kan een direct gevolg zijn van de ondervoeding,

maar is ook frequent het gevolg van zelfdoding na een lange, uitzichtloze strijd (Striegel-Moore, 1999).

De prognose en behandeling zijn afhankelijk enerzijds van de chroniciteit van het probleem en anderzijds van mogelijk aanwezige co-existerende psychiatrische problemen (Keel & Brown, 2010; Zerbe, 2007). Hoe vroeger de diagnose gesteld wordt en hoe korter de episode, hoe groter de kans dat de patiënt volledig geneest (Keel & Brown, 2010; Striegel-Moore, 1997). Andere negatieve prognostische factoren zijn, naast een langdurige episode en de aanwezigheid van andere psychiatrische problemen, het minimum BMI dat bereikt wordt, een lange behandelingsduur en een hospitalisatie in al dan niet gespecialiseerde centra (Keel & Brown, 2010).

1.3 Boulimia Nervosa

1.3.1 Definitie en diagnostische criteria

Boulimia Nervosa betekent letterlijk uit het Grieks vertaalt ‘eetlust als een os door nerveuze oorzaken’ (Klein & Walsh, 2003, 2004). De eetstoornis wordt gekenmerkt door episodes van eetbuien welke afgewisseld worden met periodes van gewoon of restrictief eten. Tijdens deze eetbuien verliest de patiënt de controle over het eetgedrag en worden buitensporige hoeveelheden voedsel ingenomen, gevolgd door compensatiegedrag om gewichtstoename te vermijden. Ook hier kunnen 2 types onderscheiden worden. Het purgerende type en het niet-purgerende type. Bij het purgerende type stelt de boulimiepatiënt tijdens een episode compensatiegedrag zoals zelfopgewekt braken en/of het gebruik van laxantia en diuretica. Bij het niet-purgerende type vertoont de patiënt voornamelijk ander inadequaat compensatiegedrag zoals vasten en/of overmatige lichaamsbeweging, maar wordt er niet gebrakt.

De vooropgestelde criteria voor BN volgens de DSM IV omvatten de volgende (APA, 2005):

- Herhaalde episoden van eetaanvallen. Een episode van 'vraatzucht' wordt gekenmerkt door volgende 2 criteria:
 - o Het in een bepaalde tijdsperiode (bijvoorbeeld 2 uur) innemen van een hoeveelheid voedsel die significant groter is dan de meeste mensen zouden eten in een dergelijke periode en onder gelijke omstandigheden;
 - o Het gevoel tijdens de periode geen beheersing over het eetgedrag te hebben (bijvoorbeeld het gevoel hebben niet te kunnen stoppen).
- Deze eetbuien gaan gepaard met compensatiegedrag zoals zelf geïnduceerd braken, misbruik van laxemiddelen, misbruik van diuretica en overmatige lichaamsbeweging om gewichtstoename te voorkomen;
- De eetaanvallen en het compensatiegedrag treden minimaal 1 keer per week op gedurende een periode van minstens 3 maanden;
- Het zelfbeeld wordt in grote mate bepaald door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht;
- De stoornis treedt niet uitsluitend op tijdens episodes van anorexia nervosa.

1.3.2 Prevalentie⁹

Boulimia Nervosa komt volgens de literatuur minstens dubbel zo vaak voor als anorexia nervosa (Polivy & Herman, 2002). De prevalentiecijfers voor patiënten waarbij BN gediagnosticeerd wordt variëren tussen 0,5% en 5% indien de criteria volgens de DSM IV gehanteerd worden (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008; Andersen & Ryan, 2009; Astrachan-Fletcher et al., 2008; Bansil et al., 2008; Fairburn & Harrison, 2003; Hoek & van Hoeken, 2003; Klein & Walsh, 2003, 2004; Micali & Treasure, 2009; Preti et al., 2009; Reijonen et al., 2003; Striegel-Moore, 1997; Swanson et al., 2011; Ward, 2008).

⁹ Deze cijfers schetsen enkel een beeld over de prevalentie van BN voorkomende bij patiënten van het vrouwelijk geslacht.

Deze cijfers nemen toe tot 7% indien het partiële klinisch significante syndroom¹⁰ geïnccludeerd wordt (Micali & Treasure, 2009). Opnieuw komt deze eetpathologie tot 10 keer vaker voor bij vrouwen dan bij mannen en is ook hier een stijgende trend zichtbaar doorheen de laatste decennia (Hoek & van Hoeken; Klein & Walsh, 2003, 2004; Polivy & Herman, 2002). Aan wat deze stijging in prevalentie te wijten is, blijft opnieuw ter discussie staan. Wel wordt er verondersteld dat het ook hier om een onderschatting van de werkelijke prevalentie gaat. Dit nog meer voor patiënten met BN dan voor patiënten met AN, aangezien de fysische symptomen bij BN beperkt blijven en dit het stellen van een diagnose bemoeilijkt (Harris, 2010).

1.3.3 Predisponerende factoren en risicofactoren

Net zoals bij anorexia nervosa is de kans op het ontwikkelen van boulimia nervosa gender gerelateerd waarbij vrouwen zich in een nadelige positie bevinden. Daarbovenop neemt het risico toe indien depressie en eetstoornissen reeds in de familie van de betrokkene voorkomen (Fairburn & Harrison, 2003; Klein & Wals, 2003, 2004; Polivy & Herman, 2002; Reijonen et al., 2003; Striegel-Moore, 1997). Eveneens verhoogt de kans op het ontwikkelen van BN indien er een sprake is van een afwijkende ouder-kind binding, het stellen van te hoge verwachtingen naar het kind toe en het opgroeien in een dieetcultuur met hoge druk om slank te blijven (Fairburn & Harrison, 2003; Polivy & Herman, 2002; Striegel-Moore, 1997). Andere predisponerende factoren voor het ontwikkelen van BN zijn een familiegeschiedenis van obesitas en middelenmisbruik. Ook het initieel hebben van overgewicht, een menarche op jonge leeftijd, en een geschiedenis van seksueel misbruik, verhogen het risico op BN (Fairburn & Harrison, 2003; Favaro, Caregaro, Tenconi, Bosello, & Santonastaso, 2009; Striegel-Moore, 1997). Opnieuw is er ook hier vermoedelijk een neurobiologische verklaring waarin onder meer een afwijkend serotonerge en dopaminerge productie de hoofdrol speelt (Klein & Walsh, 2003, 2004; Polivy & Herman, 2002; Vervaet, 2010).

¹⁰ BN waarbij niet aan alle criteria zoals door de DSM IV vooropgesteld wordt voldaan, maar welke wel klinisch significant is (Ref. EDNOS).

Individuele eigenschappen zoals een lage zelfwaarde, gegeneraliseerde angst, hoge externe ‘locus of control’¹¹, neuroticisme, een verhoogde gehalte aan ‘novelty seeking’¹², ‘harm avoidance’ en impulsiviteit worden frequent waargenomen bij boulimiepatiënten. (Klein & Walsh, 2003, 2004; Polivy & Herman, 2002; Striegel-Moore, 1997). Deze eigenschappen kunnen zowel een oorzaak als een gevolg zijn van de eetstoornis (Klein & Walsh, 2009). Daarenboven gaat BN frequent gepaard met automutilatie en andere psychiatrische problemen waaronder persoonlijkheidsstoornissen (Klein & Walsh, 2003, 2004). Tenslotte zou ook een voorgeschiedenis van AN een grote predisponerende factor zijn waarbij sommige studies suggereren dat 20% tot 30% van de boulimiepatiënten ooit aan de criteria van AN voldeden (Klein & Walsh, 2003, 2004; Morgan, Lacey, & Chung, 2006).

Ondanks dit kan er, zoals reeds vermeld, ook bij BN geen concrete conclusie getrokken worden met betrekking tot de etiologie van de eetproblematiek. Opnieuw zal een wisselwerking tussen de voorgaand opgesomde predisponerende factoren al dan niet een trigger vormen tot het ontwikkelen van deze eetproblematiek (Reijonen et al., 2003; Zerbe, 2007).

1.3.4 Fysische en psychische consequenties

Zoals reeds beschreven brengen frequent braken en het gebruik van laxemiddelen en/of diuretica heel wat fysische consequenties met zich mee. De meeste symptomen van boulimia nervosa kunnen pas vastgesteld worden na een uitgebreid medisch onderzoek. Maar, kleine letsels aan de bovenkant van de handen, erosie van het tandglazuur en plotse heesheid zijn uitwendig waarneembare symptomen welke reeds een eerste signaal kunnen vormen (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008). Tot 20% van de boulimiepatiënten krijgt, na een periode van eetbuien, gevolgd door braken, te maken met een vergroting van de glandula submandibularis en de glandula parotidea (Klein &

¹¹ Mate waarin iemand de oorzaak van wat hem of haar overkomt intern of extern zoekt (Ajzen, 2002).

¹² De mate waarin een individu op zoek gaat naar prikkels (Maesschalck & Vertommen, 2001).

Walsh, 2003, 2004; Van Rijn, 1998). Deze kunnen mogelijk een direct gevolg zijn van de eetbuien. Maar ook irritatie door maagzuur, stimulatie van de tongreceptoren door pancreasenzymen en autonome dysfuncties worden als mogelijke oorzaken aangehaald (Van Rijn, 1998). Chronische obstipatie, de ontwikkeling van een megacolon en een cathartisch colon, waarbij een sterk uitgezet colon wordt gezien met verminderde of gestoorde motiliteit, zijn meer rechtstreekse gevolgen van chronisch laxantia gebruik (Van Rijn, 1998). Naast de reeds opgesomde symptomen kan het frequent braken en het gebruik van laxantia en/of diuretica ook dehydratie, hypokaliëmie, metabole alkalose of metabole acidose en andere elektrolytenstoornissen veroorzaken. Deze kunnen in ernstige gevallen leiden tot nierfunctiestoornissen, hartritmestoornissen en acuut hartfalen (Reijonen et al., 2003; Van Rijn, 1998). Ten gevolge van volumedepletie wordt het renine-angiotensine-aldosteronsysteem bij 20% van de boulimiepatiënten geactiveerd wat tot oedemen kan leiden. Wanneer de patiënt plots stopt met dit compensatiegedrag kunnen vormen van ontrekkingsverschijnselen optreden zoals krampen, obstipatie of diarree. In tegenstelling tot vrouwen met AN blijft het lichaamsgewicht van patiënten met BN meestal binnen de normale grenzen of wordt er zelfs overgewicht vastgesteld (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008; Fairburn & Harrison, 2003). Ondanks dit normale lichaamsgewicht is de menstruatie bij 40% van de vrouwen verstoord en treedt bij 5% tot 20% secundaire amenorroe op (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008; Ward, 2008; Zerbe, 2006).

Psychische consequenties zijn stemmingsstoornissen, vermoeidheid, lethargie en symptomen van angst en depressie (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008; Klein & Walsh, 2003, 2004; Fairburn & Harrison, 2003; Reijonen et al., 2003). Deze symptomen worden frequent vastgesteld bij boulimiepatiënten, maar ook hier is het niet duidelijk of deze een oorzaak of eerder een gevolg zijn van de eetproblematiek. Tenslotte wordt er in de literatuur ook een verhoogde gevoeligheid vastgesteld voor middelenmisbruik en automutilatie bij patiënten met BN (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008; Fairburn & Harrison, 2003; Reijonen et al., 2003).

1.3.5 Prognose

De kans op overlijden is minder groot bij BN dan bij AN (Reijonen et al., 2003). Ongeveer 30% van de voormalige boulimiepatiënten hervallen opnieuw in hun oude gewoonten. 50% herstelt volledig en bij de overige 20% blijft de eetpathologie chronisch aanwezig (Becker et al., 1999; Klein & Walsh, 2003, 2004). Negatieve prognostische factoren zijn de aanwezigheid van co-existerende psychiatrische problemen en de ernst van deze psychiatrische problemen (Keel & Brown, 2010).

1.4 Eating Disorders Not Otherwise Specifiek

Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS) zijn een derde categorie binnen de DSM IV. Prevalentiecijfers variëren tussen 3% en 15% (Andersen & Ryan, 2009; Becker et al., 1999; Harris, 2010; Micali & Treasure, 2009). Onder deze categorie vallen onder meer de vormen van AN en BN waarbij niet aan alle criteria, zoals door de DSM IV vooropgesteld, wordt voldaan, maar welke wel klinisch significant zijn. Tot de voorbeelden behoren (APA, 2005):

- Vrouwen waarbij aan alle criteria van anorexia nervosa worden voldaan, behalve dat de betrokkene geregeld menstrueert.
- Aan alle criteria van anorexia nervosa wordt voldaan behalve dat, ondanks significant gewichtsverlies, het huidige lichaamsgewicht van de betrokkene binnen de normale grenzen ligt.
- Aan alle criteria van boulimia nervosa wordt voldaan behalve dat de vreetbuien en de inadequate compensatiemechanismen voorkomen in een frequentie van minder dan tweemaal per week of met een duur van minder dan 3 maanden.
- Het geregeld tonen van inadequate compensatoire gedragingen na het eten van kleine hoeveelheden voedsel bij iemand met een normaal lichaamsgewicht (bijvoorbeeld zelfopgewekt braken na het eten van 2 koekjes).

- Herhaald kauwen of en uitspugen, maar niet doorslikken, van grote hoeveelheden voedsel.
- Eetbuistoornis ('Binge-eating disorder'): terugkerende episodes van eetbuien in afwezigheid van inadequate compensatoire gedragingen die karakteristiek zijn voor boulimia nervosa.

De problematiek van Binge-Eating Disorder kreeg recentelijk extra aandacht omwille van de omvang van de problematiek en vormt naar aanleiding daarvan een aparte categorie in de toekomstige DSM V. Prevalentiecijfers variëren bij de vrouwelijke bevolking tussen 1% en 4,4% (Hoek & van Hoeken, 2003; Preti et al., 2009; Swanson et al., 2011). Opnieuw wordt aangenomen dat het om een onderschatting van de werkelijke prevalentiecijfers gaat door onder meer een gebrekkige diagnosestelling (Hoek & van Hoeken, 2003). De patiëntenpopulatie van mensen met BED onderscheidt zich op een aantal manieren van deze van AN en BN. Zo is de gemiddelde leeftijd van deze patiënten hoger dan deze van patiënten met AN en BN. Daarnaast is ook het anders zeer opvallende verschil in sekse te verwaarlozen (Fairburn & Harrison, 2003; Striegel-Moore & Franko, 2003). Een ander aspect waarin patiënten met BED zich onderscheiden van AN en BN is hun lichaamsgewicht. Obesitas is binnen deze patiëntengroep een frequent voorkomend fenomeen. Er worden geen rechtstreekse psychische en fysische problemen van BED vermeld. Enkel secundaire problemen ten gevolge van obesitas worden in de literatuur aangehaald (Fairburn & Harrison, 2003).

2 ZWANGERSCHAP EN EETSTOORNISSEN

2.1 Gewichtstoename en voedingspatronen tijdens de zwangerschap

De gemiddelde gewichtstoename welke tijdens de zwangerschap verwacht wordt, bedraagt 12,5 kg (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008). Elementen die bijdragen tot deze gewichtstoename zijn het gewicht van de foetus en de placenta, de toename in borst- en baarmoedervolume, de toename in het bloedvolume, de toename in het vochtvolume en de verhoogde vetafzetting. De gewenste gewichtstoename varieert en wordt mede bepaald door het BMI bij aanvang van de zwangerschap. Vrouwen met ondergewicht worden geadviseerd meer aan te komen dan normaal zodat het BMI zich opnieuw binnen de normale grenzen kan begeven. Vrouwen die reeds overgewicht hebben worden dan weer geadviseerd hun gewichtstoename te beperken tot het noodzakelijke (Abraham & Llewellyn-Jones, 2008). De meeste zwangere vrouwen geven aan dat zij hun eetgedrag tijdens de zwangerschap verbeteren om zo een optimale ontwikkeling van de foetus te kunnen verzekeren. Ongeveer 20% geeft aan tijdens de zwangerschap eerder een restrictief dieet te hanteren als reactie op de gewichtstoename en tot 7% van de vrouwen die nog nooit met een eetstoornis te maken hadden zouden voor het eerst last hebben van eetbuien en ongecontroleerd eetgedrag (Abraham en Llewellyn-Jones, 2008). Deze eetbuien kunnen volgens Abraham en Llewellyn-Jones (2008) optreden als tegenreactie op het restrictief dieet dat tijdens de zwangerschap gehanteerd wordt door een aantal zwangeren of als tegenreactie op de misselijkheid en het braken aan het begin van de zwangerschap waardoor het lichaam onvoldoende energie heeft.

2.2 Eetstoornissen en zwangerschap

2.2.1 Vruchtbaarheid en conceptie

Zoals reeds vermeld staat het laatste criterium voor AN, namelijk ‘amenorroe’, reeds lange tijd ter discussie. Hierdoor werd tot op heden beslist deze in de toekomstige DSM V niet meer op te nemen omdat menstruatiestoornissen en secundaire amenorroe niet altijd zullen optreden wanneer een vrouw een eetstoornis zoals AN doormaakt. Aanvullend wordt ook aangegeven dat, ondanks het uitblijven van de menstruatie of ondanks een zeer onregelmatige menstruatiecycclus, er nog steeds een ovulatie kan plaatsvinden waardoor ook vrouwen met een eetstoornis zwanger kunnen worden (Abraham en Llewellyn-Jones, 2008; Zerbe, 2007). Ongeplande zwangerschappen zijn dan ook een frequent voorkomend fenomeen bij vrouwen met een eetstoornis (Morgan et al., 2006; Ward, 2008). Niettegenstaande een aantal studies geen wijzigingen in fertiliteit registreren bij deze patiëntengroep, wordt algemeen aangenomen dat de vruchtbaarheid binnen deze patiëntengroep afneemt door endocrinologische, psychologische en psychosociale factoren. Zo gaat BN in verhoogde mate gepaard met onder meer het polycysteus ovariumsyndroom en andere ovariële aandoeningen. Menstruatiestoornissen en secundaire amenorroe treden, zoals reeds beschreven, frequent op, wat maakt dat patiënten met een eetstoornis regelmatig een gynaecoloog zullen raadplegen in het kader van een mogelijke fertiliteitsbehandeling (Harris, 2010; Ward, 2009; Zerbe, 2009). Aangepaste informatie valt voor deze patiënten met een zwangerschapswens te adviseren. Zo moet, volgens Abraham & Llewellyn-Jones (2009), de vrouw ervan op de hoogte gebracht worden dat de kans op conceptie toeneemt indien de vrouw haar gewicht zich binnen de normale BMI-waarden bevindt. Ook het stopzetten van inadequate methoden om tot gewichtsverlies te komen, zoals purgeren en overmatige lichaamsbeweging, zouden de kans op spontaan zwanger worden kunnen bevorderen.

2.2.2 Maternale en foetale consequenties

2.2.2.1 Maternale consequenties

Doorheen de zwangerschap neemt bij vrouwen met een eetstoornis het risico toe op complicaties zoals miskramen, hyperemesis gravidarum, zwangerschapsdiabetes en zwangerschapshypertensie (Kouba, Hällström, Larsson & Andersson-Ellström, 2003; Lindholm & Hirschberg, 2005; Llewellyn-Jones, 2008; Micali & Treasure, 2009; Ward, 2008). Bansil et al. (2008) en Kouba et al. (2005) beschrijven daarnaast nog een toegenomen risico op anemie en preterme arbeid bij vrouwen met een actieve eetstoornis tijdens hun zwangerschap. Bij vrouwen met een actieve episode van BN tijdens de zwangerschap wordt door Astrachan-Fletcher et al. (2008), Cantrell et al. (2009) en Morgan et al. (2006) een significant verhoogd aantal miskramen beschreven en treedt hyperemesis gravidarum, gestationele diabetes en preterme arbeid significant meer op dan bij vrouwen zonder deze eetpathologie. Een verhoogd risico op een sectio wordt door Bulik et al. (2009) en Cantrell et al. (2009) beschreven bij vrouwen met AN in de gynaecologische voorgeschiedenis en door Franko, Blais, Becker, Delinsky, Greenwood & Flores (2001) zowel bij vrouwen met AN als met BN in de gynaecologische voorgeschiedenis. Vervolgens constateert Zerbe (2007) een verhoogd risico op hyperemesis bij vrouwen met een eetstoornis in de gynaecologische voorgeschiedenis en stelt een studie van Kouba et al. (2005) een toegenomen risico vast op hypertensie en preeclampsie bij deze patiëntengroep. Tijdens de eerste dagen van het postpartum stelt Llewellyn-Jones (2008) een verhoogd aantal postpartum bloedingen vast bij vrouwen met een actieve eetstoornis tijdens de zwangerschap. Op een langere termijn wordt bij deze patiëntengroep een significant hoger aantal postpartum depressies vastgesteld. (Harris, 2010; Larsson & Andersson-Ellström, 2003; Llewellyn-Jones, 2008; Mazzeo et al., 2006; Micali & Treasure, 2009; Morgan et al., 2006; Ward, 2008). Ook zou een actieve eetstoornis gepaard gaan met een verhoogd risico op depressie tijdens de zwangerschap (Mazzeo et al., 2006; Micali & Treasure, 2009; Ward, 2008). Vrouwen met een eetstoornis in de voorgeschiedenis verschillen volgens Llewellyn-Jones (2008), Micali & Treasure (2009) en Wentz et al. (2009) klinisch dan weer niet van zwangere vrouwen die nooit een eetstoornis gehad hebben. Wel beschrijven Harris (2010), Zerbe (2007), Ward (2008), en Wentz et al. (2009) in deze patiëntengroep een significante toename van het aantal postnatale depressies. De

periode waarin borstvoeding gegeven wordt zou ook korter zijn bij vrouwen met een eetstoornis actief aanwezig tijdens de zwangerschap of in de voorgeschiedenis (Astrachan-Fletcher, 2008; Larsson & Andersson-Ellström, 2003; Ward, 2008). Mogelijke onderliggende oorzaken hiervoor zijn een negatief zelfbeeld van de vrouw, dissociatie met het eigen lichaam en het onderschatten van de eigen capaciteiten om de borstvoeding te doen slagen (Larsson & Andersson-Ellström, 2003). Ook het toegenomen aantal postpartum depressies kan een verklaring bieden voor het vaak vroeger stopzetten van de borstvoeding. Tenslotte worden er ook tijdens en na de zwangerschap in verhoogde mate symptomen van angst gediagnosticeerd bij vrouwen met een eetstoornis, al dan niet in de voorgeschiedenis (Micali & Treasure, 2009; Ward, 2008).

2.2.2.2 *Foetale en neonatale consequenties*

Prematuriteit, Intra-Uteriene Groeiretardatie (IUGR), Small for Gestational Age (SGA) en een laag geboortegewicht zijn frequent waargenomen foetale en neonatale complicaties bij vrouwen met een actieve eetstoornis tijdens de zwangerschap (Bansil et al., 2008; Kouba et al., 2005; Larsson & Andersson-Ellström, 2003; Llewellyn-Jones, 2008; Micali & Treasure, 2009; Ward, 2008). Hierbij is een verhoogd risico op foetale sterfte, op een miskraam, en op een neonaat met Large for Gestational Age (LGA) volgens Micali & Treasure (2009) en Micali, Simonoff & Treasure (2007a) voornamelijk waarneembaar bij vrouwen met een actieve episode van BN tijdens de zwangerschap. Dit vermoedelijk door de positieve associatie met diabetes gravidarum. Het perinatale sterftecijfer bij zwangerschappen waarbij de vrouw aan AN leidt zou volgens Astrachan-Fletcher (2008) en Cantrell et al. (2009) 6 keer hoger liggen dan het gemiddelde. Bij vrouwen met een eetstoornis in de anamnese wordt een toegenomen risico op preterm arbeid, SGA en een laag geboortegewicht bij de neonaat beschreven door Sollid, Wisborg, Hjort, & Secher (2004) en Zerbe (2007). Vrouwen met AN in de gynaecologische voorgeschiedenis zouden een verhoogd risico hebben op een baby met een geboortegewicht dat lager ligt dan het gemiddelde (Astrachan-Fletcher et al., 2008; Micali et al., 2007a). Zwangere vrouwen met BED voor en/of tijdens de zwangerschap hebben een hoger risico op LGA bij de neonaat wat mogelijk onder meer te wijten valt aan een verhoogd preconceptioneel BMI (Bulik et al., 2009). Een Zweeds onderzoek

naar complicaties tijdens de zwangerschappen en de neonatale outcome bij vrouwen met AN in de anamnese, uitgevoerd door Ekéus, Lindberg, Lindblad & Hjern (2006), spreekt het verhoogde risico op de voorgaand opgesomde neonatale complicaties echter tegen. Ook Llewellyn-Jones (2008) constateert geen klinisch verhoogd risico voor moeder of kind indien de patiënt van de eetstoornis hersteld is en het preconceptionele lichaamsgewicht zich binnen de normale grenzen begeeft. De verschillende gradaties in de ernst van de eetstoornis, de verschillende criteria die gehanteerd worden bij het diagnosticeren van de problematiek en tenslotte de tijdspanne tussen het moment van genezing en de aanvang van de zwangerschap kunnen een verklaring bieden voor deze tegenstrijdige resultaten (Ekéus et al., 2006).

Een aantal potentiële verklaringen voor de voorgaand opgesomde foetale en neonatale gevolgen zijn het mogelijks lage BMI bij aanvang van de zwangerschap, een gebrekkige gewichtstoename, een afwijkende voedselinname en het rookgedrag als manier om het lichaamsgewicht te controleren, doorheen de zwangerschap (Bansil et al, 2008; Micali & Treasure, 2009; Micali et al., 2007a). Andere verklaringen voor een laag geboortegewicht, IUGR en een preterme arbeid zijn gestegen maternale glucocorticoïdenwaarden, cortisolwaarden en corticotropin-releasing hormoonwaarden in de maternale circulatie als gevolg van stress en een inadequate voedselinname tijdens de zwangerschap (Kouba et al., 2005; Micali & Treasure, 2009; Micali et al., 2007).

2.2.3 Symptomatie perinataal en postnataal

2.2.3.1 Symptomatie perinataal

Een zwangerschap brengt voor vrouwen met een eetstoornis, al dan niet in de gynaecologische voorgeschiedenis, heel wat ambivalentie met zich mee. De oncontroleerbare veranderingen in het lichaamsgewicht en in de lichaamsvorm tijdens de zwangerschap resulteert vooral bij deze patiëntengroep in extra stress en angst (Harris, 2008; Ward, 2008). Zo concludeert een Noorse studie door Swann, Von Holle, Torgersen, Gendall, Reichborn-Kjennerud, & Bulik (2009) dat een toename in het lichaamsgewicht tijdens de zwangerschap bij vrouwen met een eetstoornis, al dan niet

in de gynaecologische voorgeschiedenis, met meer stress en angst gepaard gaat dan bij de controlegroep bestaande uit vrouwen zonder een eetproblematiek. Algemeen kan er bij vrouwen met een eetstoornis tijdens de zwangerschap een verbetering in de symptomatologie worden vastgesteld (Cantrell et al., 2009; Harris, 2010; Mazzeo et al., 2006; Micali & Treasure, 2009; Rocco, Orbitello, Perini, Pera, Ciano & Balestrieri, 2005; Ward, 2008). Ondanks deze verbetering toont een grote prospectieve cohort studie van Micali, Treasure, & Simonoff (2007b), bestaande uit 12 254 participanten, aan dat vrouwen met een eetstoornis tijdens de zwangerschap meer dieëten, meer laxeremiddelen gebruiken, meer zelf geïnduceerd braken en meer angst vertonen om aan te komen in gewicht. Dit in vergelijking tot de controlegroep bestaande uit zwangere vrouwen zonder eetstoornis, zwangere vrouwen met een eetstoornis in de voorgeschiedenis en zwangere vrouwen met obesitas.

Anorexiapatiënten kunnen zeer wisselend reageren. Een aantal van deze zwangere vrouwen zal een zwangerschap zien als een reden om in gewicht te ‘mogen’ aankomen. Met andere woorden kunnen zij zich, dankzij de zwangerschap, psychisch neerleggen bij een gewichtstoename en gaan zij tot het uiterste om een gezonde neonat ter wereld te brengen (Llewellyn-Jones, 2008; Ward, 2008). Het andere deel van deze patiëntenpopulatie zal tegengesteld reageren en eerder angstige reacties vertonen op de veranderingen in het lichaamsbeeld waardoor het inadequate eetgedrag zal worden voortgezet of zelfs zal verergeren (Llewellyn-Jones, 2008; Ward, 2008).

Ook in geval van boulimia nervosa zijn diverse reacties mogelijk. De meeste zwangere vrouwen zullen hun eet –en compensatiegedrag stopzetten om de foetus te beschermen voor de schadelijke gevolgen, of omdat ook in dit geval een zwangerschap de patiënten toelaat zichzelf psychisch neer te leggen bij een toename in lichaamsgewicht (Bulik et al., 2007; Llewellyn-Jones, 2008; Micali & Treasure, 2009; Ward, 2008). Bij een minderheid van de zwangere vrouwen zal het inadequaate eetgedrag voortgaan of zelf verergeren (Llewellyn-Jones, 2008; Micali & Treasure, 2009; Ward, 2008). Sommige vrouwen met BN zullen net meer tijdens dan voor de zwangerschap purgeren als reactie op de misselijkheid die een vrouw aan het begin van de zwangerschap kan ervaren (Llewellyn-Jones, 2008). In tegenstelling tot bij BN zou er bij patiënten met binge eating disorder geen verbetering tijdens de zwangerschap waarneembaar zijn en zou er in het afwijkend eetgedrag volhard worden (Bulik et al., 2007).

Bij vrouwen met een eetstoornis in de gynaecologische voorgeschiedenis bestaat de kans dat de preoccupatie met voedsel en het eigen lichaamsgewicht opnieuw toeneemt (Llewellyn-Jones, 2008; Micali & Treasure, 2009). De toename in gewicht zou een trigger kunnen vormen tot opnieuw een gewijzigd denkpatroon en een gewijzigde perceptie van het eigen lichaam en voeding (Micali et al., 2007b). Dit zou verklaren waarom vrouwen met een eetstoornis in de voorgeschiedenis de neiging hebben minder dan verwacht in gewicht toe te nemen (Llewellyn-Jones, 2008). In een studie van Kouba et al. (2005) recidiveren 22% van de vrouwen met AN of BN in de voorgeschiedenis tijdens de zwangerschap. Llewellyn-Jones (2008) & Ward (2008) beweren dat het niet mogelijk is te voorspellen hoe een zwangere vrouw met een eetstoornis in de voorgeschiedenis zal reageren tijdens haar zwangerschap. Ze kan te maken hebben met een verbetering van de preconceptionele situatie, een verergering van de preconceptionele situatie, of zelfs recidiveren.

2.2.3.2 Symptomatologie postnataal

Het postpartum kan algemeen als een hoog risico periode beschouwd worden met een toegenomen kans op herval of met zelfs een verergering van de symptomen (Astrachan-Fletcher et al., 2008; Mazzeo et al., 2006; Micali & Treasure, 2009; Rocco et al., 2005; Ward, 2008). Een studie naar de impact van het moederschap op eetproblemen door von Soest & Wichstrom (2008) associeert dit verhoogde risico op herval met een toegenomen ontevredenheid over het eigen lichaam na de zwangerschap. Volgens Astrachan-Fletcher et al. (2008) hervalt tot 80% van de vrouwen met een eetstoornis in de gynaecologische voorgeschiedenis opnieuw in afwijkend eet –en compensatiegedrag naar aanleiding van de gewichtstoename door de zwangerschap. Ook volgens Micali & Treasure (2009) recidiveren de meerderheid van de vrouwen met BN, die tijdens de zwangerschap een gedeeltelijk herstel doormaakten, postnataal. Ondanks het feit dat een groot aantal van de vrouwen postnataal recidiveren, zou volgens de studie van von Soest & Wichstrom (2008) het moederschap op zich een beschermende factor inhouden ter preventie van het (her)optreden van eetproblemen. Het moederschap zou op lange termijn de eigenwaarde van de vrouw doen toenemen, stabiliteit creëren, depressieve gevoelens verminderen en een nieuwe zin aan het leven geven.

3 BEGELEIDING TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Volgens studies van Micali et al. (2007b) en Cantrell, Kelley & McDermott (2009) varieert de prevalentie van een actieve eetstoornis of een eetstoornis in het verleden tussen 4,5% en 9% in de leeftijdscategorie waarop de gemiddelde vrouw aan kinderen begint. Daarenboven kunnen zowel de voorgaand opgesomde potentiële consequenties voor moeder en kind als de mogelijke wijzigingen in symptomatologie een motivatie vormen voor een aangepaste begeleiding tijdens de zwangerschap bij deze patiëntengroep.

3.1 Antenaal screenen

3.1.1 Wanneer screenen?

De problematiek binnen de gynaecologie en obstetrie zou, ondanks een stijgende prevalentie de laatste decennia, ruim onderschat worden. Dit kan volgens Bansil et al. (2008) mede verklaard worden doordat een voorgaande studie aangaf dat slechts 20% van de behandelende gynaecologen zich vertrouwd voelden met de problematiek van een eetstoornis. Verder onderzoek toont vervolgens aan dat patiënten zelden uit eigen beweging de problematiek van een eetstoornis zullen aankaarten bij hun behandelende gynaecoloog, huisarts of vroedvrouw (Andersen & Ryan, 2009; Astrachan-Fletcher, 2008; Bansil et al., 2008; Cantrell et al., 2009; Harris, 2010; Micali & Treasure, 2009; Mazzeo et al., 2006; Morgan et al., 2006; Zerbe, 2006). Informatie in de anamnese zoals psychiatrische aandoeningen in de familie, een verleden van seksueel misbruik, alcohol en drugs abusuis, stoornissen in de menstruele cyclus en een laag of negatief zelfbeeld geven een verhoogd risico aan. Ook een lager BMI dan normaal, een gebrekkige gewichtstoename of gewichtsverlies tijdens de zwangerschap, hyperemesis gravidarum en een eetstoornis in de voorgeschiedenis vragen om meer alert te zijn op potentiële eetproblemen bij de zwangere (Cantrell et al., 2009). Ontkenning en minimalisatie van

de problematiek, wanneer de eetstoornis nog actief aanwezig is, vormen volgens Astrachan-Fletcher (2008), Cantrell et al. (2009) en Morgan et al. (2006) een onderliggende reden hiervoor. Ook de taboesfeer die heerst rond eetstoornissen, en psychiatrische aandoeningen in het algemeen, maakt dat de zwangere vrouw vaak de problematiek niet spontaan zal aangeven. Vervolgens is ook schaamte frequent een onderliggende motivatie voor het stilzwijgen, zeker wanneer de vrouw haar eetstoornis tijdens de zwangerschap niet onder controle krijgt en er zich van bewust dat haar afwijkend eet –en compensatiegedrag ernstige gevolgen kan hebben voor het ongeboren kind (Astrachan-Fletcher, 2008; Cantrell et al., 2009; Harris, 2010; Morgan et al., 2006). Daarnaast zal de zwangere vrouw, in geval van een actieve eetstoornis, soms de symptomen proberen verdoezelen en de feiten ontkennen. Een directe ja-nee vraag zal volgens Zerbe (2006) vaak tot ontkennen van de feiten leiden in geval van een actieve eetstoornis. Deze vrouwen zouden voornamelijk klagen over andere medische of psychiatrische symptomen die vaak gepaard gaan met een eetstoornis zoals fertiliteitsproblemen, gastro-intestinale problemen, stoornissen in de menstruele cyclus, een laag libido, angst en depressie. Maar al te vaak worden zij volgens Andersen & Ryan (2009) en Zerbe (2006) dan ook behandeld voor onder meer vruchtbaarheidsproblemen hoewel het oplossen van de onderliggende oorzaak, de eetstoornis, de kans op een spontane zwangerschap zou kunnen bevorderen en de kans op complicaties tijdens de zwangerschap zou kunnen beperken. Een goede communicatie en screening lijkt volgens Andersen & Ryan (2009) dan ook essentieel om een mogelijke eetstoornis op te sporen.

Screening reeds voor de zwangerschap, bijvoorbeeld tijdens preconceptionele consultaties, vormen zondermeer het meest ideale moment om vroegtijdig een eetstoornis op te sporen en de schadelijke gevolgen ervan te beperken (Harris, 2010; Ward, 2008). Routinematig en herhaaldelijk screenen tijdens preconceptionele consultaties en tijdens de zwangerschap wordt door Harris (2010) en Ward (2008) geadviseerd. Het Parliamentary Office of Science and Technology (2007) raadt aan routinematig antenataal te screenen ter opsporing van risicopatiënten. Dit met het oog op preventie van een mogelijk herval in de postnatale periode bij (ex-)patiënten. Ook Micali & Treasure (2009) en Astrachan-Fletcher et al. (2008) en Cantrell et al. (2009)

adviseren om systematisch antenataal te screenen omwille van de ernstige gevolgen die eetstoornissen voor zowel moeder en kind als voor hun omgeving met zich mee kunnen brengen. Dit zeker wanneer voorgaand opgesomde klachten zoals gastro-intestinale problemen, fertiliteitsproblemen en dergelijke actief of in de voorgeschiedenis aanwezig zijn. Vervolgens geeft ook Bulik et al. (2007) in een Noorse moeder en kind cohortstudie weer dat, door de grote impact welke eetstoornissen kunnen hebben op zowel moeder als kind, vroedvrouwen en de behandelende artsen bedacht moeten zijn op de mogelijkheid van een eetproblematiek. Aangezien ook in deze studie slechts een minderheid van de zwangere vrouwen hun eetprobleem spontaan aan de behandelende arts melden, wordt prenatale educatie met betrekking tot voeding tijdens de zwangerschap als een opportuniteit beschouwd om de vrouw te bevragen rond een mogelijke eetpathologie.

3.1.2 Reeds toegepaste screeningmethoden

Een korte dialoog met vragen over eetgewoonten en mogelijke diëten die gevolgd worden, maar ook over de hoeveelheid fysieke inspanning en het eigen lichaamsbeeld, kunnen helpen om risicopatiënten op te sporen. Een gestandaardiseerd hulpmiddel hiervoor is de SCOFF vragenlijst, bestaande uit 5 vragen, welke onder meer in Engeland wordt toegepast¹³. Indien er bij de behandelende arts of vroedvrouw een vermoeden bestaat dat er een mogelijke eetpathologie bij de zwangere vrouw aanwezig is, valt een consult bij een psycholoog of psychiater aan te raden (Harris, 2010; Zerbe, 2006). Om het identificeren van risicopatiënten te bevorderen, wordt geadviseerd dat de behandelende arts of vroedvrouw vertrouwd raakt met 3 mogelijke signalen die de aanwezigheid of een verhoogd risico op het ontwikkelen van een eetproblematiek verraden. Een eerste signaal is een gebrek in gewichtstoename tussen 2 opeenvolgende consulten. Een tweede signaal is een uitgesproken hyperemesis. Een laatste signaal is een voorgeschiedenis van een eetstoornis (Bansil et al., 2008). Wanneer het vermoeden rijst dat er een eetstoornis aanwezig is adviseert ook Bansil et al. (2008) open vragen te

¹³ Zie bijlage I: 'SCOFF-Vragenlijst'.

stellen omtrent het eigen lichaamsbeeld, de gewichtstoename, de eetpatronen en de hoeveelheid fysieke inspanning die geleverd wordt. Naast de SCOFF vragenlijst brengt Cantrell et al. (2009) ook de EDE-Q of 'Eating Disorders Examination Questionnaire'¹⁴ naar voor als een hulpmiddel voor hulpverleners om een potentieel aanwezige eetstoornis te diagnosticeren. Vervolgens zou ook opnieuw het stellen van vragen omtrent het lichaamsgewicht en het lichaamsbeeld tijdens prenatale consultaties en het observeren van de patiënten tijdens de frequente wegingen het mogelijk maken risicopatiënten op te sporen.

3.1.3 Adviezen voor een aangepaste antenatale en postnatale begeleiding

3.1.3.1 Attitude en benadering van de vrouw tijdens de zwangerschap

De behandeling tijdens de zwangerschap zou er vooral op gericht moeten zijn de bekommernissen met betrekking tot de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht te beperken (Llewellyn-Jones, 2008). Wanneer een eetstoornis wordt vastgesteld is het volgens Cantrell et al. (2009) belangrijk een niet bevooroordeelde, maar een open houding, aan te nemen. Op potentiële triggers tijdens de zwangerschap moet geanticipeerd worden en angsten moeten tijdens de consultaties kunnen worden geuit. Harris (2010) adviseert het opvoeren van het aantal prenatale consulten, zeker in geval van een actieve eetstoornis. Een normale gewichtstoename tijdens de zwangerschap dient als primair doel beschouwd te worden. Om een aanvaardbare toename in gewicht te bevorderen valt het aan te raden om tussen elke prenatale consultatie haalbare doelstellingen voorop te stellen. Het opstellen van kleine, haalbare doelstellingen verhogen de eigenwaarde en de motivatie van de zwangere om een aanvaardbaar eetpatroon te behouden. Het weegproces en de voorkeuren van de zwangere hierover dienen in het begin van de zwangerschap besproken te worden (Cantrell et al., 2009; Harris, 2010). Cantrell et al. (2009) raden aan om het gewicht enkel te bespreken indien dit noodzakelijk geacht wordt. Dit aangezien elke opmerking, al dan niet positief of negatief, een trigger kan zijn tot het ontwikkelen van angstgevoelens omtrent het lichaamsgewicht. Wanneer de zwangere vrouw toch onvoldoende in gewicht blijkt toe

¹⁴ Zie bijlage II: 'EDE-Q-Vragenlijst'

te nemen en overleg noodzakelijk is, wordt aangeraden om steeds de nadruk te leggen op de gezondheid van het ongeboren kind (Cantrell et al. 2009; Harris, 2010). Dit aangezien dat vrouwen met een actieve eetstoornis niet in staat zijn hun voedingspatroon te handhaven in het kader van hun eigen gezondheid (Harris, 2010). Om een vertrouwensrelatie mogelijk te maken raden Cantrell et al. (2009) aan dat de zwangere steeds met dezelfde vroedvrouw in contact komt. Ook wordt aangeraden om de weging steeds door dezelfde persoon te laten gebeuren om de stress, de angst, en vooral het gevoel van falen dat deze vrouwen kunnen ervaren te beperken. (Harris, 2010)

3.1.3.2 Belang van de anamnese en het geven van informatie

Ward (2008) classificeert een zwangerschap bij een patiënt met een eetstoornis als een hoog risico en adviseert om een zwangerschap uit te stellen tot wanneer de eetstoornis onder controle is. Wanneer de vrouw toch zwanger wordt, is het aangeraden om de zwangere voldoende in te lichten en voor te bereiden op de veranderingen in de lichaamsomvang en op de mogelijkheid van hyperemesis. Wanneer nausea of hyperemesis optreedt, moet de zwangere vrouw gerustgesteld worden en tot inzicht gebracht worden dat deze symptomen eigen zijn aan de zwangerschap en niet zozeer een hervat inhouden (Harris, 2010). Vervolgens moeten de hulpverleners het gebruik van medicatie zoals laxantia, diuretica, of eetlustremmers bevragen. Daarnaast dient ook meer specifiek gevraagd te worden naar het gebruik van natuurlijke geneesmiddelen en kruiden. Het gebruik ervan wordt vaak niet vermeld maar kan evenwel nadelig zijn voor de foetus. Ook moet reeds in het eerste zwangerschapstrimester voldoende aandacht besteed worden aan de gewenste gewichtstoename (Harris et al., 2010; Ward et al., 2008). Belangrijk is helderheid te scheppen in de onderliggende oorzaken van de gewichtstoename. Het bespreken van de voeding en de porties die nodig zijn om een normaal voedingspatroon te handhaven kunnen een hulp bieden om in een voldoende gewichtstoename te voorzien. Het opstellen van voorbeeldmaaltijden kunnen deze vrouwen een referentie bieden (Harris, 2010). Hierbij is volgens Ward (2008) een goede communicatie tussen de behandelende arts of vroedvrouw en de zwangere, waarin motiveren centraal staat, essentieel.

3.1.3.3 Inschakelen van een multidisciplinair team

Cantrell et al., (2009), Harris (2010), Llewellyn-Jones (2008) & Ward (2008) stellen dat de toegang tot een multidisciplinair team, bestaande uit medische, psychologische en diëtische steun, een minimumvereiste is om vrouwen met een eetstoornis en hun baby een zo optimaal mogelijke start te geven. Dit omwille van de complexe problematiek enerzijds en het verhoogde risico op complicaties anderzijds (Cantrell et al., 2009). Hierbij is het de bedoeling dat deze vrouwen weten dat de mogelijkheid tot hulp bestaat als zij en/of haar omgeving informatie nodig heeft, of merkt dat zij afwijkend, en mogelijk schadelijk, eetgedrag tijdens haar zwangerschap blijft vertonen.

3.1.3.4 Benadering postnataal

Postnataal dient de zwangere van nabij opgevolgd te worden. Redenen hiervoor zijn het reeds opgesomde verhoogd risico op depressie, maar ook de kans dat de vrouw opnieuw snel in gewicht zal willen afnemen. Dit kan door terug excessief te sporten, restrictief te eten, te laxeren, maar ook door medicatiegebruik wat schadelijk kan zijn voor de neonat indien er borstvoeding gegeven wordt. Een aangepaste educatie is dan ook aangewezen (Ward, 2008). Ook Harris (2010) adviseert om extra aandacht te besteden aan symptomen van depressie en eetstoornissen aangezien de meeste vrouwen, ondanks een verbetering tijdens de zwangerschap, een kortere of langere periode van herval kennen. Volgens Harris (2010) hebben vroedvrouwen en artsen een belangrijke rol in zowel het detecteren van postpartum depressies als in het detecteren van eetproblemen. Een basiskennis rond de problematiek en de symptomen ervan wordt dan ook een vereiste (Astrachan-Fletcher et al., 2008).

4 METHODOLOGIE

4.1 Onderzoeksopzet

Wanneer een eetstoornis in het leven van een vrouw optreedt blijft het achteraf voor de meeste vrouwen niet vanzelfsprekend om deze opnieuw ‘normaal’ aangeleerde voedingspatronen aan te houden. De literatuursynthese toont aan dat een zwangerschap bij deze vrouwen vaak een ultieme beproeving is, ook wanneer het genezingsproces reeds ingesteld werd. Er wordt verwacht dat de zwangerschapsbeleving, met de bijhorende lichamelijke veranderingen, bij deze vrouwen anders verloopt dan bij vrouwen zonder deze problematiek waardoor de perinatale begeleiding een andere aanpak vereist om deze vrouwen tijdens en ook na hun zwangerschap een optimale begeleiding te bieden. Bovenstaande literatuur geeft in grote lijnen weer hoe tijdens de zwangerschap gescreend kan worden, wat de aandachtspunten zijn tijdens de begeleiding en hoe in samenwerking met andere disciplines de zwangerschap tot een goed einde gebracht kan worden. Weinig tot niets wordt beschreven over wat de onderliggende factoren zijn die ervoor zorgen dat een aangepaste begeleiding noodzakelijk wordt. Hierdoor is het als hulpverlener moeilijk hierop te anticiperen. Vervolgens wordt ook heel weinig beschreven over hoe de zwangere en haar omgeving tijdens en na de zwangerschap het beste benaderd worden en over wat zij van de hulpverleners verwachten in het kader van de eetstoornis. Deze studie wil het hiaat in de literatuur opvullen.

Twee onderzoeksvragen komen in deze studie aan bod. Een eerste item dat onderzocht wordt is welke factoren een rol spelen in de beleving van de zwangerschap bij vrouwen met een eetstoornis, al dan niet nog aanwezig tijdens de zwangerschap. Hierbij peilt de onderzoeker naar de perceptie van het eigen lichaamsgewicht, de perceptie van de lichaamsveranderingen en de emotionele beleving omtrent deze veranderingen. Aanvullend bevraagt men eveneens de aanwezigheid van gebeurtenissen, gevoelens, uitspraken etc. die een mogelijke rol gespeeld hebben in een al dan niet positieve of

negatieve beleving van de zwangerschap in het kader van de eetstoornis. Een tweede item dat onderzocht wordt is de relatie tussen de hulpverleners - gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen - en de zwangere. De onderzoeker stelt vragen omtrent de ervaringen van deze vrouwen met deze hulpverleners doorheen de perinatale en de postnatale periode in het kader van hun eetproblematiek. Hierbij wordt meer specifiek bevraagd wat de zwangere enerzijds als zeer positief ervaren heeft in haar begeleiding en anderzijds wat zij als een gemis heeft beschouwd. Het doel hiervan is na te gaan hoe de huidige Vlaamse begeleiding tijdens de zwangerschap geoptimaliseerd kan worden.

4.2 Steekproef

De steekproef bestaat uit participanten die aan volgende 2 inclusiecriteria voldoen. Een eerste criterium is dat de participant op het moment van deelname minstens 1 levend geboren kind heeft. Er wordt gekozen voor 1 levend geboren kind omdat een negatieve neonatale outcome de beleving van de postnatale periode te sterk zou beïnvloeden. Hierdoor zou een objectieve weergave van de postpartumperiode in het kader van de eetstoornis niet meer mogelijk zijn. Een tweede criterium omvat de aanwezigheid van een eetstoornis in de anamnese. Een voorwaarde is dat de aanvang van de eetstoornis zich in de periode voor de zwangerschap bevindt. Hierbij hoeft de eetstoornis niet meer actief aanwezig te zijn tijdens de zwangerschap. Deze keuze wordt gemaakt omdat een combinatie van een actieve eetstoornis en een zwangerschap een niet makkelijk te bereiken patiëntengroep is en deze het vinden van een voldoende aantal participanten zou bemoeilijken. Vervolgens wordt dit ook als niet noodzakelijk geacht omdat een eetstoornis en de ontvankelijkheid ervoor in een meerderheid van de patiënten als een chronisch probleem kan worden beschouwd. Op basis hiervan kunnen wij er hypothetisch vanuit gaan dat deze patiëntengroep, onafhankelijke van de fase in de eetstoornis waarin de vrouw zich tijdens haar zwangerschap bevindt, een aangepaste benadering vraagt.

Bij aanvang van de studie werd vooropgesteld om te rekruteren tot 15 deelnemers die aan de vooropgestelde inclusiecriteria voldoen. Het rekruteren gebeurde vanuit verschillende ‘seeds’ van waaruit vervolgens verder gerekruteerd werd via snowball sampling.

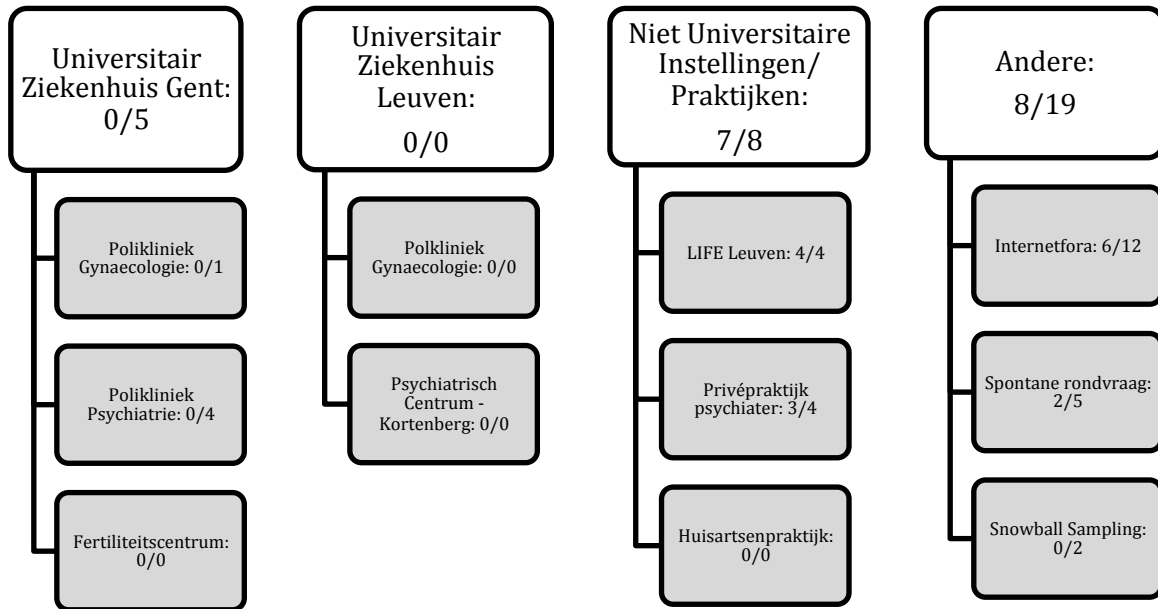
Een eerste ‘seed’ is het Universitair Ziekenhuis Gent. Hier werden zowel de polikliniek gynaecologie, het fertiliteitscentrum als de polikliniek psychiatrie gecontacteerd. Rekruteren over een periode van 2 maanden op de polikliniek gynaecologie leverde 1 deelnemer op welke uiteindelijk om privéredenen uit de studie stapte. Een tweede periode van rekruteren op een later tijdstip bracht opnieuw geen participanten naar voor. Aanvullend werd ook de betrokken psychologe van het fertiliteitscentrum gecontacteerd. Zij had geen weet van mogelijke participanten die op moment van contactname bij haar in therapie waren. Vervolgens leverde rekruteren via de polikliniek psychiatrie 4 potentiële kandidaten op die elk besloten niet deel te nemen aan de studie. Twee van hen gaven aan dat een gesprek te moeilijk zou zijn omwille van de schaamte en schuld die ze hebben omdat de eetstoornis nog steeds actief aanwezig was tijdens de zwangerschap. Eén van deze 2 patiënten gaf ook aan nog steeds zeer angstig te zijn over de mogelijke gevolgen van haar eet –en compensatiegedrag op haar kind. De derde en vierde participant weerhielden zich van een deelname om praktische redenen.

Een tweede ‘seed’ is het Universitair Ziekenhuis Leuven. Hier werden zowel een aantal artsen verbonden aan de polikliniek gynaecologie gecontacteerd als het Universitair Psychiatrisch Centrum – Campus Kortenberg. Opnieuw leverde de polikliniek gynaecologie geen participanten op aangezien de gecontacteerde personen aanhaalden dat een eetstoornis zoals anorexia nervosa een anticonceptiemiddel op zich is en dat de patiënten die zich wel in de praktijk melden zelden tot nooit hun problematiek spontaan aankaarten. Hierdoor hadden de gecontacteerde personen geen weet van potentiële participanten op het moment van contactname. Ook het Universitair Psychiatrisch Centrum – Campus Kortenberg bracht geen potentiële participanten naar voor omwille van de strikte regels die gelden omtrent een deelname aan studies voor de patiënten in therapie.

Een derde ‘seed’ omvat een groep van medische niet universitaire instellingen of praktijken. Deze omvatten het ‘Leuven Institute for Fertility and Embryology’, een privépraktijk van een psychiater in Vlaanderen en een huisartsenpraktijk. Contactname met de psycholoog/seksuoloog verbonden aan het Leuvense Life Centrum leverde 4 participanten op. Een rondvraag in de huisartsenpraktijk leverde omwille van praktische redenen geen participanten op. Tenslotte bracht een privépraktijk van een psychiater in Vlaanderen wel 4 potentiële participanten naar voor waarvan 3 vrouwen uiteindelijk deelgenomen hebben aan de studie. De vierde participante voldeed niet aan de gevraagde inclusiecriteria.

Aangezien deze voorgaand opgesomde 3 ‘seeds’ niet het verwachte aantal participanten opleverden werd besloten om beroep te doen op andere rekruteringsbronnen om zo toch tot het vooropgestelde aantal deelnemers te komen. Deze andere meer algemene ‘seed’ bestaat uit een berichtgeving op internetfora en een spontane rondvraag in de omgeving. Een oproep op deze fora leverde 12 potentiële participanten op waarvan uiteindelijk 6 deelgenomen hebben aan de studie. Van de 6 overige respondenten woonden er 3 in Nederland. Deze werden niet opgenomen in de studie omdat besloten werd dat het grote verschil in de Nederlandse antenatale begeleiding en Vlaamse antenatale begeleiding een te grote bias zou vormen. Vervolgens voldeden 2 respondenten niet geheel aan de inclusiecriteria en 1 respondent besloot uiteindelijk niet deel te nemen omdat de partner dit weigerde. Na een spontane rondvraag in de omgeving bij familie, vrienden, kennissen en collega’s gaven 5 personen aan in hun omgeving iemand te kennen die aan de inclusiecriteria voldeed. Twee ervan zijn overgegaan tot een deelname aan de studie. Drie personen weigerden om een onbekende reden. Een belangrijke vereiste bij deze laatste bron van rekruteren was dat de interviewer/onderzoeker de geïnterviewde niet persoonlijk kende. Zoals reeds vermeld werd via snowball sampling verder gewerkt indien het rekruteren 1 of meerdere participanten had opgeleverd. Dit houdt concreet in dat de participanten zelf vrouwen uit hun omgeving die aan de inclusiecriteria voldeden naar voor mochten brengen. Dit leverde 2 potentiële participanten op waarbij 1 een deelname weigerde omwille van schuld en schaamte. Een andere kwam uiteindelijk terug op een deelname omwille van relationele problemen.

De uiteindelijke steekproef bevat, zoals vooropgesteld, een groep van 15 deelnemers die aan de vooropgestelde criteria voldoen.



Figuur 3: Een overzicht van het rekruteringsproces

4.3 Procedure

De methode van kennisgeving omtrent de studie werd gekozen in functie van de ‘seed’. Op de poliklinieken van gynaecologie en psychiatrie hingen wij in de wachtzaal een affiche met een oproep tot deelname. Ook werden de behandelende artsen op de beiden poliklinieken ingelicht over de studie. Op de polikliniek gynaecologie van het UZ Gent vroegen wij aan de artsen om over een periode van 2 maanden systematisch bij elke vrouw met minstens 1 levend geboren kind na te vragen of zij ooit een eetstoornis gehad had en zo ja, of zij bereid zouden zijn deel te nemen aan de studie. Op de polikliniek psychiatrie van het UZ Gent vroegen wij aan de artsen en aan de psychologen of zij patiënten in behandeling hadden, of zij zich patiënten herinnerden die recentelijk in

therapie geweest waren en die aan de inclusiecriteria voldeden. Indien dit zo was, werd hen gevraagd de patiënt te bevragen naar een potentiële deelname. Op dezelfde manier contacteerden wij ook de psychiater verbonden aan het fertiliteitscentrum van het UZ Gent en werd er ook gepoogd te rekruteren in het Psychiatrisch Centrum – Campus Kortenberg, via de polikliniek Gynaecologie van het UZ Leuven, via een psycholoog verbonden aan het ‘Leuven Institute for Fertility and Embryology’, in een huisartsenpraktijk in Vlaanderen en in een privépraktijk van een psychiater in Vlaanderen. Indien de patiënten instemden met een deelname werden hun contactgegevens aan de onderzoeker doorgegeven waarna telefonisch en/of via e-mail een afspraak gemaakt werd om het interview af te nemen. Op de internetfora plaatsten wij een oproep tot deelname waarbij geïnteresseerde vrouwen via e-mail of telefonisch meer informatie konden vragen en zich kandidaat konden stellen. In het geval van de snow ball sampling en de rondvraag in familie of kennissenkring bracht men de vrouwen mondeling op de hoogte van de studie. Indien zij interesse hadden tot deelname konden zij opnieuw telefonisch of via e-mail meer informatie verkrijgen en zich eventueel kandidaat stellen. Indien potentiële deelnemers toch besloten niet deel te nemen aan de studie werd in zoveel mogelijk gevallen gevraagd naar de onderliggende motivatie hiervoor.

Informatie over de studie verkregen de participanten via een Informed Consent formulier waarin de studieopzet en de begeleidende interviewvragen terug te vinden waren. Vervolgens werd hierin ook aan elke deelnemer gevraagd om de vragen naar waarheid te beantwoorden, werd hun meegedeeld dat zij op elk ogenblik in de mogelijkheid waren het interview stop te zetten en dat alle informatie achteraf gecodeerd en anoniem verwerkt zou worden. Het interview ging telkens door op een plaats en op een tijdstip volgens voorkeur van de participant. Bij aanvang van elk interview herinnerde de interviewer/onderzoeker de participanten nogmaals aan de inhoud van de informed consent waarna de deelnemer dit document handteekende indien zij akkoord ging. Aanvullend kregen zij ook een gefrankeerde enveloppe met 2 vragenlijsten namelijk de ‘Eating Disorder Inventory II’ (EDI II) en de ‘Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag’ (NVE). Bij elke participant vroeg men deze achteraf in te vullen en te verzenden naar de onderzoeker. Indien de participanten naar aanleiding van

het interview opnieuw psychiatrische problemen mochten ondervinden, konden zij contact opnemen met de afdeling Eet –en Angststoornissen van het UZ Gent.

4.4 Instrumenten

Aangezien in deze studie gevoelens, de beleving en de betekenisverlening van zwangerschappen bij vrouwen met een eetstoornis en hun relatie tot de hulpverleners centraal staan werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Het afnemen van interviews kreeg dan ook de voorkeur op een vragenlijst. De onderliggende reden hiervoor is dat een interview de maximale mogelijkheid biedt om tot een dataverzameling te komen die voldoende rijk is aan informatie. Hierdoor neemt de kans op een correcte interpretatie van de antwoorden toe. Er werd gekozen voor een semi-structureerde opbouw waarbij telkens dezelfde standaardvragen gesteld werden aan elke deelnemer. Hierdoor wordt eenzelfde type dataverzameling bij elke participant mogelijk. Afhankelijk van de volledigheid van de antwoorden werden aanvullend extra vragen gesteld om een zo een correct mogelijke interpretatie van de antwoorden te bevorderen.

Dit interview wordt telkens aangevuld met 2 vragenlijsten welke door Prof. Dr. Vervaet, psychiater en coördinator van het Centrum voor Eetstoornissen UZ Gent, geadviseerd zijn. Deze vragenlijsten zijn op dit moment gangbaar in de praktijk en gaan na in welke mate de vrouwen op het moment van het interview nog aan de criteria van een eetstoornis voldoen. Een eerste vragenlijst is de ‘Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag’ of de NVE. Deze werd in 1986 door Van Strien ontwikkeld en in 2005 herzien. De NVE gaat na wat voor eetgedrag iemand heeft en wordt gebruikt in de diagnostiek naar allerlei eetproblemen. De vragenlijst bestaat uit 33 vragen waarbij voor elk type eetgedrag een aparte schaal werd ontwikkeld. Door het invullen van deze vragenlijst kan nagegaan worden in welke mate lijngericht (10 items), emotioneel (13 items) en extern eten (10 items) voorkomt bij iemand. De 4 subschalen hebben een zeer

goede algemene interne consistentie in de Nederlandse populatie met Cronbach's alpha = 0.80 tot 0.95 volgens Van Strien et al. (1986).

Een tweede vragenlijst is de 'Eating Disorder Inventory II' of de EDI II welke gebaseerd is op de minder uitgebreide EDI. Deze meet de psychologische karakteristieken die relevant zijn voor onder meer anorexia nervosa en boulimia nervosa ervan uitgaande dat een eetstoornis voor elk individu er anders uitziet (Garner & van Strien, n.d.). De EDI II bestaat uit 91 vragen en 3 schalen die de kernsymptomen van een eetpathologie, namelijk het najagen van dunheid, boulimie en lichaamsontevredenheid, meten (Garner & van Strien, n.d.). De interne consistentie van de schalen varieert van 0,82 tot 0,90 (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983).

4.5 Referentiekader Preventie

4.5.1 Algemene preventie

Goris, Burssens, Melis en Vettenburg (2007, p13) definiëren preventie als 'initiatieven die doelbewust en systematisch een probleem voorkomen'. Wanneer zij deze definitie uitklaren is het duidelijk dat preventie inhoudt dat er doelbewust *initiatief* genomen wordt en dit initiatief systematisch wordt uitgewerkt. Een niet doordachte actie die toevallig een preventief effect heeft valt dus niet onder de term van preventie. Daarnaast moet er ook een dreigend *probleem* zijn of moet er een probleem aanwezig zijn voor er van preventie sprake kan zijn. Als een zwangere vrouw het eten van rauw vlees en rauwe groenten vermijdt omdat ze deze niet lust, doet zij niet aan preventie. Maar, wanneer zij deze acties onderneemt om een seroconversie van Toxoplasmose tijdens de zwangerschap te vermijden doet zij wel aan preventie omdat er sprake is van een dreigend probleem. Tot slot spitst preventie zich toe op het *voorkomen* van een probleem. Er wordt dus enkel aan preventie gedaan indien de ondernomen acties er specifiek op gericht zijn om een probleem te voorkomen (Goris et al. (2007).

Preventie wordt opgedeeld in primaire, secundaire en tertiaire preventie. In het geval van primaire preventie is er nog geen concreet probleem aanwezig. De acties richten zich op het vermijden van een verdere ontwikkeling van een potentieel probleem (Goris et al., 2007). Bij secundaire preventie zijn er meer aanwijzingen dat er zich een specifiek probleem ontwikkelt (Goris et al., 2007). Bij tertiaire preventie manifesteert het probleem zich dat men voor ogen heeft. Tertiaire preventie heeft tot doel het een escalatie van het probleem en/of een herhaling ervan te voorkomen (Goris et al., 2007)

4.5.2 Wenselijke preventie

Initiatieven die problemen voorkomen kunnen neveneffecten met zich meebrengen waardoor andere problemen of onwenselijke neveneffecten ontstaan (Goris et al., 2007). Ervan uitgaande dat niet alle preventie-initiatieven positief zijn wordt er geïndiceerd om een meer ‘wenselijke preventie’ toe te passen. Hierin staat centraal dat preventie een maximale emancipatie van alle burgers toelaat (Goris et al., 2007). Deze emancipatiebenadering concretiseert Goris et al. (2007) in 5 dimensies.

4.5.2.1 Radicaliteit

Radicaliteit betekent dat het wenselijk is om een probleem dat zich ontwikkelt zo dicht mogelijk bij de wortels aan te pakken. Hoe verder het probleem reeds geëvolueerd is, hoe moeilijker het is om een interventie toe te passen zonder het emancipatieaspect te verwaarlozen (Goris et al., 2007). Elk preventieproject moet dan ook een bijdrage leveren om zo vroeg mogelijk de ontwikkeling van een probleem te doen stoppen. Belangrijk is oog te hebben voor wat vooraf ging aan het probleem zodat hierop geanticipeerd kan worden.

4.5.2.2 Offensiviteit

Om een wenselijke preventie mogelijk te maken wordt maximale offensiviteit nagestreefd. Dit houdt in dat de keuzemogelijkheden van de doelgroep ten volle benut

moeten worden of zelfs worden uitgebreid (Goris et al. 2007). Defensieve acties die de keuzevrijheid beperken moeten zoveel mogelijk vermeden worden omdat dit in strijd is met het emancipatieaspect. Het stimuleren van alternatieven voor het stellen van positief gedrag zal de offensiviteit van het initiatief vergroten. Het afraden van negatief gedrag zal eerder defensief werken (Goris et al., 2007).

4.5.2.3 Integraliteit

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen persoonsgerichte en structuurgerichte acties (Goris et al., 2007). Persoonsgerichte veranderingen richten zich op een intrinsieke gedragsverandering van het individu. Bij structuurgerichte acties situeren de preventieve acties zich op het niveau van onder meer families, instellingen en organisaties. De impact wegwerken van deze structuren vergroot de kans op emancipatie. Er moet dan ook een continu evenwicht gevonden worden dus beide benaderingen (Goris et al., 2007).

4.5.2.4 Participatie

Het is wenselijk om de doelgroep actief te laten deelnemen aan het preventieproject. Dit aangezien emancipatie maar mogelijk is wanneer de doelgroep de mogelijkheid krijgt om zijn eigen mening te laten horen (Goris et al., 2007). Belangrijk hierbij is dat de doelgroep rechtstreeks benaderd wordt.

4.5.2.5 Democratisch karakter

Een laatste dimensie zegt dat iedereen door preventie beschermd moet worden tegen de vooropgestelde problemen (Goris et al., 2007). Frequent bereiken de genomen maatregelen niet iedereen en vallen een aantal mensen uit de boot. Bij het afbakenen van de doelgroep moet deze dimensie in rekening genomen worden.

De 5 dimensies zoals hierboven beschreven staan in deze theorie niet los van elkaar. Zo bepaalt de radicaliteit van de aanpak de mogelijkheid om offensief te werken. Hoe later er op de ontwikkelingslijn van een probleem wordt ingegrepen, hoe meer beroep gedaan moet worden op defensieve acties (Goris et al., 2007). Tot slot is het maar mogelijk om

maximaal offensief te werken indien men op de hoogte is van de noden van de doelgroep (Goris et al., 2007).

5 RESULTATEN

5.1 Algemeen

In tabel 1 worden de algemene gegevens van de participanten weergegeven. De leeftijd van de deelnemers varieert tussen 29 jaar en 59 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 39 jaar. Van de 15 vrouwen die deelnemen aan de studie zijn 8 vrouwen (ex-) anorexiapatiënten, 3 vrouwen zijn (ex-) boulimiepatiënten, 1 vrouw is een patiënt met binge eating of een verleden daarvan, en 3 andere participanten maken een combinatie van de voorgaand opgesomde eetstoornissen door of hebben deze doorgemaakt. Deze laatste groep van 3 deelnemers houdt concreet in dat de patiënt van 1 eetstoornis naar een andere eetstoornis is geëvolueerd in en dit chronologische volgorde zoals in de tabel weergegeven.

Tabel 1: Algemeen overzicht van de steekproef

	geboorte (jaar)	type ED	begin ED	einde ED	recidief	therapie	pariteit
P1	1982	BN	2000	2009	/	Ambulant	2 (2010;2012)
P2	1975	BN	1990	1997	/	Ambulant; opname	2 (2004;2006)
P3	1978	AN	1995	2005	2006	Ambulant	2 (2006;2010)
P4	1959	AN	1975	/	/	Ambulant; opname	2 (1984)
P5	1983	BN	1999	2004	/	Ambulant	2 (2010;2012)
P6	1974	BN-AN	1986	2009	/	Ambulant	1 (2009)
P7	1980	AN	2002	/	/	Ambulant	2 (2008;2010)
P8	1978	AN	1998	2002	2010	Ambulant; opname	2 (2007)
P9	1972	AN-BN-BED	1987	2001	2008	Ambulant	1 (2005)
P10	1958	AN	1961	/	/	Ambulant; opname	2 (1983;1988)
P11	1975	AN-BN	1989	/	/	Ambulant; opname	2 (1994;2009)
P12	1980	AN	2000	2007	/	/	1 (2011)
P13	1953	AN	1963	/	/	Ambulant; opname	3 (1979;1982;1983)
P14	1969	AN	1992	/	/	Ambulant; opname	2 (2004;2006)
P15	1974	BED	1988	2010	/	Ambulant	2 (2006;2009)

De leeftijd waarop de eetstoornis voor het eerst optreedt varieert tussen 3 jaar en 23 jaar met een gemiddelde leeftijd van 16 jaar. Negen participanten geven aan dat zij van de eetstoornis genezen zijn of genezen zijn geweest. Van deze 9 patiënten recidiveren er 3. Bij 2 van deze 3 patiënten zijn fertiliteitsproblemen en herhaalde miskramen de onderliggende redenen hiervoor. Eén vrouw bezwijkt postnataal door vermoeidheid en stress. Zes patiënten, waaronder voornamelijk anorexiapatiënten, beschrijven hun eetstoornis als een chronisch probleem. Bij 7 participanten is de eetstoornis actief aanwezig tijdens de zwangerschap. Op 1 participant na heeft elke deelnemers therapeutische begeleiding gekregen door een psycholoog en/of psychiater. Hiervan hebben 7 deelnemers minstens 1 opname achter de rug in een gespecialiseerd centrum om hun eetstoornis te laten behandelen. Bij 4 participanten vormde hun zwangerschapswens de aanleiding om voor het eerst in therapie te gaan.

De meeste deelnemers geven een problematische thuissituatie aan als trigger voor het ontwikkelen van hun eetstoornis. Hierbij gaat het om een slechte ouder-kind relatie enerzijds en/of het opgroeien in een dieetcultuur, waarbij 1 van de ouders eventueel zelf met een eetstoornis kampt, anderzijds. Twee andere voornamelijk verklaringen zijn een uit de hand gelopen dieet of seksueel misbruik en jeugdtrauma's. Eén participante ziet haar fobie voor braken als de hoofdoorzaak voor haar restrictief eetgedrag. Aanvullend halen ook heel wat deelnemers aan dat hun eetstoornis een manier van coping is, een overlevingsstrategie in periodes van stress en emotioneel lijden. Hierbij biedt het onderhouden ervan, of het hervallen in hun eetstoornis ontlasting enerzijds en/of enige controle op de situatie anderzijds.

Een ruime meerderheid van de deelnemers (n=11/15) definieert haar kinderwens als zijnde sterk aanwezig sinds de jonge jaren. Drie deelnemers geven aan dat hun partner de doorslaggevende factor was tot het nemen van kinderen en 1 deelnemer zegt dat haar leven ook compleet zou zijn zonder kinderen. Drie participanten geven hierbij hun voorkeur aan voor 1 geslacht, zijnde jongen of meisje. Dit om verschillende redenen waaronder een afkeer voor mannen ten gevolge van seksueel misbruik of een pertinente angst voor het verderzetten van een slechte moeder-dochter relatie. Factoren die de aanwezigheid van een kinderwens beïnvloeden zijn het hebben van een eetstoornis, een

drukke carrière en een laag zelfbeeld gepaard gaande met enige bezorgdheid om te falen als moeder.

“Ik stelde mezelf veel vragen bij het feit of ik wel een goede moeder zou kunnen zijn dus ik heb dat altijd wat op de lange baan geschoven.” (Els, P15)

5.2 Resultaten gestandaardiseerde vragenlijsten EDI II en NVE

Zoals in de methodologie beschreven is elk interview samengegaan met het invullen van 2 vragenlijsten, namelijk de EDI II en de NVE. Veertien van de 15 participanten hebben deze vragenlijsten effectief volledig ingevuld. Van 1 deelnemer met een verleden van binge eating ontbreken de resultaten.

Hierbij geeft de NVE de volgende resultaten weer. Twaalf van de 14 deelnemers die deze vragenlijst ingevuld hebben blijken nog steeds een hoger dan gemiddeld lijngedrag te hanteren. Zeven van de 14 deelnemers scoren hoger dan gemiddeld op extern eten of eten als antwoord op externe voedingsprikkels zoals de geur. De 7 deelnemers met een gemiddelde tot lage score hierop zijn op 1 na patiënten met anorexia of een verleden daarvan. Meer dan de helft van de deelnemers vertoont meer dan gemiddeld emotioneel eetgedrag en dan voornamelijk diffuus emotioneel eetgedrag (n=13/14). Dit houdt in dat zij hun eetgedrag aanpassen aan vage en onduidelijke emoties die zij ervaren zoals zich in de steek gelaten voelen. In een iets mindere mate wijzigen zij hun eetpatroon op basis van duidelijke emoties die zij ervaren zoals boosheid (n=8/14) en negatieve emoties (n=6/14).

Volgens de EDI II scoren 13 van de 14 deelnemers hoger tot veel hoger dan de normgroep op de schaal die preoccupatie met het lichaamsgewicht meet. Kortom, bijna alle deelnemers die deze vragenlijst ingevuld hebben streven meer dan gemiddeld ‘dun zijn’ na. Twaalf van de 14 deelnemers hebben meer dan gemiddeld de neiging tot het

eten van overmatige hoeveelheden voedsel en vervolgens te purgeren. Negen participanten die deze vragenlijsten ingevuld hebben schijnen ontevreden te zijn met de dijen en heupen. Twaalf van de 14 deelnemers hebben het moeilijk met het herkennen van honger en een verzadigingsgevoel, en hebben het moeilijk met het verbaliseren van emoties. Alle deelnemers scoren hoger dan gemiddeld op de schaal die perfectionisme meet en streven frequent onrealistische hoge doelen na. Opnieuw 12 van de 14 deelnemers voelt zich vaak ongelukkig, heeft een gevoel van inadequaar te zijn, onzeker te zijn en zich ook onzeker te voelen in de sociale omgang met andere mensen. Twaalf van de 14 deelnemers blijkt dan ook intieme relaties te vermijden. Ook op de schaal die impulsiviteit en vijandigheid meet scoren 12 van de 14 deelnemers hoger dan de referentiegroep. Elf deelnemers streven deugdzaamheid na via soberheid en 8 deelnemers schijnen in een hogere mate te verlangen naar de kindertijd. Met uitzondering van de schaal die lichaamsontevredenheid meet, de neiging om te overeten, en het verlangen om terug te keren naar de kindertijd, zijn de weinige negatieve scores van participanten die van hun eetstoornis genezen zijn.

5.3 Eerste onderzoeksvraag: Welke factoren spelen een rol in de beleving van een zwangerschap?

Via de eerste onderzoeksvraag wordt een antwoord gezocht op de vraag welke factoren een rol spelen in de beleving van een zwangerschap, en dit bij vrouwen met een actieve eetstoornis tijdens de zwangerschap of met een eetstoornis in het verleden.

5.3.1 Beleving van de zwangerschap

5.3.1.1 Beleving van de zwangerschap algemeen (n=9/15)

Bij de meerderheid (n=5) van de ondervraagde vrouwen staat de 1^e zwangerschap in het teken van geluk en vreugde. Naast algemene euforie omwille van een ongecompliceerde zwangerschap is er ook het al dan niet ingewilligd worden van de geslachtsvoorkeur die

positieve of negatieve emoties met zich meebrengt. Bij een kwart van de ondervraagde vrouwen, waaronder vooral boulimiepatiënten, wordt deze 1^e zwangerschap overschaduwd door angst en bezorgdheid. Angst om te falen als moeder is een onderliggende reden waarbij 1 van de deelnemers aangeeft dat ze bang was het moederschap niet aan te kunnen bewust zijnde van haar eigen perfectionisme en veeleisendheid. Bij 1 participante zijn complicaties de reden tot bezorgdheid. In het geval van een 2^e zwangerschap zijn de ondervraagde vrouwen over het algemeen minder bezorgd met uitzondering in het geval van 1 geslachtsvoorkeur.

5.3.1.2 Beleving van de zwangerschap in contrast tot de omgeving (n=12/15)

Op de vraag over hoe zij hun zwangerschap dachten ervaren te hebben in contrast tot andere ‘gezonde’ zwangere vrouwen antwoordt de helft van de vrouwen dat dit gelijkaardig is. Een doorslaggevende factor hiervoor is dat de lichaamsveranderingen binnen de voor hun aanvaardbare grenzen blijven. Een derde van de participanten geeft aan hun zwangerschap als schijnbaar moeilijker te ervaren met meer gevoelens van angst, bezorgdheid, onzekerheid en een overdreven drang naar controle omtrent voeding. Een kleine minderheid (n=2) geeft aan deze periode als makkelijker te ervaren omdat het verleden van een eetstoornis het relativeringsvermogen zou vergroten.

5.2.2.2 Beleving van de zwangerschap in het kader van hun eetstoornis (n=15/15)

Een kwart van de deelnemers beschouwt hun zwangerschap als een fantastische en bevrijdende periode waarin zij toestemming ervaren om te ‘mogen’ eten en zij het psychisch makkelijker hebben. Opvallend is dat ook vrouwen die reeds korte of langere tijd ‘genezen’ zijn van hun eetstoornis aangeven dat de zwangerschap hun deze toestemming verschaft. Vier deelnemers zeggen geen echte hinder te ondervinden van hun eetstoornis. Twee van deze participanten, meer specifiek deelnemers met een verleden van boulimia, beschrijven tot slot hun zwangerschap beleefd te hebben als iemand zonder een eetstoornis. Hierbij wordt de tijdspanne tussen het einde van de eetstoornis en de eerste zwangerschap als vermoedelijke verklaring naar voren gebracht.

Ik vond dat fantastisch. Toen dat ik zwanger was, was dat eigenlijk een keer de uitdaging, alé, niet de uitdaging, de... ik had permissie om... ik moest. Het was zo van 'oh zalig, ik moet verdikken. Ik mag... Alé, ik ga toch een buik krijgen dus ik mocht eindelijk eens van mezelf gelegitimeerd chocoladekoekjes eten en... Ik moest voor 2 eten. Zalig! 't Was gelegitimeerd. Eindelijk ne keer. (Lien, P3)

Maar je neemt dat altijd sluimerend wel mee natuurlijk. Ja, je hebt uw verleden... je hebt uw liefde-haat ervaring met eten en gewicht en alles wat er bijkomt. Dus alé, dat gaat altijd ook in 'mijne kop' blijven denk ik. (Véronique, P8)

Bijna de helft van de vrouwen (n=6) geeft aan hun zwangerschap als eerder negatief te ervaren in relatie tot de eetstoornis. Vooral anorexiapatiënten met een chronisch probleem omschrijven deze als een moeilijke periode waarin onder meer de drang tot controle opnieuw toeneemt omwille van de gewichtstoename. Daarnaast wordt voldoende eten een noodzaak en mag er niet gecompenseerd worden. Een kwart van de ondervraagden zijn bang om te hervallen omwille van de toename in lichaamsgewicht of door nausea tijdens de zwangerschap. Er wordt ook gevreesd voor een escalatie na de zwangerschap als reactie op het onderdrukken van de symptomen tijdens de zwangerschap.

Ik vind wel dat je tijdens je zwangerschap een hele tijd schrik hebt van te hervallen. Bij mij was dat toch zo. Die angst zit daar in en soms zorgt de angst net dat je zou hervallen ... Ga je niet na die 3 maanden nog altijd dat vol gevoel hebben van 'ik voel mij misselijk en ik wil braken'? (Karen, P1)

Eén participante onderhoudt haar extreme angst om te braken tijdens de zwangerschap naar aanleiding van haar fobie hiervoor. Naast angst wordt ook enige ambivalentie tot de lichaamsveranderingen en de toename in lichaamsgewicht beschreven. Twee participanten zijn in dergelijk hoge mate gefixeerd op het krijgen van gezonde baby's dat zij in staat zijn geweest hun eetstoornis te verdringen doorheen de zwangerschap.

5.3.2 Voedingspatroon tijdens de zwangerschap (n=15/15)

Zeven participanten zeggen tijdens de eerste zwangerschap eenzelfde voedingspatroon te hanteren in vergelijking tot de periode voor de zwangerschap. Wel is gezonde voeding en een gecontroleerde omgang hiermee een basisvereiste om dit mogelijk te maken. Eén deelnemer blijft zelfs een restrictief eetpatroon hanteren in het kader van een ‘gezond voedingspatroon’. Twee deelnemers vertellen iets strikter om te zijn gegaan met hun voeding, maar op een niet pathologische manier. Slechts 1 participant geeft effectief aan geen extra problemen ervaren te hebben.

Ik was daar niet bewust mee bezig van het ‘mag maar zoveel zijn’. Maar, blijkbaar at ik toch nog veel minder dan veel andere zwangere vrouwen. (Lien, P3)

Een kwart van deelnemers heeft het makkelijker dan voor de zwangerschap om een gezond en evenwichtig voedingspatroon aan te houden. De voornaamste reden hiervoor is de psychische toelating om te ‘mogen’, en zelfs te moeten eten die een aantal vrouwen ervaren. Een andere belangrijke reden is de gezondheid van het kind die de vrouwen als externe motivatie hanteren om de symptomen van de eetstoornis te onderdrukken. Twee deelnemers geven aan hierdoor tijdens hun zwangerschap in een periode van ontkenning terecht te komen waardoor de eetstoornis volledig verdwijnt. Eén participante is tijdens haar zwangerschap reeds in een proces van genezing waardoor de symptomen progressief afnemen en deze periode als gemakkelijker ervaren wordt.

Dus in die zin is het net iets gemakkelijker daarvoor gemotiveerd te geraken omdat je toch wel dat verantwoordelijkheidsgevoel, denk ik, hebt. En dat je denkt van verdorie, dat kind van mij kan daar niet aan doen. Dat heeft daar niet om gevraagd. (Els, P15)

Alé, typisch hé, iemand die zo crash regime doet bij wijze van spreken en die dan daarna... Dus er was niets in mijn gedrag veranderd. Dat was gewoon puur wilskracht. (Els, P15)

Een kwart van de deelnemers, voornamelijk patiënten met chronische anorexia of vrouwen met een eetstoornis actief aanwezig tot 2 jaar voor de zwangerschap, ervaren het als uitermate moeilijk om een gezond en evenwichtig eetpatroon te hanteren tijdens hun 1^e zwangerschap. Meer eten blijkt in vele gevallen een noodzaak en dit zelfs bij patiënten die genezen zijn verklaard. Niet mogen compenseren op deze extra voedselinname, last van de maag en een actieve eetstoornis maken dit een zeer moeilijke opgave. Ook geven een aantal van deze participanten aan dat de focus op voeding opnieuw toeneemt en er een overdreven controle ontstaat. Er is geen perceptie van wat een normaal eetpatroon is en er wordt continu gezocht naar een evenwicht tussen niet te veel aankomen in gewicht en toch gezonde kinderen ter wereld brengen.

Interviewer: Ik heb daarjuist gevraagd van 'had je het lastig en moeilijk om een gezond en evenwichtig eetpatroon aan te houden?' Maar, het feit dat je veel groenten en fruit at, dat was op zich geen ongezond eetpatroon...//

Nee nee, maar het is de controle die er achter zit. Overdreven controle waar je mee bezig bent. Dat is niet juist. Het is de gedachte er achter! (Karen, P1)

Met uitzondering in het geval van een chronisch probleem heeft de tijdsduur van de eetstoornis geen significante invloed op deze resultaten.

De daaropvolgende zwangerschappen kennen voornamelijk een gelijkaardig verloop. Twee vrouwen geven aan het makkelijker te hebben en minder strikt met hun voeding om te gaan in vergelijking tot de eerste zwangerschap. Eén participante ervaart het tegendeel als reactie op een toegenomen lichaamsgewicht naar aanleiding van de eerste zwangerschap.

5.3.3 Lichaamsveranderingen (n=15/15)

Ongeveer de helft (n=7) van de geïnterviewde vrouwen geeft aan de lichaamsveranderingen tijdens de zwangerschap eerder neutraal te ervaren. Opnieuw is de belangrijkste en enige motivatie hiervoor dat deze veranderingen binnen de voor hun aanvaardbare grenzen blijven en er slechts een beperkte gewichtstoename is.

Ik ben dan ook in heel mijn zwangerschap misschien maar 6 of 7 kg bijgekomen en dat is heel weinig. Dus ik was eigenlijk... Uiteindelijk na de bevalling woog ik minder dan voor dat ik zwanger geworden was. (Carla, P14)

Goh, ik zeg het, ik heb het geluk gehad... en misschien was dat door eigen toedoen. Maar, ik was telkens niet zoveel bij. Ik denk dat moest dat nu elke keer 5kg geweest zijn en dat ik daar 20kg... gelijk ik hoor van andere vrouwen, zou ik dat veel erger gevonden hebben. Maar, nu was dat altijd binnen de perken en kon ik daar best mee leven. (Lien, P3)

Vier vrouwen ervaren deze lichaamsveranderingen als vrij positief. Dit zijn voornamelijk de deelnemers die een korte episode van een eetstoornis doormaakten, zijnde tussen 0 en 5 jaar. Eén van de ondervraagde vrouwen geeft hierbij aan dat deze positieve ervaring voornamelijk opnieuw door de beperkte toename in lichaamsgewicht is. Andere vrouwen (n=2) ervaren vooral een psychische ontlading omdat zij door de zwangerschap een ronde buik ‘mogen’ hebben, zolang deze opnieuw binnen de gewenste grenzen blijft. Deze lichaamsveranderingen worden opnieuw voornamelijk pas als positief ervaren wanneer het duidelijk zichtbaar wordt dat de vrouw zwanger is en hierdoor de onderliggende reden voor haar toegenomen lichaamsomvang naar de omgeving toe verklaard wordt. Aanvullend worden deze positieve gevoelens ook frequent toegeschreven aan de fierheid en de trots die bepaalde vrouwen (n=3) ervaren omdat hun lichaam in staat is een zwangerschap te dragen en ze tijdens de zwangerschap esthetisch een mooiere buik zouden hebben dan voorheen.

Ik weet nog heel goed dat ik voor de spiegel stond en dat ik zo trots was op mijn lichaam dat mijn lichaam dat kon zo 'n baby maken. (Anneleen, P5)

Tot slot is er ook nog meer dan een kwart van de participanten die deze lichaamsveranderingen om uiteenlopende redenen als negatief ervaart. Dit zijn voornamelijk patiënten met een actief probleem tijdens de zwangerschap of met een eetstoornis die langer dan 10 jaar actief aanwezig was, en patiënten met anorexia of die een episode van anorexia doorgemaakt hebben. Drie participanten vertellen dat zij rationeel weten dat een toegenomen buikomtrek een noodzaak is, maar ondanks dit besef is dit voor hen geen evidentie. Dit dan voornamelijk aan het einde van de zwangerschap wanneer er een snelle toename in gewicht is. Twee deelnemers zeggen vooral moeite te hebben met deze lichaamsveranderingen aan het begin van de zwangerschap wanneer het nog niet duidelijk is voor de omgeving waaraan ze deze kunnen toeschrijven. Toch is er ook 1 participante die deze veranderingen als negatief ervaart net omdat deze bij haar niet zeer uitgesproken zijn. Hierdoor twijfelt zij aan haar eigen eetpatroon en aan de mate waarin dit voldoet aan de gestegen behoeften tijdens de zwangerschap.

Want ik was heel content dat het op 7 maanden stopte, dat ik zei van het is meer dan genoeg geweest. (Anne, P10)

Tijdens de daaropvolgende zwangerschappen zijn er geen opvallende verschillen.

5.3.4 Wegen tijdens de zwangerschap (n=14/15)

Iets meer dan de helft (n=8) van de geïnterviewde vrouwen geeft aan geen problemen te ondervinden naar aanleiding van de frequente wegingen tijdens de zwangerschap. Opnieuw wordt de beperkte gewichtstoename, die niet zelden leidt tot een gedaald lichaamsgewicht na de zwangerschap, als motivatie naar voren gebracht. Drie vrouwen relativeren dit weegproces doordat het als noodzakelijk gezien wordt tijdens een

zwangerschap, omdat de weegschaal niet altijd een vijand is geweest of omdat de eetstoornis tijdens de zwangerschap niet aanwezig is. Eén deelnemer schrijft deze ervaring toe aan de positieve houding van haar gynaecoloog.

Ik ben zelf begonnen met mezelf eigenlijk minder te wegen en ik merk ook van 'dat geeft eigenlijk rust'... Van ja, anders mijn dag werd bepaald door dat gewicht. (Isabelle, P4)

Toch ervaart een derde van de participanten het weegproces als zeer negatief waaronder vooral patiënten met boulimia in de geschiedenis of die een episode van boulimia doorgemaakt hebben. Vier vrouwen ervaren dit als zeer confronterend en als een extra vorm van controle. Het gewicht is een persoonlijk gegeven, het getal op de weegschaal wordt als confronterend ervaren en dit delen met iemand anders wekt de indruk op om extra op te letten waardoor het aanzet tot controlegedrag. Een aantal vrouwen hebben de weegschaal ook bewust uit hun leven verbannen om mentaal meer rust te krijgen. Zichzelf moeten wegen in het bijzijn van iemand anders wordt dan ook als zeer negatief ervaren. Slechts 1 deelnemer heeft deze frequente wegingen als positief ervaren omdat de gewichtsstijging aantoont dat de baby groeit wat een geruststelling biedt.

Ik vertik het nog om op een weegschaal te staan, ik doe dat echt niet meer. En dat zijn zo de momenten dat ik terug op een weegschaal moet staan en ja, dat vind ik één van de ergste dingen. (Heleen, P6)

De tijdsduur van de eetstoornis en de tijdspanne tussen het einde van de eetstoornis en het begin van de zwangerschap hebben geen invloed op de resultaten.

5.3.5 Triggers voor, tijdens, en na de zwangerschap (n=15/15)

Tijdens elk interview wordt er gevraagd naar triggers zoals opmerkingen en gebeurtenissen die het de vrouwen opnieuw extra lastig gemaakt hebben in het kader van hun eetstoornis. In totaal zeggen 7 vrouwen zo'n negatieve situatie meegemaakt te

hebben. Zo leiden voor de zwangerschap en aan het begin ervan fertiliteitsproblemen en herhaalde miskramen bij 3 vrouwen tot een recidief of een verergering van de reeds aanwezige symptomen. Dit onafhankelijk van het type eetstoornis, de tijdsduur van de eetstoornis en de tijdspanne tussen het einde van de eetstoornis en het begin van de zwangerschap.

Dan heb ik euhm... ben ik daar goed uitgekomen (uit de eetstoornis) en een tiental jaar, denk ik, niets en dat ik mij goed voelde en dat het goed gegaan is. En dan nu wou ik terug opnieuw nog is zwanger worden en dat is dan niet gelukt en ik begon mij slecht te voelen en dus nu ben ik terug in behandeling bij psycholoog N. (Véronique, P8)

Tijdens de zwangerschap worden bij deze deelnemers voornamelijk opmerkingen met een positieve connotatie tot een gedaald lichaamsgewicht of opmerkingen met een negatieve connotatie tot een gestegen lichaamsgewicht als belastend ervaren. Daarnaast brengen ook negatieve opmerkingen over het veranderend lichaam zwaarmoedige gevoelens teweeg. Deze zetten telkens aan tot een gevoel van persoonlijk falen met toegenomen controlegedrag en zelfs met periodes van restrictief eetgedrag tot gevolg.

Euhm.... En dan ook omdat de dokter zei van ja, je moet oppassen dat er nu niet teveel bijkomt en alé (...) ik had hier altijd zo'n beetje geleerd van voor mij is het beste om gewoon niet teveel met eten bezig te zijn, gewoon u laten leiden door uw hongergevoel enzo. En door het feit dat ik dan veel bijkwam moest ik er precies zo mee bezig zijn en dat vond ik wel moeilijk. Er werd mij gevraagd daarmee bezig te zijn en dat vond ik moeilijk. (Sarah, P9)

Tenslotte worden ook 'foutieve wegingen' aangehaald door 2 participanten. Deze omvatten het wegen met een weegschaal die niet correct is ingesteld, het wisselen van weegschaal tijdens de verschillende consultaties doorheen de zwangerschap en het wegen later op de dag. Deze resultaten worden als niet correct ervaren en leiden opnieuw tot negatieve gevoelens en tot een gevoel van persoonlijk falen.

Ik heb mij vanochtend nuchter gewogen omdat dat dan ook correcter is. Ja euhm... en dan wil ik gewoon zeggen van 'ik weeg zoveel' en dan moet ik niet op die weegschaal gaan staan. Ik vond dat ook niet correct want 's avonds had ik al... Ja, dat scheelt kweetnie hoeveel! Misschien is dat dan toch nog ergens een foute kronkel. Ja, iets waar andere mensen misschien niet zo zouden aan... alé, niet zou zouden aan denken. (Anneleen, P5)

Hierbij zijn het vooral de vrouwen die een episode van boulimia doorgemaakt hebben die deze opmerkingen en deze 'foutieve' wegingen als zeer negatief ervaren.

5.3.6 De bevalling (n=15/15)

Het hebben van een eetstoornis in het verleden of het hebben van een actieve eetstoornis op het moment van de arbeid en de bevalling heeft geen invloed op hoe de bevalling ervaren wordt. Slechts 1 deelnemer zegt de bevalling emotioneel niet beleefd te hebben door haar actieve eetstoornis en de psychische problemen die ermee gepaard gaan. Vervolgens zijn het telkens de patiënten met een misbruikverleden die de bevalling als anders dan de rest van de deelnemers beleven. Er kan dan ook gesteld worden dat een misbruikverleden hierop een invloed heeft, maar de eetstoornis zelf niet.

5.3.7 Het postpartum (n=15/15)

Het postpartum wordt als een zeer ambivalente periode ervaren. Een derde van de deelnemers zegt tijdens deze periode depressieve gevoelens te hebben of een postpartum depressie door te maken. Hierbij gaat het voornamelijk om vrouwen met anorexia actief aanwezig tijdens de zwangerschap of in de periode minder dan 2 jaar voor de zwangerschap. Vooral vermoeidheid, de gewijzigde situatie, de terugkeer van controlegedrag en de angst om het moederschap niet aan te kunnen vormen een

aanleiding hiervoor. Twee participanten, anorexiapatiënten met een actief probleem tijdens de zwangerschap, ervaren geen moedergevoel na de geboorte van hun eerste kind.

*Bij kind 1 was dat zo dat ik niet goed wist wat er mij overkwam. Alhoewel dat ik **heel bewust** aan kindjes begonnen ben, dat ik heel blij was dat ik zwanger was. Maar, ik wist echt niet goed wat mij overkwam en ik werd 180 graden in mijn leven gedraaid. En, heb ik daar heel hard moeten aan wennen. Euhm... en ook direct die omschakeling van dat ik mijn eigen veel meer toeliet om dingen te eten tijdens de zwangerschap en plots mocht dat weer allemaal niet meer van mijzelf. Dan was dat weer dat controlegedrag, vooral om die kilo's kwijt te raken. Euhm, ja, dat is wel wat zwaar geweest. (Lien, P3)*

Ik denk dat ik echt wel goed gecompenseerd heb nadien. Alé, typisch hé, iemand die zo crash regime doet bij wijze van spreken en die dan daarna... (Els, P15)

Negatieve gevoelens kunnen ook ontstaan door een gewijzigd lichaamsbeeld waarbij de vrouw zich niet meer zo mooi voelt als voorheen en door de hoge eisen die ze aan zichzelf stelt omtrent haar lichaam en het invullen van het moederschap. Hierbij zijn het vooral patiënten met boulimia die een ideaalbeeld van 'de slanke en actieve moeder' hanteren. Wanneer de symptomen van de eetstoornis tijdens de zwangerschap worden onderdrukt keren deze tijdens het postpartum meestal terug.

Maar, om de één of andere reden vond ik dat ik een type was dat het ziekenhuis ging buiten lopen in haar jeansbroek van daarvoor (Loes, P2)

Toch was voor 2 deelnemers de zwangerschap een helingsproces voor hun eetprobleem. Twee andere deelnemers die tot 2 jaar voor de zwangerschap een eetstoornis hadden, zeggen de neiging te hebben om te hervallen als reactie op de aanwezige zwangerschapskilo's. Eén deelnemer beschrijft angstgevoelens omwille van de gestegen voedselbehoefte tijdens de periode van borstvoeding. Hierdoor ervaart zij een verlies van controle en dit ondanks dat zij al 4 jaar van haar eetstoornis genezen is.

*Maar het enige waar ik het nu soms lastig mee heb is dat ik zo kan **blijven** eten. Dan is het nu zo meer de angst van als ik geen borstvoeding meer geef, dan zal dat toch wel overgaan? (Ine, P12)*

Ik denk geen borstvoeding geven zou het minder moeilijk hebben gemaakt. Ik denk dat borstvoeding dat voor een stuk ook in de hand heeft gewerkt, maar bon... de vele goede eigenschappen en ook het gevoel, je voelt u gewoon euforisch als je dat geeft, dat is fantastisch hé. (Els, P15)

Gevoelens van euforie ontstaan door de aanwezigheid van een gezonde baby, maar ook door een snelle daling van het lichaamsgewicht of door het verkrijgen van een lager lichaamsgewicht dan voor de zwangerschap. Voor 2 deelnemers is het geven van borstvoeding de aanleiding voor het verderzetten van een evenwichtig eetpatroon. Eén deelnemer zegt dat de aanwezigheid van de baby haar afleidt van de eetstoornis waardoor zij deze periode als psychisch minder belastend kan ervaren.

5.3.8 Voedingspatroon kinderen (n=15/15)

Drie deelnemers zeggen, in vergelijking tot hun omgeving, op een gelijkaardige manier met de voeding van hun kinderen om te springen. Eén van deze deelnemers zegt wel het erg moeilijk te hebben met het huidige overgewicht van haar dochter. Een ruime meerderheid (n=12) geeft aan wél op een andere manier met de voeding van hun kroost om te in vergelijking tot hun eigen omgeving. Twee participanten beweren dat hun eetstoornis of hun verleden daarvan een positief effect heeft hierop. Zij hebben de indruk minder strikt om te gaan met de voeding van hun kinderen zodat zij een normale en gezonde relatie met voeding zouden kunnen opbouwen. De andere participanten (n=10) zeggen op een eerder negatieve manier om te springen met de voeding van hun kinderen in contrast tot hun omgeving. Twee deelnemers met een verleden van boulimia geven aan geen perceptie te hebben van wat normale porties zijn voor hun kind.

‘Wat zijn gezonde porties voor hem?’. Want ja, voor mij was dat al moeilijk en dan moet je het ineens voor je kind ook gaan doen. (Karen, P1)

Drie vrouwen zeggen meer alert en bedachtzaam te zijn op wat en hoeveel hun kinderen eten. Nog eens 3 vrouwen geven aan te principieel en te strikt te zijn over de voeding van hun kinderen. Allen geven ze als motivatie dat ze een zo gezond en gevarieerd mogelijke voeding voor hun kinderen belangrijk vinden. Twee vrouwen hanteren hetzelfde restrictief eetpatroon voor hun kinderen als voor henzelf en dit overwegend uit angst voor een te hoog lichaamsgewicht.

Daar krijg ik wel vaak kritiek op. Ze mogen van mij niet veel snoepen of bijna niet snoepen euhm... koekjes mee naar school dat is pas dit jaar. Vorig jaar mochten ze dat van mij niet. Ik ben veel te strikt daarin, veel te hard daarop gefocust. Maar dat is misschien omdat ik nu zelf ook terug met de problemen kamp. (Véronique, P8)

Nog eens 2 vrouwen vinden het heel belangrijk dat hun kinderen gezond en weinig eten opnieuw uit angst voor een te hoog lichaamsgewicht. Eén van deze vrouwen vindt dat ze op deze manier een goede basis meegeeft omtrent voeding en gewicht.

Ons E. (De oudste dochter) heeft altijd van bij de geboorte fijn geweest en mager geweest en ze zeiden dat ook wel. Ik was daar wel fier op. Tegenover mijn tweede, dat was een prematuur, die is op 7 maanden gekomen, maar als die klein was, was dat een mollige. En daar heb ik heel veel problemen mee gehad toen ze klein was... omdat ze mollig was, om dat aan te kleden. Daar heb ik heel veel problemen mee gehad. (Anne, P10)

De partner, de fase van de eetstoornis waarin de vrouwen zich bevinden, en de hoeveelheid tijd tussen het einde van de eetstoornis en het begin van de zwangerschap zorgen ervoor dat hun persoonlijke principes omtrent voeding genuanceerd worden. De fase van de eetstoornis waarin de vrouwen zijn, zoals een chronisch probleem of een fase van herval, en het lichaamsgewicht van de kinderen hebben een negatief effect op hoe zij met de voeding van hun kroost omgaan.

Ik ben wel als de dood, alé, ik zou het echt niet tof vinden als ik een obese dochter zou hebben. Alé, ik zou dat afschuwelijk vinden. (Heleen, P6)

5.4 Tweede onderzoeksvraag: Wat wordt er verwacht van de betrokken hulpverleners ?

Er wordt bij deze onderzoeksvraag onderzocht wat ervoor zorgt dat, tijdens de perinatale en postnatale begeleiding door de hulpverleners, de begeleiding als positieve of negatief ervaren wordt. Deze vraag wil meer concreet een antwoord bieden op wat er verwacht wordt van de hulpverleners wanneer zij in contact komen met een zwangere vrouw, of een vrouw die wilt zwanger worden, met een actieve eetstoornis of een eetstoornis in het verleden.

5.4.1 Algemeen (n=14/15)

Minder dan de helft van de vrouwen (n=5) heeft voor of tijdens de zwangerschap de hulpverleners waarmee ze in contact komt verteld over haar eetstoornis. Deze hulpverleners zijn voornamelijk de gynaecoloog en de huisarts. Een aantal gynaecologen gaan hier op een eerder neutrale tot bijna positieve manier mee om. Maar, in de meeste gevallen komt er geen reactie of wordt het probleem geminimaliseerd. In 1 geval komt er wel een uitgesproken reactie van de gynaecoloog en wordt deze als zeer negatief ervaren. Eén vrouw vermoedt dat haar gynaecoloog het weet van haar eetstoornis omwille van zijn subtiele en correcte omgang met haar lichaam en haar gewicht. Bij een andere participant heeft de behandelende psycholoog zelf de gynaecoloog op de hoogte gebracht.

En hij had ook gekeken en dacht ook van PCOS misschien te hebben. Ik zei dan ook van 'ik heb een eetstoornis gehad. Wat moet ik doen?'. Dan was dat van ja, neem dan de pil opnieuw en we zullen zien. We krijgen die cyclus wel in orde. En toen ik ja, nog iets meer uitleg wou was die wel heel bot van 'Wat wil je nu dat ik doe?'. En ja, dat heeft heel erg op mij gewerkt. (Karen, P1)

Bij 2 vrouwen kaart de gynaecoloog, omwille van een zichtbaar anorectische toestand, het probleem zelf aan wat tot wisselend reacties leidt. Eén participante blijft haar probleem ontkennen en zet haar restrictief lijngedrag verder. Bij de andere vrouw geeft dit net de aanleiding om zich voor het eerst te laten behandelen voor haar eetstoornis.

Omdat op een bepaald moment heb je kinderen en vind je eigenlijk van, bij mij was dat toch wel zo, schaamde ik mij eigenlijk toch wel van 'goh, en nu ben je nog altijd met dat gewicht bezig. Er is nu toch wel al iets belangrijker in uw leven gekomen nu!' En schaamde ik mij wel dat ik daar toch nog altijd mee bezig was. En daarom wou ik daar niet teveel nadruk op leggen. (Lien, P3)

De helft van de geïnterviewde vrouwen vertelt niet over het eetprobleem en dit om verschillende redenen. Bij de oudere participanten wordt een eetstoornis vaak nog niet herkend en erkend. Bij de andere deelnemers is dit voornamelijk omdat enkel de intieme familie –en vriendenkring op de hoogte is van hun eetstoornis of het verleden daarvan en de vrouwen willen dit vaak uit schaamte ook zo houden. Schuldgevoelens omdat eten en gewicht prioritair blijven tegenover het kind of omdat de zwangere vrouw vaak wel meer wil eten maar niet 'kan' liggen aan de basis voor dit gevoel van schaamte.

Ik heb het natuurlijk ook nooit niet expliciet aangehaald omdat je daar ergens zelf, als moeder in spé, met enorme dubbele gevoelens zit. Je moet eten voor dat kind en soms eigenlijk gaat het niet en je denkt van ik zal er hier maar gauw over zwijgen... Ook omdat ik ja, ik voelde mij daar wel schuldig bij dat hij zo klein was. Maar, dan zeker, dokter DK zei dan van ja, maar jij hebt aanleg voor kleine baby's dus dan dacht ik van ik ga er hier zeker niet over... (Charlotte, P7)

Vervolgens zijn ook heel wat vrouwen bang een etiket te krijgen omwille van hun psychiatrische aandoening of hun verleden daarvan.

Ik wou dat toen allemaal vergeten en ik wou niet de stempel hebben van anorexia gehad dus problemen. Ik wou dat niet meer horen, ik wou daar vanaf, ik wou daar... ik wou dat ze mij daar niet altijd mee associeerden met dat ziek geweest zijn. (Véronique, P8)

In het geval van een actief probleem zouden 4 van deze 7 participanten die het probleem niet verteld hebben wél een hulpverlener op de hoogte brengen, maar slechts een minderheid (n=1) zou naar de gynaecoloog gaan. Vooral de vroedvrouw, de huisarts, de psycholoog of de psychiater zouden gealarmeerd worden. Dit is voornamelijk omdat de vrouwen het gevoel hebben dat de gynaecoloog onvoldoende tijd heeft, omdat zij dit geen rol vinden voor de gynaecoloog, of omdat zij gewoonweg geen persoonlijke band met hun gynaecoloog hebben. Eén participante zou dit als een extra vorm van controle ervaren indien de gynaecoloog op de hoogte zou zijn.

5.4.2 Positieve ervaringen tijdens de antenatale begeleiding (n=11/15)

Er wordt aan elke deelnemer gevraagd wat zij als zeer positief ervaren heeft tijdens haar begeleiding doorheen de zwangerschap. Enig psychologisch inzicht of kennis omtrent eetstoornissen wordt door de vrouwen geapprecieerd. Deze omvatten het geruststellen van de vrouwen omtrent de lichaamsveranderingen en een gevoelige omgang met het stijgende lichaamsgewicht. Aansluitend wordt ook het aannemen van een niet bevooroordeelde houding genoemd, het sporadisch polsen naar de eetstoornis en/of naar hoe de lichaamsveranderingen tijdens de zwangerschap ervaren worden, en de vrouwen bevestiging bieden omtrent hun eigen kunnen. Toch zijn er eerder een beperkt aantal vrouwen (n=2) die het appreciëren dat de gynaecoloog net niet naar de eetstoornis informeert en dit opnieuw omwille van de angst om een etiket te krijgen of omdat zij dit niet meer als relevant beschouwen aangezien de eetstoornis voor hen een afgesloten hoofdstuk is.

Ik had in die periode ook een gezond gewicht dus dat was zo van nee, je moet daar niet over vragen. (Véronique, P8)

Vervolgens worden ook de geruststellende capaciteiten van de arts als zeer positief ervaren. Deze omvatten onder meer een intensieve monitoring van het kind en het voorbereiden van de vrouw op de handelingen die gebeuren tijdens de consultatie, de arbeid, en de bevalling. Dit laatste is vooral relevant in het geval van een misbruikverleden. Tenslotte wordt ook het gevoel van bekommerd te zijn om het welzijn van moeder en kind als aangenaam ervaren. In 1 geval heeft de gynaecoloog de vrouw attent gemaakt op de noodzaak van een toename in lichaamsgewicht indien zij zwanger zou willen worden. Dit was voor deze vrouw de eerste aanleiding om in therapie te gaan en het proces van genezing in te zetten.

Wanneer we polsen naar de positieve ervaringen bij andere hulpverleners dan de gynaecoloog, zijnde de huisarts, de vroedvrouw, en in 1 geval de haptonoom, valt vooral het meer het empathische aspect op. Dit uit zich onder meer in het stellen van de vraag: 'hoe is het?' of 'hoe voelt u zich?'.

Ik vond dat net leuk... Ah ja, zij vroeg dat 'hoe voel jij u?'. En dat vond ik wreed leuk, dat die zo rekening hield met 'Hoe voel jij u?'. Bij de dokter heb je dat niet. Als je naar de gynaecoloog gaat, dat zijn gewoon cijferkes. (Anneleen, P5)

In 1 geval polst de hulpverlener ook actief en rechtstreeks naar hoe de lichaamsveranderingen worden beleefd. Voor de vrouw wordt hierdoor een openheid gecreëerd tussen haar en de hulpverlener en krijgen deze veranderingen tijdens de zwangerschap een plaats.

Alé ja, ze heeft gewoon... alé, ik denk dat ze dat wel vrij algemeen bij iedereen vraagt ze van hoe het was dat die buik dikker werd. Dat was hetgeen dat ze eigenlijk toch...

(Ine, P12)

Interviewer: En dat kon je wel appreciëren dat ze...//

Ja, ik had er geen probleem mee en ik denk achteraf is dat wel goed geweest dat ze dat gevraagd heeft. (Ine, P12)

Interviewer: Ja, en waarom is dat achteraf goed geweest, denk je?

*Omdat dat voor mij dan ook wel meer openheid heeft gecreëerd. ... Ja, van ik ben nu zwanger en dan kan ik dat niet meer. Mijn buik wordt dikker dus ik **kan** niet meer gaan lopen. Ja... zo, die dingskes meer. Door daar zo naar te vragen kwamen die dingen ook naar boven en dan heeft dat een plaats gekregen door dat uit te spreken dat het ergens normaal was dat het niet meer gaat als je zwanger bent. (Ine, P12)*

5.4.3 Negatieve ervaringen tijdens de antenatale begeleiding (n=13/15)

Aan elke deelnemer wordt gevraagd wat zij als negatief ervaren of wat zij missen doorheen hun begeleiding. Voornamelijk een gebrekkige kennis omtrent eetstoornissen wordt als zeer negatief ervaren. Dit leidt er toe dat de hulpverleners aan de vrouwen het gevoel geven niet te weten hoe met deze problematiek om te gaan of niet te weten hoe hierop te reageren. Dit toont zich onder meer in eerder ludieke reacties van de hulpverleners waardoor de vrouw zich onbegrepen voelt.

*Ja... **Juist daarom!** 't Is juist daarom dat... als ik het dan al zeg, vind ik dat wel dom dat ze daar niet op ingaan. (Karen, P1)*

Daarnaast wordt er bij de vrouw doorheen haar hele zwangerschap vaak slechts éénmalig gevraagd naar de eetstoornis, ondanks dat de hulpverleners in deze gevallen op de hoogte zijn gesteld. Of, de hulpverlener maakt éénmalig een opmerking in verband met een significant afwijkende gewichtstoename. Hierbij zag zelfs 1 deelnemer het vermijden van het onderwerp als een gevaar voor moeder en kind. Toch is er, ondanks de negatieve ervaring hieromtrent, toch enig begrip voor deze situatie omwille van het tijd -en kennisgebrek dat zij ervaren tijdens de prenatale en postnatale consulten.

Maar, toen ik zwanger was van A., ben ik meer open geweest tegen haar en vroeg ze achteraf wel 'Hoe gaat het nu met u?'. En dan maakte ze wel de opmerking dat ik wel heel snel terug op gewicht was. Maar, daar bleef het ook wel bij. (Lien, P3)

Tot slot zijn er ook een aantal hulpverleners die 'rusten' als een soort van eufemisme gebruiken om de toestand van de vrouw te bevragen ondanks een zichtbaar gebrekkige gewichtstoename of een sterke gewichtsdaling in het postpartum. Deze onrechtstreekse bevraging wordt als zeer negatief ervaren.

Interviewer: Maar ze hebben nooit gevraagd van 'eet je nog wel genoeg'?

Nee. (Charlotte, P7)

Interviewer: Ondanks...//

Rust je wel genoeg? Dat wel. (Charlotte, P7)

Bij patiënten met een verleden van boulimie, of die ooit een episode van boulimie doorgemaakt hebben, wordt een te strikte controle van het lichaamsgewicht als negatief ervaren. Dit brengt een zeer onprettig gevoel teweeg en het geeft in sommige gevallen aanleiding tot extra controlegedrag in verband met voeding en gewicht.

Actief het probleem bevragen en alarm slaan indien nodig, betrokkenheid tonen en het geven van info op maat zijn 3 aspecten die als een groot gemis ervaren worden door telkens bijna de helft van de deelnemers. Iets minder dan een kwart van de deelnemers (n=3) mist erkenning omtrent de ernst van de problematiek.

En schaamde ik mij wel dat ik daar toch nog altijd mee bezig was. En daarom wou ik daar niet teveel nadruk op leggen. Maar, moest zij zo is gezegd hebben van: 'euhm, pakt u op hé! Eet een keer een dessertje meer dat je er kloeker opstaat!'. Dat zou wel een stimulans geweest zijn omdat dat dan zo eenvoudig gesteld zou geweest zijn. (Lien, P3)

Bijna de helft van de deelnemers (n=5) vindt het belangrijk om het probleem meer actief te bevragen en eventueel in te grijpen. Dit houdt in dat deze deelnemers verwachten dat de hulpverleners durven doorvragen wanneer zij een probleem vermoeden. Dit omwille van de schuld en schaamte die een aantal vrouwen ervaren wat de drempel vaak te hoog maakt om het probleem zelf aan te kaarten. Maar, ook omdat dit een stimulans tot een beter eetgedrag zou kunnen vormen en omwille van het risico op een mogelijk recidief postnataal. Hierbij hebben de hulpverleners het recht en de plicht om te wijzen op de ernst van het probleem, om de therapeutische mogelijkheden te bespreken en zelfs actief door te verwijzen indien nodig. Dit niet doen en het probleem systematisch ontwijken wordt als zeer negatief ervaren en gezien als een gemiste kans.

Ja, zeker bij zoon y vroeg ze dan wel altijd, ik moest dan bijna iedere week gaan, euhm... rust je wel genoeg? Maar had ze mij misschien dan meer doorgevraagd naar mijn eetpatroon had ik misschien nu, want nu weet ik het eigenlijk niet, heb ik heel veel fouten gemaakt? At ik ook effectief te weinig dat ik dacht ik eet genoeg? Dus ik denk wel, in het belang van de kindjes dan, dat ze daar misschien wel had moeten naar doorvragen. Want ik denk dat er weinig zijn, denk ik, met een eetstoornis of zeker dan de vrouwen die problemen hebben met het gewicht die daar dan zelf gaan over beginnen van 'eet ik hier wel genoeg? (Charlotte, P7)

Een tweede aspect dat gemist wordt is betrokkenheid. Dit wordt ingevuld als een gebrekkige holistische benadering van de vrouw en haar omgeving door de gynaecoloog. Hierbij vraagt deze zelden naar het gevoelsleven en wordt onzekerheid afgewimpeld.

We gaan nu verder, maar er is nooit aan mij gevraagd van 'Heb je het moeilijk?' of 'Hoe voel je u na de zwangerschap?'. Terwijl zij wel de eerste mensen zijn die mij zien (Karen, P1)

Vervolgens is er ook meer nood aan info op maat. Deze omvat meer nood aan tips en adviezen omtrent voeding en de schadelijke gevolgen van eetstoornissen, informatie over de therapeutische mogelijkheden en de bevestiging dat misselijkheid en andere zwangerschapssymptomen een natuurlijk gegeven zijn. Dit laatste is vooral van toepassing bij vrouwen met een actief probleem van boulimia of met een verleden hiervan. In sommige gevallen, voornamelijk bij vrouwen met een restrictief eetgedrag, is zelfs een referentie over de hoeveelheid en het type voeding die nodig is om een kind gezond op de wereld te brengen aangewezen. Tot slot missen de deelnemers ook erkenning van het eetprobleem wanneer de hulpverlener hiervan actief op de hoogte is gebracht. De participanten hebben het gevoel dat het onderwerp afgewimpeld wordt en zij missen het dat de hulpverlener actief vraagt naar de eetstoornis, perinataal en postnataal, en naar een eventuele therapeutische behandeling. Dit ter preventie van een escalatie van het probleem.

Ik heb dat wel een beetje gemist dat ze zo niet vroeg van 'En? Want ge hebt het toch wel moeilijk met u gewicht' Of dat ze dat niet opmerkte want ik heb het op bepaalde momenten moeilijk gehad. En, dat er daar toch ook niet meer bezorgdheid van haar toe was. (Karen, P1)

Deze resultaten zijn voornamelijk van toepassing in het geval van een chronisch probleem, wanneer de eetstoornis actief aanwezig is tijdens de zwangerschap en bij de deelnemers waarbij het moment van genezing zich situeert in een tijdspanne van minder dan 2 jaar voor de zwangerschap.

5.4.4 Advies voor hulpverleners in de toekomst (n=14/15)

Aan elke deelnemer wordt gevraagd welke tips of welk advies zij zouden geven aan de hulpverleners waarmee zij in contact komen indien deze instaan voor de antenatale begeleiding van een vrouw met een eetstoornis of een verleden hiervan.

5.4.4.1 Primaire Preventie

5.4.4.1.1 Screening (n=13/15)

Bijna alle participanten (n=10) vinden het belangrijk dat er systematisch gescreend wordt naar potentiële eetstoornissen. Slechts een kleine minderheid (n=3) zegt dit niet te doen, voornamelijk uit angst om een ‘etiket’ te krijgen, en dit enkel te bevragen wanneer er een zichtbaar probleem is of een vermoeden ervan. Eén deelnemer veronderstelt dat de patiënt dit wel zelf zal vertellen indien zij dit relevant acht.

Nee, weet je? Je krijg dan ook zo dadelijk een sticker ! Zelfs al ben je er dan misschien goed uitgeraakt dan... dat geeft u dan toch zo meteen een merk en daar zou ik bang van zijn. Dat zou ik echt niet graag hebben. (Sarah, P9)

Een subtiele navraag krijgt bij de vrouwen (n=6) een lichte voorkeur omwille van het delicate onderwerp en om te vermijden dat de vrouwen zouden dichtklappen op een nogal directe vraagstelling. Een consultatie bij een hulpverlener wordt als een professioneel gebeuren beschouwd waarbij de gegeven informatie discreet wordt behandeld. Om het probleem zelf aan te kaarten is bij een aantal vrouwen de drempel te hoog. Eén deelnemer stelt voor deze vraagstelling te herhalen zonder de partner in de nabijheid omdat deze niet altijd op de hoogte zou zijn.

Alé, moest ik het echt nog moeilijk gehad hebben, dan denk ik wel dat ik nog eetbuien zou gehad hebben tijdens mijn zwangerschap. Dat het dan toch sterker was geweest dan mijn drang om voor dat kind te zorgen, snap je? (Anneleen, P5)

Ja, ik denk het wel want alé ja, het omgekeerde geval is ook zo. Dames die niet zwanger geraken omdat ze overgewicht hebben... Ja, daar moet er, denk ik, dan toch ook wel over gepraat worden met die dames van, misschien, als je wat afvalt zal het wat gemakkelijker gaan. De andere kant is ook het geval natuurlijk. (Carla, P14)

Een kleine minderheid (n=4) biedt de voorkeur aan een eenmalige, rechtstreekse vraagstelling. Een consultatie bij een gynaecoloog, of bij een andere hulpverlener, wordt gezien als een professioneel gebeuren en langs deze weg hebben beide partijen meteen een correct beeld over de situatie. De drempel om de problematiek zelf aan te kaarten wordt als te hoog ervaren en het actief bevragen zou tussen beide partijen ruimte voor dialoog creëren. Eén vrouw ervaart een zwangerschap met de bijhorende consultaties sowieso als een intiem gebeuren waardoor er ook plaats is voor een meer delicate vraagstelling.

Ik vind dat wel... ik vind dat wel relevant ja. Ik vind dat ook niet slecht. Ik vind dat een gynaecoloog ook kan... alé, hij stelt zoveel intieme vragen! Bijvoorbeeld heb je ook een SOA gehad? Euhm, come again? Alé, dat is veel erger zo'n vragen van alé, wablieft? Dan een eetstoornis of heb je ooit een psychische achtergr... Een gynaecoloog moet toch ook weten of iemand, ik zeg nu maar iets, neuroleptica of antidepressiva neemt. Ik denk dat het toch wel belangrijk is voor de opvolging van de baby en de moeder en misschien kans op postnatale depressie. Dat die dat misschien toch snel kan couperen of u kan doorsturen naar andere hulpverleners. (Els, P15)

Het type eetstoornis, de tijdsduur van de eetstoornis en de tijdspanne tussen het einde van de eetstoornis en het begin van de zwangerschap heb hier geen significante invloed op.

5.4.4.1.2 Informatie en gezondheidspromotie (n=5/15)

Er is bij een derde van deze patiëntengroep, voornamelijk patiënten met een restrictief eetgedrag of een verleden hiervan, nood aan meer informatie omtrent de voeding tijdens de zwangerschap, de gewenste voedingspatronen en eveneens over wat een normale gewichtsstijging omvat. Op deze manier wordt een referentie gecreëerd over wat als

normaal beschouwd wordt en over wat afwijkend is. Aanvullend regelmatig bevestigen dat een aantal veranderingen tijdens de zwangerschap, zoals een toegenomen eetlust of nausea, normaal zijn biedt geruststelling en maakt deze onderwerpen bespreekbaar en aanvaardbaar.

5.4.4.2 *Secundaire preventie*

5.4.4.2.1 Patiënten benaderen omtrent eetstoornis (n=9/15)

Deze vrouwen vinden het belangrijk dat de hulpverleners interesse tonen en enigszins aandacht geven aan de eetstoornis. Op deze manier erkennen zij de problematiek en de ernst ervan, doorbreken zij de taboesfeer en creëert men openheid. Vervolgens is het ook belangrijk om de patiënt actief te bevragen rond de eetstoornis en te durven doorvragen naar potentiële eet –en gewichtsproblemen. Vooral het verbloemen van de feiten onder het motto ‘rust je wel genoeg?’ of het onderwerp uit de weg gaan wordt als negatief ervaren.

Ik woog toen geen 50kg hé (mevrouw is langer dan de gemiddelde vrouw). Ik heb altijd minder dan 50kg gewogen, maar ja, dat is te weinig hé, dat is een te laag BMI hé. Maar, nooit iemand die gezegd heeft van: ‘Dat komt daardoor, meiske! Zorgt eerst ne keer, weet ik veel, dat je 55kg weegt, dat je BMI in orde is en kom dan terug.’ Dat zou echt een enorme klap in mijn gezicht geweest zijn, maar dan zou ik het tenminste wel geweten hebben. En dat is een serieus hiaat, vind ik. (Lien, P3)

Stoppen met er een taboe van te maken. Daarmee ga je gewoon opnieuw mee in het taboe dat algemeen heerst. (Karen, P1)

Hierbij zijn de deelnemers zich bewust van de complexiteit van de problematiek. Ze verwachten van de gynaecoloog en van de andere hulpverleners niet dat deze dezelfde kennis hebben als een psycholoog of psychiater, maar wel dat deze enig psychologisch inzicht heeft. Empathisch zijn, de vrouwen bijstaan en durven vragen of alles goed gaat is hierbij voldoende. Toch vindt 1 deelnemer het voornamelijk belangrijk dat het onderliggende trauma gekend is zodat hierop geanticipeerd kan worden. Indien men de

vrouw wil motiveren om haar afwijkend gedrag te veranderen, adviseren zij om de mogelijke consequenties van het verderzetten van de eetstoornis voornamelijk te kaderen in de potentiële risico's die ze met zich meebrengen voor het ongebooren kind.

Er zijn nog veel euhm... mensen en ook gynaecologen en andere dokters die zeggen van het is hun eigen schuld, ze moeten maar niet overgeven. Maar zo gaat het niet. Dan heb je het systeem niet vast van een verslaving. Dat is bij alcohol ook zo. Oké, ze gieten het zelf wel binnen maar die hebben dat niet meer onder controle. Bij eetstoornissen is dat ook, bij anorexia is dat ook, bij boulimia ook, ... 't is zo van ja, eet dan hé.

(Veerle, P11)

5.4.4.2.2 Omgaan met gewicht (n=11/15)

De meeste participanten (n=9) willen eerder neutraal benaderd worden omtrent de stijging van het gewicht tijdens de zwangerschap. De gewichtsevolutie op zijn beloop laten door onder meer het systematisch wegeen tijdens de consulten te vermijden of door deze informatie als persoonlijke informatie voor de hulpverlener te beschouwen geniet de voorkeur. Zo kan men een toegenomen focus op het gewicht vermijden aangezien een gewichtsstijging in sommige gevallen als een vorm van persoonlijk falen ervaren wordt.

Want, het maakt wel dat elke maand dat je gewogen wordt, legt dat de focus opnieuw op je gewicht. (Karen, P1)

Interviewer: En als je bij de gynaecoloog gaat wordt je gewogen. Hoe was dat?

Omgekeerd. (Anne, P10)

Wel vinden de ondervraagde deelnemers het essentieel dat ze worden bijgestuurd indien nodig. Dit kan door te refereren naar de normale verwachtingen of te vragen naar het huidige eetpatroon om zo nodig daarop in te grijpen. Eén deelnemer vindt dat er slechts aangestuurd mag worden op een gedragsverandering enkel wanneer dit effectief zou blijken voor moeder en/of kind tijdens de zwangerschap. Dit om een slechte ervaring en

schuldgevoelens te vermijden. Drie participanten vinden dat men de veranderingen in het lichaamsgewicht los van de weegschaal moet verklaren door de onderliggende etiologie van de gewichtstoename te benadrukken en meer te spreken in termen van BMI of kledingmaten in de plaats van in kilogram.

Dat heb ik dan wel bijvoorbeeld. Het is dan wel dat vanaf de moment dat ik geconfronteerd word met die cijfers, dan kan ik daarna een dag lastig lopen.

(Heleen, P6)

Slechts een minderheid (n=2), voornamelijk patiënten met een restrictief eetgedrag of met een recent verleden hiervan, biedt de voorkeur om meer actief bezig te zijn met het stijgende lichaamsgewicht om zo de normale verwachtingen duidelijk te maken.

De tijdspanne tussen het einde van de eetstoornis en het begin van de zwangerschap, de tijdsduur of het type van de eetstoornis hebben weinig invloed op deze resultaten.

5.4.4.3 Tertiaire Preventie

5.4.4.3.1 Therapeutische mogelijkheden (n=7/15)

Bijna alle deelnemers (n=5) vinden het belangrijk dat de gynaecoloog, of de andere hulpverleners, tijdens de zwangerschap actief doorverwijzen in het geval van een aantoonbaar probleem. Dit kan door een therapeut in te lichten in het belang van de gezondheid van moeder en kind. Twee deelnemers adviseren om niet actief door te verwijzen, maar wel hierop aan te sturen en eventueel de mogelijke opties te doorlopen. Hierbij is het belangrijk om de vrouw verder niet te dwingen, maar haar naar eigen keuze te laten beslissen. Er wordt ook gewezen op de noodzaak van een meer multidisciplinair team omwille van de complexiteit van de problematiek en dit om complicaties voor moeder en kind te vermijden.

Ik denk dat als je gewoon bent om hulp te zoeken en je hebt een hulplijn, dan zal je dat normaal ook wel doen. Als je dat niet gewoon bent, dan is het een ander verhaal. En dan kan het denk ik wel in uw voordeel zijn dat die hulplijn geboden wordt. (Sarah, P9)

6 DISCUSSIE

6.1 Methodologische opzet

Deze studie onderzoekt de beleving van de zwangerschap bij vrouwen met een actieve eetstoornis of met een verleden hiervan. Aanvullend wordt geëvalueerd wat de positieve aspecten zijn en waar de hiaten zich bevinden bij het begeleiden van deze patiëntengroep in de huidige Vlaamse perinatale zorg. Aan de hand van dit onderzoek lijkt het ons aangewezen hier in de toekomst op te anticiperen en de huidige perinatale zorg te optimaliseren. Aangezien het om de individuele beleving en ervaringen van deze vrouwen gaat geniet een kwalitatieve onderzoeksopzet, waarin de informatie verkregen wordt door een eenmalig interview, de voorkeur. De interviews worden afgenomen op een tijdstip en op een locatie naar keuze van de participant. Dit opdat de participant telkens in een voor haar vertrouwde omgeving ongehinderd de vragen zou kunnen beantwoorden. De interviews worden telkens aangevuld met 2 vragenlijsten, de EDI en de NVE, om zo een objectief overzicht te verkrijgen over de fase van de eetstoornis waarin de vrouwen zich nog bevinden. De resultaten werden tijdens de analyses teruggekoppeld aan de antwoorden in de interviews. Het verwerken van de vragenlijsten gebeurde in samenwerking met de afdeling psychiatrie van het Universitair Ziekenhuis Gent, zodat door hulp van een expert, een correcte interpretatie van de vragenlijsten ontstond. De interviews zelf werden op hun beurt gecodeerd en geanalyseerd met behulp van NVivo 9. Tijdens dit proces werd er systematisch feedback gegeven omtrent het coderingsproces en het uitschrijven van de eigenlijke resultaten door een andere onderzoeker zonder kennis van eetstoornissen. Dit om onder meer ongewenste subjectiviteit te vermijden en de interpretatie van de resultaten te verbreden. Met betrekking tot de steekproef moet opgemerkt worden dat deze voornamelijk patiënten met anorexia nervosa vertegenwoordigt (n=8). De resultaten zullen dan ook minder representatief zijn voor de boulimiapatiënten (n=3), patiënten met binge eating (n=1) en patiënten met een combinatie van de voorgaand opgesomde eetpathologieën (n=3). Wel komen de resultaten, wanneer sprake van een combinatie van eetproblemen, voornamelijk overheen met het type eetstoornis waarmee de patiënt het laatst te maken

heeft. Datasaturatie is door het beperkt aantal deelnemers niet mogelijk, maar dit was door het exploratieve karakter van de studie geen vereiste. Vervolgens zijn de ervaringen van deze vrouwen voornamelijk gebaseerd op een begeleiding door een gynaecoloog aangezien dit in de Vlaamse praktijk het meest gangbaar is. Wel kan er verondersteld worden dat de aanbevelingen voor de praktijk uitgebreid mogen worden naar alle hulpverleners die betrokken zijn bij de perinatale en de postnatale zorg. Tot slot dient men op te merken dat deze resultaten niet teruggekoppeld kunnen worden naar een ‘gezonde’ controlegroep. De resultaten zijn enkel een omschrijving van de ervaringen en de verwachtingen van deze patiëntengroep. In welke mate deze al dan niet verschillen van een gezonde populatie kan niet worden vastgesteld op basis van dit onderzoek.

6.2 Terugkoppeling van de resultaten naar de literatuur en aanbevelingen voor de praktijk

6.2.1 Relativiteit van genezing

Zoals reeds vermeld geeft de literatuur een niet te verwaarlozen incidentiecijfer tot 29% aan voor klinisch significante eetstoornissen. Dat er nog steeds een groot taboe heerst over deze psychiatrische problematiek wordt in een eerste fase al duidelijk tijdens het rekruteringsproces. Ondanks dit vrij hoge incidentiecijfer was het vinden van het vooropgestelde aantal deelnemers geen evidentie. Bij de potentiële participanten die gecontacteerd werden in de psychiatrische praktijken, of die rechtstreeks gecontacteerd konden worden via snowball sampling of via een spontane rondvraag, was opvallend veel schaamte de reden om een deelname te weigeren. Bij de gynaecologen die gecontacteerd werden viel vooral een gebrek aan interesse op waarbij het bestaan van de problematiek geminimaliseerd werd. Ondanks dit geeft zowel de literatuur als dit onderzoek aan dat het niet onbestaande is dat een patiënt met een actieve eetstoornis

zwanger wordt. De kans wordt nog groter om een vrouw met een zwangerschapswens, of een reeds zwangere vrouw, op consultatie te krijgen die bij navraag een eetstoornis in de anamnese blijkt te hebben. Zeven deelnemers gaven aan met hun eetstoornis te worstelen tijdens hun zwangerschap. Nog eens vier participanten vertelden, ondanks 'genezen' te zijn, toch hinder te hebben ondervonden van hun eetstoornisverleden.

Wanneer we vervolgens beter ingaan op het algemeen profiel van deze deelnemers, dan valt op dat een kleine helft van de deelnemers (n=6) een chronisch eetprobleem heeft. Ondanks dat een terugkoppeling hierover naar de literatuur moeilijk is door de kleine steekproef zijn deze cijfers toch gelijkaardig. Zo beschrijft de literatuur dat 20% een actief chronisch probleem onderhoudt en nog eens 30% op regelmatige basis recidiveert (Becker et al., 1999; Klein & Walsh, 2003, 2004; Zerbe, 2007). Vervolgens zeggen de andere 7 deelnemers, 2 participanten maken op het moment van deelname een recidief door, van hun eetstoornis genezen te zijn. Toch wordt er, volgens de meer objectieve vragenlijsten, nog steeds opvallend hoog gescoord op de schalen die lijngedrag en de drang tot 'dun zijn' meten. Ook blijken deze deelnemers nog steeds gevoelig te zijn voor emotioneel eetgedrag en hebben de meesten van hen nog meer dan gemiddeld de neiging tot overeten en purgeren. Dit toont aan dat genezing relatief is en dat er, mede door de karaktereigenschappen van deze personen, in hoge mate een ontvankelijkheid voor eetstoornissen blijft bestaan.

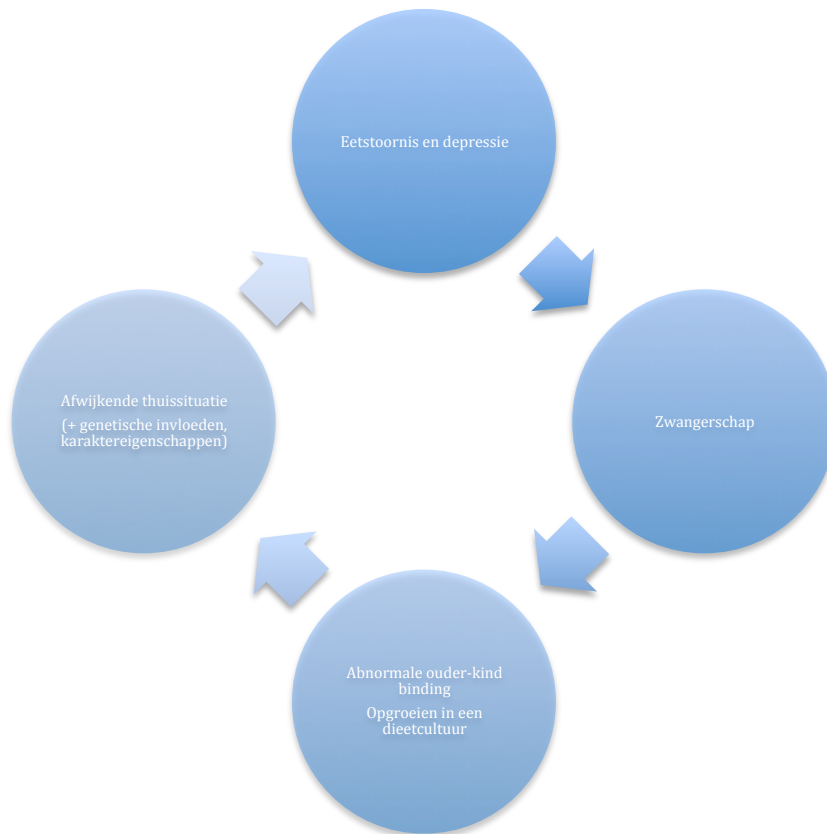
6.2.2 Ouder-Kind Binding

Wanneer we verder kijken naar hoe de deelnemers hun kinderwens definiëren valt vooral de voorkeur op voor 1 bepaald geslacht. Dit omwille van een misbruikverleden, angst om te falen of angst om het kind te laten opgroeien in eenzelfde problematische thuissituatie en zo de psychiatrische stoornis door te geven. De literatuur beschrijft eveneens een verhoogd risico op het ontwikkelen van een eetstoornis in het geval van een misbruikverleden en het bevestigt perfectionisme, een laag zelfbeeld en een angstige persoonlijkheid als typische karaktereigenschappen bij eetstoornispatiënten (Fairburn & Harrison, 2003; Klein & Walsh, 2003, 2004; Polivy & Herman, 2002;

Striegel-Moore, 1997). Daarnaast waren er in deze studie ook 2 deelnemers die de zorg voor hun pasgeborene overlieten aan familie omdat zij geen moedergevoelens hadden. Beiden worstelden met een actief eetprobleem tijdens de zwangerschap. Het toegenomen risico op het ontwikkelen van een depressie doorheen de zwangerschap in het geval van een actief eetprobleem kan hiervoor een verklaring zijn (Mazzeo et al., 2006; Micali & Treasure, 2009; Ward, 2008). Binnen het kader van wenselijke preventie is het voor de hulpverlener dan ook niet onbelangrijk om hiervan op de hoogte te zijn, hierop tijdig te kunnen anticiperen en zo onder meer een goede ouder-kind binding te bewerkstelligen.

6.2.3 Voedingspatronen en eetstoornissen bij de eigen kinderen

Indien we dieper ingaan op de voedingspatronen van de kinderen zegt driekwart van de participanten op een eerder negatieve manier met de voeding en het eetgedrag van hun kroost om te gaan in relatie tot hun omgeving. Dit varieert van uitermate bedachtzaam te zijn op wat ze eten tot het toepassen van een restrictief eetpatroon bij de eigen kinderen. Een vicieuze cirkel wordt hierdoor gecreëerd. Zo wijten de meeste deelnemers in deze studie het ontwikkelen van hun eetstoornis toe aan een abnormale thuissituatie. Het opgroeien in een anders dan normale sfeer zoals in het geval van een afwijkende ouder-kind binding, bij het opgroeien in een dieetcultuur, bij het opgroeien in een veeleisend milieu, of wanneer er een familiale anamnese van eetstoornissen of depressie is, zouden ook volgens de literatuur het risico op het ontwikkelen van een eetstoornis doen toenemen (Fairburn & Harrison, 2003; Polivy & Herman, 2002; Striegel-Moore, 1997). Kortom, op een radicale manier ingrijpen op het gestegen risico tot een gebrekkige ouder-kind binding in het geval van een actief eetprobleem en op de wijze waarop in de toekomst met de voeding van de kinderen wordt omgegaan zou de thuissituatie waarin de kinderen opgroeien gedeeltelijk kunnen normaliseren. Langs deze weg kan dan mogelijks de kans op het ontwikkelen van een eetstoornis bij de eigen kinderen gereduceerd worden.



Figuur 4: Cyclus tot het potentieel ontwikkelen van een eetstoornis

Tenslotte gaven ook in deze steekproef 2 deelnemers aan dat 1 van hun kinderen met een eetstoornis kampt en 1 deelnemer ziet haar oudste dochter als ontvankelijk hiervoor. De huidige lage leeftijden van de kinderen maken zelfs dat dit aantal enkel nog kan stijgen. Meer preventief werken dient dan ook ten sterkste overwogen te worden. Uiteraard is er ook de genetische component die vermoedelijk een rol speelt en zijn er de specifieke karaktereigenschappen waarover deze vrouwen beschikken.

6.2.4 Aandacht voor emoties en specifieke karaktereigenschappen

Wanneer we verder ingaan op de eerste onderzoeksvraag, dan zien we dat een kwart van de ondervraagde vrouwen voornamelijk angst en bezorgdheid vertoont tijdens de zwangerschap. Ook hebben zij zelf de indruk meer angst en onzekerheid te ervaren in contrast tot zwangere ‘gezonde’ vrouwen in hun omgeving. Zoals reeds vermeld

beschikken deze vrouwen vaak over een aantal typische karaktereigenschappen zoals een angstige persoonlijkheid en plichtsbewustheid (Fairburn & Harrison, 2003; Klein & Walsh, 2003, 2004; Polivy & Herman, 2002; Striegel-Moore, 1997). Daarnaast geven de vragenlijsten aan dat de meeste vrouwen in deze studie ontvankelijk zijn en blijven voor het stellen van emotioneel eetgedrag waardoor de kans bestaat dat zij, naar aanleiding van deze negatieve gevoelens, opnieuw een afwijkend eetgedrag gaan stellen. Een kwart van de ondervraagden zegt dan ook om verschillende redenen angstig te zijn om te hervallen.

Als gynaecoloog of als vroedvrouw is het niet altijd evident om een vertrouwensrelatie met de zwangere vrouw aan te gaan door het aantal consultaties tijdens de zwangerschap. De huisarts zal zich hier meer toe lenen doordat deze dichter bij de patiënt en haar persoonlijke omgeving staat. Wel is het essentieel dat deze gevoelens kunnen worden uitgesproken. Op een eenvoudige manier systematisch vragen naar het gevoelsleven van de vrouw door de hulpverlener wordt tijdens dit onderzoek als een groot gemis aangegeven. Toch zou deze navraag ervoor kunnen zorgen dat er een openheid gecreëerd wordt en dat deze emoties besproken kunnen worden. Als hulpverlener is het dan ook belangrijk om oprecht interesse te tonen en de patiënt voldoende bevestiging te bieden omtrent haar eigen kunnen en haar eigen mogelijkheden. Dit in het kader van een laag zelfbeeld en een gebrekkige hoeveelheid zelfvertrouwen. Het hoog perfectionismegehalte maakt immers dat deze vrouwen vaak voor zichzelf een ideaalbeeld gaan schetsen en hierbij onhaalbare doelstellingen nastreven. Wanneer de eigenlijke situatie uiteindelijk niet overeen lijkt te komen met hun ideaalbeeld kan dit opnieuw als falen aanvoelen, angstgevoelens teweeg brengen, en zelfs leiden tot een gebrekkig eetpatroon. Aanvullend is het dan ook belangrijk aan te geven wat verwacht kan worden tijdens en na de zwangerschap en wat als normaal beschouwd kan worden. Dit kan door luidop te zeggen dat nausea tijdens een zwangerschap normaal is, vertellen dat het normaal is dat een aantal fysieke activiteiten moeilijker worden door een zwangerschap, of dat het normaal is dat je lichaam tijd nodig heeft om zich te herstellen na een zwangerschap. Om hierop te kunnen anticiperen is het in eerste instantie dan ook noodzakelijk een goede communicatie te

bewerkstelligen zodat je als hulpverlener op de hoogte bent van wat de zwangere vrouw doet, van wat zij denkt en van wat zij van zichzelf en van haar omgeving verwacht.

6.2.5 Gehanteerde voedingspatronen

Omtrent de voedingspatronen die de participanten onderhielden, zegt de helft van de deelnemers eenzelfde ‘gezond’ voedingspatroon als voor de zwangerschap te hanteren. In één geval betekent dit het verderzetten van een eerder restrictief eetgedrag en ook de meeste andere deelnemers geven aan dat gezonde voedingsmiddelen en een gecontroleerde omgang hiermee een vereiste zijn om een voor hun normaal eetgedrag te kunnen stellen. Een kwart van de vrouwen geeft aan het moeilijker te hebben aangezien zij tijdens de zwangerschap extra moeten eten om tot een gewenste gewichtsstijging te komen enerzijds of omdat er opnieuw een preoccupatie met voeding ontstaat anderzijds. Zo wogen een aantal vrouwen na hun zwangerschap minder dan voorheen. Dit toont aan dat de referentie van een normaal voedingspatroon bij deze vrouwen vaak gestoord is. Ook de vragenlijsten geven weer dat de kandidaten, los van hun genezingsproces, vaak, al dan niet bewust, lijngedrag vertonen. De literatuur bevestigt deze resultaten. Er wordt vastgesteld dat, ondanks een algemene verbetering in symptomatologie tijdens de zwangerschap, vrouwen met een eetpathologie meer diëten, laxeermiddelen gebruiken, meer purgeren en angst vertonen om aan te komen in gewicht dan de normpopulatie (Cantrell et al., 2009; Harris, 2010; Mazzeo et al., 2006; Micali & Treasure, 2009; Micali, Treasure & Simonoff (2007b); Rocco, Orbitello, Perini, Pera, Ciano & Balestrieri, 2005; Ward, 2008). De hulpverleners dienen dan ook, om laattijdig defensief preventief handelen te vermijden, vroeg in de zwangerschap het voedingspatroon van de vrouw actief te bevragen indien deze een probleem vermoeden en zeker indien zij op de hoogte zijn van een eetstoornis of een verleden daarvan. Het is noodzakelijk dat deze vrouwen tijdig bijgestuurd worden in deze vaak foutief aangeleerde eetpatronen en dat zij een referentie krijgen over wat een normaal dagelijks eetpatroon inhoudt.

Er moet hierin een onderscheid gemaakt worden tussen anorexiapatiënten en boulimiepatiënten. Het beperkt aantal deelnemers maakt dat over patiënten met binge eating hieromtrent geen uitspraak gedaan kan worden. De patiënten met boulimie, of met een verleden daarvan, kwamen volgens de normale verwachtingen aan in gewicht. Zij vertelden tijdens hun therapie geleerd te hebben de controle rond voeding los te laten. De vrouwen bijsturen in hun eetgedrag zou enkel de focus hierop verhogen met als gevolg een gestegen preoccupatie met voeding die op haar beurt kan uitmonden in lijngedrag. Dit lijngedrag was vaak initieel de aanleiding voor hun eetstoornis waardoor dit tijdens de zwangerschap opnieuw kan resulteren in eetbuien op momenten van controleverlies. De anorexiapatiënten, of de patiënten met een verleden van anorexia, kwamen over het algemeen veel minder aan in gewicht dan normaal verwacht kan worden tijdens een zwangerschap. Zij hebben daarentegen wel nood aan een referentie omtrent een normaal voedingspatroon. Dit om onder meer dismaturiteit en andere neonatale complicaties te voorkomen (Astrachan-Fletcher et al., 2008; Micali et al., 2007a). Vermoedelijk is deze gecontroleerde omgang met de voeding en deze gebrekkige gewichtstoename ook de reden waarom de helft van de vrouwen in deze studie geen probleem heeft met de lichaamsveranderingen tijdens de zwangerschap en meer dan de helft van de vrouwen de wegingen tijdens de zwangerschap als niet belastend beschouwen. De vrouwen bevestigen dit vermoeden ook door als belangrijkste motivatie hiervoor aan te geven dat deze veranderingen en deze gewichtstoename binnen de voor hun aanvaardbare grenzen bleven. Toch zou het aangewezen zijn vrouwen met anorexia, of die ooit een episode van anorexia doorgemaakt hebben, te begeleiden in hun voeding om zo een normale gewichtstoename te bewerkstelligen en de kans op complicaties bij de neonaat te verminderen. Het raadplegen van een diëtist is hier op zijn plaats en wordt ook door Cantrell et al. (2009), Harris (2008) en Ward (2008) aangewezen.

Patiënten met een eetstoornis zijn over het algemeen heel plichtsgetrouw en perfectionistisch. Het stellen van kleine haalbare doelstellingen tussen 2 consultaties in wordt dan ook geadviseerd om het vooropgestelde resultaat te bereiken en voornamelijk een gevoel van falen te vermijden. Dit impliceert wel dat, indien er een extra toename in lichaamsgewicht wordt nagestreefd, er toch meer aandacht besteed zal moeten worden

aan hoe het weegproces en aan hoe de lichaamsveranderingen beleefd worden. Het weegproces op zich vergt bij deze patiëntengroep extra aandacht.

6.2.6 Omgaan met het gewicht en het weegproces

In deze steekproef werd het weegproces over het algemeen als niet belastend ervaren onder meer omdat de toename binnen de voor hun psychologisch aanvaardbare grenzen bleef. Voornamelijk de patiënten met boulimia, of met een verleden daarvan, ervoeren deze wegingen als zeer confronterend en als belastend. Ook bij het bevragen van triggers in de zwangerschap vormde in bijna alle gevallen een gewicht gerelateerde gebeurtenis of opmerking de aanleiding tot het ontwikkelen van negatieve gevoelens. Zelf prefereren de vrouwen in deze studie dat het gewicht en de gewichtsevolutie op een zo neutraal mogelijke manier benaderd wordt, maar dat de hulpverleners wel actief bijsturen wanneer nodig zoals wanneer er een gebrekkige gewichtsevolutie is. Ward (2008) verkiest om een gewichtstoename positief te bekrachtigen, maar een aantal vrouwen in deze studie spreken dit tegen omdat dit als te confronterend ervaren zou worden. Vermoedelijk zal dit voornamelijk bij patiënten met boulimie, of met een verleden daarvan, een tegengesteld effect creëren. Ook het is aangewezen om aan het begin van de zwangerschap de gewenste gewichtsevolutie te benoemen en de onderliggende etiologie van deze gewichtstoename duidelijk te omschrijven. De hulpverleners worden geadviseerd om, in het kader van een meer wenselijke preventie, het weegproces vroeg in de zwangerschap te bespreken en de zwangere vrouwen te laten participeren door haar voorkeuren hieromtrent te bevragen en de mogelijke opties te bespreken. Zo is het ook mogelijk dat een aantal vrouwen niet op de hoogte willen gebracht worden van hun toename in gewicht om psychisch rust te krijgen, of dat zij zelfs de voorkeur geven om het systematisch wegen tijdens de prenatale consultaties te vermijden. Kortom, een individueel aangepaste benadering kan een groot verschil maken. Indien men de vrouwen zou willen stimuleren om hun eetgedrag bij te sturen of om meer in lichaamsgewicht toe te nemen is het aangewezen om de gezondheid van het ongeboren kind als belangrijkste motivatie te gebruiken.

6.2.7 Aandachtspunten postnataal

Het postpartum kan gezien worden als een hoog risicoperiode waarin de zwangere vrouwen met een actieve eetstoornis, of met een eetstoornis in het verleden, een verhoogd risico hebben op een postpartum depressie (Harris, 2010; Larsson & Andersson-Ellström, 2003; Llewellyn-Jones, 2008; Mazzeo et al., 2006; Micali & Treasure, 2009; Morgan et al., 2006; Zerbe, 2007; Ward, 2008; Wentz et al., 2009). En, indien er tijdens de zwangerschap een verbetering in de symptomatologie van de eetstoornis zou geweest zijn, dan recidiveren bijna alle patiënten opnieuw postnataal. Deze studie bevestigt deze resultaten aangezien een derde van de deelnemers postnataal met depressieve gevoelens te maken had, 2 vrouwen zeiden geen moedergevoelens gehad te hebben, 2 andere participanten hadden de neiging tot recidiveren en nog eens 2 vrouwen die hun eetstoornis konden onderdrukken tijdens de zwangerschap recidiveerden effectief. De hulpverleners moeten hierop uitermate bedacht zijn tijdens de eerste postnatale consulten. Postpartaal is het dan ook essentieel dat deze vrouwen van nabij worden opgevolgd of dat er op zijn minst een steunpunt wordt voorzien waar zij terecht kunnen indien er problemen zouden zijn. Het is dan ook aan te raden om, ter preventie hiervan, reeds tijdens de zwangerschap negatieve gevoelens en zelfs depressie bespreekbaar te maken, eventueel de symptomen van een postnatale depressie te bespreken en een overzicht te geven over de mogelijke therapeutische opties zodat tijdig ingegrepen kan worden.

6.2.8 Systematisch screenen in het kader van wenselijke preventie

Zowel de literatuur als deze studie tonen aan dat de vrouwen zelden uit eigen beweging het probleem zullen aankaarten omdat de drempel vaak te hoog is door het algemeen taboe dat heerst, door schuldgevoelens, of door schaamte. Desondanks zijn de risico's voor moeder en kind in deze patiëntengroep niet te onderschatten en kunnen er een aantal maatregelen getroffen worden die het risico op een escalatie van het eetprobleem kunnen terugdringen. Preventief handelen is hier dan ook op zijn plaats. In het kader van een wenselijke preventie wordt bij elke zwangere patiënt, of bij elke vrouw met een

zwangerschapswens, routinematig screenen geadviseerd. Deze screening gebeurt bij voorkeur zo vroeg mogelijk in het zwangerschapsproces. Preconceptionele consultaties vormen dan ook het meest ideale moment hiervoor. Extra voorzichtigheid in het kader van een potentieel actieve eetstoornis is geboden wanneer de vrouw een laag BMI heeft, wanneer er melding wordt gemaakt van (aanhoudende) gastro-intestinale klachten en indien er een gebrekkige gewichtstoename tijdens de zwangerschap wordt vastgesteld. Ook wanneer het koppel fertiliteitsproblemen heeft, er (herhaalde) miskramen zijn, of er een andere ernstige pathologie gediagnosticeerd wordt is het aangeraden extra bedachtzaam te zijn, zeker wanneer er kennis is van een eetstoornis al dan niet in de anamnese. Zowel de literatuur als deze studie tonen aan dat het risico om opnieuw te hervallen in de eetstoornis groot is om zo met de negatieve emoties en met de stress die hiermee samen gaat om te gaan. Screenen gebeurt bij voorkeur systematisch tijdens elke zwangerschap en op een eerder subtiele manier. Indien er een vermoeden over een potentiële eetstoornis blijft bestaan is het belangrijk om herhaaldelijk te screenen. Dit kan door de vrouw te bevragen naar mogelijke eetproblemen in het verleden of door te polsen naar haar instelling tegenover de toename in lichaamsgewicht en naar hoe zij deze lichaamsveranderingen ervaart. De SCOFF-vragenlijst kan hierbij een hulpmiddel zijn. Daarnaast kan het ook interessant zijn de vrouw te observeren tijdens het bevragen en tijdens de verschillende wegingen. Ook is het als hulpverlener belangrijk om te vragen naar het gevoelsleven van de vrouw en enigszins een vertrouwensrelatie te creëren waarin gevoelens van angst, schuld en onzekerheid besproken kunnen worden. Hierbij is het essentieel een niet bevooroordeelde houding aan te nemen en actief te communiceren. Potentiële problemen verbloemen of het onderwerp systematisch ontwijken onderhouden het taboe en worden als zeer negatief ervaren. Zo mag er worden gevraagd aan de vrouw om aan te komen tot een gewenst BMI in het geval van ondergewicht. Ook wanneer de hulpverlener een probleem vermoedt door klinische tekens, zoals een gebrekkige gewichtstoename, is het belangrijk dat deze durft doorvragen naar een mogelijk onderliggend probleem hiervoor. Dit maakt het onderwerp bespreekbaar en zo kan er, afhankelijk van de ernst van de problematiek, efficiënt gehandeld worden. Geef als hulpverlener ook voldoende aangepaste informatie over wat als normaal beschouwd kan worden tijdens de zwangerschap omtrent gewicht, hormonale veranderingen, lichaamsveranderingen, en omtrent de basisprincipes van een

volwaardige voeding. Psychologisch inzicht van de hulpverleners en kennis omtrent eetstoornissen worden geapprecieerd. Toch zijn de meeste deelnemers van deze studie zich bewust van de complexiteit van de problematiek zodat ze van de gynaecoloog, van de vroedvrouw, of van de huisarts geen expliciete psychologische begeleiding verwachten. Wel vragen zij dat deze zich omringen door een multidisciplinair team van artsen, psychologen en diëtisten. Dit om aan de extra noden van deze patiëntengroep tegemoet te komen en zodat de verschillende therapeutische opties hieromtrent besproken kunnen worden. Hierbij vinden zij het belangrijk dat de hulpverleners adequaat kunnen doorverwijzen en dit ook effectief doen wanneer zij een probleem vermoeden of vaststellen. Dit om een escalatie van het probleem en het eerder defensief preventief handelen dat hiermee gepaard gaat te vermijden. Ook wordt aan de gynaecoloog, de huisarts of de vroedvrouw een signaalfunctie toegeschreven aangezien deze de eerste kunnen zijn die een mogelijk eetprobleem opmerken indien er nog geen therapie werd ingesteld.

Toch blijft het algemeen belangrijk hierin de wens van de vrouw in kwestie af te tasten. Twee vrouwen werden liever niet bevraagd omtrent hun eetstoornis of omtrent hun verleden daarvan uit angst om een etiket te krijgen. Let er als hulpverlener dan ook des te meer op een zo neutraal mogelijke houding aan te nemen. Het is soms een dunne lijn tussen wat als gewenst en wat als ongepast en confronterend ervaren wordt. Om een zo geïndividualiseerd mogelijke begeleiding in te stellen is het, omwille van de complexiteit van eetstoornissen, de gebrekkige expertise van de hulpverleners en de verschillende achtergrond van de vrouwen, aan te raden de vrouw actief te laten participeren in de peri –en postnatale zorg.

6.3 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Op basis van de huidige literatuur wordt zichtbaar dat er heel weinig kwalitatief onderzoek bestaat omtrent de beleving van de zwangerschap bij vrouwen met een

actieve eetstoornis of met een eetstoornis in het verleden. Er worden een aantal algemene aanbevelingen gedaan voor praktijk, maar deze zijn zelden tot nooit onderzocht vanuit het persoonlijke standpunt van de vrouwen. Deze studie koppelt voor het eerst de eigen individuele ervaringen, tijdens en na de zwangerschap, samen met de persoonlijke wensen van de vrouwen terug naar de huidige, in dit geval de Vlaamse, praktijk. Uiteraard zijn deze resultaten exploratief en zijn aanbevelingen voor verder onderzoek in de toekomst wenselijk.

Zo is er meer nood aan kwalitatief onderzoek omtrent de beleving van de zwangerschap bij vrouwen met een eetstoornis of met een eetstoornis in de anamnese. Bij voorkeur dient er bij een herhaling van dit onderzoek gekozen te worden voor een grote steekproef om datasaturatie te bekomen. Verder is het ook noodzakelijk dat de verschillende types van eetstoornissen voldoende vertegenwoordigd worden. In deze studie was het heel moeilijk om een conclusie te trekken en aanbevelingen te doen naar de praktijk toe voor vrouwen met een andere eetstoornis dan anorexia nervosa. Enkel indien de antwoorden en de resultaten zeer uitgesproken en eenduidig waren kon dit enigszins gebeuren voor patiënten met boulimie. In het geval van binge eating was dit geen optie. Vervolgens is het ook aan te raden een onderscheid te maken tussen vrouwen met een actief eetprobleem tijdens de zwangerschap en vrouwen met een eetstoornis in de anamnese. Er kan, naar aanleiding van de literatuur en door middel van de scores op de vragenlijsten, gesteld worden dat een eetstoornis net zoals alcoholisme en andere verslavingsproblematieken ofwel een chronisch verloop kent of er toch enige ontvankelijkheid blijft bestaan tot het opnieuw ontwikkelen van het probleem. Kortom, vermoedelijk dienen patiënten met een eetstoornis in het verleden bij voorkeur op een eenzelfde manier benaderd te worden als patiënten met een manifest probleem. Toch is het aan te raden dat verder onderzoek hierover uitsluitsel brengt. Vervolgens valt tijdens deze studie op, en voornamelijk tijdens het rekruteringsproces, dat er heel wat vooroordelen bestaan omtrent zwangere vrouwen of vrouwen met een zwangerschapswens die al dan niet een actieve eetstoornis hebben. Hierdoor zou het interessant zijn de gedachten en de ervaringen van de hulpverleners zelf hieromtrent te exploreren. Meer inzicht in wat voor hen de knelpunten zijn in het begeleiden van deze patiëntengroep zou het mogelijk maken hierop te anticiperen. Dit is noodzakelijk om de

artsen en de andere betrokken hulpverleners te kunnen sensibiliseren om de aanbevelingen naar de praktijk toe ook effectief toe te passen. Tot slot zou het ook een meerwaarde bieden om de ervaringen van de kinderen van ouders met eetstoornissen na te gaan. In deze studie gaf een grote meerderheid van de participanten immers aan anders met de voeding van hun kroost om te springen. De literatuur toont dat, onder meer hierdoor, de kans op het ontwikkelen van een eetstoornis bij deze kinderen zelf vergroot. Een kwalitatieve studie naar hoe deze kinderen het ervaren om op te groeien bij een ouder met een eetstoornis, of met een eetstoornis in het verleden, zou vanuit een ander perspectief inzicht kunnen bieden in de knelpunten tijdens de opvoeding.

7 CONCLUSIE

De referentie van wat normaal is omtrent de voeding en omtrent het eigen lichaam is bij de meeste deelnemers verdwenen. Naast de eigen eetpatronen zijn ook de eetpatronen welke bij de kinderen gehanteerd worden onderhevig aan deze gebrekkige perceptie en aan de fase van de eetstoornis waarin de vrouw zich bevindt. Effectief genezen van een eetstoornis blijkt relatief te zijn waardoor het als hulpverlener belangrijk is alert te blijven voor potentiële problemen indien een vrouw met een eetstoornis in de anamnese zich aanmeldt. De eerste onderzoeksvraag evalueert of een actieve eetstoornis, of een eetstoornis in de anamnese, een invloed heeft op hoe de zwangerschap beleefd wordt en welke factoren een rol spelen in deze beleving. Als antwoord hierop kunnen we concluderen dat een actieve eetstoornis, of een verleden hiervan, in de meeste gevallen een invloed heeft op hoe een zwangerschap beleefd wordt. Hierbij verdienen de voedingspatronen die de vrouwen hanteren en de omgang met het gestegen lichaamsgewicht extra aandacht. Ook de bijna stereotiepe karaktereigenschappen van eetstoornispatiënten zoals perfectionisme, onzekerheid en een angstige persoonlijkheid maken dat een aangepaste benadering gewenst is. Voornamelijk het postpartum dient als een hoog risicoperiode beschouwd te worden waarin het voorzien van een steunpunt, of zelfs van een meer intensieve opvolging, aangewezen is. Aanvullend verdienen periodes getekend door stress en negatieve emoties, zoals bij fertiliteitsproblemen en miskramen, extra aandacht. De tweede onderzoeksvraag exploreert wat verwacht wordt van de hulpverleners tijdens de zwangerschap. Volgens de resultaten van deze studie verwachten de patiënten een niet bevooroordeelde houding van de hulpverlener waarbij zij vervolgens de ernst van de problematiek erkennen en hierover actief durven communiceren. Het onderwerp systematisch ontwijken moet maximaal vermeden worden. Hierbij zijn de deelnemers zich bewust van de complexiteit van de problematiek en verwachten zij geen expertise van de betrokken hulpverleners tijdens de zwangerschap. Wel verwachten zij dat de hulpverleners de mogelijkheid bespreken om een meer multidisciplinair team in te schakelen. Preventief werken is hier op zijn plaats om een escalatie van de actieve eetstoornis of een recidief tijdens of na de

zwangerschap te vermijden, de ouder-kind binding te bevorderen, de eetpatronen die gehanteerd worden bij te sturen en zo zelfs de kans op het ontwikkelen van een eetstoornis bij de eigen kinderen te reduceren. Systematisch screenen tijdens de preconceptionele consultaties of zo vroeg mogelijk tijdens de zwangerschap wordt dan ook geadviseerd.



LITERATUURLIJST

Abraham, S., & Llewellyn-Jones, D. (2008). *Eetstoornissen: De Feiten* (G. Noordenbos, Trans. 1 ed.). GA Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Andersen, A. E., & Ryan, G. L. (2009). Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet Gynecol*, *114*(6), 1353-1367.

American Psychiatric Association (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington DC: APA.

Astrachan-Fletcher, E., Veldhuis, C., Lively, N., Fowler, C., & Marcks, B. (2008). The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. *J Womens Health (Larchmt)*, *17*(2), 227-239.

Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, *32*(4), 665-68.

Bansil, P., Kuklina, E. V., Whiteman, M. K., Kourtis, A. P., Posner, S. F., Johnson, C H., et al. (2008). Eating disorders among delivery hospitalizations: prevalence and outcomes. *J Womens Health (Larchmt)*, *17*(9), 1523-1528.

Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A., & Herzog, D. B. (1999). Eating disorders. *N Engl J Med*, *340*(14), 1092-1098.

Bulik, C. M., Von Holle, A., Hamer, R., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P., et al. (2007). Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med*, *37*(8), 1109-1118.

Bulik, C. M., Von Holle, A., Siega-Riz, A. M., Torgersen, L., Lie, K. K., Hamer, R. M., et al. (2009). Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord*, 42(1), 9-18.

Cantrell, C., Kelley, T., & McDermott, T. (2009). Midwifery management of the woman with an eating disorder in the antepartum period. *J Midwifery Womens Health*, 54(6), 503-508.

DSM V Development by the American Psychiatric Association. Verkregen op 8 augustus 2010 via <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.

Ekeus, C., Lindberg, L., Lindblad, F., & Hjern, A. (2006). Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *BJOG*, 113(8), 925-929.

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407-416.

Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*, 70(12), 1715-1721.

Franko, D. L., Blais, M. A., Becker, A. E., Delinsky, S. S., Greenwood, D. N., Flores, A. T., et al. (2001). Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry*, 158(9), 1461-1466.

Garner, D.M., Olmstead, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating disorders*, 2, 15-34.

Garner, D.M.; van Strien, T. (n.d.). EDI-II: Inventarisatie van eetstoornissymptomen. Verkregen op 12 maart 2011 via <http://www.unifr.ch/ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/nl/4nl001/d45c58ba97a44e42a13cf94b0ffa37b2/hb.htm>

Goris, P., Burssens, D., Melis B. & Vettenburg N. (2007). *Wenselijke preventie stap voor stap*. Antwerpen: Garant.

Harris, A. A. (2010). Practical advice for caring for women with eating disorders during the perinatal period. *J Midwifery Womens Health, 55*(6), 579-586.

Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord, 34*(4), 383-396.

Jochems, A. A. F., & Joosten, F. W. M. G. (2006). *Zakwoordenboek der Geneeskunde* (28 ed.). Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg.

Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord, 43*(3), 195-204

Klein, D. A., & Walsh, B. T. (2003). Eating disorders. *Int Rev Psychiatry, 15*(3), 205-216.

Klein, D. A., & Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiol Behav, 81*(2), 359-374.

Koubaa, S., Hallstrom, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol, 105*(2), 255-260.

Larsson, G., & Andersson-Ellström, A. (2003). Experiences of Pregnancy-related Body Shape Changes and of Breast-feeding in Women with a History of Eating Disorders. *European Eating Disorders Review, 11*(2), 116-124.

Maesschalck, C., Vertommen H. (2001). Nederlandse Verkorte Temperament en Karakter Vragenlijst (VTCl). *Tijdschrift Klinische Psychologie, 31*(1), 10-15.

Mazzeo, S. E., Slof-Op't Landt, M. C., Jones, I., Mitchell, K., Kendler, K. S., Neale, M. C., et al. (2006). Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord*, 39(3), 202-211.

Micali, N., Simonoff, E., & Treasure, J. (2007a). Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry*, 190, 255-259.

Micali, N., Treasure, J., & Simonoff, E. (2007b). Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res*, 63(3), 297-303.

Micali, N., & Treasure, J. (2009). Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review. *Eur Eat Disord Rev*, 17(6), 448-454.

Morgan, J. F., Lacey, J. H., & Chung, E. (2006). Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosom Med*, 68(3), 487-492.

Parliamentary Office of Science and Technology (2007). *Eating Disorders*. Geraadpleegd op 2 oktober 2011 via <http://www.parliament.uk/documents/post/postpn287.pdf>

Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol*, 53, 187-213.

Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R., Bruffaerts, R., et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMED-WMH project. *J Psychiatr Res*, 43(14), 1125-1132.

Reijonen, J. H., Pratt, H. D., Patel, D. R., & Greydanus, D. E. (2003). Eating Disorders in the Adolescent Population: An Overview. *Journal of Adolescent Research, 18*(3), 209-222.

Striegel-Moore, R. H. (1997). Risk factors for eating disorders. *Ann N Y Acad Sci, 817*, 98-109.

Rocco, L. P., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R. P., & Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research, 59*, 175-179.

Sollid, C. P., Wisborg, K., Hjort, J., & Secher, N. J. (2004). Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol, 190*(1), 206-210.

Striegel-Moore, R. H. (1997). Risk factors for eating disorders. *Ann N Y Acad Sci, 817*, 98-109.

Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord, 34 Suppl*, S19-29.

Swann, R. A., Von Holle, A., Torgersen, L., Gendall, K., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. M. (2009). Attitudes toward weight gain during pregnancy: results from the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord, 42*(5), 394-401.

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry, 68*(7), 714-723.

Vervaeke M. (2010). *Am I too fat to be a princess? Eetstoornissen: de tirannie van de perfectie*. Geraadpleegd op 2 augustus 2011 via <http://www.breinvijzer.be/eetstoornissen%20presentatie.pdf>

Van Rijn, C. A. (1998). Anorexia nervosa en boulimia nervosa. III. Somatische gevolgen van purgeren. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 142 (33), 1867-1869.

Van Strien, T., Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A., Defares, P.B. (1986). The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behaviour. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 747-755.

von Soest, T., & Wichstrom, L. (2008). The impact of becoming a mother on eating problems. *Int J Eat Disord*, 41(3), 215-223.

Ward, W. B. (2008). Eating disorders in pregnancy. *British Medical Journal*, 336, 93-96.

Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsater, H., Gillberg, C., & Rastam, M. (2009). Reproduction and offspring status 18 years after teenage-onset anorexia nervosa--a controlled community-based study. *Int J Eat Disord*, 42(6), 483-491.

Zerbe, K. J. (2007). Eating disorders in the 21st century: identification, management, and prevention in obstetrics and gynecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 21(2), 331-343.

LIJST MET AFKORTINGEN

AN	: Anorexia Nervosa
BED	: Binge Eating Disorder
BN	: Boulimia Nervosa
BMI	: Body Mass Index
DSM IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4e uitgave)
EDNOS	: Eating Disorder Not Otherwise Specified
EDI II	: Eating Disorder Inventory II
FSH	: Follikelstimulerend Hormoon
GnRH	: Gonadotrofine Releasing Hormoon
IUGR	: Intra-Uteriene Groeiretardatie
LH	: Luteïniserend Hormoon
LGA	: Large for Gestational Age
LIFE	: Leuven Institute for Fertility and Embryology
NVE	: Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag
SGA	: Small for Gestational Age

LIJST MET TABELLEN EN FIGUREN

Lijst van tabellen:

Tabel 1. Algemeen overzicht van de steekproef p. 49

Lijst van Figuren

Figuur 1. Multidisciplinaire verklaring voor de ontwikkeling van eetstoornissen p. 11

Figuur 2. BMI of Quetelet-index voor volwassenen p. 13

Figuur 3. Een overzicht van het rekruteringsproces p. 42

Figuur 4. Cyclus tot het potentieel ontwikkelen van een eetstoornis p. 82

BIJLAGEN

Bijlage I: SCOFF Vragenlijst

- Sick** : braak je soms omdat je je opgeblazen voelt?
- Control** : ben je bezorgd dat je misschien de controle over de hoeveelheid voedsel die je inneemt verloren bent?
- One stone** : Ben je tijdens de 3 laatste maanden >6.5 kg vermagerd?
- Fat** : Vind je jezelf te dik terwijl anderen zeggen dat je te mager bent?
- Food** : Beheerst voeding je leven?

Bijlage II: EDE-Q Vragenlijst

Vragenlijst Eetproblemen (EDE-Q)¹

Instructie

De volgende vragen hebben uitsluitend betrekking op de AFGELOPEN VIER WEKEN (28 DAGEN).

Leest u alstublieft iedere vraag nauwkeurig en omcirkel het voor u juiste getal rechts op de bladzijde.

Beantwoord alstublieft alle vragen.

Op hoeveel van de afgelopen 28 dagen	Geen enkele dag	1-5 dagen	6-12 dagen	13-15 dagen	16-22 dagen	23-27 dagen	Iedere dag
1 Heeft u met opzet <u>geprobeerd</u> de hoeveelheid voedsel die u eet te beperken om zo uw figuur of gewicht te beïnvloeden?	0	1	2	3	4	5	6
2 Heeft u voor langere tijd (8 uur of meer) niets gegeten om zo uw figuur of gewicht te beïnvloeden?	0	1	2	3	4	5	6
3 Heeft u <u>geprobeerd</u> voedsel niet te eten dat u lekker vindt om zo uw figuur of gewicht te beïnvloeden?	0	1	2	3	4	5	6
4 Heeft u <u>geprobeerd</u> duidelijke regels te volgen met betrekking tot eten om zo uw figuur of gewicht te beïnvloeden; bijv. een maximum aan calorieën, een vaste hoeveelheid voedsel of regels over wat of wanneer u moet eten?	0	1	2	3	4	5	6
5 Wilde u dat uw maag leeg was?	0	1	2	3	4	5	6
6 Heeft het denken over eten of het aantal calorieën het voor u veel moeilijker gemaakt u te concentreren op dingen waar u geïnteresseerd in bent; bijv. lezen, TV kijken, of het volgen van een gesprek?	0	1	2	3	4	5	6

Op hoeveel van de afgelopen 28 dagen	Geen enkele dag	1-5 dagen	6-12 dagen	13-15 dagen	16-22 dagen	23-27 dagen	Iedere dag
7 Bent u bang geweest de controle over eten te verliezen?	0	1	2	3	4	5	6
8 Heeft u episodes van eetbuien gehad?	0	1	2	3	4	5	6
9 Heeft u stiekem gegeten? (Tel eetbuien niet mee).	0	1	2	3	4	5	6
10 Heeft u absoluut een platte buik gewild?	0	1	2	3	4	5	6
11 Heeft denken over figuur en gewicht het moeilijker gemaakt u te concentreren op dingen waar u geïnteresseerd in bent; bijv. lezen, TV kijken, of het volgen van een gesprek?	0	1	2	3	4	5	6
12 Heeft u een duidelijke angst gehad dat u aan zou kunnen komen of dik zou worden?	0	1	2	3	4	5	6
13 Heeft u zich dik gevoeld?	0	1	2	3	4	5	6
14 Heeft u een sterke wens gehad gewicht te verliezen?	0	1	2	3	4	5	6

Gedurende de afgelopen vier weken (28 dagen)

15 Welk gedeelte van de tijd dat u heeft gegeten heeft u zich schuldig gevoeld vanwege het effect op uw figuur of gewicht? (Tel eetbuien niet mee). (Omcirkel het voor u juiste getal).	0- Nooit 1- Een enkele keer 2- Minder dan de helft van de tijd 3- De helft van de tijd 4- Meer dan de helft van de tijd 5- Bijna altijd 6- Altijd
16 Gedurende de afgelopen vier weken (28 dagen), is het ooit voorgekomen dat u het gevoel had een hoeveelheid te eten die, gezien de omstandigheden, door andere mensen als een ongebruikelijke grote hoeveelheid zou worden beschouwd? (Vul alstublieft het voor u juist getal in tussen de haakjes rechts op de bladzijde).	0- Nee 1- Ja []
17 Hoeveel van deze perioden heeft u gedurende de afgelopen vier weken gehad?	[] [] [] []
18 Gedurende hoeveel van deze voorvallen van overeten had u een gevoel de controle over het eten kwijt te zijn?	[] [] [] []

19	Heeft u andere perioden van eten gehad waarbij u het gevoel had de controle over het eten kwijt te zijn en te veel te eten, maar waarbij u, gezien de omstandigheden, <u>geen</u> ongebruikelijk grote hoeveelheid voedsel gegeten heeft?	0 – Nee 1 – Ja	[] []
20	Hoeveel van deze perioden heeft u gedurende de afgelopen vier weken gehad?		[] [] [] []
21	Heeft u, gedurende de afgelopen vier weken, gebraakt (overgeven) met het doel meer controle te krijgen over uw figuur of gewicht?	0 – Nee 1 – Ja	[] []
22	Hoe vaak heeft u dit gedaan gedurende de afgelopen vier weken?		[] [] [] []
23	Heeft u laxeremiddelen genomen met het doel meer controle te krijgen over uw figuur of gewicht?	0 – Nee 1 – Ja	[] []
24	Hoe vaak heeft u dit gedaan gedurende de afgelopen vier weken?		[] [] [] []
25	Heeft u plaspillen (diuretica) genomen met het doel meer controle te krijgen over uw figuur of gewicht?	0 – Nee 1 – Ja	[] []
26	Hoe vaak heeft u dit gedaan gedurende de afgelopen vier weken?		[] [] [] []
27	Heeft u stevig lichamelijke oefeningen (sport) gedaan met het doel meer controle te krijgen over uw figuur of gewicht?	0 – Nee 1 – Ja	[] []
28	Hoe vaak heeft u dit gedaan gedurende de afgelopen vier weken?		[] [] [] []

Gedurende de afgelopen vier weken (28 dagen) (Omcirkel alstublieft het getal dat het beste uw gedrag beschrijft).	Helemaal niet		Enigszins		Matig		Duidelijk
29 Heeft uw gewicht invloed gehad op de manier waarop u over uzelf als persoon denkt (beoordeeld)?	0	1	2	3	4	5	6
30 Heeft uw figuur invloed gehad op de manier waarop u over uzelf als persoon denkt (beoordeeld)?	0	1	2	3	4	5	6
31 Hoeveel zou het u van streek maken wanneer u éénmaal per week uzelf zou moeten wegen, gedurende de volgende vier weken?	0	1	2	3	4	5	6
32 Hoe ontevreden hebt u zich over uw gewicht gevoeld?	0	1	2	3	4	5	6
33 Hoe ontevreden hebt u zich over uw figuur gevoeld?	0	1	2	3	4	5	6

34	Hoe bezorgd bent u geweest over het feit dat andere mensen u zagen eten?	0	1	2	3	4	5	6
----	--	---	---	---	---	---	---	---

35	Hoe ongemakkelijk heeft u zich gevoeld wanneer u uw lijf zag? Bijv. in de spiegel, in de reflectie van de winkelruit, tijdens het uitkelen, of in bad of onder de douche?	0	1	2	3	4	5	6
----	---	---	---	---	---	---	---	---

36	Hoe ongemakkelijk heeft u zich gevoeld wanneer anderen uw lijf zagen? Bijv. in gemeenschappelijke kleedkamers, tijdens het zwemmen of bij het dragen van strakke kleding?	0	1	2	3	4	5	6
----	---	---	---	---	---	---	---	---

Bijlage III: Begeleidende Interviewvragen

- Heeft u altijd een kinderwens gehad?
- Kan u me iets vertellen over de aanvang van uw ED voor uw zwangerschap?
- In welke mate speelde deze problematiek nog een rol voor uw zwangerschap?
- Hoe heeft u uw zwangerschap algemeen ervaren?
- Hoe heeft u uw zwangerschap ervaren in het kader van uw eetstoornis?
- Had u het soms moeilijk om een gezond en evenwichtig eetpatroon aan te houden?
- Hoe heeft u deze lichaamsveranderingen ervaren?
- Had u de indruk dat u het soms lastiger had dan andere vrouwen, zonder deze problematiek in het verleden, tijdens hun zwangerschap? Zo ja, kan u dit even verduidelijken?
- Waren er tijdens de zwangerschap bepaalde triggers aanwezig die het u soms lastig gemaakt hebben in het kader van de vroegere ED? Zo ja, welke?
- Hoe heeft u de bevalling ervaren?
- Hoe heeft u de eerste weken na de bevalling ervaren in het kader van uw ED?
- Hoe ziet u de voedingspatronen en principes omtrent voeding die u hanteert voor uw eigen kind (of kinderen) in contrast tot uw omgeving? (vb. tot vriendinnen die ook kinderen hebben,...)
- Waren er bepaalde zaken die u in de begeleiding door de hulpverleners miste in het kader van de vroegere ED en dit zowel tijdens de zwangerschap, de bevalling als in de eerste weken na de geboorte?
 - Zo ja, waarom?
 - Indien dit niet zo was, kan u mij iets meer vertellen over hoe de hulpverleners volgens jou tot deze volwaardige begeleiding gekomen zijn?
- Welke tips zou u aan de hulpverleners waarmee u in contact bent gekomen, willen geven naar de toekomst toe?

Bijlage IV: Informed Consent met toestemmingsformulieren

Informatiebrief voor deelnemers aan studies

Titel van de studie:

Onderzoek naar lacunes in de perinatale begeleiding van vrouwen met een ED in de voorgeschiedenis.

Doel van de studie:

Men heeft u gevraagd om deel te nemen aan een studie. De doelstellingen van deze studie zijn:

- Nagaan hoe vrouwen hun zwangerschap beleven in het kader van hun ED in de voorgeschiedenis.
- Hoe hulpverleners betrokken bij de zwangerschap -gynaecologen en vroedvrouwen- kunnen bijdragen tot een volwaardige perinatale begeleiding met betrekking tot de voorgeschiedenis.

Beschrijving van de studie:

Deze studie richt zich tot vrouwen die minstens één levend geboren kind hebben en een ED in het verleden gehad hebben. Door middel van een aantal vragen welke u gesteld zullen worden, wil men het volgende nagaan:

- De beleving van de zwangerschap in het kader van de vroegere ED;
- Welke factoren een belangrijke rol spelen in de beleving van de zwangerschap met betrekking tot de ED in de voorgeschiedenis;
- Hoe de hulpverleners, met name de vroedvrouwen en artsen betrokken bij de zwangerschap, een positieve bijdrage kunnen leveren tot een optimaal verloop van de zwangerschap, partus en het postpartum.

Er zal eenmalig een semi-gestructureerd interview bij u afgenomen worden. Dit houdt concreet in dat doorheen het interview u een aantal standaardvragen gesteld zullen worden waarbij, afhankelijk van de gegeven antwoorden, meer individueel gerichte vragen gesteld kunnen worden. Het doel is om op deze manier een volledig en individueel beeld te verkrijgen over de problematiek en de impact ervan. Het blijft u geheel vrijblijvend al dan niet op één van de vragen te antwoorden.

De standaardvragen zijn in bijlage bij deze informatiebrief terug te vinden. Daarnaast zal elk interview voorafgegaan worden door 2 vragenlijsten. Het doel hiervan is een algemeen beeld te verkrijgen over in welke mate de problematiek van de ED nog aanwezig is in uw leven op moment van het interview.

Er wordt verwacht dat het interview ongeveer 1 uur in beslag zal nemen. De plaats waar het interview afgenomen zal worden en het tijdstip er van, wordt door uzelf in een voorafgaand telefonisch contactmoment met de interviewer bepaald.

De verwachte totale duur van de studie is 1 jaar. Er zullen in totaal 15 personen aan deze studie deelnemen.

Wat wordt verwacht van de deelnemer?

Voor het welslagen van de studie, is het belangrijk dat u ons door middel van het interview een correct en waarheidsgetrouw beeld helpt vormen over de problematiek in deze specifieke situatie en we uw toestemming krijgen om de gegevens te verwerken.

Deelname en beëindiging:

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. Deelname aan deze studie brengt voor u geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. Uw deelname in de studie kan helpen om in de toekomst patiënten beter te kunnen helpen. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of behandelende arts . Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Risico's en voordelen:

Deelname aan de studie houdt geen verwachte risico's of ongemakken in. Indien u deze toch zou ondervinden, kunt u contact opnemen met het Centrum voor Eetstoornissen, UZ Gent te bereiken via het telefoonnummer: 09/332 43 95.

Uw deelname aan deze studie brengt voor u geen onmiddellijk therapeutisch voordeel met zich mee, maar kan helpen om in de toekomst patiënten beter te kunnen begeleiden.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Kosten:

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

Vergoeding:

Voor deelname aan de studie wordt geen vergoeding voorzien.

Vertrouwelijkheid:

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terug koppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier) Verslagen waarin U wordt geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

Letsel ten gevolge van deelname aan de studie:

De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake

experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Contactpersoon:

Als er iets optreedt tengevolge van de studie of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Dr. I. Delbaere

TEL: 09/332 48 53

Ilse.delbaere@ugent.be

Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document “Informatiebrief voor deelnemers aan studies” pagina 1 tot en met 3 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan deze studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier voor “Toestemmingsformulier”. Ik heb uitleg gekregen over de aard en het doel van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico’s en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deze controle. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit betekent dat mijn gegevens doorgegeven worden aan een land buiten de Europese Unie. Ten alle tijden zal mijn privacy gerespecteerd worden.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de vrijwilliger:

Datum:

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard en het doel van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger.

De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon
die voorafgaande uitleg
heeft gegeven:

Datum:

Handtekening:

