KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
LEUVEN

Faculteit Geneeskunde

INSTITUUT VOOR FAMILIALE EN SEKSUOLOGISCHE
WETENSCHAPPEN

SEKSUELE FACTOREN EN PROBLEMEN BIJ PATIËNTEN MET EETSTOORNISSEN

Een specifieke belichting van vaginisme

Verhandeling aangeboden tot
het verkrijgen van de
graad van Licentiaat in de
Familiale en Seksuologische
Wetenschappen door
LOTTE LOONES o.l.v.
Pof. Dr. J. Godderis

LEUVEN 2003

Samenvatting

Loones Lotte, Seksuele factoren en problemen bij patiënten met eetstoornissen. Een specifieke belichting van vaginisme.

Verhandeling aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Licentiaat in de Familiale en Seksuologische Wetenschappen, juni 2003.
Leiding : Prof. Dr. Jan Godderis

In de bestaande literatuur over eetstoornissen wordt voor de behandeling vooral de nadruk gelegd op de psychopathologische en socio-culturele oorzaken en symptomen van anorexia en boulimia nervosa. De ziekte bevat daarnaast psychosomatische en psychoseksuele componenten die ook als aangrijpingspunt kunnen dienen voor de behandeling. Deze worden echter meestal uit het oog verloren. Gezien mijn kinesitherapeutische achtergrond vind ik het belangrijk dat deze ook worden belicht. Ik wens hierbij te benadrukken dat elke invalshoek omtrent specifieke behandelingsstragieën voldoende relevant kan zijn en dat we het hier dus hebben over een noodzakelijke comlementariteit. In dit proefschrift zullen de seksuele factoren en gevolgen van anorexia en boulimia nervosa besproken worden, alsook een specifieke seksuele dysfunctie: vaginisme. Achtereenvolgens vindt men in dit proefschrift een inleidend hoofdstuk omtrent eetstoornissen en seksualiteit. Hierin worden onder andere de historische achtergrond, seksueel misbruik bij patiënten met eetstoornissen, veranderingen in seksualiteit bij gewichtsafname en gewichtsherstel en seksuele nevenwerkingen van de farmacologische therapie van eetstoornissen besproken. Daarna is er een hoofdstuk dat zich specifiek richt op anorexia nervosa en boulimia nervosa. Terminologie en beschrijving van anorexia en boulimia nervosa, diagnose, oorzaken (biologische, familiale, socio-culturele en psychologische waaronder seksueel misbruik), voorkomen, symptomen (lichamelijke, psychische en seksuele), specifieke behandelingsstrategieën en prognose zijn de topics die hierbij aan de orde komen. Het laatste hoofdstuk van de literatuurstudie gaat over vaginisme en dyspareünie. Vaginisme is het onwillekeurig samentrekken van de spieren van de vagina die interfereren met de geslachtsgemeenschap. We bespreken hier ook de diagnose, oorzaken, voorkomen, symptomen, behandeling en prognose. We zullen zien dat seksuele dysfuncties bij patiënten met eetstoornissen geen zeldzaamheid zijn. De vraag rijst of patiënten met eetstoornissen geen specifieke seksueel-gerichte behandeling moeten krijgen.

In het onderzoek worden de seksuele kenmerken van patiënten met anorexia en boulimia nervosa geanalyseerd. De theoretische bevindingen uit de literatuur worden hierbij getoetst aan patiënten boven de achttien jaar die opgenomen werden voor een behandeling op de afdeling ‘eetstoornissen’ St. Lucas in het Universitair psychiatrisch centrum St. Jozef te Kortenberg. Het onderzoek omvat 182 patiënten onder de achttien jaar en 189 patiënten boven de achttien, opgenomen tussen mei 1984 en september 2001. De twee groepen worden met elkaar vergeleken. De evaluatie van de patiënten met eetstoornissen is gebeurd aan de hand vragenlijsten. Deze vragenlijsten werden door de patiënten zelf ingevuld.

De resultaten van het onderzoek komen overeen met de bevindingen uit de literatuur. De gestelde hypothese dat de seksuele componenten van eetstoornissen heel belangrijk zijn krijgt aanhang in dit onderzoek. Dit is een bijkomend argument om voor de seksuele gevolgen een aangepaste behandeling te voorzien. Enkele casussen op het einde van het onderzoek tonen aan dat een kinesitherapeutische behandeling van vaginisme bij patiënten met eetstoornissen tot een gunstige afloop kan leiden. Deze vaststelling dient wel met de nodige voorzichtigheid te worden geformuleerd, gezien het over kwalitatieve illustraties gaat. De bevindingen dienen verder gekwantificeerd te worden. Hoe dan ook moeten eetstoornispatiënten met seksuele problemen binnen een therapeutische setting voldoende en aangepaste aandacht krijgen. Verder onderzoek is hier noodzakelijk.

Inhoudstafel

Samenvatting 1

Inhoudstafel 2

1. Lijst van afkortingen 4

2. Lijst van figuren 5

3. Lijst van tabellen 6

Woord vooraf 7

Inleiding 8

DEEL I. LITERATUURSTUDIE 9

Hoofdstuk I. Eetstoornissen en seksualiteit 10
§ 1. Historische achtergrond 10
§ 2. Vergelijking tussen anorexia en boulimia nervosa-patiënten 11
§ 3. Seksueel misbruik bij patiënten met eetstoornissen 12
§ 4. Veranderingen in seksualiteit bij gewichtsafname en gewichtsherstel 14
§ 5. Seksuele nevenwerkingen van farmacologische therapie van eetstoornissen 15
§ 6. Besluit hoofdstuk I 16

Hoofdstuk II. Anorexia nervosa en boulimia nervosa 17
§ 1. Terminologie en beschrijving van anorexia en boulimia nervosa 17
§ 2. Diagnose van anorexia en boulimia nervosa 18
I. Diagnostische criteria van anorexia nervosa 18
II. Diagnostische criteria van boulimia nervosa 19
III. Diagnose van anorexia en boulimia nervosa 20
§ 3. Oorzaken 22
I. Biologische en familiale oorzaken 22
A. Biologische oorzaken 22
B. Familiale oorzaken 23
II. Socio-culturele oorzaken 24
III. Psychologische oorzaken 25
A. Seksueel misbruik 25
B. Vroege stoornissen in de psychodynamische ontwikkeling 26
§ 4. Voorkomen 28
I. De prevalentie 28
II. De incidentie 28
III. De geslachtsratio 29
IV. De aanvangsleeftijd 29
V. Gemiddelde duur 30
§ 5. Symptomen van eetstoornissen 31
I. Lichamelijke symptomen 31
II. Psychische symptomen 34
III. Seksuele symptomen 35
§ 6. Specifieke behandelingsstrategieën voor patiënten met eetstoornissen 38
I. Gedwongen opname 38
II. Therapievormen gericht op seksueel misbruikte patiënten met eetstoornissen 39
III. Familietherapie 39
IV. Individuele psychotherapie 40
V. Groepstherapie 40
VI. Systeemtherapie 41
VII. Inbreng van de kinesitherapie 42
§ 7. Prognose 43

Hoofdstuk III. Vaginisme en dyspareünie 44
§ 1. Inleiding 44
§ 2. Diagnose van vaginisme 45

§ 3. Oorzaken 47
§ 4. Voorkomen 49
§ 5. Symptomen van vaginisme 51
§ 6. Behandeling 54
§ 7. Prognose 57

Hoofdstuk IV. Besluit literatuurstudie 58

DEEL II. ONDERZOEK 60

Inleiding 61

Hoofdstuk I. Methode 62
§ 1. Proefpersonen 62
§ 2. Procedure 62
§ 3. Statistische analyse 63

Hoofdstuk II. Resultaten 64
§ 1. Vergelijking van proefpersonen onder en boven de achttien jaar 64
§ 2. Besluit onderzoek 67

Hoofdstuk III. Casussen 68

Hoofdstuk IV. Besluit van het onderzoek 83

ALGEMEEN BESLUIT 85

Referentielijst 87

1. Lijst van afkortingen

- B:	*Boulimia nervosa*
- BAT:	*Body Attitude Test*
- BDC:	*ontevredenheid over het lichaam*
- BMI:	*body-mass-index*
- DTA:	*drang naar slankheid/magerheid*
- EDES:	*Eating Disorder Evaluation Scale*
- EDESA:	*anorectische preoccupaties*
- EDESB:	*boulimisch gedrag*
- EDESP:	*psycho-sociale aanpassing*
- EDESS:	*seksualiteit*
- GER:	*gastro-oesophageale reflux*
- I:	*interpersoonlijk wantrouwen*
- IA:	*interoceptief bewustzijn*
- IDF:	*inefficiëntie*
- LAV:	*Lichaamsattitudevragenlijst*
- LAV1:	*negatieve appreciatie van de lichaamsvorm*
- LAV2:	*verlies van vertrouwdheid met het eigen lichaam*
- LAV3:	*algemene tevredenheid over het lichaamt*
- MF:	*angst om volwassen te worden*
- ns:	*niet significant*
- P:	*perfectionisme*
- SDQ:	*Sexual Daydreaming Questionnaire*
- SIAB :	*structured interview for anorexic and boulimic disorders*

2. Lijst van figuren

Figuur 1: Veranderingen in BMI en SDQ.
Figuur 2: Monozygote tweeling tijdens ziekte: rechter persoon heeft onderontwikkelde borsten.
Figuur 3: Monozygote tweeling na genezing: borsten van de rechter persoon blijven infantiel.
Figuur 4: Structureel model voor de ontwikkeling van lichaamsdysforie en eetstoornissymptomen .
Figuur 5: Het bekken met diafragma urogenitalis en diafragma pelvis.
Figuur 6: Spieren van het diafragma urogenitalis.
Figuur 7: Spieren van het diafragma pelvis.
Figuur 8: Grafische voorstelling van BDC.
Figuur 9: Grafische voorstelling van EDEST.
Figuur 10: Grafische voorstelling van LAVT.

3. Lijst van tabellen

Tabel 1: Beschrijvende statistiek van de min achttien jarigen en plus achttien jarigen voor leeftijd, gestalte, gewicht, BMI en ziekteduur.
Tabel 2: Vergelijking van de min achttien jarigen en de plus achttien jarigen op de algemene psychopathologische klachten.
Tabel 3: Vergelijking van de lichaamsbeleving tussen min achttien jarigen en plus achttien jarigen.

Woord vooraf

" Dank je wel…"

aan al diegenen die mij, elk op hun manier, gesteund hebben bij het realiseren van deze licentiaatsverhandeling.

Graag zou ik Prof. J. Godderis bedanken voor het aanvaarden van het promotorschap. Ik wil hem mijn dank betuigen voor de raad en daad waarmee hij me bijstond bij het voltooien van deze licentiaatsverhandeling. Ook Prof. Probst wil ik bedanken voor het beschikbaar stellen van de nodige data van het onderzoek.

Daarnaast dank ik ook verschillende organisaties met name AABA (American Anorexia Bulimia Association), ANAD (National Association of Anorexia and Associated Disorders), NEDO (National Eating Disorders Organisation-Oklahoma) en Stichting anorexia en bulimia nervosa -Eeklo voor het verschaffen van de nodige informatie.

Mijn dank gaat ook uit naar mijn vrienden, omdat ze er steeds voor mij waren en mij tijdig eens "weghaalden van deze licentiaatsverhandeling".

Ook mijn ouders en broers wil ik bedanken voor de goede momenten, de steun en hun liefdevol geduld.

Maar bovenal wil ik mijn man, Johan, bedanken voor zijn steun en zijn blijvend geloof in mij. Hij gaf mij de kans de studies te volgen die aan deze licentiaatsverhandeling zijn voorafgegaan en de kracht om ze te blijven volgen, zelfs doorheen mijn grillige zwangerschapsbuitjes. Duizendmaal dank!

Leuven, april 2003. LL

Inleiding

Anorexia nervosa en boulimia nervosa,… Er wordt steeds meer over gesproken en het wekt algemene interesse: eetstoornissen. Studies over eetstoornissen zijn er genoeg. Wel hebben die studies meestal betrekking op de psychopathologische en socioculturele oorzaken en gevolgen van anorexia en boulimia nervosa. Nochtans blijkt dat, in steeds toenemende mate, er ook andere componenten een rol spelen: somatisch-seksuele, psychosomatische en psychoseksuele.

Deze licentiaatsverhandeling wil één van die componenten in de kijker plaatsen: de somatisch-seksuele, en in het bijzonder vaginisme. Vaginisme is het onwillekeurig samentrekken van de bekkenbodemspieren bij poging tot penetratie. Over dit probleem is bij patiënten met eetstoornissen nog maar heel weinig geweten. In vele studies wordt het fenomeen overigens genegeerd. Wel vindt men meer en meer studies terug die aantonen dat de seksuele inbreng in eetstoornissen niet meer te ontkennen is.

Enig zoekwerk bracht ons bij die studies en het blijkt inderdaad dat seksuele elementen kunnen teruggevonden worden in zowel de diagnose, oorzaken, voorkomen, symptomen, behandeling en prognose van eetstoornissen. Seksualiteit wordt bij anorexia en boulimia nervosa algemeen opgevat als “een nieuw en zeer eigentijds probleem”. Deze licentiaatsverhandeling wil over dit nieuw en eigentijds probleem wat meer klaarheid scheppen. In het bijgevoegd onderzoek zullen de afwijkende seksuele componenten van eetstoornissen verder bestudeerd worden en implicaties gegeven worden voor de behandeling ervan.

In de toekomst mag in ieder geval best wat meer aandacht worden besteed aan de seksuele problemen en behandeling bij patiënten met eetstoornissen.

DEEL I. LITERATUURSTUDIE

Hoofdstuk I. Eetstoornissen en seksualiteit

§ 1. Historische achtergrond

De vroegste studies over de relatie tussen seksualiteit en eetstoornissen baseren zich op observaties van patiënten met anorexia nervosa (Lasègue, 1873; Lorand, 1943; Sargant, 1966; Muller en Beck, 1973; Rampling, 1978). King (1963) noteert dat ongeveer 67% van zijn anorexia nervosa-patiënten een afkeer t.a.v. seksualiteit vertonen. Andere clinici bemerken dat anorexia nervosa vaak voorafgegaan wordt door het begin van de borstontwikkeling en de menarche (Meyer, 1971; Burch, 1978; Crisp, 1980), dat het anorectisch individu vaak problemen heeft met heteroseksuele relaties (Crisp, 1967; Selvini-Palazzoli, 1974) en zo uitermate afkerend staat t.o.v. de ontwikkeling naar een seksueel matuur persoon (Crisp, 1967; Frick en Schindler, 1972; Muller en Beck, 1973).

Meer recent onderzoek bevestigt bepaalde aspecten van deze vroege observaties. Studies waarbij eetstoornispatiënten vergeleken worden met controlesubjecten releveren negatieve attitudes t.a.v. seksualiteit (Freeman et al., 1985; Leon et al., 1985; Rothschild, 1991), grotere angst t.o.v. seksuele betrekkingen (Buvat-Herbaut et al., 1983) en minder seksuele voldoening (Allerdissen et al., 1981; Rotschild et al., 1991) bij eetstoornispatiënten.

Deze verschillen worden weliswaar niet altijd consistent teruggevonden (Katzman en Wolchik, 1984; Scott, 1987). Veel studies waarbij eetstoornispatiënten vergeleken worden met controlesubjecten tonen ook gelijkenissen tussen beide m.b.t. seksualiteitsbeleving (Buvat-Herbaut et al., 1983; Abraham et al., 1985; Ryle en Evans, 1991; Vaz-Leal en Salcedo-Salcedo, 1992).

§ 2. Vergelijking tussen anorexia en boulimia nervosa-patiënten

Veel studies m.b.t. seksualiteit bij eetstoornissen vergelijken niet met controlesubjecten maar vergelijken anorexia nervosa met boulimia nervosa-patiënten. Men ziet over het algemeen dat anorexia nervosa-patiënten minder vaak een vriend, seksuele interesse (Beaumont et al., 1976), seksuele gemeenschap (Beaumont et al., 1981; Haimes en Katz, 1988; Wiederman et al., 1996) of orale seks (Garfinkel et al., 1980; Beaumont et al., 1981) hebben. Consistent met deze bevindingen ziet men dat boulimia nervosa-patiënten vroeger romantische en erotische ervaringen meemaken (Haimes en Katz, 1988), meer seksuele partners hebben (Beaumont et al., 1981) en meer seksuele fantasieën en verlangens beleven (Rotschild et al., 1991).

Vergeleken met controlesubjecten hebben boulimia nervosa-patiënten in sommige studies meer seksuele partners (Dykens en Gerrard, 1986), een jongere leeftijd van de eerste kus (Dykens en Gerrard, 1986), intensievere ervaringen met anale seks en orgasmes via masturbatie (Abraham et al., 1985).

Bij anorexia nervosa is het gebrek aan masturbatie gerelateerd aan de calorische restrictie. Het hebben van geslachtsgemeenschap is daarentegen onafhankelijk van de symptomen (Wiederman, 1996). Een verklaring hiervoor is onduidelijk. Een mogelijke hypothese zou kunnen zijn dat masturbatie meer op jezelf is gericht en coïtus meer op de partner, maar de functionele rol van de calorische restrictie moet nog opgehelderd worden.

Berry (1981) heeft het verschil in psychoseksuele conflicten tussen anorexia en boulimia nervosa-patiënten onderzocht gebruik makend van de '*Word Association Test'.* Vier categorieën van woorden worden aangewend om psychoseksuele conflicten te detecteren: 1) psychoseksuele woorden, 2) woorden i.v.m. voedsel, 3) emotioneel geladen woorden en 4) neutrale woorden. De resultaten van dit onderzoek releveren een vertraagde reactietijd van anorexia nervosa-patiënten t.o.v. boulimia nervosa-patiënten voor de voedsel gerelateerde woorden en psychoseksuele woorden. Besluit van dit onderzoek is een vertraagde psychoseksuele ontwikkeling bij anorexia nervosa-patiënten.

Men kan dus stellen dat de invloed van seksuele traumata's en problemen groter is bij anorexia nervosa dan bij boulimia nervosa (Ozaki et al., 1997). Pryck (1996) stelt bovendien dat er geen verschillen zijn tussen de verschillende subtypes (purgerend en niet-purgerend) van anorexia nervosa en dat het beter is de symptomen te positioneren op een continuüm in plaats van te categoriseren in verschillende subgroepen.

§ 3. Seksueel misbruik bij patiënten met eetstoornissen

Seksueel misbruik is een redelijk frequent verschijnsel bij mensen met psychologische problemen en wordt gerapporteerd bij 10 à 40% van de normale populatie. Voor anorexia en boulimia nervosa-patiënten wordt een ratio van 21.1% naar voor geschoven (Kopp et al., 1996). Anderen (Tobin et al., 1996) vinden dan weer bij 40% van de patiënten een voorgeschiedenis van seksueel misbruik. Algemeen wordt aanvaard dat ongeveer 12 à 75% van de patiënten met eetstoornissen een traumatische seksuele ervaring gehad hebben in hun jeugd.

De relatie tussen seksueel misbruik en eetstoornissen blijft onduidelijk, maar verscheidene studies hebben aangetoond dat er een verband bestaat tussen seksuele aanranding en het manifesteren van eetstoornissymptomen op latere leeftijd (Laws et al., 1996; Baldo et al., 1996). Tweelingenstudies waarbij anorexia nervosa-patiënten vergeleken worden met hun gezonde zussen geven aan dat ze verschillen van elkaar op het vlak van persoonlijke kwetsbaarheid, verwachtingen van de ouders en een voorgeschiedenis van seksueel misbruik (Karwautz et al., 2001). Deze gegevens wijzen erop dat seksueel misbruik een ontstaansfactor zou kunnen zijn van eetstoornissen.

Er zijn indicaties dat seksueel misbruik frequenter te associëren valt met boulimia nervosa dan met anorexia nervosa. Wonderlich (1997) geeft in zijn review weer dat seksueel misbruik een niet-specifieke risicofactor van boulimia nervosa is, voornamelijk bij gevallen met psychiatrische comorbididteit. De studie van Lanzi (1997) bevestigt dit; het onderzoekt de correlatie tussen bordeline-boulimia en het lage niveau van zelfwaarde na bepaalde traumatische ervaringen. Tot deze traumatische ervaringen behoren: seksueel geweld met fysiek contact (2.6%), seksueel geweld zonder fysiek contact (13.5%) en fysiek geweld (9.4%). Personen die seksueel misbruikt werden (seksueel geweld met fysiek contact) vertonen een grotere tendentie tot boulimisch gedrag. Tenslotte toont het onderzoek van Deep (1999) aan dat boulimia nervosa-patiënten (met ‘substance-depency’) vaker seksueel misbruikt werden dan anorexia nervosa en boulimia nervosa (zonder ‘substance-dependency) patiënten.

Niet alleen het seksueel misbruik op zichzelf is van etiologisch belang, maar ook de frequentie ervan; éénmalige gebeurtenissen leiden minder tot pathologisch eetgedrag (Laporte et al., 2001). Ook de manier van omgaan ermee is belangrijk. Troop (1997) geeft hieromtrent in zijn studie weer dat een hogere mate van hulpeloosheid en een lager competentiegevoel de verwerking bemoeilijkt en zo bijdraagt aan eetstoornissen. Verder zijn zelfdestructief gedrag (Favaro, 1998), dissociatieve ervaringen zoals controleverlies (Santonastaso, 1997), externe

locus of control (Waller, 1998)… bijkomende fenomenen die geassocieerd worden met seksueel misbruik en aangehaald kunnen worden als ontstaansfactoren van eetstoornissen.

Onlangs heeft men ontdekt dat ook in Japan eetstoornissen ontstaan na seksueel misbruik (Nagato et al., 2001; 1999). Bij Japanse patiënten verschillen echter de negatieve seksuele ervaringen in vergelijking met hun Amerikaanse lotgenoten. Ze lijken minder ernstig te zijn; éénmalige gebeurtenissen waarbij ze lastiggevallen worden door een vreemde of blootgestelling aan exhibitionisme. In Amerika hebben we veelal te maken met zwaardere misdrijven zoals incest en verkrachting. De verklaring voor deze bevindingen is niet gekend.

We kunnen dus stellen dat seksueel misbruik een niet te onderschatten factor kan zijn in het ontstaan en verergeren van eetstoornissen. Alhoewel veel bewijs is geleverd beweren sommigen nog het tegendeel; seksueel misbruik zou louter een kwetsbare factor zijn voor psychiatrische stoornissen in het algemeen en niet voor eetstoornissen in het bijzonder (Vice et al., 1995).
Het belang van seksueel misbruik als etiologische factor zal later nog aan bod komen bij de bespreking van de oorzaken van anorexia en boulimia nervosa.

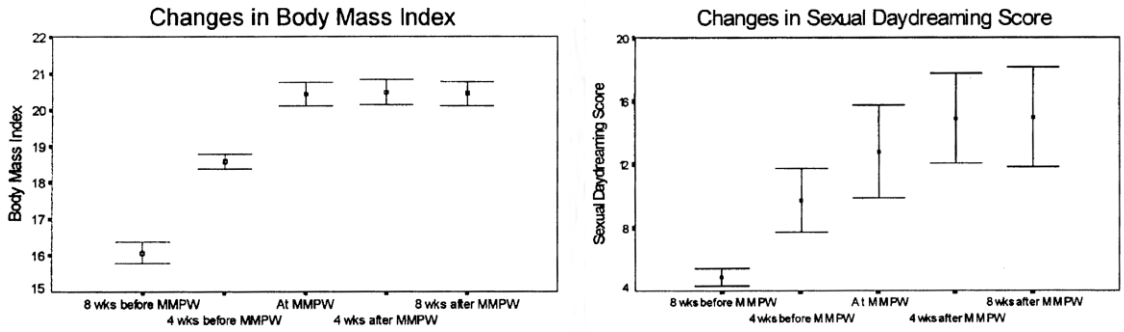
§ 4. Veranderingen in seksualiteit bij gewichtsafname en gewichtsherstel

Het is al sinds de beschrijvingen van Lasègue in 1873 dat er speculatieve theorieën bestaan over de relatie tussen anorexia nervosa en seksualiteit. Over de associatie tussen het gewicht en de seksuele drive zijn er echter veel minder systematische studies te vinden.

Beaumont et al. (1981) en Hsu et al. (1979) hebben het verband tussen seksualiteit en de body-mass-index (BMI) proberen te beschrijven. Beide studies suggereren een associatie tussen de twee maar worden beperkt door hun respectievelijk retrospectief en cross-sectioneel design. Beaumont et al. noteert dat de meerderheid van de patiënten een verlies van seksuele interesse en plezier vertonen na gewichtsverlies; er is geen verschil in de seksuele activiteit. Hsu et al. rapporteert, gebruik makend van een schaal gebaseerd op seksuele attitudes, dat de meerderheid van de personen met een abnormaal psychoseksueel resultaat een lager lichaamsgewicht hebben.

Gevalideerde scorelijsten m.b.t. seksualiteit worden zelden toegepast op patiënten met eetstoornissen. Rotschild et al. (1991) gebruikt de '*Derogatis Sexual Functioning Inventory'* op een heterogene groep van anorexia en boulimia nervosa-patiënten. Restrictieve (niet-purgerende) anorexia nervosa-patiënten worden alleen na het bereiken van hun doelgewicht onderzocht. De eetstoornis-patiënten vertonen lage scores voor seksueel functioneren in vergelijking met normatieve data. De factor 'seksuele fantasieën' onderscheidt de verschillende subgroepen van elkaar: normale fantasieën vindt men bij boulimia nervosa-patiënten met een goed gewicht, iets minder normale fantasieën bij purgerende anorexia nervosa-patiënten en abnormale fantasieën bij niet-purgerende (restrictieve) anorexia nervosa-patiënten. Een nadeel van deze studie is dat ze het seksueel functioneren bij patiënten met een laag lichaamsgewicht niet onderzocht heeft.

Morgan et al. (1999) heeft een prospectief onderzoek gedaan over de veranderingen in seksuele drive bij anorexia nervosa-patiënten gedurende het proces van gewichtsherstel. Seksuele drive wordt hierbij geëstimeerd via seksuele dagdromen. Seksueel gedrag wordt buiten beschouwing gelaten omdat wetenschappelijke literatuur geen associatie tussen seksueel gedrag en seksuele drive heeft aangetoond (Beaumont et al., 1981). Seksuele dagdromen worden gemeten via de SDQ (sexual daydreaming Questionnaire). Men vindt een sterk significante positieve relatie tussen seksuele drive en het niveau van gewichtsherstel (zie figuur 1). Dit is het eerste empirische bewijs van dit verband ondanks de assumpties in de bestaande literatuur.



Figuur 1: Veranderingen in BMI en SDQ.

(MMPW : mean matched population weight)

Men kan dus aannemen dat seksualiteit gedurende gewichtsherstel positief evolueert.

§ 5. Seksuele nevenwerkingen van farmacologische therapie van eetstoornissen

Eetstoornissen kunnen ten dele behandeld worden door antidepressiva en meer specifiek door SSRI's. Het groeiende bewustzijn onder patiënten en artsen en de toegenomen interesse vanwege de farmaceutische industrie hebben geleid tot een meer frequente rapportering van seksuele nevenwerkingen bij de inname van deze middelen (Demyttenaere et al., 2002). De selectieve serotonine reuptake inhibitoren (SSRI's) worden frequent geassocieerd met stoornissen van het orgasme en het seksueel verlangen. De incidentie van seksuele dysfuncties bij de SSRI's varieert tussen de studies. Voor fluoxetine wordt bijvoorbeeld tussen 8% en 75% van de gevallen een vertraagd of afwezig orgasme gerapporteerd. Zelfrapportage suggereert een lagere frequentie van seksuele dysfuncties met fluvoxamine. Paroxetine zou geassocieerd zijn met een iets hogere incidentie van seksuele nevenwerkingen. Er werden geen argumenten gevonden voor significante verschillen tussen fluoxetine, paroxetine en sertraline (Lane, 1997). De seksuele nevenwerkingen van SSRI's lijken dosis-afhankelijk te zijn en hogere dosages lijken meerdere seksuele parameters te beïnvloeden. Een dosisvermindering is dus een therapeutische optie. Spontane resolutie of het ontstaan van een zekere tolerantie worden ook waargenomen. Trazodone, een serotonine-antagonist en –reuptake inhibitor, wordt geassocieerd met relatief weinig nevenwerkingen, alhoewel anorgasmie en een vermindering van de libido gerapporteerd worden. Andere studies hebben een lagere incidentie van seksuele nevenwerkingen gedocumenteerd met bupropion (een noradrenaline- en dopamine reupatake inhibitor): vermindering van de libido bij 3.1% (vs 1.6% bij placebo). In een vergelijkende studie tussen de seksuele nevenwerkingen van bupropion, fluoxetine, paroxetine en sertraline hebben 14% van de patiënten, behandeld met bupropion, seksuele nevenwerkingen, in

vergelijking met 73% van de met SSRI behandelde patiënten. Andere studies hebben ook aangetoond dat bupropion een gunstig effect heeft op seksuele dysfuncties veroorzaakt door andere antidepressiva. Verschillende studies tonen aan dat mirtazapine een gunstig effect zou hebben op de seksuele functies bij de behandeling van depressieve eetstoornispatiënten. Hieruit blijkt dat het voorkomen van seksuele nevenwerkingen bij SSRI's en venlafaxine hoog is (58% tot 73%), in vergelijking met onder meer mirtazapine (24%) en moclobemide (4%).

Er wordt al te vaak aangenomen dat de seksuele nevenwerkingen van psychofarmaca van ondergeschikt belang zouden zijn. De beschikbare gegevens tonen echter aan dat deze veronderstelling niet juist is. Goede studies ontbreken en vaak slaagt men er niet in om een adequate seksuologische methodologie aan te wenden. Artsen en patiënten moeten aangemoedigd worden om te praten over de invloed van de ziekte op het seksueel leven en de seksuele nevenwerkingen van de behandeling. Deze houding kan bijdragen tot een verhoogde compliance en een verbeterde levenskwaliteit (Demyttenaere et al., 2002).

§ 6. Besluit hoofdstuk I

De seksuele ervaringen, gedragingen en problemen bij patiënten met eetstoornissen krijgen beetje bij beetje meer professionele aandacht. Desalniettemin richt empirisch onderzoek zich vooral op de initiële evaluatie van deze patiënten en niet op de follow-up (Morgan et al., 1995). Welke specifieke behandelingstechnieken kunnen toegepast worden en het effect van die behandelingen zijn niet goed gekend. Dit proefschrift zal hierover wat meer duidelijkheid pogen te scheppen, alsook over de causaliteit, symptomatologie en diagnose m.b.t. seksualiteit bij patiënten met eetstoornissen.

Hoofdstuk II. Anorexia nervosa en boulimia nervosa

§ 1. Terminologie en beschrijving van anorexia en boulimia nervosa

'Anorexia nervosa' is een samenvoeging van de Griekse woorden 'an' en 'orexis' ('oregô') (oorspronkelijke betekenis (Plato, Aristoteles): verlangen, streven, begeerte; later pas kreeg het de specifieke betekenis 'zonder eetlust' (Plutarchos)) en het Latijnse woord 'nervosus' (pittig, krachtig). Letterlijk betekent het dus: een krachtig gebrek aan eetlust. We zien in werkelijkheid dat het individu weliswaar niet zonder eetlust verkeert, maar dat door een opzettelijke onderdrukking van eten zelfuithongering wordt teweeggebracht.

Anorexia nervosa is een ziekte beïnvloed door een complexe mengeling van sociale, fysieke en psychologische problemen. Het wordt op lichamelijk vlak gekarakteriseerd door zelf geïnduceerd gewichtsverlies met bijkomende secundaire problemen zoals daling van het basaal metabolisme, lanugobeharing, bloed- en nierproblemen, reproductieve en hormonale abnormaliteiten, seksuele problemen (vaginisme), neurologische stoornissen enz… Op psychologisch vlak zien we o.a. stoornissen in het lichaamsbeeld, affectlabiliteit, perfectionisme, angst om volwassen te worden… en op biologisch vlak allerlei fysiologische veranderingen ten gevolge van voedselreductie. Anorexia nervosa komt vooral voor in de adolescentie, maar men hecht nu ook meer belang aan het voorkomen van anorexia nervosa op jongere leeftijd omwille van de impact op de puberteit.

'Boulimia nervosa' is afkomstig van de Griekse woorden 'hè boulimia' ('boulimiaô'), wat letterlijk 'geeuwhonger' betekent. De meeste onderzoekers verstaan onder 'boulimia nervosa' een onweerstaanbare behoefte aan grote hoeveelheden calorierijk voedsel tijdens een eetbui, die als een vorm van controleverlies wordt ervaren. Dit overeten wordt gevolgd door zelf-opgewekt braken of het innemen van grote hoeveelheden laxeermiddelen of perioden van streng vasten, om zo de effecten van overeten weer teniet te doen en het gewicht onder controle te houden (Vanderlinden, Norré en Vandereycken, 1989). Montgomery (1988) formuleert het als een complexe psychologische stoornis gekarakteriseerd door een zelf-onderhoudend patroon van eetbuien.

§ 2. Diagnose van anorexia en boulimia nervosa

I. Diagnostische criteria van anorexia nervosa

Criteria voor anorexia nervosa volgens de DSM-III-R (1987)

307.1 Anorexia nervosa:

1. Weigering om een normaal lichaamsgewicht te behouden voor de eigen leeftijd en lengte (lichaamsgewicht is lager dan 85 % van het gewicht dat men op die leeftijd en lengte zou verwachten).
2. Een intense angst om dik te worden, zelfs bij een duidelijk sub-normaal lichaamsgewicht.
3. Een stoornis in de wijze waarop de persoon gewicht, omvang en vorm van het eigen lichaam ervaart.
4. - Bij vrouwen: het uitblijven van minstens drie opeenvolgende menstruele cycli (amenorroe).
   - Bij mannen: de hoeveelheid geslachtshormonen daalt.
   - Bij jonge meisjes: geen aanvang van de menstruatie op de gepaste leeftijd.

Criteria voor anorexia nervosa volgens de Europese beschrijving (The ICD-1O classification of mental and behavioural disorders-World Health organization, Geneva, 1992)

F5O .O. Anorexia nervosa:

1. Lichaamsgewicht wordt ten minste 15 % lager dan het normale lichaamsgewicht gehouden of Quetelet's body –mass index is kleiner of gelijk aan 17,5.
2. Het gewichtsverlies is zelf opgewekt door ontwijking van 'dik-makend voedsel', gebruik makend van de volgende middelen:
   - zelf opgewekt braken
   - zelf opgewekt purgeren
   - excessief sporten
   - gebruik van honger-suppressiva en/of diuretica
3. Er is een stoornis in het lichaamsbeeld in de vorm van een specifieke psychopathologie waar de angst voor dik worden domineert als een intrusief en bovengevalideerd idee.
4. Een uitbreidende endocrinologische stoornis met specifiek een hypothalamische-geslachtsklier-stoornis, manifesteert zich bij vrouwen als amenorroe en bij mannen als een verlies van seksuele interesse en potentie.
5. Als anorexia nervosa prepuberaal start, zal de sequentie van puberale gebeurtenissen vertraagd en zelfs gestopt worden.
   (Bijvoorbeeld bij vrouwen: geen ontwikkeling van borsten en er is primaire amenorroe
   bij mannen: genitaliën blijven juveniel.)

II. Diagnostische criteria van boulimia nervosa

Criteria voor boulimia nervosa volgens de DSM-III-R (1987)

307.51 Boulimia nervosa:

1. Terugkerende episoden van overeten, die gekenmerkt worden door: 1) Eten, in een beperkte tijdsperiode (bv. 2u). De hoeveelheid voedsel is veel groter dan wat de meeste mensen zouden eten gedurende een gelijkaardige tijdsperiode en in dezelfde omstandigheden. 2) Gedurende de aanvallen van overeten bestaat er een gevoel van controleverlies over het eetgedrag.
2. Regelmatig zelf opgewekt braken, gebruik van laxeermiddelen of diuretica, streng dieet of vasten of intensieve lichamelijke inspanning om gewichtstoename tegen te gaan.
3. Op zijn minst zijn er gemiddeld twee eetaanvallen per week gedurende ten minste 3 maanden.
4. Zelfevaluatie wordt beïnvloed door lichaamsvorm en gewicht.

Criteria voor boulimia nervosa volgens Russell (1986, 1O6)

1. De patiënt is gepreoccupeerd door gedachten over voedsel en bezwijkt voor episodische eetaanvallen.
2. Hij probeert de dikmakende effecten van het eten te verminderen door één of meer van de volgende technieken: zelfopgewekt braken, gebruik van laxeermiddelen, hongeren, gebruik van eetlustremmende middelen.
3. De psychopathologie van de stoornis wordt gekenmerkt door een ziekelijke angst om dik worden. De patiënt stelt zich gewoonlijk een extreem laag streefgewicht tot doel dat onder zijn normale of "gezonde" gewicht ligt.
4. Hij heeft eerder een periode van anorexia nervosa gekend waarin de anorectische kenmerken zoals gewichtsverlies en amenorroe meer of minder duidelijk naar voren kwamen.

III. Diagnose van anorexia en boulimia nervosa

Een DSM-III-R of ICD-10 diagnose van eetstoornissen kan bekomen worden via de SIAB, een gestructureerd interview voor anorectische en boulimische stoornissen (Fichter et al., 1998). Het bestaat uit 87 items en er wordt gescoord op 6 componenten:

1) Lichaamsbeeld en schoonheidsideaal
2) Seksualiteit en sociale integratie
3) Boulimische symptomen
4) Maatregelen tegen gewichtstoename, vasten en medicatiegebruik
5) Algemene psychopathologie
6) Atypische eetbuien

Onderzoek heeft aangetoond (Fichter et al., 1998) dat het beschikt over een grote interobservator betrouwbaarheid en een goede interne consistentie.

Anorexia en boulimia nervosa kunnen vervolgens ingedeeld worden in twee subtypes:

1. het purgerende type: gedurende de episode maakt de persoon regelmatig gebruik van zelf opgewekt braken, laxeermiddelen en diuretica.
2. het niet-purgerende type: gedurende de episode gebruikt de persoon andere ongepaste compensatoire gedragingen, zoals excessieve fysieke inspanning en vasten. Hij maakt niet regelmatig gebruik van zelf opgewekt braken, laxeermiddelen en diuretica.

Verscheidene auteurs hebben aangetoond dat de opeenvolgende DSM-versies problemen hebben met de grote heterogeniteit aan eetstoornissen. De bepaling van de criteria wordt nl. voornamelijk gebaseerd op de klinische impressies van beschrijvende studies en niet op empirisch materiaal (persoonlijkheidsfactoren worden bijvoorbeeld niet mee in rekening gebracht). Zuivere symptomatologie (preoccupatie met voedsel, verstoord lichaamsbeeld, inadequaat seksueel gedrag,…) differentieert volgens Van de Ham (1997) niet voldoende tussen de patiënten.

Hierop inspelend demonstreert Tobin (1995) een nieuwe subgroep van patiënten met volgend patroon van chronologische symptomen:

- Ernstig seksueel en fysiek misbruik door familieleden
- Relatief goede voorafgaande professionele en relationele aanpassing
- Hypomanie, vreetbuien en vroegere obesiteit
- Medisch trauma (bv. kanker, operatie) na 30-jarige leeftijd die de hypomanische adaptatie onderbreekt en leidt tot ernstige restrictie en dramatisch gewichtsverlies

- Dissociatieve stoornissen (bv. persoonlijkheidsstoornissen), zelf-destructief gedrag en vermijding van voedsel

Dit is één voorbeeld van een subgroep van eetstoornissen waarbij seksuele componenten (seksueel misbruik) een essentiële rol spelen. Ongetwijfeld zullen er nog anderen zijn dus enige omzichtigheid is aangewezen wanneer we alle patiënten met eetstoornissen over dezelfde boeg smijten.

Hierbij aanvullend stelt Brown (1997) dat bijna de helft van de patiënten met eetstoornissen in zijn studie een voorgeschiedenis van seksueel misbruik hebben meegemaakt. Dit gegeven benadrukt het belang van directe ondervraging naar de traumatische voorgeschiedenis van de patiënt. Een specifieke diagnostische test hiervoor is de Stroop-test, waarbij nagegaan wordt hoe snel patiënten reageren op bepaalde woordenreeksen. Patiënten met eetstoornissen vertonen een vertraagde reactietijd (Channon et al., 1988).Verder kan nagegaan worden in hoeverre doorgemaakt seksueel misbruik bijdraagt aan het huidig ziektebeeld. Waller (1995) kon met de Stroop-test aantonen dat de frequentie van de vreetbuien bij boulimia nervosa-patiënten groter is bij personen die seksueel misbruikt werden. Vervolgens illustreerde Tobin (1996) via het model van Waller dat zelfkritiek als primaire copingsstrategie de enige factor is om de misbruikte eetstoornispatiënten te differentiëren van de niet-misbruikte.

Vanuit een differentieel-diagnostisch standpunt moet ook rekening gehouden worden met andere psychologische manifestaties zoals geassocieerde depressies, obsessionele symptomen en persoonlijkheidsstoornissen. Tenslotte moeten de somatische oorzaken van een groot gewichtsverlies uitgesloten worden. Voorbeelden hiervan zijn chronisch vermoeidheidssyndroom, kanker en intestinale stoornissen waaronder de ziekte van Crohn, malabsorptiesyndroom, hyperthyroïdie en anemie.
Onderzoek dat hiervoor verricht kan worden is:

* bloedonderzoek
* elektrolytenonderzoek
* proteïneniveau-onderzoek
* elektrocardiogram
* röntgenfoto’s
* lever, nier en thyroïdale testen

Diagnose is dus niet gemakkelijk, vooral als we willen onderscheid maken tussen verschillende subtypes. Het vereist een goede competentie en de nodige omzichtigheid waarbij rekening moet gehouden worden met zoveel mogelijk comorbide factoren.

§ 3. Oorzaken

Anorexia nervosa en boulimia nervosa kunnen gezien worden als multi-gedetermineerde syndromen met een variëteit aan interagerende factoren: biologisch, familiaal, psychologisch en socio-cultureel (Garfinkel & Garner, 1982). De etiologie van eetstoornissen is reeds min of meer gekend. We zullen ons daarom beperken tot die oorzaken waarbij een relevante specifieke referentie gemaakt wordt naar bijkomende seksuele componenten.

I. Biologische en familiale oorzaken

A. Biologische oorzaken

Een anterieure hypothalamische-hypofyse-geslachtsklierstoornis kan meespelen bij het verklaren van de oorzaken van de aandoening (Mortimer et al., 1973; Boyar et al., 1974; Mecklenburg et al., 1974; Russell, 1977; Treasure et al., 1988). Casper (1984) komt echter tot de vaststelling dat de disfunctie terug normaal wordt nadat het gewicht weer hersteld is. Er wordt wel een unilaterale temporale lobus-hypoperfusie vastgesteld (meestal links), met een blijvende abnormaliteit na gewichtstoename.

Leptine is een recent ontdekt peptidehormoon dat primair door adipocyten gesecreteerd wordt. Het wordt ook gezien als een mechanisme dat een bijdrage levert aan de reproductie (Bribiescas, 2001). Dit hormoon kan dus het verband tussen lichaamsgewicht en reproductie verklaren. Leptine inhibeert de voedselinname (Ammar et al., 2000) en is bij vrouwen hoog gecorreleerd met het percentage lichaamsvet, BMI en lichaamsgewicht. Een associatie met het groeihormoon-binding-proteïne was vroeger reeds gekend (Llopis et al., 1998). Argente (1997) vond een significante verlaging van het leptine-niveau bij anorexia nervosapatiënten in vergelijking met controlepersonen van hetzelfde leeftijd en geslacht. Dit niveau bleef laag zelfs na herstel van tenminste 10% van het oorspronkelijke lichaamsgewicht en gemiddeld 1 jaar later. Boulimia nervosa-patiënten hadden ook een lager leptineniveau op het moment van de diagnose, maar het was nog significant hoger dan de anorectische patiënten. Anderen (Sinha, 1998; Ammar et al., 2000) beweren hiertegenover dat leptine geen anorectische peptide is, maar louter de BMI en het percentage lichaamsvet reflecteert.

Er is aangetoond dat cytokine interleukine-1 (IL-1), tumor necrosis factor alpha (TNF alpha) en prostaglandine (PG) betrokken zijn in het moduleren van seksueel gedrag bij vrouwen met anorexia nervosa (Avitsur et al., 1999). Er wordt gesuggereerd dat het onderdrukkende effect van cytokines op het vrouwelijk reproductieve gedrag als een mechanisme kan dienen om de conceptie te reduceren. Dit is om de vrouw te beschermen tegen eventuele slechte invloeden van de ziekte met spontane abortus, vroeggeboorte of zelfs de dood tot gevolg. Ook

corticotropine-releasing factor (CRF) zou anorectische effecten hebben en de seksuele drang beïnvloeden (Heinrichs et al., 1999).

B. Familiale oorzaken

Theoretische en klinische literatuur suggereert dat familiale factoren bijdragen aan de ontwikkeling van eetstoornissen. De genetische factoren spelen hierbij een primaire rol. Zussen van mensen met anorexia hebben een hogere incidentie voor het ontwikkelen van dezelfde ziekte als de normale populatie (Theander, 1970). Ook tweelingenstudies hebben aangetoond dat er een hogere concordantie is bij één-eiige ten opzichte van twee-eiige tweelingen (Holland, Sicotte en Treasure, 1988). Eetstoornissen zijn ook teruggevonden bij moeders van mensen met anorexia nervosa, wat opnieuw de familiale inbreng aangeeft (Strober et al., 1990).

Er zijn verschillende mechanismen voorgesteld om de familiale aggregatie van eetstoornissen bij kinderen te verklaren (Strober & Humphrey, 1987; Strober, Lampert, Morrell, Burroughs & Jacobs, 1990).

Een theorie van Kathryn J. Zerbe:

Families van anorexia nervosa-patiënten zijn zelden in staat om conflictsituaties rechtstreeks op te lossen. In plaats daarvan projecteren ze hun gevoelens op de patiënt. Oppervlakkig ziet de moeder van een anorexia nervosa-patiënt er zorgzaam en sterk uit, maar eigenlijk is ze vrij onzeker over haar eigen waarden en talenten. Haar zichtbare bekommernis is niet echt bedoeld om de mogelijkheden van het kind te ontwikkelen, maar eerder om het te controleren. Al lijkt de moeder geëngageerd en verbonden, eigenlijk is ze niet in staat om de groei in hun relatie te ondersteunen. Ze is dus eerder bekommerd om haar eigen noden dan om deze van het kind. Deze onbewuste tegenstrijdige vorm van moederschap leidt ertoe dat het anorectische kind zich perceptueel minderwaardig voelt. Om iets te krijgen van de moeder moet het altijd ‘goed’ zijn, zo onstaat het verlangen naar perfectie. Het kind voelt ook dat de giften van de moeder niet uit het hart komen, wat resulteert in het feit dat het zichzelf en de wereld gaat wantrouwen. De liefde van de moeder is vergezeld van een zware taak; om een goede verzorging te krijgen moet het kind betrouwbaar en goed gedragend zijn en het moet de vermaningen van haar moeder volgen.

Binnen de familie wordt het dilemma van het anorectische kind nog verhoogd door de autoritaire vader, die zijn vrouw en alle andere vrouwen heimelijk devalueert. Oppervlakkig ziet de vader eruit als het toonbeeld van succes, geliefd om zijn werk of beroep, met tal van vrienden. Maar eigenlijk is hij iemand die zijn vrouw, naast materiële voldoening, weinig kan

geven. Hierdoor onderdrukt hij haar capaciteiten, met de verdere aantasting van haar fragiele zelfwaarderingsgevoel tot gevolg.

Voor de dochter zelf is hun relatie een afkeurenswaardig model waarbij afhankelijkheid slavernij betekent, intimiteit de uitlevering van haar integriteit teweegbrengt en seksualiteit tot een controleverlies over haar eigen begeertes leidt (Gordon et al., 1989). Nu is het ook duidelijk waarom anorexia nervosa meer voorkomt bij meisjes ten opzichte van jongens. Meisjes zijn namelijk veel gevoeliger voor het gebrek aan empathie van de moeder. Het meisje zal dus zowel een relatie met mannen als met vrouwen vermijden (een relatie met een man leidt tot onderwaardering en een relatie met een vrouw tot gecontroleerd worden). Het resultaat is dat ze zelf geïsoleerd raakt. Ze staat voor een dilemma tussen haar moeder en haar vader en haar ultieme droom is dat ze beiden een eenheid zullen vormen die veilig en steunend is. Wanneer deze fantasie niet gerealiseerd wordt, begint de ontwikkeling van anorexia nervosa.

Anorexia nervosa kan gezien worden als een poging van de dochter om de moeder wakker te schudden, om met haar contact te zoeken en haar uit haar eigen vicieuze cirkel te krijgen zonder de indruk te wekken dat de moeder zelf verworpen wordt. De anorectische dochter is een karikatuur van de moederlijke versie van vrouwelijkheid. De ziekte is een wanhopige poging om enerzijds de normen van de moeder niet te verbreken en anderzijds de waarde van die normen in vraag te stellen (Gordon et al., 1989). (Dit alles verklaart ook de hoge incidentie van depressie bij patiënten met een eetstoornis (cfr. Fosson et al., 1987 : 56 %).)

II. Socio-culturele oorzaken

De algemene sociologische benadering benadrukt dat de culturele standaard en het slankheidsideaal de eetstoornis initiëren. (Hans Huebner (1993) voegt hieraan toe dat patiënten wonende in landen waar slankheid niet belangrijk is, de waarden van het Westen overgenomen hebben.)

Mensen met anorexia nervosa zijn gevoelig voor maatschappelijke goedkeuring. Het gevolg is dat zelfwaarde bij hen wordt gelijkgesteld met een slank uitzicht, wat dan weer eetstoornissen tot gevolg kan hebben (Szmukler, 1995). De Westerse cultuur heeft een obsessie voor het menselijk lichaam en associeert een slank voorkomen met ‘schoonheid, succes en geluk’ (Canadian Medical Association, 1983). We worden gebombardeerd met voorstellingen van ideale lichamen door tijdschriften, film en TV. Ze tonen onrechtstreeks aan dat succes, goedkeuring en populariteit, intelligentie en fysieke schoonheid (slank zijn) vereisen.

Moderne vrouwen moeten supervrouwen zijn: slank, aantrekkelijk, succesvol, ambitieus en (financieel) onafhankelijk. Maar ze moeten ook hun traditionele rol van 'moederlijk, warm en steungevend' vervullen en daarom kiezen ze fanatiek voor het uiterlijk om zo om te gaan met kenmerken als zelfwaarde, veiligheid en autonomie.

Een andere invalshoek is het verband tussen religieuze, ascetische persoonlijkheidskenmerken en anorexia nervosa. Terwijl empirische evidentie voor dergelijke religieuze thema's schaars is, zijn er in de literatuur indicaties dat families van anorexia nervosa-patiënten verscheidene ethische codes zoals zelfopoffering, trouw en seksuele ontkenning hanteren. Eten en seksualiteit worden in deze families als vormen van zonde beschouwd. Er wordt beargumenteerd dat er connecties zijn tussen de religieuze ascetisten en de anorectia nervosa-patiënten en dat ze veel psychopathologische kenmerken gemeenschappelijk hebben (Huline et al., 2000). Zowel anorexia nervosa als ascetisme zijn conceptueel verbonden met het proces van idealisering. Verschillende componenten zoals zelf-ontkenning, verhoogde moraliteit, splitsing van geest en lichaam en aseksualiteit wijzen op een ascetische invloed bij anorectische patiënten.

Banks (1997) beschrijft illustratief twee religieuze anorexia nervosa-patiënten: Jane en Margaret. Hij noteert hoe ze allebei de noties van ascetisme m.b.t. voedsel en seksualiteit gebruiken om een persoonlijk betekenissysteem te creëren, dat deel uitmaakt van hun religieus geloof. Ze uiten dit betekenissysteem via hun zelf-uithongering. Deze gevallen steunen de visie dat cultuur en religie, als symbolische systemen, funderingen hebben in diepe motivaties. Ze tonen aan dat de relaties tussen de cultuur en de individuele geest (tussen cultuur en 'ziekte', tussen 'normaal' en 'abnormaal') moeten gezien worden als een bewegend continuüm waarbij de cultuur creatief bewerkt wordt door de individuele verbeelding.

III. Psychologische oorzaken

Het onderzoek naar de oorzaken van eetstoornissen vanuit een psychologisch perspectief heeft een enorme verandering ondergaan in de laatste 50 jaar. We zien dat de nadruk nu meer gelegd wordt op de psychoanalytische benadering van de vroegere fasen van de ontwikkeling van het kind.

A. Seksueel misbruik

Er wordt steeds meer en meer onderzoek gedaan over het causaal belang van seksueel misbruik in de ontwikkeling van eetstoornissen. Algemeen wordt aangenomen dat vroeger doorgemaakt seksueel misbruik de manifestatie van eetstoornissen op latere leeftijd bevordert. Er is aangetoond dat vooral de boulimia nervosa-patiënten een ernstigere symptomatologie vertonen

door ervaringen van seksueel misbruik (Wonderlich et al, 1997, zie hoofdtuk I). Twee recente studies (Walsh et al., 2000 en Favaro et al., 2000) illustreren ook de invloed op anorexia nervosa-patiënten. Walsh (2000) onderzoekt de weigering om seksueel matuur te worden als motivatiebron van het pathologisch eetgedrag bij seksueel misbruikte anorexia nervosa-patiënten. Hij gebruikt hiervoor een 3-factor-experimenteel-design waarbij drie types van woorden (neutrale, seksuele maturatie- en controlewoorden) aangeboden worden bij drie groepen van patiënten (seksueel misbruikte anorexia nervosa-patiënten, niet-seksueel misbruikte anorexia nervosa-patiënten en controlepersonen). Hij vindt dat voornamelijk de misbruikte anorexia nervosa-patiënten negatief reageren op de seksuele maturatiewoorden. Seksueel misbruik heeft dus een nadelig effect op de maturatie en kan anorexia nervosa in de hand werken.
Favaro (2000) onderzoekt het verband tussen zelf-destructief gedrag (zoals purgeren) en anorexia nervosa. Rapporten vermelden twee types van zelf-destructief gedrag: impulsief en compulsief. Seksueel misbruik in de kindertijd is een significante voorspeller voor het ontstaan van impulsief zelf-destructief gedrag bij anorexia nervosa-patiënten.

Seksueel misbruik kan dus een belangrijke etiologische factor zijn voor de ontwikkeling van eetstoornissen. Het is noodzakelijk hiermee rekening te houden en de traumatische voorgeschiedenis van de patiënt op te nemen als onderdeel van de anamnese en diagnose. Een recente studie van Romans (2001) toont aan dat vooral de combinatie van seksueel misbruik met een overcontrole van de vader en verwaarlozing door de moeder de ontwikkeling van eetstoornissen teweegbrengt. Andere psychiatrische stoornissen (zoals depressie) hebben hier in veel mindere mate invloed van.

B. Vroege stoornissen in de psychodynamische ontwikkeling

Volgens Bruch (1974) is het weigeren van eten en de angst om dik te worden secundair aan een onderliggende persoonlijkheidsstoornis die zijn wortels heeft in de vroege moeder-kind interacties. Bruch beweert dat er iets is mis gegaan in de eerste ervarings- en interpersoonlijke processen om nutritionele en andere lichamelijke noden te beleven. Vroege ervaringen met eten zouden een soort vertrouwen creëren tussen moeder en kind. Als de gepaste responsen bij de moeder ontbreken, bv. als ze alleen eten geeft als het haar zelf past, zal het kind niet meer weten wanneer het honger heeft. Elke maaltijd wordt dan als een strijd ervaren waarbij de voedselinname gecontroleerd wordt door emoties in plaats van een hongergevoel. Dit heeft tot gevolg dat het kind geen differentiatie meer kan maken tussen enerzijds lichamelijke sensaties zoals honger en anderzijds psychologische sensaties zoals frustratie en woede. Uiteindelijk heeft het kind signalen van buitenaf nodig om te weten wanneer en hoeveel het mag eten want zijn eigen innerlijke processen worden niet correct geprogrammeerd. De ontwikkeling van

zelfbewustzijn en -effectiviteit wordt dus belemmerd door een gebrek aan gepaste responsen van de moeder.

Dit alles werd bevestigd door Melanie Klein en Chernin (1986), ze toonden aan dat wanneer de moeder de noden van het kind niet tegemoet komt, de agressieve impulsen van het kind verhogen. Het kind onderdrukt zijn gevoelens van afhankelijkheid. Later kan dit tot uiting komen in een variëteit aan verdedigingsmechanismen om het emotionele zelf in stand te houden zoals ontkenning van honger, pseudo-onafhankelijkheid en omnipotentie. De redenen waarom de moeder zo inadequaat reageert kunnen liggen in haar eigen kindertijd bv. door conflicten over voedsel of restrictief en controlerend gedrag van hun eigen moeder. Uit bekommernis om de groei van het kind verbindt de moeder haar eigen competentie aan de mate waarin ze haar kind kan overtuigen om te eten. Bijgevolg is ze niet in staat om de noden van haar kind op te merken (Chatoor, 1987).

BESLUIT:

Anorexia en boulimia zijn aandoeningen die zowel biologisch en familiaal, socio-cultureel en psychologisch bepaald zijn. Die verschillende elementen werken op elkaar in. Ze kunnen zowel primair de ziekte veroorzaken als een secundair effect van de ziekte zijn. Ongetwijfeld zijn de drie categorieën oorzakelijk belangrijk. Deskundigen beweren dat vooral socio-culturele factoren de recente stijging van de gediagnosticeerde gevallen verklaren (cfr. onderzoeken: Hilda Bruch; in the Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa (1978); Garner, Garfinkel, Schwartz en Thompson (1980)). Maar recente stellingen houden dan weer voor dat de biologische factoren ook van belang zijn. Deze stellingen verwijzen naar een gen dat norepinefrine regelt in de hersenen en verband houdt met anorexia nervosa. Norepinefrine speelt een rol bij het ontstaan van angsten en gedragsstoornissen (Urwin et al., 2002)).

§ 4. Voorkomen

Bij samenvatting van de epidemiologische literatuur valt het op dat de variëteit in incidentie en prevalentieratio's enorm is. Drie belangrijke oorzaken daarvoor zijn (Ledoux, Choquet en Flament, 1991): 1. Verschillende methodes worden gebruikt (verschillende definities en inconsistentie met betrekking tot de term anorexia nervosa)

2. Groepen die gebruikt worden zijn niet homogeen; sommigen gebruiken hoge risicopopulaties (veertien à twintig jarige vrouwen) en anderen de totale populatie.
3. Verschillende diagnostische criteria worden gebruikt.

Na raadpleging van verschillende bronnen, brachten we enkele gegevens samen die een globale indruk geven van het voorkomen van eetstoornissen bij kinderen.

I. De prevalentie

A. Anorexia nervosa

Whitaker (1990) rapporteert een lifetime prevalentie van 0,2 % voor anorexia nervosa. Wat de kwetsbare populaties zoals bijvoorbeeld schoolgaande meisjes betreft, komt men aan een prevalentie van 1,1 % (Crisp et al., 1976; Szmukler, 1983). Dit cijfer komt overeen met de bevindingen van Levine (1996) die een ratio suggereert tussen 0,25 en 1 % bij die populatie. Ook Rastam et al. (1989) rapporteert een prevalentie van 0,84 %. Verder is vastgesteld dat 5 à 10 % van de vrouwen tussen twaalf en achttien jaar mildere vormen van anorexia nervosa vertonen (waarbij de diagnostische criteria minder streng zijn) (Vandereyken & Van Deth, 1994).

B. Boulimia nervosa

Voor boulimia nervosa rapporteert Whitaker (1990) een lifetime prevalentie van 2,5 %. Later vindt Levine (1996) dat boulimia nervosa een stijgende trend zou kennen, nl. een prevalentie van 1- 3 % bij de schoolgaande meisjes en één van 1- 4 % bij vrouwen op de universiteit. De meeste meisjes beginnen zich meer te bekommeren om hun lichaamsgewicht wanneer ze een leeftijd tussen negen en elf jaar bereikt hebben (Koff en Rierdan, 1991).

II. De incidentie

A. Anorexia nervosa

Volgens Kendell et al. (1973), Jones et al. (1980), Willi & Grossmann (1983), Hoek & Brook (1985) en Szmukler et al. (1986) kennen eetstoornissen bij kinderen een incidentie van 1 à 5 / 100 000 per jaar, waarbij er de laatste decennia een stijgende trend waar te nemen valt. Hendren, Barber & Sigafoos (1986) vonden dat meer dan 18,6 % van een populatie tussen

twaalf en achttien jarigen, één of meerdere symptomen van een eetstoornis vertonen. McSherry (1986) kan zich niet aansluiten bij deze cijfers die volgens hem steunen op een contraproductief gebruik van de criteria.

B. Boulimia nervosa

Ledoux (1991) vindt een ratio van 1,3 % voor boulimia als men de DSM-III criteria gebruikt en slechts O, 7 % wanneer de DSM-III-R criteria (meer specifiek) toegepast worden.

III. De geslachtsratio

A. Anorexia nervosa

Ondanks de stijging van anorexia nervosa bij mannen (5-10 %, Barry & Lippmann, 1990), zijn eetstoornissen voornamelijk een vrouwelijke aangelegenheid. Volgens Garfinkel en Garner in 90 tot 95 % van de gevallen.

Bij kinderen komt anorexia nervosa meer voor bij jongens dan in een volwassenen populatie:

- Jacobs & Isaacs (1986): 30 % mannen
- Fosson et al. (1987): 27 % mannen
- Hawley (1985): 19 % mannen

Een mogelijke reden hiervoor is dat er voor de puberteit minder lichamelijke verschillen zijn tussen mannelijke en vrouwelijke individuen. Verder kan ook de toegenomen medische aandacht voor deze populatie aan de basis van deze vaststelling liggen.

B. Boulimia nervosa

Met betrekking tot boulimia nervosa was men van mening dat het uitsluitend over een vrouwenproblematiek ging (Fairburn & Cooper, 1982). Carlat (1991) schuift echter een getal tussen 10 à 15 % bij mannen en 8 à 14 % bij vrouwen naar voor.

IV. De aanvangsleeftijd

De gemiddelde aanvangsleeftijd voor anorexia nervosa is 14,5 jaar. Voor boulimia nervosa ligt die iets hoger, nl. tussen zestien en achttien jaar (Griffith, 1996). De leeftijd van de mannelijke patiënten ligt gemiddeld ook hoger ten opzichte van vrouwelijke patiënten (Crisp, Burns & Bhat (1986): ongeveer zeventien jaar bij mensen met anorexia nervosa).

ANAD (National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders) rapporteert de volgende gegevens na een tienjarige studie:

* 1O % van de gevallen rapporteert de start van de ziekte op tien jarige leeftijd of jonger
* 33 % begint op een leeftijd tussen elf-vijftien jaar
* 43 % rapporteert het tussen zestien-twintig jaar
* 86 % rapporteert het op de leeftijd van twintig jaar

V. Gemiddelde duur

Anorexia nervosa heeft een gemiddelde duur tussen 3,3 en 3,5 jaar (Crisp, Burns & Bhat, 1986).

ANAD rapporteert de volgende gegevens:

* 77 % rapporteren een duur tussen één en vijftien jaar
* 3O % rapporteren een duur van één tot vijf jaar
* 31 % van zes tot tien jaar
* 16 % van elf tot vijftien jaar

BESLUIT

Anorexia en boulimia nervosa blijven relatief zeldzame aandoeningen op de schaal van de talrijke ziekteverschijnselen in de gehele populatie. Deze relatief zeldzaam voorkomende aandoening blijft nochtans bijzonder dramatisch voor de betrokkenen, wat een hoge nood aan aandacht wettigt.

§ 5. Symptomen van eetstoornissen

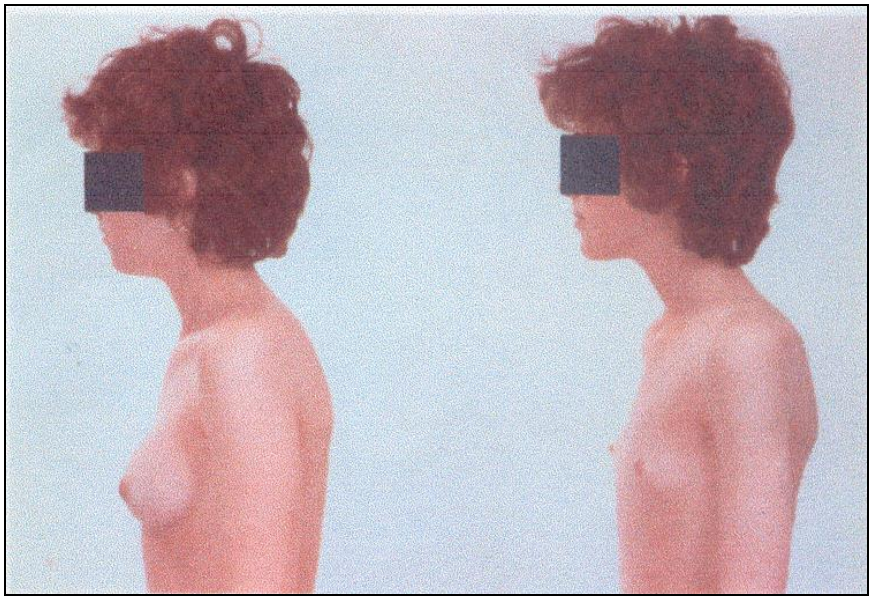
I. Lichamelijke symptomen

- Gewichtsvermindering
- Vertraagde puberteit

De vertraagde puberteit uit zich in de eerste plaats bij patiënten die prepuberaal het ziektebeeld ontwikkelen. Een algemene stopzetting van de puberale ontwikkeling heeft tot gevolg dat voornamelijk de groei vertraagd of gestopt wordt. De verlaging van de groeihormonen bij kinderen ligt aan de basis van dit proces.

Een treffend voorbeeld is de studie van Russell (1983) met monozygote tweelingen. Ze krijgen beide op hetzelfde tijdstip anorexia nervosa maar van de ene tweelingszus zijn de borsten nog niet volledig ontwikkeld, omdat ze nog niet zo ver gevorderd is in het puberteitsproces. Na de behandeling kennen ze allebei een volledig herstel, maar de borsten van de minder ontwikkelde tweelingzus blijven infantiel.

Voor de behandeling:



Figuur 2: Monozygote tweeling tijdens ziekte: rechter persoon heeft onderontwikkelde borsten.

Na de behandeling:



Figuur 3: Monozygote tweeling na genezing: borsten van de rechter persoon blijven infantiel.

In een tweede onderzoek van Smidt et al. (1995) wordt de relatie tussen de puberale ontwikkeling en seksueel misbruik bij patiënten met eetstoornissen onderzocht. Hij vindt dat alle patiënten met eetstoornissen een vertraagde psychoseksuele ontwikkeling vertonen. Dit uit zich in manifestaties zoals: oudere leeftijd van de eerste kus, gebrek aan genitale interesse en masturbatie, later tijdstip van eerste seksuele betrekking enz…

Bij vergelijking tussen de verschillende subtypes van eetstoornissen ziet men dat het niet-purgerende anorexia nervosa-subtype de ernstigste symptomatologie vertoont. Het aantal seksuele partners is bij dit type hoogstens één persoon (terwijl dit bij het purgerende subtype twee, en bij boulimia nervosa vier personen zijn).

Over het algemeen kunnen we dus besluiten dat patiënten met eetstoornissen een vertraagde puberale ontwikkeling hebben met minder seksuele interesse en een negatieve attitude t.o.v. seksuele relaties met andere presonen.

- Lanugobeharing

Bij zeer sterke vermagering kan een zachte, donsachtige beharing ontstaan in het gelaat, de schouders, de rug en in mindere mate op armen en benen. Het andere haar is dor en broos en er kan haaruitval optreden.

- Daling van het basaal metabolisme

Hieronder wordt verstaan:

- een daling van de lichaamstemperatuur tot ongeveer 35°C (hypothermie)
- een daling van de bloeddruk
- een vertraging van de polsfrequentie tot 5O slagen per minuut
- een vertraging van de ademhaling tot 1O-12x per minuut

- Koude voeten en handen

Door een samentrekking van de bloedvaten (vasoconstrictie) ontstaat er cyanose ter hoogte van de uiteinden van het lichaam, meer bepaald aan de voeten en handen. Er is geen bloedcirculatie meer in die lichaamsdelen waardoor er een verkleuring van de lichaamshuid kan ontstaan (geelachtig). De voeten en handen kunnen ook gezwollen zijn.

- Hartdecompensatie

Dit is de meest voorkomende medische oorzaak van overlijden bij mensen met een ernstige eetstoornis. Het hart kan gevaarlijke abnormale ritmes ontwikkelen. (Bv. bradycardie, ventriculaire tachycardiëen of verlengde QT-intervallen). De bloedflow is verminderd, de bloeddruk kan dalen en de hartspier atrofiëren. Dit alles kan leiden tot een hartinfarct met de dood als gevolg. Hartproblemen vormen een belangrijke risicofactor als anorexia nervosa geassocieerd wordt met boulimia nervosa en het gebruik van ipepac, een medicament dat braken veroorzaakt.

- Elektrolytenstoornissen

Mineralen zoals kalium, calcium, magnesium en fosfaat worden normaal opgelost in de lichaamsvloeistof. Calcium en kalium zijn van kritisch belang voor de elektrische stroom die het hart regelmatig doet slaan. Door deshydratatie en uithongering kan het niveau van lichaamsvloeistof en dus van de mineraalinhoud verminderen. Zo bekomt men een elektrolytenonevenwicht.

- Bloedproblemen

Anemie is een veel voorkomend resultaat van anorexia nervosa en uithongering (ook door ernstige vermindering van vitamine B12). Het kan zich uiten in bleekheid, duizeligheid, vermoeidheid en hoofdpijn. Bij extreme anorexia nervosa vermindert het beenmerg drastisch zijn productie van bloedcellen, wat tot een levensbedreigende conditie kan leiden (pancytopenie).

- Nierproblemen

Ernstig gewichtsverlies tast de nieren aan. Men heeft veel last van de dehydratatie door het frequent urineren. De dehydratatie veroorzaakt ook constipatie, wat dan weer kan leiden tot

overmatig gebruik van laxeermiddelen. Overdreven gebruik hiervan kan ook verslaving in de hand wekken. Ook de lever kan aangetast worden (nog verergerd door medicatie). Dit kan dan uiteindelijk resulteren in overlijden.

- Neurologische problemen

Mensen met ernstige anorexia nervosa kunnen een zenuwschade ondervinden. De gevolgen daarvan kunnen zijn: koorts, verward denken en verlies van sensibiliteit. Hersenscans indiceren dat stukken van de hersenen structurele veranderingen ondergaan. Deze veranderingen worden normaal als het lichaamsgewicht terug hernomen wordt, maar er is ook bewijs geleverd dat de schade permanent kan zijn.

- Oedemen

Ten gevolge van een gebrek aan albumine of van een nierbeschadiging;

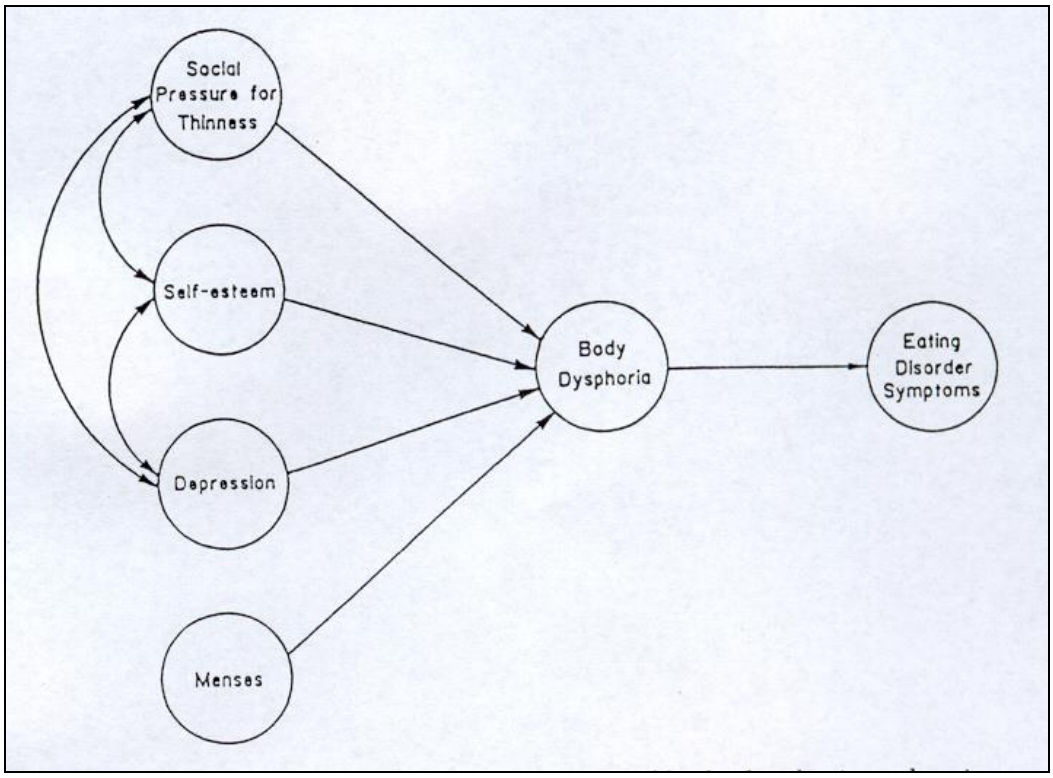
II. Psychische symptomen

- Depressie

Swift et al. (1986) beschrijven een relatie tussen anorexia nervosa en depressieve symptomen maar vindt geen duidelijke oorzaken hiervoor. Andrews et al. (1995) rapporteren relaties tussen eetstoornissen en depressie bij seksueel misbruikte personen. Hij noteert een generatieverschil waarbij duidelijk blijkt dat de moeders die seksueel misbruikt werden eerder depressief gedrag vertonen terwijl hun dochters neigen naar de ontwikkeling van eetstoornissen. Uit studies blijkt het groot aantal depressies onder de anorexia nervosa-patiënten tussen elf-twaalf jaar (Doerfler, Felner, Rowlison, Evans & Raley, 1988; Asarnow & Carlson, 1985), een fenomeen dat naar onze mening verdere aandacht verdient.

- Gestoord lichaamsbeeld

Personen met eetstoornissen ervaren zichzelf veel dikker dan ze in werkelijkheid zijn. Deze perceptiestoornis is niet van toepassing als de persoon iemand anders lichaamsbeeld moet beoordelen. Davies & Furnham (1986) conluderen uit hun studie dat de helft van de jongeren aan gewicht willen verliezen terwijl slechts 4 % onder hen teveel weegt. Een studie over schoolgaande kinderen die werd uitgevoerd in 1988 toont aan dat velen onder hen bezorgd zijn over de vorm van hun buik en dijen (Salmons et al., 1988). Vrouwen geloven dat hoe slanker ze zijn, hoe meer ze academisch en sociaal zullen slagen. Vrouwen zijn ook minder tevreden over hun lichaam dan mannen (Lask & Bryant-Waugh, 1992; Satter, 1986). Hoe deze onvrede met het lichaam ontstaat wordt weergegeven in het volgende schema (Veron-Guidry et al., 1997):



Figuur 4: Structureel model voor de ontwikkeling van lichaamsdysforie en eetstoornissymptomen .

Het schema toont aan dat de ontevredenheid met betrekking tot het lichaam ontstaat door een interactie van drie factoren nl. een lage zelfwaarde, depressie en de sociale druk om slank te zijn. Mettertijd kan deze lichaamsdysforie evolueren tot een eetstoornis.

- Perfectionisme

Anorexia nervosapatienten hebben een gevoel van minderwaardigheid en een sterk negatief zelfbeeld, waardoor ze geen zelfvertrouwen hebben. Ze hebben daarom ook een sterke faalangst, wat dan weer leidt tot perfectionisme en een grote prestatiedrang.

- Affectlabiliteit

Anorexia nervosapatiënten ervaren lichaam en geest als gescheiden entiteiten. Ze zijn voortdurend bezig het lichamelijke 'omhulsel' te reduceren. Ze zijn geobsedeerd door het slankheidideaal en drijven dit tot het uiterste door. Daarbij ervaren ze een grote dysforie en een ontevredenheid over het lichaam. Ze rapporteren ook gevoelens van inadequaatheid en waardeloosheid.

III. Seksuele symptomen

- Reproductieve en hormonale abnormaliteiten

Eetstoornissen veroorzaken veranderingen in de hoeveelheid thyroïdhormonen, vermindering in reproductieve hormonen en vermeerdering in andere hormonen (bv. cortisol). De vermindering van de hoeveelheid reproductieve hormonen kan leiden tot een verlies van de menstruatie. Zelfs

na behandeling komt bij 25 % van de mensen met een ernstige anorexia nervosa de menstruatie niet terug. Onregelmatige of afwezige menstruatie (amenorroe) kan op lange termijn leiden tot botverlies en steriliteit. Ook vrouwen die zwanger worden voor het herwinnen van een normaal lichaamsgewicht gaan een arme reproductieve toekomst tegemoet. Een laag geboortegewicht van de baby, regelmatige miskramen en een groot risico op het krijgen van kinderen met geboortedefecten en eventueel latere eetstoornissen worden vaak vastgesteld.

Verlies van botmineralen en osteoporose, veroorzaakt door lage oestrogeenhoeveelheden en verhoogde hoeveelheden steroïdhormonen, resulteert in het poreus worden van botstukken en een verhoogd risico op fracturen. Hoe langer de ziekte duurt, hoe groter de kans dat het botverlies permanent wordt. Patiënten die genezen op een jongere leeftijd hebben een grotere kans om terug een normale botdensiteit te bekomen.

De review van Morgan et al. (1999) geeft samenvattend weer dat anorexia en boulimia nervosa de reproductie zowel gedragsmatig als fysiologisch belemmeren met weerslag op de menstruatie, vruchtbaarheid, seksualiteit en zwangerschap.

- Angst om volwassen te worden

Dit uit zich in de angst om verantwoordelijkheid op te nemen en de angst ten aanzien van seksualiteit. Door het extreme vermageren gaan de anorexia nervosapatienten de vrouwelijke geslachtsvormen reduceren om een geslachtsloos lichaam zoals dat van een kind te bekomen. Maar aan de andere kant zien we dat bij patiënten die de ziekte voor de puberteit kregen het gemis aan borstontwikkeling opgevat wordt als een verlies van hun vrouwelijkheid.

- Eetstoornissen en huwelijk

De resultaten van het onderzoek over huwelijk bij anorexia nervosapatiënten suggereren dat getrouwde anorexia nervosapatiënten een meer gestoord eetgedrag vertonen. Er moet echter opgemerkt worden dat de meeste studies geen rekening houden met de leeftijd van de patiënten en dat boulimia nervosa nauwelijks betrokken geweest is in het onderzoek. Wiederman et al. (1997) onderzocht daarentegen wel het verschil tussen getrouwde en niet-getrouwde anorexia én boulimia nervosapatiënten. Hij vindt, ten nadele van de getrouwde patiënten, verschillen op verscheidene vlakken zoals de voorgeschiedenis van de patiënt en de ernst van de symptomen. Deze symptomen lijken weerom ernstiger bij anorexia nervosapatiënten. Na de controle van de leeftijd worden echter alleen verschillen gevonden in de vroege start van de menarche en de jongere leeftijd van de eerste seksuele betrekking bij boulimia nervosapatiënten. De stellingen m.b.t. huwelijk en anorexia nervosa kunnen dus veralgemeend worden tot de boulimia nervosapatiënten.

- Eetstoornissen en impulsiviteit

Verscheidene studies hebben aangetoond dat een verhoogde impulsiviteit (bv. meer seksuele relaties met personen die men niet goed kent) voorkomt bij patiënten met eetstoornissen. Het is evenwel niet duidelijk of deze impulsiviteit een expressie is van een fundamentelere onderliggende psychopathologie of gewoon het gevolg is van het chaotisch eetgedrag. Studies over de temporele relatie tussen het begin van de eetstoornis en het voorkomen van impulsief gedrag scheppen hierover meer duidelijkheid. Eén ervan is de studie van Nagata et al. (2000). Hij onderzoekt 60 anorexia nervosapatiënten van het niet-purgerende type (AN-R), 62 anorexia nervosapatiënten van het purgerende type (AN-BP), 144 purgerende boulimia nervosa-patiënten (BN) en 66 controlesubjecten. Multi-impusiviteit wordt bij 2% van de AN-R, 11% van de AN-BP, 18% van de BN en 2% van de controlesubjecten gevonden. 80% van de boulimia nervosapatiënten met verhoogde impulsiviteit hebben een voorgeschiedenis van zelfmoordpogingen voor de start van de ziekte. Er lijkt ook een verband te bestaan met een verlies van de ouders in de kindertijd of een bordeline-persoonlijkheid. Primaire impulsiviteit is dus een gevolg van een onderliggende psychopathologische stoornis en komt bij een beperkt aantal eetstoornispatiënten voor.

- Seksuele dromen

Kroth et al. (1998) onderzoekt de droomkenmerken bij 27 vrouwen en correleert deze met de score op de "*Goldfarb Fear of Fat Scale"*. Er wordt een negatieve relatie gevonden tussen de seksuele inhoud van de dromen en de 'angst-om-dik-te-worden'-score (-.41). Verklaringen hiervoor kunnen gezocht worden in de verandering van het lichaamsbeeld en lichaamstevredenheid, dissociatieve- en droomprocessen.

§ 6. Specifieke behandelingsstrategieën voor patiënten met eetstoornissen

Voor de behandeling van patiënten met eetstoornissen doet men het best beroep op een multidisciplinair team m.i.v. een huisarts, diëtist, psycholoog (seksuoloog), kinesitherapeut en andere aangepaste individuele geneeskundige zorg. De huisarts speelt een belangrijke rol in het detecteren en het verwijzen van de patiënten naar de best mogelijke instantie (Walsh et al., 2000). Bij ernstige, vergevorderde psychopathologie moet een opname in het ziekenhuis overwogen worden.

I. Gedwongen opname

Het is moeilijk te voorspellen bij een eerste contact met een eetstoornispatiënt of een verwijzing naar het ziekenhuis noodzakelijk is om de gezondheid en het leven van de patiënt te beschermen. Factoren waarmee rekening gehouden moet worden zijn:

- Verschijnselen van een gestoorde persoonlijkheid geassocieerd met een voorgeschiedenis van fysiek of seksueel misbruik of zelf-mutilatie (Ramsay et al., 1999).
- Aanwezigheid van een onderliggende stoornis of ziekte.

Een gedwongen opname, al dan niet voor een kortere of langere periode, lijkt hier aangewezen om het gewicht te herstellen en de ziekte te verhelpen.

Daaropvolgend is een lange-termijnsobservatie noodzakelijk, al dan niet in het ziekenhuis. Voordelen moeten afgewogen worden t.o.v. de nadelen, maar de doeltreffendheid van een ziekenhuisopname is reeds aangetoond:

1) Onderzoek geeft weer dat niet alleen het eetgedrag verbetert, maar ook de mentale toestand van de patiënt (Russel et al., 2001) .
2) De patiënt voelt aan dat zijn familieleden en het professionele team de ziekte ernstig nemen, zelf als hij dit zelf niet doet.
3) Strikte supervisie is mogelijk (braken en hevig sporten worden belemmerd, angstige patiënten opgevangen…)
4) …

Tiller stelt: *" Gedwongen opname is een act van medeleven, het toont aan dat deskundigen de ernstigheid van de ziekte herkennen en dat ze voorbereid zijn op de angsten die gewichtsherstel met zich meebrengt."*

Patiënten en familieleden zijn bovendien vaak heel opgelucht als ze de verantwoordelijkheid tijdelijk kunnen overdragen aan het therapeutisch team. Ramsay (1999) wijst er wel op dat het gunstig effect van een ziekenhuisopname enkel optreedt als de opnameduur beperkt blijft.

II. Therapievormen gericht op seksueel misbruikte patiënten met eetstoornissen

Lichaamsbeeldtherapie is een therapievorm die zich richt op de unieke betekenis van het lichaamsbeeld voor de individuele patiënt (Jarry et al., 1998). Onderzoek heeft aangetoond dat zowel seksueel misbruikte mensen als patiënten met eetstoornissen baat hebben van deze therapie. Het lichaamsbeeld heeft drie belangrijke functies:

- *'Affiliatie'* = lichaamsbeeld aanwenden om interpersoonlijke relaties te bewerkstelligen zowel op vriendschappelijk als op romantisch vlak.
- *'Vermijding'* = lichaamsbeeld aanwenden om misbruik te vermijden zowel psychisch, fysiek als seksueel.
- *'Expressie'* = lichaamsbeeld aanwenden om te communiceren over innerlijke gevoelens met zichzelf en anderen.

Deze functies kunnen als aangrijpingspunt dienen voor de behandeling, die vooral bestaat uit het hervormen en opmaken van lichaamsbeeldinterpretaties.

De schema-gerichte cognitieve therapie is beschreven als behandelingsvorm voor patiënten met boulimia nervosa die seksueel misbruikt werden (Waller et al., 2001). Het vertrekt van de veronderstelling dat verschillende kernovertuigingen (core beliefs) werken als mediatoren in de relatie tussen de ervaring van het seksueel misbruik en de individuele symptomen. De behandeling grijpt in in die kernovertuigingen en poogt ze te normaliseren.

Bij seksueel misbruikte eetstoornispatiënten zien we vaak disfunctionele copingsstrategieën (Koppet et al., 1996) en een externe locus of control (Waller, 1998). Dit suggereert dat deze groep van patiënten voordeel kunnen halen uit therapie die gericht is op de cognities betreffende persoonlijke controle en coping.

De hier beschreven therapievormen voor seksueel misbruikte eetstoornispatiënten zijn niet limitatief. Andere, minder specifieke behandelingswijzen, kunnen ook toegepast worden op deze groep van patiënten. Enkele hiervan worden hieronder toegelicht.

III. Familietherapie

De essentie van familietherapie is dat de aandacht op de gehele familie gericht is in plaats van op de individuele patiënt (Lask & Fosson, 1989). Er wordt meer aandacht besteed aan de familiale functie en disfunctie dan aan de individuele psychopathologie.
De belangrijkste aandachtspunten zijn:

* De effectiviteit en competentie van het ouderlijke subsysteem.
* Huwelijksmoeilijkheden.
* Ouder-kind overbezorgdheid en overbescherming.

* Communicatiedisfuncties.

Deze thema's kunnen elkaar ook overlappen, als men ze apart aanpakt komt dit kunstmatig en misleidend over. De taak van de familietherapeut is niet om zelf deze beslissingen te nemen maar om de ouders te helpen een oplossing te vinden waar ze allebei akkoord mee gaan.

Een veel voorkomend kenmerk van patiënten met anorexia is de neiging om gevoelens te blokkeren en te ontkennen. Hun lichaamshouding, faciale expressie en algemeen gedrag indiceren een emotionele geladenheid maar ze lijken niet in staat om hun gevoelens, veelal wroeging, in woorden uit te drukken. Een aspect van de familietherapie is het aanleren van een meer gepaste expressie van gevoelens binnen de familie. Dit proces van validatie in plaats van ontkenning van gevoelens heeft merkbare therapeutische voordelen. Er zijn veel verschillende technieken van familietherapie ontwikkeld. De keuze van de techniek is een zaak van persoonlijke voorkeur. Feit is dat familietherapie van essentieel belang is bij de behandeling van anorexia bij jongere patiënten (Russell et al, 1987).

IV. Individuele psychotherapie

Er is nog wat onzekerheid over de rol van individuele therapie voor patiënten met eetstoornissen. De waarde ervan is niet gekend en er zijn geen harde bewijzen dat het een belangrijk verschil uitmaakt in de prognose. Klinisch onderzoek toont echter aan dat het wel effectief een bijdrage levert. De primaire indicaties zijn familiale disfuncties die zo erg zijn dat er slechts weinig verandering mogelijk is zodat de patiënt niet kan genezen. Ook de aanwezigheid van een ernstige psychopathologie die een effectieve familietherapie in de weg staat kan een indicatie voor individuele therapie zijn.

Psychotherapie moet gegeven worden in de context van een ruimomvattend behandelingsprogramma met de steun van de dokter, de school, ouders en familie. Er moet vermeld worden dat gedurende de acute uithongering de patiënten meestal zo bezig zijn met eten en gewicht dat ze emotioneel niet bereikbaar zijn. Graduele opgebouwde therapie laat de patiënt toe om een innerlijke emotionele ruimte te ontwikkelen waar gevoelens kunnen ervaren worden. Een beter ontwikkelde innerlijke psychische structuur stelt de patiënt in de mogelijkheid gezonde afhankelijke relaties op te bouwen en de onafhankelijke ontwikkeling buiten de familie verder te zetten. Zoals bij familietherapie is er een grote variëteit aan technieken beschikbaar. De keuze van de technieken worden gedetermineerd door de patiënt en de familieleden zelf.

V. Groepstherapie

De hoofdindicatie voor het toepassen van groepstherapie bij eetstoornissen betreft patiënten die moeilijkheden hebben in hun relaties. Groepen kunnen helpen de aandacht af te wenden van

voedsel, gewicht en uiterlijk. Aanvaarding en gepaste expressie van gevoelens kunnen gepromoot worden door de groep. Het type van groep is afhankelijk van de ervaring van de therapeut. Op gespecialiseerde eenheden is het mogelijk om over groepen te beschikken speciaal voor patiënten met eetstoornissen. Groepen voor patiënten met een grote variëteit aan problemen verdienen echter de voorkeur. Zo wordt de aandacht van de eetstoornissen afgeleid. Voor de onmogelijkheid van expressie van gevoelens kan gebruik gemaakt worden van psycho-educatieve groepen; ze helpen de patiënten de taal van de emoties te leren. Tenslotte hebben sociale vaardigheidsgroepen en groepen die kunst en toneel gebruiken als een manier om te communiceren hun klinische waarde en relevantie bewezen (Britten en Trefla, 1992).

VI. Systeemtherapie

Systeemdenken is een wijze van benaderen van de werkelijkheid in termen van samengestelde gehelen (von Bertalanffy, 1968). Ook het gezin kan gezien worden als een oorspronkelijk geheel, een systeem (Vansteenwegen, 2002). Procesmetingen tonen aan dat gestoorde gezinnen andere coalitiepatronen vertonen dan gewone gezinnen. De gedragspatronen zijn er rigieder, er is meer rolverwarring en rolomkering. Er zijn meer grensproblemen. Het onderzoek naar de samenhang tussen eetstoornissen en gezinsproblematiek is jarenlang gedomineerd door de structurele gezinstherapie, onder leiding van Minuchin. Anorexiapatiënten zouden bijvoorbeeld vooral voorkomen uit gezinnen met een rigiede communicatiestructuur en een overbeschermende houding van de ouders (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Ondanks pogingen daartoe zijn de bevindingen waarop deze stellingname was gebaseerd nooit gerepliceerd (Kog, Vertommen & Vandereycken, 1989). Sterker nog: een secundaire analyse, door gezaghebbende onderzoekers als Coyne en Anderson (1988, 1989), liet weinig heel van het oorspronkelijk onderzoek. De zogenaamde overprotectie van de onderzochte gezinnen was bijvoorbeeld niet de oorzaak, maar eerder het gevolg van de ziekte van het kind. Andere factoren in de gezinsconstellatie, met name opvoedingspatronen, blijken echter wel degelijk een rol te spelen bij het ontstaan en bekrachtigen van eetstoornissen. Met betrekking tot het effect van systeem- en gezinstherapie bij patiënten met eetstoornissen zien we in vergelijkend onderzoek dat structureelstrategische gezinsbehandelingen effectiever zijn dan individuele behandelingen, met name bij jonge patiënten bij wie de aandoening nog niet lang bestaat (Dare, Eisier, Russell & Szmukler, 1990). Zich baserend op een grote hoeveelheid kwantitatieve en kwalitatieve gegevens komen Vandereycken en Vanderlinden (1989) tot de slotsom dat het in de behandeling van eetstoornissen is aan te bevelen gezinstherapie en individuele therapie te combineren.

VII. Inbreng van de kinesitherapie

De inbreng van de kinesitherapie in de behandeling van patiënten met eetstoornissen kadert in een volledig behandelingsschema met een bekwaam therapeutisch team. Allicht zijn de kinesitherapeutische zorgen niet prioritair voor die patiënten, maar ze kunnen toch een belangrijke rol spelen in het kader van het algemeen welzijn van de patiënt.

Kinesitherapie kan gegeven worden op drie niveaus:

* Gewone kinesitherapeutische behandeling: Patiënten met eetstoornissen zijn bij uitstek vatbaar voor een aantal aandoeningen waar ook de "normale populatie" aan lijdt. De gebruikelijke behandeling is dan aangewezen. Het gaat hier bijvoorbeeld om gewrichtsbeperkingen of spierpijnen (veroorzaakt door bedlegerigheid of emotionele spanning (met weerslag op het lichaam)). De meest gebruikte behandelingsmethodes zijn de hyperventilatietraining, mobilisatie en massage.

* Psychomotorische therapie: Meer dan bij andere patiënten wordt bij eetstoornissen gebruik gemaakt van deze therapievorm. Hierbij wordt gebruik gemaakt van massage, muziek, motorische opvoeding en allerlei behandelingsmethodes die het respect voor het eigen lichaam bevorderen.

* Seksuele stoornissen : Belangrijke seksuele stoornissen bij vrouwelijke patiënten met eetstoornissen zijn vaginisme en dyspareünie. De behandeling is hierbij gericht op het adequaat gebruik van de bekkenbodemspieren. Dit zal later toegelicht worden bij de bespreking van de behandeling van vaginisme.

§ 7. Prognose

Het is sinds lang geweten dat anorexia en boulimia nervosa stoornissen zijn met potentieel fatale gevolgen (Blitzer, Rollins en Blackwell, 1961; Warren, 1968). Jongere leeftijd en een kortere duur van de ziekte worden in de meeste studies beschouwd als betere prognostische indicaties (Bassoe & Eskeland, 1982; Bruch 1973; Crisp, Kalucy, Lacy & Harding, 1977; Lucas et al, 1976; Morgan & Russell, 1975; Hsu et al., 1979). Een recente studie beweert echter het tegendeel (Saccomani et al., 1998). De meest significante items om een goede prognose te voorspellen zijn in deze studie: inzicht, goede familiale en sociale relaties en mentale gezondheid. De vroege start van de ziekte en het geslacht worden hier niet vermeld als prognostische indicatoren. De lange termijnsprognose na 9.6 jaar is goed bij 53% van de gevallen, gemiddeld bij 34% van de gevallen en slecht bij 14% van de gevallen. De slechte prognose is geassocieerd met een ernstige pathologie bij de start van de behandeling, de duur van de opname en het bestaan van comorbide factoren. Finzer et al. (1998) vinden gelijkaardige resultaten: 50% van de patiënten heeft een goede fysieke prognose. De psychosociale prognose is iets minder gunstig: 40%; sociale en seksuele stoornissen blijven bestaande, zelf nadat het gewichtsherstel terug normaal wordt. Deze gegevens indiceren dat een specifieke behandeling voor dit soort problemen (sekstherapie, kinesitherapie) noodzakelijk is.

Mortaliteitsratio's schommelen tussen 0 % tot 18 % (Swift, 1982; Eckert, 1995: 6.6%). De oorzaken van overlijden zijn, in orde van belangrijkheid: zelfmoord, ondervoeding en oesophageale rupturen (door het braken). Men heeft aangetoond dat zelfmoord meer voorkomt bij boulimia nervosapatiënten met bijkomende psychiatrische stoornissen. Favaro (1997) rapporteert dat patiënten met negatieve seksuele ervaringen meer zelfmoord plegen.

Deze resultaten geven aan dat patiënten met eetstoornissen nood hebben aan een intensieve medische en psychiatrische behandeling. Seksueel misbruik vergt verder specifieke aandacht.

Hoofdstuk III. Vaginisme en dyspareünie

§ 1. Inleiding

Er is sprake van een vaginistische reactie als bij pogingen om geslachtsgemeenschap te hebben de spieren rondom de vagina zich samenknijpen, zonder dat de vrouw dit zelf wil. Gemeenschap is hierdoor niet mogelijk of alleen met veel moeite en pijn (dyspareünie). Het spannen van de bekkenbodemspieren gebeurt soms al voor er iets (bv. penis, tampon of speculum) in de buurt van de vagina komt. Vrouwen die vaginistisch reageren denken vaak dat ze 'te nauw' zijn. Dit is echter bijna nooit het geval. Het nauwe gevoel wordt veroorzaakt door een verhoogde spanning in de bekkenbodemspieren.

Vaginisme is een psychosomatisch probleem en wordt gezien als een seksuele pijnstoornis, een categorie van de seksuele disfuncties. De andere categorieën van seksuele disfuncties zijn stoornissen in het seksuele verlangen, stoornissen in de seksuele arousal en orgasme-stoornissen (Phillips et al., 2000).

De seksuele pijnstoornissen worden onderverdeeld in drie types van pijn:

- oppervlakkige pijn
- vaginale pijn
- diepe pijn

- Oppervlakkige dyspareünie (of vaginisme) treedt op bij poging tot een penetratie, gewoonlijk secundair door anatomische of irriterende condities (anterieure kanteling van het bekken, littekenweefsel,…).
- Vaginale dyspareünie is pijn gerelateerd aan wrijving (frictie tegen de vaginawanden en problemen om vochtig te worden). Hieronder horen ook de stoornissen in het verlangen.
- Diepe dyspareünie is een stekende pijn bij diepe penetratie, dat in de onderbuik of in de lage rug gevoeld wordt. Het is vaak geassocieerd met een bekkenproblematiek.

De redenen om de keuze van mijn studie ondermeer te focussen op vaginisme zijn drieërlei. Vooreerst is het noodzakelijk om een selectie te maken gezien het grote aanbod aan literatuur over seksuele disfuncties. Verder speelt mijn persoonlijke fascinatie een belangrijke rol, ik ben licentiaat kinesitherapie, gespecialiseerd in bekkenbodemproblematiek, en een deel van mijn patiëntenpopulatie bestaat uit personen met vaginistische klachten. Tenslotte wil ik met dit proefschrift het taboe-gehalte van vaginisme bij patiënten met eetstoornissen verminderen en de verkeerdelijke algemene opvattingen over de moeilijke behandeling weerleggen. We zullen zien dat vaginisme, mits adequate diagnose, effectief behandeld kan worden.

§ 2. Diagnose van vaginisme

Er zijn verschillende definities voor vaginisme. De DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994) klassificeert vaginisme als een seksuele disfunctie in de subcategorie seksuele pijnstoornissen. Seksuele disfuncties kunnen nl. onderverdeeld worden in vier categoriën: de stoornissen in het seksueel verlangen, de stoornissen in de seksuele opwinding, orgasme-stoornissen en seksuele pijnstoornissen. (Halvorsen et al., 1992).
Het belangrijkste diagnostische criterium is de aanwezigheid van een "recurrerende of persistente onwillekeurige samentrekking van de musculatuur in het buitenste derde van de vagina dat interfereert met de geslachtsgemeenschap".

De ICD-10 (International Statistical Classification of Disease and Related Health problems, 1992) ziet vaginisme als een "pijnstoornis geassocieerd met vrouwelijke genitale organen en menstruele cyclus" ofwel als een "seksuele disfunctie die niet veroorzaakt wordt door een organische stoornis of ziekte". In de laatste categorie wordt de stoornis beschreven als een "spasme van de bekkenbodemspieren die de vagina omringen en die een occlusie van de vaginale opening veroorzaken. Geslachtsgemeenschap is hierdoor onmogelijk of pijnlijk".

De International Association for the study of Pain's Classification of Chronic Pain (1994) beschrijft geen diagnostische criteria voor vaginisme. Het vermeldt louter dat vaginisme en dyspareünie binnen de groep van "ziekten van de blaas, uterus, eierstokken en eileider" horen (Merskey en Bogduk, 1994).

Kritiek op al deze definities is het gebrek aan goed ontwikkelde diagnostische criteria en het gemis aan empirische data die de criteria staven. Bovendien zijn er geen gepubliceerde studies die de validiteit en betrouwbaarheid van vaginisme als een diagnostisch criterium onderzocht hebben. Een andere bedenking is het feit of vaginisme nu echt als een seksuele disfunctie kan gezien worden aangezien we vaak te maken hebben met goede seksuele relaties bij patiënten. Dit terwijl gynaecologisch onderzoek en het inbrengen van tampons (geen seksuele situaties) ook vaak onmogelijk zijn. We kunnen hier dus eerder een somatische oorzaak vooropstellen. Vaginisme is ook verschillend van de andere seksuele disfuncties want die indiceren problemen in de seksuele respons-cyclus (verlangen, opwinding, orgasme); hier hebben we daarentegen te maken met seksuele gedrag (penetratie) (Reissing, 1999).

Bij de diagnose van vaginisme en dyspareünie moet verder bijzondere aandacht gegeven worden aan recent ontstane of progressief verergerende dyspareünie; hierbij moet men denken aan:

- Vaginale infecties, vooral Candida- en Trichomonas-vaginitis, waarbij men moet vragen naar geassocieerde symptomen zoals jeuk, irritatie, enz.
- Meisjes/vrouwen die pas seksueel actief zijn: bij de eerste coïtus kan het hymen wat rigied zijn (vooral op oudere leeftijd). Voor een eerste vaginale partus kan er onvoldoende introïtale of vaginale 'accommodatie' zijn waardoor coïtus als ongemakkelijk of zelfs pijnlijk ervaren wordt. Bij aanhoudende vaginale dyspareünie is het belangrijk een congenitale afwijking uit te sluiten (bv. een longitudinaal of dwars septum).
- Na een bevalling is er dikwijls tijdelijke oppervlakkige en vaginale dyspareünie omwille van een pijnlijk litteken van een perineale of vaginale scheur of episiotomie. Vaginale dyspareünie kan ook voorkomen door atrofie door oestrogeentekort bij langdurige borstvoeding en werking van een POP ingenomen voor contraceptie.
- Bij jonge vrouwen met toenemende diepe dyspareünie moet men altijd denken aan pelvische endometriose. Geassocieerde symptomen zijn dysmenorroe en pijn bij defecatie.
- Na een uitgebreide pelvische chirurgie of radiotherapie (bv. cervixcarcinoma) is de vagina dikwijls voorgoed te kort en te nauw voor diepe penetratie. (Een gewone hysterectomie heeft echter geen negatieve invloed op de seksuele respons.)
- Vrouwen in de peri-en postmenopauze; ze hebben dikwijls toenemende oppervlakkige en vaginale dyspareünie door atrofie.

De differentiatie en het opstellen van onderscheidende diagnostische criteria voor dyspareünie en verschillende vormen van vaginisme (vaginisme door VVS (vulvar vestibulitis syndrome), vaginale penetratiefobie, psychogeen vagnisme,…) is moeilijk (Kremer, 1988; Nunns et al., 1997; Wijma et al., 2000). Aansluitend hierbij zijn psychofysiologische theorieën nodig als basis voor onderzoek om de connecties tussen de verschillende diagnostische entiteiten te verklaren (Wijma et al., 2000).

Samenvattend kan men stellen dat het gebrek aan objectieve, empirisch-gegronde criteria voor zowel de diagnose als de comorbiditeit van seksuele stoornissen vaak leidt tot onjuiste en niet betrouwbare diagnoses voor seksuele klachten bij vrouwen (Leiblum, 1998).

§ 3. Oorzaken

De klassieke psychoanalytische theorieën zagen vaginisme als een conversiestoornis die veroorzaakt werd door niet opgeloste psychoseksuele conflicten in de kindertijd (Fenichel, 1945). Vaginistische vrouwen vertonen een regressie naar de preoedipale of oedipale stadia in de ontwikkeling. De vrouwen kunnen hun libinale energie niet transfereren van hun vader naar hun partner (Abraham, 1945). In ernstige gevallen blijven vaginistische vrouwen gefixeerd op hun moeder. Nieuwe psychopathologische theorieën beschrijven vaginisme als een psychofysiologische stoornis met fobische elementen die resulteren uit echte of ingebeelde negatieve ervaringen met seksualiteit en/of penetratie. Figueira (2001) wees hieromtrent op het hoge voorkomen van seksuele disfuncties bij patiënten met paniekstoornissen of sociale fobie.

Verkeerde informatie zoals een gebrek aan seksuele educatie, onderschatting en schuldgevoelens door een dieper seksueel conflict (angst voor straf) kunnen ook meespelen in de ontwikkeling van vaginisme (Reissing et al., 1999).

Een heel belangrijke factor is angst die als onderhoudende factor meespeelt. Een variëteit van ervaringen in de kindertijd kunnen een angst voor pijn bewerkstelligen (bv. fysiek trauma in de kindertijd (Malleson,1942), angst voor vader (Silverstein, 1989; Barnes, 1986; O' Sullivan, 1979) en negatieve moederlijke conditionering (Shortle en Jewelewicz, 1986). Ook banale, kleine pijnervaringen kunnen de angst doen ontstaan waardoor de patiënt vaak in een vicieuze cirkel terechtkomt van angst en pijn.

Verscheidene organische pathologieën kunnen vaginisme faciliteren. Abnormaliteiten van het hymen, congenitale abnormaliteiten (bekken teveel naar voor gekanteld), operaties aan de vagina, endometriosis, vaginale letsels, littekenweefsel en tumoren (Basson, 1996; Abranow et al., 1994; Beck, 1993; Shortle en Jewelewicz, 1986; Lamont, 1978; Rey, 1977),...
Elk medisch probleem dat dyspareünie geeft kan resulteren in vaginisme. Een spasme is aanvankelijk een gepaste reflex op een pijnlijke stimulus maar kan blijven bestaan als een geconditioneerde respons als het primaire probleem opgelost is.

De partner kan ook bijdragen aan vaginisme. In de literatuur wordt vaak gewezen op de ondercompetentie en de te angstige, brave mannelijk partner. Een vrouw neemt zo'n passieve en niet assertieve partner als reactie op haar dominante vader waardoor een normale seksuele relatie in het gedrang komt (Silverstein, 1989). Ook seksuele disfuncties bij de man (erectieproblemen, premature ejaculatie) kunnen bijdragen aan de seksuele problemen bij de vrouw (na een succesvolle behandeling van vaginisme kunnen dergelijke problemen voorkomen

bij de man (Harrison, 1996; Speckens, 1995; Lamont, 1994; Hawton en Catalan, 1990; Barnes, 1986).

Seksueel misbruik wordt verder als een causale factor vooropgesteld maar er moet op gewezen worden dat de aard van de seksuele disfuncties, resulterend uit verkrachting en seksueel misbruik, kunnen variëren. Chapman (1989) suggereert dan aanvallen van seksueel geweld zowel de affectieve als fysiologische gezondheid van de vrouw kunnen aantasten. Hij evalueert de impact van seksueel misbruik op het seksueel verlangen, angsten, arousal en orgasme (seksuele disfuncties als onderdelen van de affectieve gezondheid). De fysiologische en gynaecologische gezondheid onderzoek hij via de fenomenen dyspareünie, vaginisme, intra-uteriene bloedingen, vaginitis en pelvische operaties. Hij vindt bij 61% van de seksueel misbruikte patiënten enige vorm van seksuele disfunctie. Ongeveer hetzelfde percentage heeft gynaecologische problemen. Dit percentage is vrij hoog als we dit vergelijken met andere studies. Velen tonen geen significante groepsverschillen in vaginisme bij misbruikte en niet-misbruikte personen (Depree Jones et al., 1997; Bisuas en Ratnam, 1995; APA, 1994; De Moor, 1972). Er moet wel op gewezen worden dat studies van deze aard heel moeilijk zijn omdat veel slachtoffers weigeren mee te werken (slechts 45% van de slachtoffers in de crisiscentra wilden meewerken aan de studie van Chapman). Dit gegeven moet in het achterhoofd gehouden worden bij de interpretatie van de data en bij verder onderzoek van deze patiëntenpopulatie.

Bepaalde persoonlijkheidskenmerken (bv. angst voor intimiteit)(Ward en Ogden, 1994) en socioculturele factoren (bv. religieuze orthodoxie)(Masters en Johnson, 1970) worden tenslotte gevonden bij vaginistische vrouwen.

Meteen valt op dat er veel parallellen te vinden zijn als we de oorzaken van vaginisme vergelijken met de oorzaken van eetstoornissen. Dit is voornamelijk het geval als we kijken naar de psychologische oorzaken. Seksueel misbruik komt bijvoorbeeld voor bij beide ziektebeelden. Hiermee gaan specifieke persoonlijkheidskenmerken gepaard wat een gevolg heeft voor de psychoseksuele ontwikkeling van de patiënt. Conflicten in de kindertijd kunnen ook aangehaald worden als gemeenschappelijke etiologische factoren: angst, negatieve ontwikkeling van het zelfbewustzijn- en effectiviteit zijn daarbij de niet te vermijden consequenties. Tenslotte is het vermeldenswaardig dat we in beide gevallen vaak te doen hebben met sterk orthodox-opgevoede, ascetische personen. Dit is een al eerder aangehaalde gemeenschappelijke socio-culturele oorzaak.

§ 4. Voorkomen

Dyspareünie, persisterende genitale pijn gedurende geslachtsgemeenschap, wordt geclassificeerd als seksuele pijnstoornis. Seksuele pijnstoornissen zijn de focus van een groot aantal studies. De prevalentie varieert van 3% (Shokrollahi, 1999: 10%; Ventegodt, 1998; Lindal et al., 1993) tot 18% (Moody et al., 1993) in de normale populatie. In de huisartspraktijk vindt men ratio's tussen 3% (Heisterberg, 1993) en 48% (Jamieson en Steege, 1996; Bachmann, 1989)(informatie uit 7 studies). De grote variatie kan verklaard worden door methodologische verschillen en verschillen in operationele definities (bv. DSM-IV criteria houden geen rekening met vaginisme en bevochtingsproblemen, terwijl andere criteria dit wel doen). Voor prevalentiecijfers van dyspareünie in seksuele begeleidingscentra noteren Jindall & Hall (1990) een ratio van 13% in een centrum voor onvruchtbaarheidsproblemen. In vergelijking met andere seksuele disfuncties lijkt dyspareünie een minder voorkomend probleem te zijn in seksuele begeleidingscentra. Dit komt waarschijnlijk doordat er meer pijnstoornissen gediagnostiseerd worden in de huisartspraktijk. Oudere vrouwen zijn vaak de focus van het onderzoek over dyspareünie. Er is evidentie dat dyspareünie meer voorkomt bij postmenopauzale vrouwen (Rekers et al., 1992). De prevalentie varieert bij deze patiëntenpopulatie van 9% (Barlow et al., 1997) tot 21% (Wasti et al., 1993).

Er is heel weinig data over de incidentie en prevalentie van vaginisme en de ratio's variëren enorm. Lamont (1994), Hawton en Catalan (1990), Smidt en Arentewicz (1983), Barnes (1986) suggereren een verwijzingsratio tussen 5 en 17%. Read et al. (1997) rapporteren een prevalentie van 30% in de primaire gezondheidszorgdiensten. Populatie-estimaties geven slechts een ratio tussen 0.5% en 1% aan (Fugl-Meyer et al., 1999). Een grootschalige Amerikaanse epidemiologische studie noteert dat 10 tot 15% van de vrouwen consistente coïtale pijn rapporteren (Laumann et al., 1994). Men vermoedt dat vaginisme vaak te weinig gerapporteerd en gediagnostiseerd wordt en daardoor onderschat wordt (Leiblum et al., 1989; Crenshaw en Kessler, 1985). In Nederland alleen al zijn er 150.000 vrouwen die vaginisme hebben (Nijmeegse wetenschapswinkel). In de normale populatie komen volgens Phillips (2000) seksuele dysfuncties in het algemeen bij 18 à 50 % van de vrouwen voor. Halvorsen (1992) breidde dit percentage zelfs uit tot 75 %. Dit zijn niet te onderschatten ratio's.

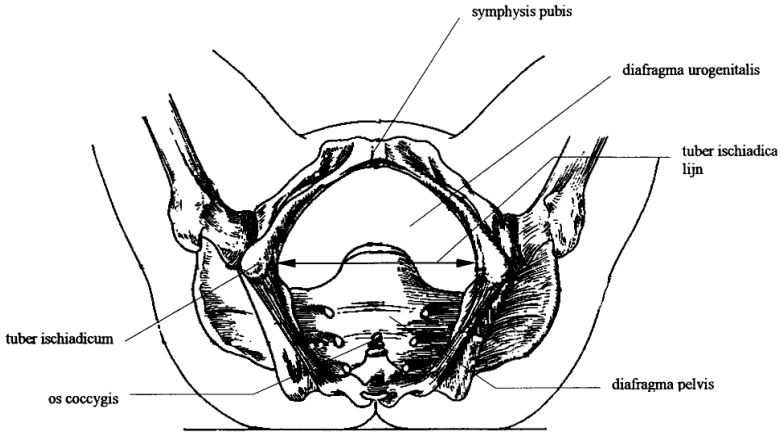
Weinig studies geven ons een inzicht over de incidentie- en prevalentiecijfers van vaginisme en dyspareünie bij patiënten met eetstoornissen. Morgan et al. (1995) rapporteren dat 40% van de anorexia en boulimia nervosapatiënten seksuele problemen hebben met hun partner. 22 à 23% van de patiënten werd seksueel misbruikt in de kindertijd (Schmidt et al., 1995). Voor meer specifieke data kan verwezen worden naar het eerste hoofdstuk over seksueel misbruik.

§ 5. Symptomen van vaginisme

De belangrijkste symptomen van vaginisme en dyspareünie zijn pijn en spanning of contractuur van de bekkenbodemspieren bij genitaal contact of stimulatie van de genitaal verwante lichaamsdelen.

Over welke spieren gaat het hier?

Bij vaginisme is er onwillekeurige samentrekking van de bekkenbodemspieren van het buitenste derde van de vagina (oppervlakkige laag-Diafragma urogenitalis-zie onderstaande figuur) (Phillips, 2000).



Figuur 5: Het bekken met diafragma urogenitalis en diafragma pelvis.

De spieren van het diafragma urogenitalis hebben een sluitfunctie. Twee spieren van dit diafragma hebben ook een seksuele functie: m. bulbocavernosus en m. ischiocavernosus.

1. M. bulbocavernosus of bulbospongiosus

Oorsprong: centrum tendineum.

Aanhechting: ter hoogte van het corpus cavernosum en het ligamentum suspensorium clitoridis. De spier loopt circulair rond de vagina.

Functie:
- afsluiten van de vaginale opening;
- trekt ritmisch samen tijdens het orgasme van de vrouw;
- de voorste vezels staan in voor de erectie van de clitoris, deze zorgen voor de compressie van de diepe dorsale vene.

2. M. ischiocavernosus

Ligt lateraal zowel links als rechts van de vagina.

Oorsprong: ramus ossis ischii, tuber ischiadicum.

Aanhechting: de spiervezels eindigen in een aponeurose die aan het corpus cavernosum en het crus clitoridis vast zit.

Functie: geeft bij activatie een contractie van het crus clitoridis zodat het bloed niet in de venen kan wegvloeien en de clitoris in erectie blijft.

Daarnaast heb je nog de mm. transversus perinei superficialis en profundus:

3. M.transversus perinei superficialis

Oorsprong: tuber ischiadicum.

Aanhechting: centrum tendineum perinei.

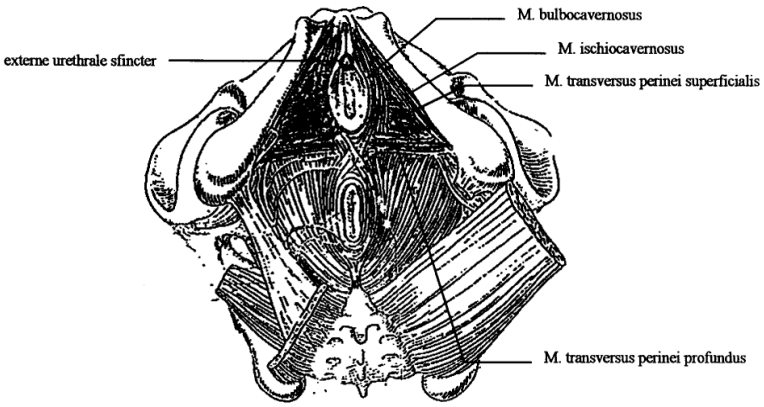
Functie: stabiliserende functie, fixatie van het perineum.

4. M. transversus perinei profundus

Oorsprong: ramus ossis ischii, ramus inferior ossis pubis.

Aanhechting: de spier verloopt naar de hiatus urogenitalis en is gespannen tussen beide ramus ossis ischii. Ze wordt versterkt door het ligamentum transversum perinei en het ligamentum arcuatum pubis. De urethra en de vagina lopen door deze spier.

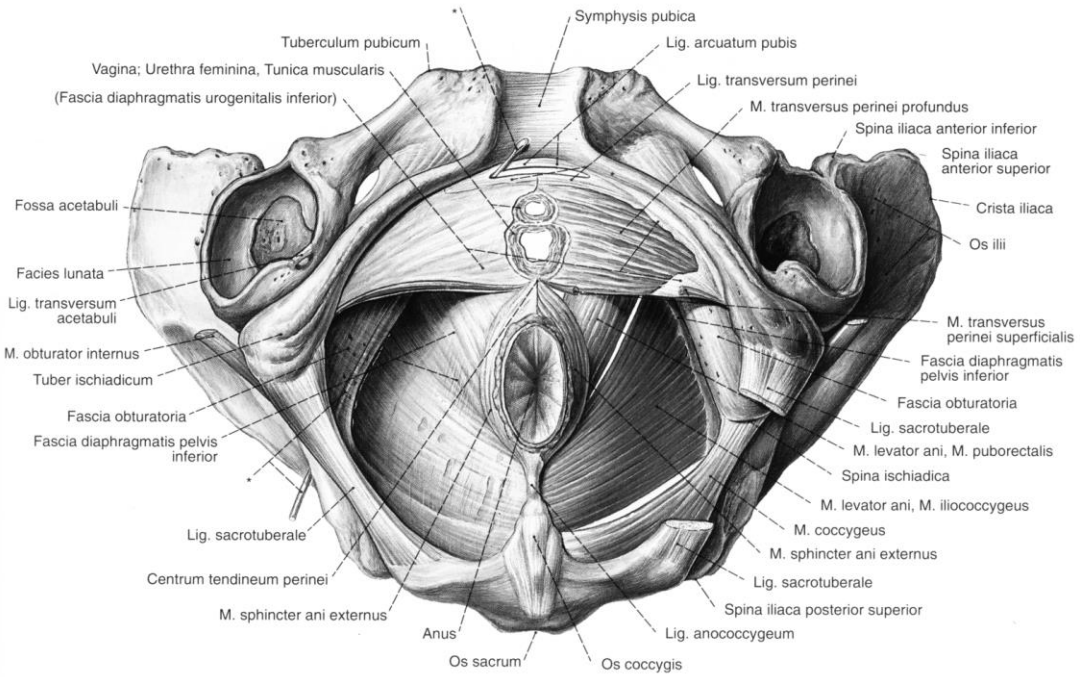
Functie: stabiliserende functie, fixatie van het perineum.



Figuur 6: Spieren van het diafragma urogenitalis.

Sommige auteurs vermelden ook de m. levator ani en m. pubococcygeus die onderdeel zijn van de diepe musculatuur van de bekkenbodem (diafragma pelvis) (Lamont, 1994; Steege, 1984). M. levator ani is samengesteld uit verschillende delen: m. pubovaginalis, m. puborectalis, m. pubococcygeus, m. iliococcygeus en m. ischiococcygeus. M. pubovaginalis en puborectalis

veroorzaken bij contractie een constrictie van het rectum en de vagina. Samen met m. pubococcygeus vormen ze een musculair diafragma dat de bekkeninhoud ondersteunt en meewerkt aan de buikpers. Naast deze functies helpen deze spieren ook bij de constrictie van de vagina tijdens coïtus, bevalling, mictie en defecatie. M. puborectalis werkt als aarsheffer en is essentieel voor de anale continentie. M. iliococcygeus drukt de rectumwand van buiten naar binnen samen en brengt ook de achterwand nader bij de voorwand. Deze spier is dus eerder een sfincter.



<u>Figuur 7</u>: Spieren van het diafragma pelvis.

De pijn kan ook afkomstig zijn van een te grote voorwaartse kanteling van het bekken (congenitaal) waarbij men bij penetratie telkens tegen de symphysis pubica stoot.

§ 6. Behandeling

I. Algemene medische behandeling

De algemene medische behandeling is gericht op de organische en hormonale condities die bijdragen aan vaginisme, dyspareünie of andere seksuele disfuncties. Aanwezige chronische systemische ziektes worden bekeken; diabetes wordt gecontroleerd, thyroïd-disfuncties gecorrigeerd alsook andere mogelijke stoornissen die kunnen bijdragen aan de irritatie en het minder vochtig worden van de vagina. Negatief werkende farmacologische therapieën worden aangepast. Tenslotte moeten slechte gewoontes omtrent medicatiegebruik, voeding, onvoldoende rust en oefening weggewerkt worden (Halvorsen et al., 1992).

II. Algemene psychoseksuele behandeling

In de medische behandeling van organische seksuele problemen kan sekstherapie helpen de patiënten aan te passen aan de negatieve impact van de fysiologische beperkingen op hun seksualiteit. Daarenboven kunnen alternatieve wegen aangeboden worden om seksuele voldoening te bekomen.

Voor de behandeling van psychogeen vaginisme en andere seksuele disfuncties is psychoseksuele therapie effectief gebleken. Het centrale principe is het principe van "verantwoordelijkheid voor zichzelf (responsibility for self)". Elke partner krijgt hier, naast gemeenschappelijke behandeling, ook afzonderlijke therapie gericht op de ontwikkeling van hun eigen seksualiteit. Een tweede basisprincipe houdt gedragsverandering in, zodat, vanaf een bepaald punt in de behandeling, groei in seksuele attitudes, prestatie en gevoelens kan optreden. Het aanleren van fysiologische relaxatie is het primaire doel van de behandeling (zie kinesitherapeutische behandeling). Adequate en voldoeninggevende seksuele prestaties zijn afhankelijk van de mogelijkheid tot relaxatie van de bekkenbodemspieren. Dit is de belangrijkste fundering voor een natuurlijke fysiologische en psycho-seksuele opwinding. Een laatste principe bestaat uit de opheldering van de grenzen tussen de seksuele en de niet-seksuele aspecten van de disfunctie. Seksualiteit verbetert alleen als al deze aspecten behandeld worden.

De klassieke sekstherapie is geworteld in het fysiologisch model van seksuele verantwoordelijkheid dat gefundeerd is in het seksueel respons-model van Masters en Johnson. Sekstherapie poogt de individuele en interpersoonlijke blokkeringen in de natuurlijke fysiologische respons weg te nemen. Het vertraagt de fysiologische respons; isoleert specifieke fasen in de seksuele respons-cyclus en verwijdert de stoornissen die de responsiviteit blokkeren. Mogelijke componenten van sekstherapie zijn (Halvorsen, 1992):

- Relaxatietraining met gerichtheid op persoonlijke lichaamssensaties.

- Duele sekstherapie. Hierbij gaat men ervan uit dat vrouwen en mannen verschillen in hun seksuele rollen en ervaringen. Het beklemtoont het belang van evenwicht en rechtvaardigheid tussen beide.
- Cognitieve gedragstherapie waarbij graduele seksuele thuisoefeningen geëvalueerd worden in de behandelingssessies. Belangrijke thema's die besproken worden zijn: bekwaamheid versus incompetentie, autonomie versus afhankelijkheid, isolatie versus fusie en het effect van de behandeling (Shaw et al., 1994). Harrison (1996) rapporteert een succesratio van 85%.
- Hypnose om seksuele inhibitie of een doorgemaakt trauma op te sporen.
- Communicatietraining; hier leren mensen hun gevoelens te uiten.
- Aanvullende therapieën zoals workshops, seksuele opvoeding, massagetraining,…
- Integrerende behandelingsstrategieën die de meest efficiënte therapieën samennemen.

III. Kinesitherapeutische behandeling

De kinesitherapeutische behandeling van vaginisme is heel eenvoudig ("Incredibly simple", Kaplan 1974) en heeft als primaire doel het opheffen van het spierspasme (Halvorsen, 1992). In de literatuur wordt dit vermeld als 'desensitization'.

Concreet kan dit gedaan worden door een kinesitherapeut met kennis van bekkenbodemspierreëducatie. Het doel van de behandeling is de vicieuze cirkel (angst – spanning - pijn – meer angst) te doorbreken. Door middel van een spiegel en door contact met de vaginale zone wordt aan de patiënt een betere kennis van het lichaam aangeleerd. Er wordt naar een betere proprioceptie van de genitaliën en spieren gestreefd. De patiënt moet de bekkenbodemspieren leren sluiten en optrekken en zijn spieren in verschillende posities (lig, zit, stand en beweging) leren controleren.

Een patiënt met vaginisme moet rustig en met begrip benaderd worden. De patiënt kan overdonderd worden door deze benadering doordat bepaalde emoties van traumatisch ervaringen terug geactiveerd worden (Wijma et al., 1998). Het eerste contact is vooral anamnestisch waarbij zware psychologische problemen moeten uitgesloten worden. Er worden vragen gesteld om na te gaan waar het probleem zich situeert. Belangrijk tijdens dit contact is dat de therapeut zelf rustig is en dat de patiënt discreet benaderd wordt. Tijdens het klinisch onderzoek wordt de vrouw in gynaecologische houding geplaatst. We observeren de reactie op de aanraking van de enkel tot de dij. Ondertussen wordt er, gebruik makend van een spiegel, uitleg gegeven over de anatomie van de vaginale zone. Pas op dit moment wordt er over gegaan op de rechtstreekse aanraking en penetratie. De therapeut plaatst eerst één vinger voor de vaginale opening. De patiënt doet hetzelfde. Vervolgens brengt de therapeut één vinger naar

binnen terwijl de patiënt de spieren spant en ontspant. Het kan wel drie sessies duren vooraleer een toucher wordt bereikt. Wanneer dit lukt, brengt de patiënt of eventueel de partner indien de patiënt niet wil, één vinger naar binnen. Een volgende stap is het inbrengen van twee vingers, één vinger van de patiënt en één vinger van de therapeut. Pas daarna twee vingers van de patiënt. Om een normale coïtus mogelijk te maken, wordt geoefend met drie vingers. Inbrenging van een fantoom (glazen staaf in de vorm van de penis) is de volgende stap.

Later kan ook met biofeedback, kegeltherapie, dilatators en eventueel elektrostimulatie gewerkt worden. Het is belangrijk dat de patiënt het ritme aangeeft zodat we haar autonomie niet aantasten. Bij geassocieerde psychologische problemen, zoals fobische elementen, negatieve conditionering, schuldgevoelens, angst voor pijn, enz,... zijn psychotherapeutische of sekstherapeutische interventies aangewezen. Operaties zijn niet effectief gebleken (Luyens en Smits, 2001; Biswas et al., 1995).

§ 7. Prognose

De prognose van vaginisme en dyspareünie varieert afhankelijk van de aard van de geassocieerde organische problemen en het succes van de medische, psychoseksuele en kinesitherapeutische behandeling. In gevallen met een eenvoudige psychogene of zuiver somatische oorzaak liggen de succesratio's heel hoog (95%, Halvorsen et al., 1992). Scholl (1988) heeft een groep van vaginistische patiënten over een periode van vier jaar onderzocht en vond eveneens een gemiddeld succesratio van 95%. De lengte van de therapie werd geanalyseerd en men zag een associatie met de volgende factoren: duur van de disfunctie, het concept van de patiënt over de oorzaak van het probleem, vroegere pogingen om operatief behandeld te worden, motivationele factoren (zwangerschap), steun van de echtgenoot, voorafgaande organische abnormaliteiten, graad van seksueel inzicht en kennis, angst voor seksueel overdraagbare ziektes, attitudes van de ouders m.b.t. seksualiteit en de houding van de patiënt t.a.v. de genitaliën. Succesvolle resultaten waren gerelateerd aan het verlangen om zwanger te worden (dit werd ook bevestigd door Drenth et al., 1996), een goede relatie en de perceptie van het koppel van de psychogeniteit van het probleem. Niet-succesvolle prognoses werden gevonden bij koppels die hun probleem als organisch interpreteerden, anatomische abnormaliteiten, negatieve attitudes t.a.v. de genitaliën, angst voor seksueel overdraagbare aandoeningen en negatieve ouderlijke attitudes t.a.v. seksualiteit.

Over het algemeen kunnen we dus stellen dat de prognose van vaginisme en dyspareünie, mits adequate behandeling en afwezige comorbiditeit, uitermate gunstig is. De succesratio's liggen tussen 90 en 100 %. (Beck, 1993; Halvorsen, 1992; Van de Wiel et al., 1990; Leiblum et al., 1989; Scholl, 1988; Shortle en Jewelewicz, 1986; Lazarus, 1963).

Hoofdstuk IV. Besluit literatuurstudie

In de bestaande literatuur over eetstoornissen wordt de nadruk vooral gelegd op de psychopathologische en socioculturele componenten van de ziekte. Seksuele factoren worden veelal uit het oog verloren. Deze factoren hebben echter een niet te ondersschatten invloed en spelen een rol in verscheidene aspecten van anorexia en boulimia nervosa.

Om de diagnose van anorexia en boulimia vast te stellen wordt gebruik gemaakt van diagnostische criteria zoals: DSM-III-R, ICD-10 en de criteria van Russell. Kritiek wordt geleverd op het feit dat de criteria geen rekening houden met de grote heterogeniteit aan eetstoornissen. Tobin (1995) illustreert een subgroep waarbij de seksuele componenten een belangrijke rol spelen. Hiernaast zullen er ongetwijfeld andere subgroepen bestaan. Bewijs is geleverd dat seksueel misbruik een belangrijke comorbide factor is en de psychopathologie verergert. Het is dus essentieel dit gegeven mee op te nemen in de diagnose.

De oorzaken van eetstoornissen liggen op het biologisch, familiaal, socio-cultureel en psychologisch vlak. Op biologisch en familiaal vlak zijn er genetische factoren, hormonale stoornissen en relationele invloeden. Op socio-cultureel vlak zien we vooral een invloed van het schoonheidsideaal en de religie. Psychologisch kunnen eetstoornissen tenslotte verklaard worden door vroeger doorgemaakt seksueel misbruik en onderliggende persoonlijkheidstoornissen.

Symptomen worden ingedeeld in drie groepen: lichamelijk, psychologisch en seksueel. De vertraagde puberteit kan gezien worden als een belangrijk lichamelijk symptoom. Psychologische manifestaties zijn o.a. depressiviteit, gestoord lichaamsbeeld, perfectionisme, affectlabiliteit, obsessieve en compulsieve gedragingen en persoonlijkheidsstoornissen. De seksuele symptomen zijn talrijk. De relatie tussen eetstoornissen met zowel het huwelijk als impulsiviteit wordt aangetoond, alsook de inhoud van de seksuele dagdromen. Basissymptomen zoals angst om volwassen te worden, amenorroe, reproductieve en hormonale abnormaliteiten worden verder toegelicht.

De behandeling gebeurt op verschillende vlakken, gaande van individuele pyschotherapie tot groeps- en gezinstherapie. Specifieke therapieën gericht op seksueel misbruikte patiënten worden besproken. M.b.t. seksuele problemen (vaginisme en dyspareünie) is aangetoond dat kinesitherapie een belangrijke bijdrage kan leveren.

Vaginisme is een onwillekeurige contractie van de bekkenbodemspieren bij poging tot geslachtsgemeenschap. Het wordt gediagnostiseerd door o.a. DSM-IV en ICD-10 waarbij weerom rekening moet gehouden worden met de weinig betrouwbare, niet gevalideerde criteria. Bij de bespreking van de oorzaken valt op dat er veel parallellen te vinden zijn met de oorzaken van eetstoornissen, en dit dan voornamelijk op psychologisch vlak. Seksueel misbruik en conflicten in de kindertijd leiden tot specifieke persoonlijkheidskenmerken die gevolgen hebben voor de psychoseksuele ontwikkeling van de patiënt. De behandeling van vaginisme en dyspareünie is heel eenvoudig en zeer succesvol. Reden te meer om te geloven dat eetstoornispatiënten met seksuele problemen (en dan vooral vaginisme) kunnen geholpen worden met de bestaande behandelingsstrategieën.

In het navolgend onderzoek zullen de resultaten van de literatuurstudie, en in het bijzonder de seksuele kenmerken, getoetst worden aan een proefgroep bestaande uit eetstoornispatiënten ouder dan achttien jaar. De gegevens zullen daarbij vergeleken worden met een jongere leeftijdsgroep om zo te bepalen of er verschillen zijn met betrekking tot de seksuele beleving tussen de twee groepen. Daaropvolgend wordt via enkele casussen een illustratie gegeven van het toepassen van een kinesitherapeutische behandeling van vaginisme en dyspareünie bij patiënten met eetstoornissen. De resultaten en besluiten van dit onderzoek worden in deel II beschreven.

DEEL II. ONDERZOEK

Inleiding

We hebben gezien dat patiënten met eetstoornissen die vroeger seksueel misbruikt werden vaak een ernstigere psychopathologie vertonen. Zlotlich (1997) toont bijvoorbeeld aan dat seksueel misbruikte patiënten hoger scoren op de EDI (Eating Disorders Inventory) dan niet-misbruikte patiënten. Hij noteert hogere ratio's op verscheidene subschalen:

- drang om slank te worden
- perfectionisme
- interpersoonlijk wantrouwen
- interoceptief bewustzijn.

Wij willen nu onderzoeken hoe de seksualiteitsbeleving in het algemeen is bij patiënten met eetstoornissen. We zullen daarvoor niet alleen de EDI gebruiken maar ook andere vragenlijsten (zoals EDES: Eating Disorders Evaluation Scale en LAV: Lichaamsattitude Vragenlijst). Seksuele pijnstoornissen zoals vaginisme en dyspareünie worden niet specifiek onderzocht daar de vragenlijsten deze items niet expliciet opnemen. Er wordt van ons verwacht dat we de beschikbare onderzoeksinstrumenten respecteren.

Concreet is de opzet van dit onderzoek na te gaan of er een verschil is in seksualiteits- en lichaamsbeleving bij patiënten met eetstoornissen onder en boven de achttien jaar. Onze hypothese luidt dat patiënten boven de achttien jaar een negatievere beleving t.a.v. seksualiteit en lichaamsbeeld hebben dan patiënten onder de achttien jaar. (Dit in tegenstelling met de normale populatie, waar geacht wordt dat personen die meer volwassen zijn meer interesse vertonen voor seksualiteit.) De grens op achttien jaar volgt uit de wettelijke definitie van meerderjarigheid. Vanaf deze leeftijd zijn seksuele betrekkingen geen zeldzaamheid meer (en bovendien niet strijdig met het algemeen zedelijkheidsbesef).

Gezien het feit dat vaginisme niet specifiek onderzocht wordt, worden op het einde van dit onderzoek een aantal casussen vanuit mijn eigen praktijkervaring beschreven. Hierbij wordt duidelijk geïllustreerd dat vaginisme bij patiënten met eetstoornissen kan voorkomen en effectief kinesitherapeutisch kan behandeld worden.

Hoofdstuk I. Methode

§ 1. Proefpersonen

Uit een groep van 706 patiënten met een eetstoornis, opgenomen sinds mei 1984 tot september 2001 in het Universitair Centrum St. Jozef te Kortenberg en gediagnosticeerd via DSM criteria, werden er 371 personen geselecteerd op basis van de leeftijd (tot 21 jaar). Van de 371 proefpersonen waren er 182 onder de achttien jaar en 189 boven de achttien jaar.

Leeftijdsgroep	Aantal proefpersonen	%t.o.v. voll. groep N=706
12 jarigen	1	0.14
13 jarigen	8	1.13
14 jarigen	17	2.41
15 jarigen	38	5.38
16 jarigen	59	8.37
17 jarigen	59	8.37
18 jarigen	53	7.51
19 jarigen	45	6.37
20 jarigen	45	6.37
21 jarigen	46	6.52

§ 2. Procedure

Alle proefpersonen kregen volgende vragenlijsten aangeboden.

1) De *Eating Disorder Inventory* (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983) is een internationaal erkende vragenlijst (64 items) met acht schalen die gedragskenmerken en psychologische kenmerken relevant voor eetstoornissen meten:

- drang om slank te worden (DTA)
- boulimia (B)
- ontevredenheid over het lichaam(BDC)
- ineffectiviteit (IDF)
- perfectionisme (P)
- interpersoonlijk wantrouwen (I)
- interoceptief bewustzijn (IA)
- angst om volwassen te worden (MF)

De subschalen "ontevredenheid over het lichaam" en "angst om volwassen te worden (= angst om verantwoordelijkheid op te nemen en angst t.a.v. seksualiteit)" zijn twee aspecten die de lichaamsbeleving meten en een invloed kunnen hebben op de seksualiteit.

2) De *Eating Disorder Evaluation Scale* (EDES; Vandereycken, 1993). Het is een gemakkelijk en goed verstaanbaar zelf-rapporterend instrument voor de klinische bepaling van de ernst van eetstoornissen. Het heeft vier sub-schalen:
   - anorectische preoccupaties (EDESA)
   - boulimisch gedrag (EDESB)
   - seksualiteit (EDESS)
   - psychosociale aanpassing (EDESP)

   EDESS meet specifiek de seksualiteit bij patiënten. De totale score van de EDES kan gebruikt worden als een meting voor het algemene functioneren van de patiënt. (Hoe lager de score op de EDES, hoe ernstiger de pathologie).

3) De *Body Attitude Test* of *Lichaamsattitudevragenlijst* (BAT of LAV; Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden, 1995) is een vragenlijst (20 items) ontwikkeld voor vrouwelijke patiënten met eetstoornissen.

   Het meet drie aspecten van de lichaamservaring:

   1. negatieve appreciatie van de lichaamsvorm (LAV1)
   2. verlies van vertrouwdheid met het eigen lichaam (LAV2)
   3. algemene tevredenheid over het lichaam (LAV3)

Van iedere patiënt werd het gewicht en de lengte, alsook de *Body-Mass-Index* (BMI) bepaald (kg/m^2).

§ 3. Statistische analyse

Voor het onderzoek wordt een t-toets uitgevoerd om patiënten onder en boven de achttien jaar te vergelijken. Dit is een toetsprocedure waarin gemiddelden van populaties met elkaar vergeleken worden.

Hoofdstuk II. Resultaten

§ 1. Vergelijking van proefpersonen onder en boven de achttien jaar

De resultaten bestaan uit:

1) De beschrijvende kenmerken (leeftijd, lengte, gewicht, BMI en ziekteduur)(tabel 1)
2) De algemene psychopathologie (EDI, EDES en SCL90) (tabel 2)
3) De verschillen in verband met de lichaamsbeleving (tabel 3)

We vergelijken via de t-toets.

Tabel 1: Beschrijvende statistiek van de min achttien jarigen en plus achttien jarigen voor leeftijd, gestalte, gewicht, BMI en ziekteduur.

Variabelen	Gemiddelde min 18 jaar N=182 (+standaarddeviatie)	Gemiddelde plus 18 jaar N=189 (+standaarddeviatie)	t-waarde	p
Leeftijd	16.1 (1.2)	19.8 (1.2)	-29.30	*
Gestalte	165.0 (6.4)	165.6 (6.4)	-0.98	ns
Gewicht	43.1 (11.2)	48.5 (14.3)	-4.03	*
BMI	15.6 (3.7)	17.6 (5.0)	-4.06	*
Duur	1.7 (1.4)	3.3 (2.4)	-7.19	*

t-toets voor onafhankelijke variabelen (df = 369) * = significant $p < 0.001$

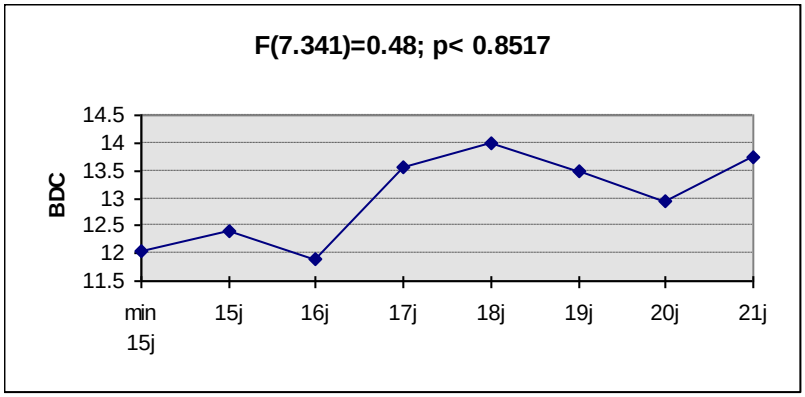
De vergelijking van de twee groepen toont, zoals verwacht, aan dat er een significant verschil is voor leeftijd en ziekteduur. De ziekteduur is immers korter op het tijdstip van opname omdat de patiënten jonger zijn. Ook het gewicht en BMI zijn significant hoger voor de oudere leeftijdsgroep. De gestalte is niet significant verschillend.

Tabel 2: Vergelijking van de min achttien jarigen en de plus achttien jarigen op de algemene psychopathologische klachten.

Variabelen	Gemiddelde min 18 jaar N=182 (+standaarddeviatie)	Gemiddelde plus 18 jaar N=189 (+standaarddeviatie)	t-waarde	p
EDI				
Totaal	**64.1 (31.7)**	**77.3 (31.9)**	**-3.86**	*****
BDC	**12.1 (7.0)**	**13.5 (7.1)**	**-3.52**	*****
IA	8.8 (6.3)	10.6 (6.5)	-2.64	*
B	2.3 (4.3)	6.0 (6.5)	-6.30	*
P	6.0 (4.1)	7.2 (4.2)	-2.68	*
MF	**6.8 (5.1)**	**7.5 (5.9)**	**-1.24**	**ns**
EDES				
Totaal	**37.2 (9.7)**	**34.3 (10.5)**	**2.55**	*****
EDESP	5.5 (4.5)	7.0 (5.3)	-2.81	*
EDESB	14.5 (4.4)	10.9 (5.7)	6.77	*
EDESS	**6.0 (5.4)**	**4.3 (4.4)**	**2.99**	*****
EDESA	12.9 (5.1)	10.5 (4.4)	4.40	*

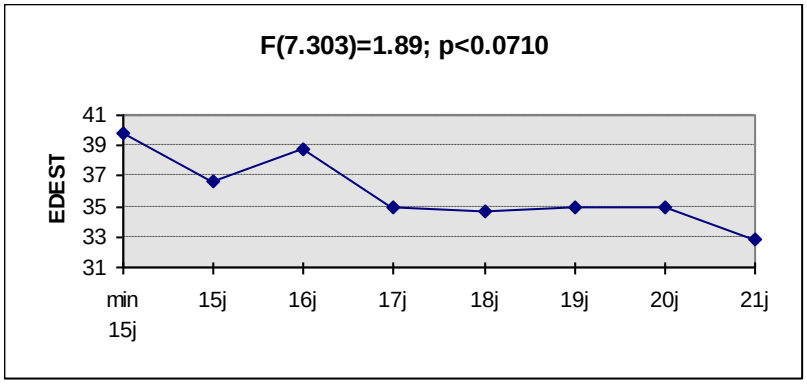
t-toets voor onafhankelijke variabelen * = significant $p < 0.001$
EDI sub-schalen: BDC = ontevredenheid over het lichaam, IA = interoceptief bewustzijn, B = boulimia nervosa, P = perfectionisme, MF = angst om volwassen te worden
EDES sub-schalen: EDESP = psychosociale aanpassing, EDESB = boulimisch gedrag, EDESS = seksualiteit, EDESA = anorectische preoccupatie

- Voor de sub-schalen van de EDI zien we voor ontevredenheid over het lichaam (BDC) een significant hogere score bij de +18 jarigen (zie onderstaande figuur), terwijl we voor angst om volwassen te worden (MF) geen significant verschil zien.



Figuur 8: Grafische voorstelling van BDC.

- EDES geeft voor seksualiteit (EDESS) een lagere score in de groep boven de achttien jaar. De totale EDES-score is hoger in de jongere leeftijdsgroep, wat wijst op negatievere resultaten in de oudere leeftijdsgroep. (Alle EDES-scores zijn ook significant.)



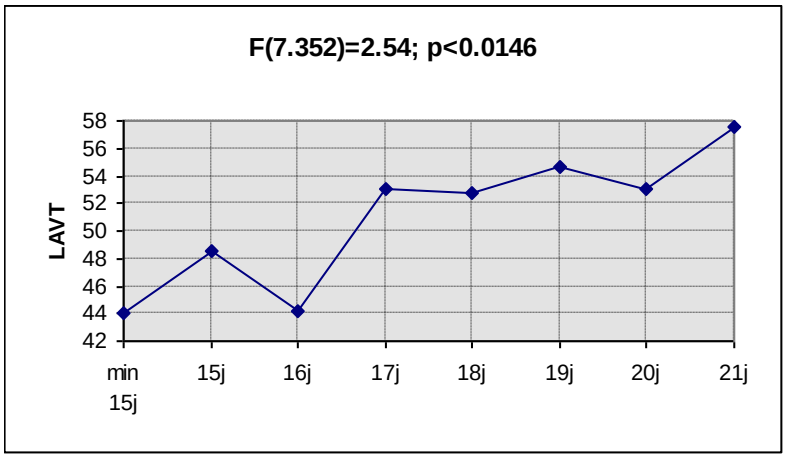
Figuur 9: Grafische voorstelling van EDEST.

Tabel 3: Vergelijking van de lichaamsbeleving tussen min achttien jarigen en plus achttien jarigen.

Variabelen	Gemiddelde min 18 jaar N=182 (+standaarddeviatie)	Gemiddelde plus 18 jaar N=189 (+standaarddeviatie)	t-waarde	p
LAV				
Totaal	48.0 (20.7)	54.5 (19.4)	-3.06	*
LAV1	14.1 (9.5)	16.6 (9.4)	-2.44	*
LAV2	15.2 (7.7)	18.2 (7.3)	-3.84	*
LAV3	11.9 (5.1)	12.9 (4.6)	-1.93	ns

t-toets voor onafhankelijke variabelen * = significant p < 0.001
LAV sub-schalen: LAV1 = negatieve appreciatie van de lichaamsvorm, LAV2 = verlies van vertrouwdheid met het eigen lichaam, LAV3 = algemene tevredenheid over het lichaam

Voor de LAVsub-schalen zijn er significante verschillen in de zin dat er een meer negatieve lichaamsbeleving bij personen boven de achttien jaar is; dit uit zich in een negatieve appreciatie van de lichaamsvorm en in een verlies van vertrouwdheid met het eigen lichaam (zie onderstaande figuur).



Figuur 10: Grafische voorstelling van LAVT.

§ 2. Besluit onderzoek

Uit de resultaten van het onderzoek dat een vergelijking maakte tussen min achttien jarigen en plus achttien jarigen blijkt dat er duidelijke verschillen zijn. Min achttien jarigen scoren op de zelfrapporteringsvragenlijst (tabel 2) positiever dan plus achttien jarigen. Specifieke seksuele items ondersteunen dit grotendeels. Plus achttien jarigen zijn duidelijk minder tevreden met hun lichaam dan min achttien jarigen, angst om volwassen te worden toont geen verschillen tussen de twee groepen. De resultaten m.b.t. de lichaamsbeleving (tabel 3) geven ook aan dat plus achttien jarigen minder vertrouwd zijn met hun lichaam en hun lichaam minder appreciëren.

Hoofdstuk III. Casussen

De casussen die hieronder besproken worden betreffen personen die doorverwezen zijn door een arts voor een kinesitherapeutische behandeling van vaginisme. Het zijn allemaal patiënten met een specifieke anorectische voorgeschiedenis. Hun pathologie is echter grotendeels opgelost waardoor ze niet meer in de acute fase van anorexia nervosa verkeren. Ernstige psychogene bijdragende factoren kunnen dus uitgesloten worden, daar ze al voordien behandeld werden. Er wordt niets tegen de wil van de patiënten gedaan, als de patiënte aangeeft dat haar grenzen overschreden zullen worden, wordt de behandeling onderbroken of zelfs stopgezet.

§1. CASUS 1

Persoonlijke gegevens:

S.T., geboren 29/08/'78; studente rechten aan de RUG, momenteel geen vriend.

Diagnose bij aanmelding (door arts):

Pijn bij betrekkingen.

Algemene mini-anamnese:

- Voorgeschiedenis:

  Door de ernstige psychische gestoordheid van haar moeder heeft S. vanaf haar puberteit eetstoornissen gehad. Het eten was een voortdurend probleem tussen moeder en dochter, waarbij vader door moeder als bemiddelaar werd geroepen, zodat ze in een chronisch conflict met beide ouders leefde. Na haar tiende jaar, op zeer ontactische wijze door haar moeder seksueel voorgelicht, begonnen de intrapsychische moeilijkheden. Haar ouders maakten in die tijd veel ruzie. Op haar twaalfde begon de menstruatie. Op dertien jaar, in het 1e middelbaar, klapte ze psychisch ineen en begon ze excessief te braken. Van ongeveer 60 kg viel zij snel af tot 45 kg. Opneming volgde. Op haar veertiende woog ze weer 60 kg, en mocht ze weer naar school. Ze had hierbij in het begin wat moeilijkheden, maar slaagde voor haar eindexamen. Nu studeert ze rechten. Ze is nog altijd in therapie (ambulant).

  Ze gaat sinds geruime tijd ook naar een seksuoloog omdat ze problemen heeft met het vrijen (vaginisme). In het begin heeft dit haar veel vooruitgeholpen maar nu niet meer omdat de seksuoloog ontkent dat haar probleem voor een deel ook somatisch is. De patiënte is ervan overtuigd dat er ook een lichamelijke kant aan haar vaginisme ligt. Momenteel heeft ze geen vriend, maar ze ervaarde in het verleden problemen op seksueel vlak en wil deze opgelost zien als ze een nieuwe relatie begint.

- Voorafgaande operaties, medische problemen, medicatie:

Geen specifieke, relevante operaties of medische problemen. Heeft in het verleden vaginale schimmelinfecties gehad. Er is een congenitale of familiale component aanwezig (na navragen heeft haar zus ook seksuele problemen).

- Gebruik van contraceptie:

  Negatief, ze heeft momenteel geen vriend.
- Tijdstip van ontstaan vaginistisch probleem:

  Al vanaf een eerste poging problemen. Geen specifiek ontstaansmoment, heeft het gevoel dat het er altijd al geweest is.
- Verloop van het probleem:

  Constant, telkens bij poging tot penetratie.
- Voorafgaande seksuele relaties:

  Heeft reeds een paar vriendjes gehad en is er met een paar naar bed geweest, maar stootte steeds op dezelfde moeilijkheden. Haar partners veronderstelden telkens (onterecht?) dat het probleem zuiver psychologisch was, waardoor de relatie steeds werd beëindigd. Zij voelt dat er ook een lichamelijke oorzaak achter zit daar ze geen remming voelt en werkelijk betrekkingen wil.
- Huidige partner:

  Momenteel geen huidige partner
- Voorafgaande therapieën m.b.t. het probleem:

  Is sinds geruime tijd bij een seksuoloog, dit heeft haar voor een stuk vooruitgeholpen, maar nu heeft ze het gevoel dat de therapie wat vastloopt.
- Hulpvraag:

  Wil betrekkingen zonder pijn.

Specifieke anamnese van het seksueel probleem:

- Intromissie mogelijk/ Gynaecologisch onderzoek:

  Kan zelf 1 vinger binnenbrengen (ook tampon) en een gynaecologisch onderzoek is mogelijk. Meer vingers zijn niet mogelijk.
- Lokalisatie van de pijn:

  Heeft vooral pijn bij het begin van de betrekkingen, inwendig.
- Soort pijn:

  Drukkend, niet stekend. Bij het begin van de penetratie (vooral oppervlakkig).
- Lubrificatieproblemen:

  Heeft geen problemen om vochtig te worden of om opgewonden te geraken.
- Andere seksuele problemen (aanraking borsten,…):

  Geen problemen. Wordt opgewonden bij aanraking van de borsten of ander niet-genitaal contact.

- Mogelijkheid tot orgasme

  Kan manueel een orgasme krijgen.

- Geassocieerde verkramping naast pijn:

  Haar voornaamste probleem is de samenspanning van haar spieren. De pijn valt in het begin nog vaak mee, maar het verergert naarmate ze langer betrekking heeft.

- Anatomische kennis:

  In orde.

Lichamelijk en seksuologisch onderzoek:

- Mate van spierspanning:

  Oppervlakkig: 3/3, Diep: 3/5

- Wanneer spierspanning:

  Spierspanning is er bij poging tot penetratie met de vinger van de therapeut.

- Bewuste ontspanning mogelijk:

  Niet mogelijk, maar was snel aangeleerd.

- Reactie bij aanraking:

  Maakt een rustige indruk bij aanraking, trilt niet, directe aanraking van de vagina is mogelijk.

- Bewuste spierspanning:

  Ze ervaart de spierspanning bewust, ook in welke mate haar spieren zijn opgespannen. Ze heeft snel controle, goede lichaamskennis.

- Uitwendige abnormaliteiten:

  Lichte roodheid, erytheem.

- Inwendige abnormaliteiten:

  Anteversie van het bekken is duidelijk voelbaar waardoor de opening nauwer is. Advies hieromtrent (positionering van het bekken veranderen bij vrijen) heeft geholpen. Dit is een duidelijke congenitale component (cfr. casus zus).

Behandeling:

- Frequentie:

  1 maal/week gedurende 9 weken

- Duur:

  11 weken (weken waarin menstruatie voorkwam: geen behandeling)

- Soort behandeling:

  Eerst werd een betere kennis van het lichaam aangeleerd (via spiegeltje uitleg anatomie). Daarna werden bekkenbodemspieroefeningen in verschillende houdingen gegeven. Vervolgens werd aandacht besteed aan een betere controle van de bekkenbodemspieren. Daarna progressieve intromissie van een groter aantal vingers om te komen tot inbrenging van het fantoom. Electrostimulatie via de MYO 420 (Gymna),

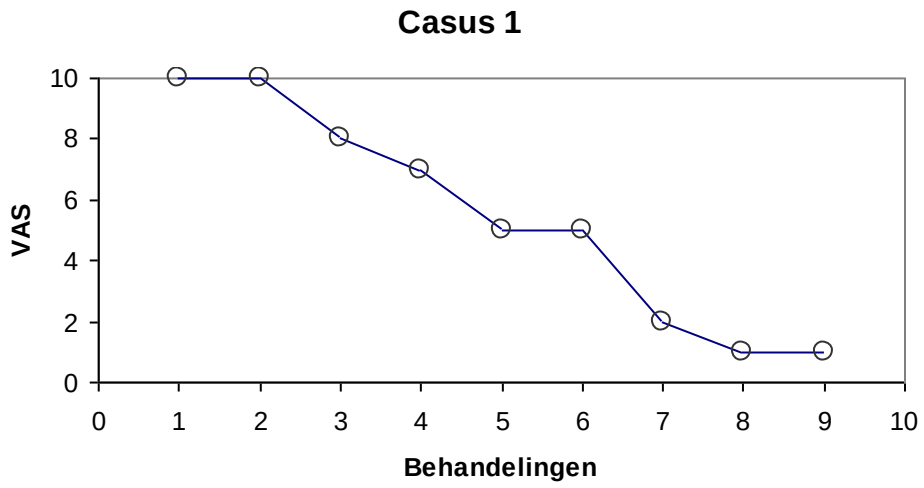
progr. 51, bifasische symmetrische puls, pulsduur 200µs, frequentie 1Hz, continu spectrum, 20 min. (gericht op relaxatie van de bekkenbodemspieren) werd tenslotte intravaginaal toegepast. Op het einde van de behandelingen werd nog wat bijkomende informatie gegeven (omtrent goede coïtushouding enz…). Na elke behandeling werd een VAS-schaal voorgelegd om de subjectieve pijnervaring na te gaan.

- Evolutie:

  Heel goede evolutie. De patiënte heeft zonder tussenpozen de therapie afgemaakt. De therapie werd beëindigd en een paar maand erna heeft ze me laten weten dat ze een vriend had en de therapie 'zijn vruchten heeft afgeworpen'.

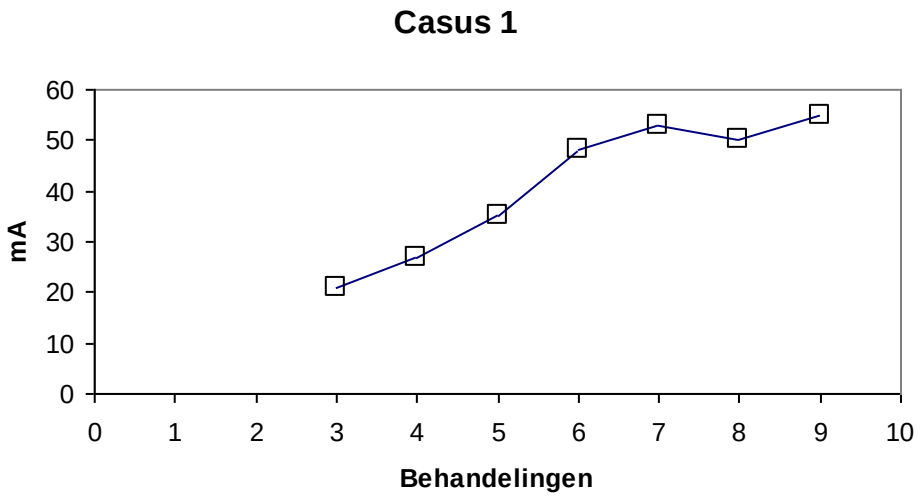
Resultaten:

- VAS-score:



De VAS score daalt over de 9 behandelingen van de maximale waarde, 10, tot een kleine waarde, 1. De subjectieve pijnervaring verminderde duidelijk over de behandelingsperiode.

- Intensiteitstolerantie:



Vanaf de derde behandeling werd begonnen met electrostimulatie. In het begin was de maximale stroomsterkte die de patiënte verdraagde rond 20 mA. Na enkele sessies werd de verdraagbare stroomsterkte hoger en bedroeg op het einde van de behandelingen ongeveer 55 mA.

- Tevredenheid therapie:

Patiënte was heel tevreden over de therapie, vooral over de electrostimulatie. Betrekkingen mogelijk zonder problemen na therapie.

§2. CASUS 2

Persoonlijke gegevens:

N.B., geboren 27/7/'76, winkelbediende.

Heeft sinds geruime tijd een vriend, nog nooit seksuele betrekkingen gehad.

Diagnose bij aanmelding (door arts):

Oppervlakkige dyspareünie, hymen intact. Vraag voor advies indien geen succesvolle therapie: indicatie hymenectomie?

Algemene mini-anamnese:

- Voorgeschiedenis:

  N. is de oudste uit een gezin van vier kinderen. Ze werd door haar luie, corpulente moeder misbruikt voor de verzorging van haar jongere broers en zussen. Op dertienjarige leeftijd ontwikkelde zij anorexia nervosa in aansluiting op een voorval met haar neef en zijn vrienden. De jongens hadden haar uitgekleed, maar voordat er ergere dingen gebeurd waren, had het roepen van het meisje iemand gealarmeerd en waren de jongens op de vlucht geslagen. Volwassen geworden was ze dat gebeuren 'vergeten', maar in de gevolgde therapie kwam het terug naar boven. Na de verwerking van die gebeurtenis is haar eetlust verbeterd. Ze heeft sinds geruime tijd een vriend. In het begin zag hij hoezeer ze thuis werd geëxploiteerd en stak zijn menig niet onder stoelen of banken. Dit heeft geleid tot een breuk met haar moeder. Nu woont ze samen met haar vriend bij zijn moeder en ze werken allemaal samen in dezelfde winkel. Dit leidt soms tot conflicten, want de moeder van de vriend is heel veeleisend. Ze zijn nu in behandeling omdat ze nog nooit seksueel contact gehad hebben (hymen intact). De moeder weet dit. Ze zijn voor dit probleem ook al naar een seksuoloog geweest.
- Voorafgaande operaties, medische problemen, medicatie:

  Intravaginaal heeft men een kyste weggenomen, want het gaf last bij poging tot gynaecologisch onderzoek. De patiënte had hier niet expliciet om gevraagd en de pijn is erdoor niet verdwenen (integendeel). In het verleden veel medicatie genomen, nu af en toe (bij depressies). De patiënte is in individuele psychotherapie en ze zijn samen ook al naar een seksuoloog geweest.
- Gebruik van contraceptie:

  De patiënte neemt de pil alhoewel ze nog nooit betrekkingen heeft gehad.
- Tijdstip van ontstaan vaginistisch probleem:

  Kan geen betrekking hebben, denkt dat ze te nauw geboren is.
- Verloop van het probleem:

  Heeft altijd en direct pijn bij poging tot penetratie.
- Voorafgaande seksuele relaties:

Geen.

- Huidige partner:

  Met de huidige partner ook nog geen seksuele betrekkingen gehad. Hij is vele jaren ouder en komt heel zelfzeker over.

- Kwaliteit relatie:

  Het is vooral de partner die klaagt over het gebrek aan seksueel contact. Ze komen altijd samen in therapie (als hij niet kan, komt zij ook niet, zij wil zelf ook niet alleen komen). Hij geeft de indruk dat hij heel ervaren is op seksueel gebied, maar als ik hem laat deelnemen in de therapie is hij heel nerveus en wat hardhandig, ook ongeduldig. Hij kan niet zo goed kritiek verdragen. De patiënte verkiest dat vooral de therapeut de behandeling uitvoert.

- Voorafgaande therapieën m.b.t. het probleem:

  Het koppel is voordien naar een seksuoloog geweest. Daar zei men dat hij eens moest wachten tot zij initiatief nam, maar daar vond zij niets aan. Ze vinden dat de sekstherapie hen niet veel geholpen heeft. Ook de operatie (wegname kyste) heeft hen niets opgeleverd.

- Hulpvraag:

  Ze wil ontmaagd worden en de penis kunnen binnenbrengen.

Specifieke anamnese van het seksueel probleem:

- Intromissie mogelijk/ Gynaecologisch onderzoek:

  In het begin was niets mogelijk. Ook geen gynaecologisch onderzoek door arts.

- Lokalisatie van de pijn:

  Geen specifieke lokalisatie, alles deed pijn in het begin.

- Soort pijn:

  Hevig stekend, tot in de onderbuik.

- Lubrificatieproblemen:

  Wordt niet vochtig, echter snel verbetering op dit vlak.

- Andere seksuele problemen (aanraking borsten,…):

  Ook relatief snelle verbetering doorheen therapie.

- Mogelijkheid tot orgasme:

  Patiënte geeft aan dat orgasme mogelijk is bij zelfstimulatie (discutabel).

- Geassocieerde verkramping naast pijn

  In heel erge mate bij het begin van de therapie.

- Anatomische kennis:

  Heel beperkt, doorheen therapie steeds betere evolutie. Op het einde heeft ze zelf plezier in het spreken over haar seksuele prestaties.

Lichamelijk en seksuologisch onderzoek:

- Mate van spierspanning:

  Oppervlakkig: 3/3, diep: 5/5
- Wanneer spierspanning:

  De patiënte trilt al over haar hele lichaam als ze naakt op de behandeltafel moet liggen.
- Bewuste ontspanning mogelijk:

  In het begin absoluut onmogelijk, door oefening heel geleidelijk aan verbetering. In het begin was duidelijk dat ze zich soms bewust opspande terwijl ze aangaf dat dit niet zo was.
- Reactie bij aanraking:

  Heel hevige spanning, uitwendig zichtbaar, in het begin zelfs zonder aanraking of heel lichte aanraking van de dij. Paar sessies nodig gehad om de vagina te kunnen aanraken.
- Bewuste spierspanning:

  Patiënte geeft aan dat ze zich niet bewust is dat ze zich opspant.
- Uitwendige abnormaliteiten:

  Geen uitwendige abnormaliteiten, lichte roodheid.
- Inwendige abnormaliteiten:

  Heeft littekenweefsel en adhesies op de plaats waar ze geopereerd is geweest (Re binnenkant schede).

Behandeling:

- Frequentie:

  In het begin twee maal per week, later 1 maal. 18 behandelingen.
- Duur:

  3 maand
- Soort behandeling:

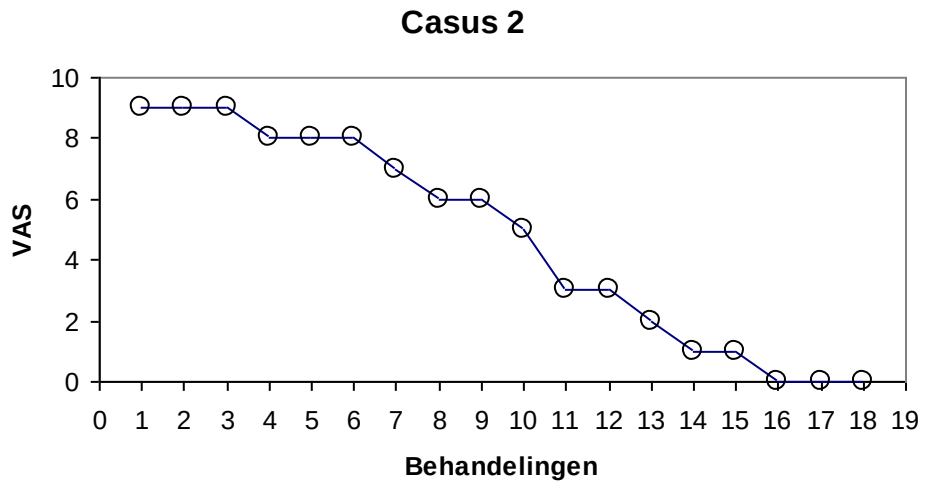
  Eerst werd een betere kennis van het lichaam aangeleerd (via spiegeltje uitleg anatomie). Daarna werden bekkenbodemspieroefeningen in verschillende houdingen gegeven. Vervolgens werd aandacht besteed aan een betere controle van de bekkenbodemspieren. Daarna progressieve intromissie van een groter aantal vingers om te komen tot inbrenging van het fantoom. Electrostimulatie via de MYO 420 (Gymna), progr. 51, bifasische symmetrische puls, pulsduur 200µs, frequentie 1Hz, continu spectrum, 20 min. (gericht op relaxatie van de bekkenbodemspieren) werd tenslotte intravaginaal toegepast. Op het einde van de behandelingen werd nog wat bijkomende informatie gegeven (omtrent goede coïtushouding enz…). Na elke behandeling werd een VAS-schaal voorgelegd.

- Evolutie:

  De vrouw evolueerde positief doorheen de therapie. Naarmate de therapie vorderde is de man niet meer meegekomen en ze gaf aan dat hij het soms wat zinloos vond. Zij was daarentegen steeds tevreden over de evolutie van de therapie. Op het einde was seksuele betrekking mogelijk en ze kreeg zelfs zin in het vrijen, zij nam zelf initiatief.

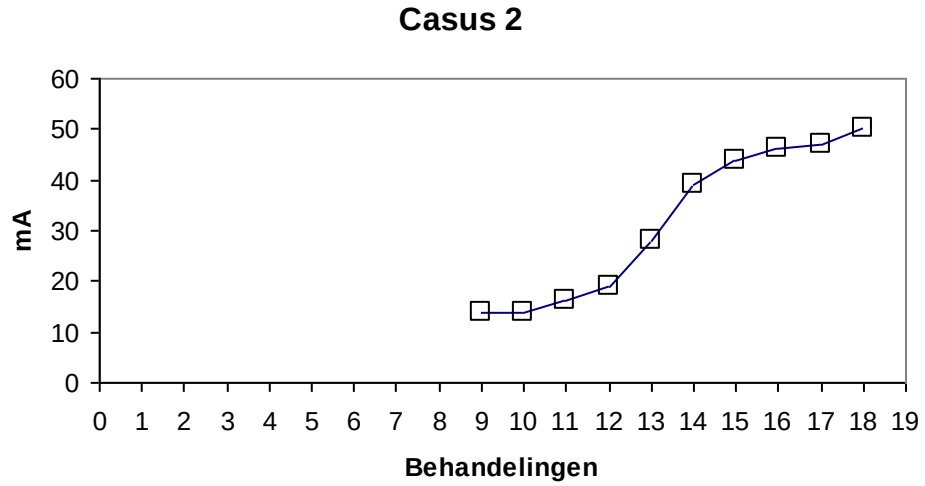
Resultaten:

- VAS-score:



De subjectieve pijndrempel daalt geleidelijk over de 18 behandelingen. Na 9 behandelingen is de pijnervaring nog vrij groot, maar vanaf de zestiende behandeling heeft de patiënte geen pijn meer.

- Intensiteitstolerantie:



Vanaf de negende bahandeling werd begonnen met electrostimulatie. In de eerste vier sessies met electrostimulatie kon de patiënten slechts weinig stroom verdragen, slechts

minder dan 20 mA. Op het einde van de behandelingen kon de patiënten een veel hogere stroomsterkte verdragen. De patiënte vertoont een duidelijk postieve trend over de verschillende sessies.

- Tevredenheid therapie:

De therapie heeft iets langer geduurd dan normaal. Op het einde was het mogelijk voor de vrouw om seksuele betrekkingen te hebben. Ze voelt zich er goed bij. De man heeft nu echter last van impotentie. Ze willen dit oplossen door boeken erover te lezen en vragen advies over welke boeken ze kunnen lezen. Ze zien alles als opdrachten en benaderen het probleem steeds op technisch vlak. Ik heb hen hierop gewezen en hun het advies gegeven een romantische uitstap te maken en niet constant te praten over het probleem. We hebben hier te maken met een typisch geval van symptoomverschuiving, het probleem is ook wat hen bij elkaar houdt (systeemvisie).

§3. CASUS 3

Persoonlijke gegevens:

F.T., geboren 7/10/'74, werkt in een dagcentrum.

Heeft sinds vier jaar een relatie, seksueel contact sedert een half jaar.

Diagnose bij aanmelding (door arts):

Werd doorverwezen voor 'bekkenbodemreëducatie'.

Algemene mini-anamnese:

- Voorgeschiedenis:

  Het betreft hier de zus van de eerst besproken patiënte. Ze is ouder en veel bedeesder. Ik had soms moeite te geloven dat het werkelijk zussen waren, ze zijn op veel vlakken totaal verschillend van elkaar, haar zus is veel opener. Ze heeft vroeger een serieuze relatie gehad (niet mee naar bed geweest), na een jaar vertrok deze persoon op reis (lange periode). Haar menstruatie is gestopt nadat hij van deze reis weer thuis kwam (reden onbekend). Er onstond een matig ernstige anorexia nervosa. Van 63 kg viel ze af tot 41 kg in vijftien maanden. Na therapie herstelde haar gewicht en kreeg ze terug haar maandstonden. De relatie is afgebroken. Nu heeft ze sinds vier jaar een nieuwe relatie. Een half jaar geleden zijn ze begonnen met pogingen tot betrekking waarbij ze af en toe pijn ervaart . Soms heeft ze geen last, soms wel.
- Voorafgaande operaties, medische problemen, medicatie:

  Vaak last van jeuk, irritatie in de regio. Geen operaties of ernstige medische problemen. Manifesteert een anteversie van het bekken zoals haar zus.
- Gebruik van contraceptie:

  Contraceptie is voor haar onbespreekbaar. Ze heeft verder weinig ervaring op dit vlak (er werd ook nooit een gynaecologisch onderzoek uitgevoerd, heeft alleen een huisarts).
- Tijdstip van ontstaan vaginistisch probleem:

  Een half jaar geleden zijn ze van start gegaan met pogingen tot betrekkingen, waarbij ze af en toe pijn ervaart.
- Verloop van het probleem:

  Het gaat op en af, soms meer last, soms minder. Niet specifiek gelinkt aan stress of probleemmomenten in de relatie.
- Voorafgaande seksuele relaties:

  Heeft voor haar huidige vriend geen seksuele relaties gehad.
- Huidige partner:

  Ze kent haar vriend reeds vier jaar, een half jaar geleden zijn ze pas begonnen met een seksuele relatie.
- Kwaliteit relatie:

Ze is zwijgzaam omtrent de relatie met haar vriend. Als ik specifieke opdrachten meegeef die ze gezamenlijk kunnen doen, geeft ze niet aan dat haar vriend veel initiatief vertoont. Hij is ook nooit meegekomen naar de therapie.

- Voorafgaande therapieën m.b.t. het probleem:

  Hun seksuele problemen zijn pas heel recent naar boven gekomen, daar ze voordien nooit seksueel contact hebben gehad.

- Hulpvraag:

  Wil geen pijn meer hebben tijdens betrekkingen. Heeft ook schrik dat ze problemen zal hebben bij het bevallen en wil ondermeer om die reden 'ruimer' zijn.

Specifieke anamnese van het seksueel probleem:

- Intromissie mogelijk/ Gynaecologisch onderzoek:

  Een vinger van de therapeut gaat zonder problemen, zelf heeft ze voordien nooit geprobeerd een vinger in te brengen. Ze heeft nog nooit een gynaecologisch onderzoek ondergaan (vroeg aan mij hoe ze hierbij specifiek te werk gingen).

- Lokalisatie van de pijn:

  Vooral aan de overgang tussen vagina en aars (centrum tendineum), bij begin penetratie.

- Soort pijn:

  Kan het niet precies beschrijven. Heeft ook vaak last in de onderbuik en na betrekking bloedt het soms. Ze heeft een heel gevoelige huid.

- Lubrificatieproblemen:

  Wordt moeilijk vochtig, verbetering als ik glijmiddel aanbeveel, heel droge huid, veel jeuk.

- Andere seksuele problemen (aanraking borsten,…):

  Geeft aan op dit vlak geen problemen te hebben, maar ze antwoordt heel beknopt en is wat onwennig hierover.

- Mogelijkheid tot orgasme:

  Heeft nog nooit een orgasme gehad, ook niet met zelfstimulatie.

- Geassocieerde verkramping naast pijn:

  Haar voornaamste probleem is de pijn bij betrekkingen, ze begint soms verkramping te manifesteren, maar dit ervaart ze niet bewust.

- Anatomische kennis:

  Beperkte kennis. Weet niet waar de clitoris ligt, schrikt bij het zien van witte afscheiding afkomstig van de schede.

Lichamelijk en seksuologisch onderzoek:

- Mate van spierspanning:

  Oppervlakkig: 2/3, diep: 3/5

- Wanneer spierspanning:

  Lichte spierspanning bij aanraking bovenste gedeelte van de dij. Bij langzame progressie kan een vinger ingebracht worden. Ze geeft weinig feedback, meldt niet vaak dat ze pijn heeft.

- Bewuste ontspanning mogelijk:

  In het begin kan ze moeilijk het onderscheid maken tussen spanning en ontspanning. Na oefening verbetert dit.

- Reactie bij aanraking:

  Eerste keer onbewuste opspanning, haar gelaatsuitdrukkingen blijven hetzelfde, alsof er niets gebeurt.

- Bewuste spierspanning:

  Ze is niet altijd van zichzelf bewust of ze zich opspant of niet. Haar lichaamskennis is niet zo goed.

- Uitwendige abnormaliteiten:

  Heeft een heel gevoelige huid. Droog en rood uitzicht (vooral aan de overgang tussen aars en vagina). Wast zich heel vaak, is heel hygiënisch. Advies gegeven omtrent wasgewoonten, verluchtende kledij.

- Inwendige abnormaliteiten:

  Duidelijk voelbare anteversie van het bekken, sterke lordose.

Behandeling:

- Frequentie:

  1 maal/ week, aantal : 9 behandelingen, tussenin op reis vertrokken waardoor therapie eventjes is stopgezet. Geen majeure verslechtering na behandelvrije periode.

- Duur:

  In totaal 3,5 maand in behandeling (onderbreking door reis)

- Soort behandeling:

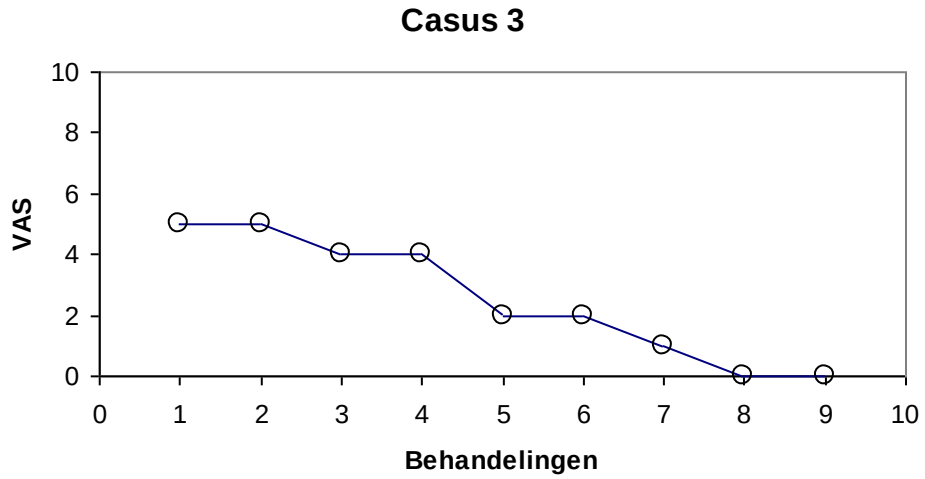
  Eerst werd een betere kennis van het lichaam aangeleerd (via spiegeltje uitleg anatomie). Daarna werden bekkenbodemspieroefeningen in verschillende houdingen gegeven. Vervolgens werd aandacht besteed aan een betere controle van de bekkenbodemspieren. Daarna progressieve intromissie van een groter aantal vingers om te komen tot inbrenging van het fantoom. Electrostimulatie via de MYO 420 (Gymna), progr. 51, bifasische symmetrische puls, pulsduur 200µs, frequentie 1Hz, continu spectrum, 20 min. (gericht op relaxatie van de bekkenbodemspieren) werd tenslotte intravaginaal toegepast. Op het einde van de behandelingen werd nog wat bijkomende informatie gegeven (omtrent goede coïtushouding enz…). Na elke behandeling werd een VAS-schaal voorgelegd.

- Evolutie:

Elke sessie werd een verbetering waargenomen. Patiënte klaagt sowieso weinig over pijn. Progressieve positieve evolutie. Op het einde van de sessies is betrekking mogelijk, verkiest wel onderaan te liggen. Heeft nog altijd geen orgasme ervaren.

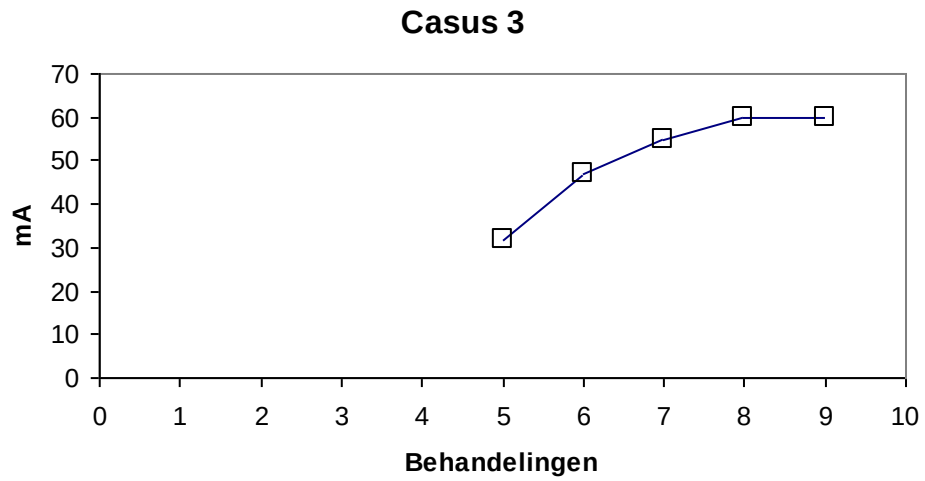
Resultaten:

- VAS-score:



Reeds vanaf de eerste sessie gaf de patiënte aan dat de pijn voor haar van gemiddelde intensiteit was. Dit is in tegenstelling tot de vorige casussen die aangaven dat de pijn zeer hevig was bij het aanvangen van de therapie. De pijnervaring voor deze patiënte vermindert over de verschillende sessies en is volledig verdwenen bij de laatste sessie.

- Intensiteitstolerantie:



Vanaf de vijfde behandelingssessie werd begonnen met electrostimulatie. De maximale stroomsterkte die de patiënte verdraagde nam monotoon toe van 30 mA tot 60 mA.

- Tevredenheid therapie:

  Patiënte is tevreden van de therapie, voelt minder pijn bij betrekkingen, maar het aantal betrekkingen is beperkt (sinds stopzetting therapie slechts twee maal naar bed geweest).

§ 4. Besluit casussen

De beschreven casussen zijn een goede illustratie van hoe vaginistische problemen effectief kinesitherapeutisch behandeld kunnen worden. Het is in deze gevallen duidelijk dat een eventuele anorectische voorgeschiedenis de efficiëntie van de therapie niet in de weg staat. Het betreft hier natuurlijk heel specifieke gevallen, die grotendeels hun anorectische problematiek overwonnen hebben en die duidelijk zelf aangaven dat hun probleem een somatische component bevatte. Ik had ook het geluk dat het heel gemotiveerde patiënten waren, met een grote therapie-compliance en voldoende intellectueel niveau.

Ik besef dat we hier nog maar te maken hebben met een eerste illustratie en dat hypothesen omtrent de effectiviteit van een eventuele kinesitherapeutische behandeling van vaginisme bij anorexia nervosapatiënten heel voorzichtig moeten geformuleerd worden. Naar mijn menig is deze casuïstiekbeschrijving een eerste stap in de goede richting. Verder kwalitatief en later kwantitatief onderzoek hieromtrent is absoluut noodzakelijk. We kijken alvast uit naar beloftevolle resultaten.

Hoofdstuk IV. Besluit van het onderzoek

De doelstelling van dit onderzoek is de literatuur over seksuele aspecten van patiënten met eetstoornissen, toetsen aan een proefgroep bestaande uit 189 patiënten boven de achttien jaar die werden opgenomen voor een behandeling in het Universitair Centrum St. Jozef te Kortenberg.

Uit het vergelijkend onderzoek tussen de twee leeftijdscategorieën (min achttien en plus achttien jarigen) blijkt dat er significante verschillen bestaan op het vlak van de seksualiteitsbeleving. EDI toont aan dat patiënten minder tevreden zijn met hun lichaam (BDC) terwijl EDES duidelijk de negatieve seksualiteit naar voor schuift (EDESS). Ook wat de lichaamsbeleving betreft, zijn er significante verschillen. Dit werd gemeten door LAV1 (negatieve appreciatie van de lichaamsvorm) en LAV2 (verlies van vertrouwdheid met het eigen lichaam). Het is dus duidelijk dat zowel in de literatuur, als in de evaluatiemethoden van dit onderzoek aangetoond is dat de seksualiteitsbeleving, de lichaamsbeleving en het psychisch functioneren bij patiënten ouder dan achttien jaar met eetstoornissen gestoord zijn.

Deze gegevens wijzen erop dat de seksuele componenten een uitermate belangrijke rol spelen in de symptomatologie van patiënten met eetstoornissen (boven de achttien jaar). Dit zou tot de vanzelfsprekendheid moeten leiden dat de behandeling ook daarop gericht moet zijn. Jammer genoeg is dit, deels door de taboesfeer die errond hangt, slechts sporadisch het geval. Verder onderzoek is nodig om ook de seksueel-somatische (bv. vaginisme) gevolgen en behandelingsopties van eetstoornissen nader te bestuderen. De casussen op het einde van dit onderzoeksgedeelte zijn een eerste illustratie en een voorzichtige poging in de richting van een kwalitatieve studie omtrent deze materie. Sterkere evidentie vraagt om kwantificering.

Kritische bemerkingen m.b.t. het gebruik van vragenlijsten bij het onderzoek

Het onderzoek wordt gebaseerd op resultaten van vragenlijsten die door de patiënten zelf worden ingevuld bij het begin van de opnameperiode. Dit heeft voor- en nadelen.

Nadelen zijn dat de persoonlijke gemoedstemming en de sociale wenselijkheid de antwoorden sterk kunnen beïnvloeden. Andere problemen bij het onderzoeken van patiënten via vragenlijsten zijn oa. dat de vragenlijsten eventueel minder adequaat ingevuld worden, de lading van elke vraag niet evengoed begrepen wordt en een nog ontkennende houding ten opzichte van de ziekte en seksualiteit aangenomen wordt.

Een tweede nadeel van dit onderzoek is dat de patiëntengroep niet heel groot is, wat de extrapolatie naar de gehele populatie bemoeilijkt. Dit is evenwel onvermijdelijk gezien het aantal proefpersonen hoe dan ook altijd beperkt zal zijn tot diegenen die zich laten opnemen en de vragenlijsten willen invullen. Vaak zijn die patiënten al ver gevorderd in hun ziekteproces, wat seksualiteit van secudair belang maakt. Andere, meer levensbedreigende problemen vragen meer aandacht. Er kan ook worden aangenomen dat vele patiënten met eetstoornissen eenvoudigweg geen seksuele problemen aangeven omdat ze er niet gemakkelijk over praten. Bovendien is er een zekere mate van vertrouwen nodig tussen patiënt en therapeut.

Hiertegenover is het een voordeel dat de gebruikte evaluatiemethoden betrouwbaar en valide zijn met een voldoende discriminatievermogen zodat de gegevens van een kleinere patiëntengroep toch op een betrouwbare manier kunnen verwerkt worden.

Het voordeel van vragenlijsten ten opzichte van bijvoorbeeld een intakegesprek, is dat de patiënten eerlijker durven invullen wat ze voelen. Het is ook een economische en tijdsbesparende manier om veel informatie te verzamelen.

ALGEMEEN BESLUIT

Uit de literatuurstudie blijkt dat anorexia en boulimia nervosa complexe aandoeningen zijn. Er is aangetoond dat seksuele componenten een toenemende mate van belangrijkheid innemen in de causaliteit en symptomatologie van eetstoornissen. Vaginisme wordt toegelicht als een mogelijk seksueel probleem bij patiënten met anorexia en boulimia nervosa. Er wordt aangenomen dat volwassen patiënten meer moeilijkheden hebben met aspecten op het vlak van seksualiteit.

Deze theoretische bevindingen uit de literatuur worden in het onderzoek getoetst aan 182 patiënten onder de achttien jaar en 189 patiënten boven de achttien. Dit onderzoek is gebaseerd op vragenlijsten ingevuld door de patiënten bij opname voor een behandeling op de afdeling 'eetstoornissen' St. Lucas in het Universitair Psychiatrisch Centrum St. Jozef te Kortenberg. Deze vragenlijsten zijn evaluatie-methoden die de houding en gevoelens ten opzichte van het eigen lichaam weergeven maar die ook een beeld weergeven over het seksueel gedrag en het algemeen psychisch functioneren.

.

De resultaten van dit onderzoek geven weer dat er significante verschillen zijn tussen de lichaams- en seksualiteitsbeleving bij kinderen en volwassenen met eetstoornissen. Deze resultaten zijn gebaseerd op de gegevens van de vragenlijsten die een objectieve weergave veronderstellen van de lichaams- en seksualiteitsbeleving. Algemeen volgt uit dit onderzoek dat de lichaams- en seksualiteitsbeleving bij patiënten boven de achttien jaar negatiever is t.o.v. patiënten onder de achttien. Deze bevindingen stemmen overeen met de bevindingen uit de literatuur.

Dit onderzoek sluit aan bij de in de literatuur gestelde hypothese, dat de seksuele en lichaamsbeeldproblemen van personen boven de achttien ernstiger zijn dan bij personen onder de achttien met eetstoornissen. Het lijkt hierdoor noodzakelijk om voor patiënten boven de achttien jaar een specifieke seksuele behandeling te voorzien. Zoals aangetoond in de casussen zou de kinesitherapeutische behandeling van vaginisme hier een mogelijke optie kunnen zijn. Deze behandeling toonde bij de beschreven gevallen een positief effect.

In de literatuur wordt de ontegensprekelijke relevantie van de gestoorde seksualiteit bij patiënten met eetstoornissen bevestigd waarmee in de behandeling zeker rekening moet gehouden worden. Dit vindt men terug in stellingen van Morgan, Hubert, Lacey en Fiona Reid (1999):

“ Regardless of causal relations, it is clear that changes in sexuality are pertinent to intrapsychic processes during the treatment of eating disorders and may therefore be of particular relevance when treatment fails.”

“ Sexual drive is closely associated with weight restoration in the treatment of eating disorders and whether cause or effect, changes in sexuality should be considered both in the process of recovery and treatment.”

Verder onderzoek is nodig m.b.t. specifieke behandelingsstrategieën voor anorexia en boulimia nervosapatiënten waarbij seksuele problemen duidelijk zijn.

Referentielijst

Abraham SF; Bendit N; Mason C; Mitchell H; O'Connor N,
1985, The psychosexual histories of young women with bulimia, Australian and New Zealand journal of psychiatry 19: 72-76.

Allerdissen R; Florin I; Rost W,
1981, Psychological characteristics of women with bulimia nervosa, Behavior analysis and modification 4: 314-317.

American psychiatric association (ed),
198O, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III), 3th edition Washington DC: APA, 67-73.

American psychiatric association (ed),
1987, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R), Washington DC: APA, 65-7O.

American psychiatric association (ed),
1994, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), 4th edition, Washington DC: APA, 539-550.

Ammar AA; Sederholm F; Saito TR; Scheurink AJ; Johnson AE; Sodersten P,
2000, NPY-leptin: opposing effects on appetite and consummatory ingestive behavior and sexual behavior, American journal of physiology 278(6): R1629-33.

ANAD,
Facts about eating disorders.

Andrews B; Valentine ER; Valentine JD,
1995, Depression and eating disorders following abuse in childhood in two generations of women, British journal of clinical psychology 34(1): 37-52.

Argente J; Barrios V; Chowen JA; Sinha MK; Considine RV,
1997, Leptine plasme levels in healthy Spanish children and adolescents with anorexia and boulimia nervosa, journal of pediatrics 131(6): 833-8.

Avitsur R; Weidenfeld J; Yirmiya R,
1999, Cytokines inhibit sexual behavior in female rats: II. Prostaglandins mediate the suppressive effects of interleukine-1 beta, Brain, -behavior, -and immunity 13(1): 33-45.

Avitsur R; Yirmiya R,
1999, The immunobiology of sexual behaviour: gender differences in the suppression of sexual activity during illness, Pharmacology, -biochemistry, -and-behavior 64(4): 787-96.

Bachmann GA; Leiblum SR; Grill J,
1989, Brief sexual inquiry in gynecoloc practice, Obstetrics and gynecology 73(3): 425-7.

Baldo TD; Wallace SD; O'Halloran MS,
1996, Effects of intrafamilial sexual assault on eating behaviors, Psychological-reports 79(2): 531-6.

Banks CG,
1997, The imaginative use of religious symbols in subjective experiences of anorexia nervosa, Psychoanalytic review 84(2): 227-36.

Barlow DH; Cardozo LD; Francis RM; Griffin M; Hart DM; Stephens E; Sturdee DW,
1997, Urogenital aging and its effects on sexual health in older british women, British journal of obstetrics and gynecology 40: 194-204.

Barry A; Lippmann BB,

199O, Anorexia in males, Postgraduate medicine 87, 161-65

Bartoi AG; Kinder BN,
1998, Effects of child and adult sexual abuse on adult sexuality, Journal of sex and marital therapy 24(2): 75-90.

Bassoe HH; Eskeland I,
1982, A prospective study of 133 patients with anorexia nervosa, Acta psychiatrica Scandinavica 65: 127-133.

Beaumont PJV; Abraham SF; Simson KG,
1981, The psychosexual histories of adolescent girls and young women with anorexia nervosa, Psychological Medecine, 11: 131-40.

Beaumont PJV; George GCW; Smart DE,
1976, "Dieters" and "vomiters and purgers" in anorexia nervosa, Psychological medecine 6: 617-622.

Berry EM; Kelly D; Canetti L; Bachar E,
1998, Word association test and psychosexual cues in assessing persons with eating disorders, Perceptual and motor skills 86(1): 43-50.

Biswas A; Ratnam SS,
1995, Vaginismus and outcome of treatment, Annals of the academy of medecine 24(5): 755-8.

Blackman M,
1996, Anorexia nervosa - Diagnoses and management, Medical scope monthly.

Blinder BJ; Chaitin BF; Goldstein R,
1988, Eating disorders in infancy and early childhood, Woolston JL, The eating disorders: 275-283.

Boyar RM; Katz J; Finkelstein JW; Kapen S; Weiner H; Weitzman ED,
1974, Anorexia nervosa: immaturity of the 24-hour luteinizing hormone secretory pattern, New England journal of medicine, 291: 861-865.

Bribiescas RG,
2001, Serum leptin levels and anthropometric correlates in Ache Amerindians of eastern Paraguay, American journal of physical anthropology 115(4): 297-303.

Brown L; Russell J; Thornton C; Dunn S,
1997, Experiences of physical and sexual abuse in Australian general practice attenders and an eating disordered population, Australian and New Zealand journal of psychiatry 31(3): 398-404.

Browne A; Finklehor D,
1986, Impact of child sexual abuse: A review of the research, Psychological bulletin 99: 66-67.

Brownell KD; Fairburn CG,
1995, Childhood onset eating disorders, Bryant-Waugh R, Lask B, Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook, New York, The Guilford press: 183-186.

Bruch H,
1973, Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within, New York: basic books: 66-86.

Bruch H,
1974, Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within, London: Routledge and Kegan Paul.

Bruch H,

1978, The golden cage: the enigma of anorexia nervosa, Harvard university press, Cambridge,Mass.

Bryant-Waugh RJ; Cooper PJ; Taylor CL; Lask BD,
1996, The use of the eating disorder examination with children: a pilot study, International journal of eating disorders, 19(4): 391-397.

Buvat-Herbaut M; Hebbinckuys P; Lemaire A; Buvat J,
1983, Attitudes toward weight, body image, eating, menstruation, pregnancy, and sexuality in 81 cases of anorexia nervosa compared with 288 normal control school girls, International journal of eating disorders 2: 45-49.

Carlat DJ; Camargo CA,
1991, Review of bulimia nervosa in males, American journal of psychiatry 148: 831-843.

Casper RC,
1984, Hypothalamic dysfunction and symptoms of anorexia nervosa, Psychiatric clinics of North America, 7: 2O1-213.

Casper RC,
199O, Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa, Psychosomatic medicine 52: 156-17O.

Channon S; Hemsly D; De Silva P,
1988, Selective processing of food words in anorexia nervosa, British journal of clinical psychology 27: 259-260.

Chapman JD,
1989, A longitudinal study of sexuality and gynaecologic health in abused women, Journal of the American osteopathic organisation 89(5): 619-24.

Chatoor I,
1992, Child development as it relates to anorexia nervosa and bulimia nervosa, Controlling eating disorders with facts, advice and resources: 1O-13.

Chatoor I; Egan J; Getson P; Menvielle E; O'Donnell R,
1987, Mother-infant interaction in infantile anorexia nervosa, Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry, 27: 535-54O.

Chernin K,
1986, The hungry self, London: Virago.

Claude-Pierre P,
1997, The secret language of eating disorders : 63-65.

Collins WJ,
1894, Anorexia nervosa, Lancet, 1: 2O2-103.

Crisp AH,
1967, Anorexia nervosa, Hospital Medecine 1: 713-718.

Crisp AH,
1980, Anorexia nervosa: Let me be me. New York: Grune and Stratton.

Crisp AH; Burns TP; Bhat AV,
1986, Primary anorexia nervosa in the male and female population: a comparison of clinical features and prognosis, British journal of medical psychology 55: 123-132.

Crisp AH; Kalucy RS; Lacey JH; Harding P,
1977, Anorexia nervosa, some factores predictive of outcome, Anorexia nervosa, New York: Raven press.

Crisp AM; Palmer RL; Kalucy RS,
1976, How common is anorexia nervosa? A prevalence study, British journal of psychiatry, 128: 549-554.

Crowther JH; Wolf EM; Sherwood N,
1992, Epidemiology of bulimia nervosa. In JM Crowther, DL Tennenbaum, SE Hobfoll, MAP Stephens (Eds), The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context ,Washington DC: 1-26.

Dally P; Sargant W,
1966, Treatment and outcome of anorexia nervosa, British Medical Journal 2: 793-795.

Dario CJ,
1986, Prosthodontic rehabilitation of a bumimic. A case report, International journal of periodontic restorative dentistry 6: 22-33.

Deep AL; Lilenfeld LR; Plotnicov KH; Pollice C; Kaye WH,
1999, Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: the role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa, International journal of eating disorders 25(1): 1-10.

Demyttenaere K; De Witte A,
1999, Psychofarmaca en seksueel functioneren, Psychofarmacotherapie.

Demyttenaere K; Huygens R,
2002, Painful ejaculation and urinary hesitancy in association with antidepressant therapy: relief with tramsulosin, European Neuropsychopharmacology, 12, 337-341.

Derogatis LR; Lipman RS; Rickles K; Uhlenhutz EH; Lovi L,
1974, The hopkins symptom checklist, Pharmacopsychotherapie, 17: 79-11O.

Devroede G,
1999, Front and rear: the pelvic floor is an integrated functional structure, Medical hypotheses 52(2): 147-53.

Drenth JJ; Andriessen S; Heringa MP; Mourits MJ; van de Wiel HB; Weijmar-schultz WC,
1996, Connections between primary vaginismus and procreation: some observations from clinical practice, Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology 17(4): 195-201.

Dykens EM; Gerrard M,
1986, Psychological profiles of purging bulimics, repeat dieters, and controls, Journal of consulting and clinical psychology 54: 283-288.

Eckert ED; Halmi KA; Marchi P; Grove W; Crosby R,
1995, Ten-year follow-up anorexia nervosa: clinical course and outcome, Psychological medecine 25(1): 143-56.

Fairburn CG; Cooper PJ,
1982, Self-induced vomiting and bulimia nervosa: an undetected problem, British medical journal 284: 1153-1155.

Fairburn CG; Hay PJ; Welch SL,
1993, Binge eating and bulimia nervosa: Distribution and determinants, Binge eating: Nature, assessment and treatment, New York: 123-143.

Favaro A; Dalle-grave R; Santonastaso P,
1998, Impact of a history of physical and sexual abuse in eating disordered and asymptomatic subjects, Acta psychiatrica Scandinavica 67(5): 358-63.

Favaro A; Santanastaso P,

1998, Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates, Acta psychiatrica Scandinavica 95(6): 508-14.

Favaro A; Santonastaso P,
2000, Self injuries behavior in anorexia nervosa, Journal of nervous and mental disease 188(8): 537-42.

Fichter MM. Herpertz S; Quadflieg N; Herpertz-Dahlmann B,
1998, Structured interview for anorexic and boulimic disorders for DSM-IV and ICD-10: updated (third) revision, International journal of eating disorders 24(3): 227-49.

Figueira I; Possidente E; Marques C; Hayes K,
2001, Sexual dysfunction: A Neglected Complication of Panic disorder and Social Phobia, Archives of Sexual Behavior 30:369-377.

Finkelhor D,
1986, A sourcebook on child sexual abuse, London: sage.

Finzer P; Haffner J; Muller-kuppers M,
1998, Zu verlauf und prognose der anorexia nervosa: katamnese von 41 patienten, Praxis der kinderpsychologie und kinderpsychiatrie 47(5): 302-13.

Fosson A; Knibbs J; Bryant-Waugh R; Lask B,
1987, Early onset anorexia nervosa, Archives of disease in childhood 621, 114-118.

Freeman RJ; Thomas CD; Solyom L; Koopman RF,
1985, Clinical and personality correlates of body size overestimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa, International journal of eating disorders 4: 439-456.

Freud A,
1946, The psychoanalytic study of infantile feeding disturbances, The psychoanalytic study of the child, 2: 119-32.

Frick V; Schindler A,
1972, Preliminary results of an investigation of psychological, gynaecological, and endocrinological relationships in secondary amenorrhea, Medicine 23: 1934-1936.

Fugl-Meyer AR; Sjogren Fugl-Meyer K,
1999, Sexual disabilities, problems, and satisfaction in 18-74 year old Swedes, Scandinavian journal of sexology 3: 79-105.

Garfinkel DM; Garner PE,
1982, Anorexia nervosa; a multi-dimensional perspective, New York: Brunner Mazel.

Garfinkel PE; Moldofsky H; Garner DM,
1980, The heterogeneity of anorexia nervoas: Bulimia as a distinct subgroup, Archives of general psychiatry 37: 1036-1040.

Garner DM; Garfinkel PE,
198O, Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa, Psycholical medicine, 1O: 647-656.

Garner DM; Garfinkel PE; Schwartz D; Thompson M,
198O, Cultural expectation of thinness in women, Psychological reports, 47: 483-491.

Garner DM; Olmsted MP; Polivy J,
1983, Development and validation of a multidimensional eating disorder inventary for anorexia nervosa and bulimia, International journal of eating disorders, 2: 15-34.

Goetsch MF,

1996, Simplified surgical revision of the vulvar vestibule for vulvar vestibulitis, American Journal of obstetrics and gynecology 174: 1707-7.

Goldmeier D; Keane FE; Carter P; Hessman A; Harris JR; Renton A,
1997, Prevalence of sexual dysfunction in heterosexual patients attending a central London genitourinary medecine clinic, International journal of the study of AIDS 8: 303-306.

Gordon I; Lask B; Bryant-Waugh R; Christie D; Timimi S,
1997, Childhood-onset anorexia nervosa: towards identifying a biological substrate, International journal of eating disorders, 22: 159-165.

Gull WW,
1964, Anorexia nervosa, Kaufman MR; Heiman M(ed), International university press: 1O4-31,132-4O.

Haimes AL; Katz KJ,
1988, Sexual and social maturity versus social conformity in restricting anorectic, bulimic, and borderline women, International journal of eating disorders 7: 331-341.

Halvorsen JG; Metz ME,
1992, Sexual dysfunction, Part II: Diagnosis, management, and prognosis, The journal of the American Board of Family Practice 5: 177-92.

Harrison CM,
1996, Le vaginisme, Contraception, -fertilité, -sexualité 24(3): 223-8.

Harrison J; George L; Cheatham F; Zinn J,
1985, Dental effects and management of bulimia nervosa, General dentistry 33: 65-68.

Haslam D,
1986, Eat it up! London: Macdonald and C°.

Hawley RM,
1985, The outcome of anorexia nervosa in younger subjects, British journal of psychiatry 146: 657-66O.

Head H,
192O, Studies in neurology, vol II, London: OUP in Lacey H; Sturgeon DA (eds), Proceeding of the 15th European conference on psychosomatic research, London-Paris: John Libbey, 148-152.

Heinrichs SC; Richard D,
1999, The role of corticotropin-releasing factor and urocortin in the modulation of ingestive behavior, Neuropeptides 33(5): 350-9.

Heisterberg L,
1993, Factors influencing spontaneous abortion, dyspareunia, dysmenorrhea, and pelvic pain, Obstetrics and gynecology 81: 594-597.

Hendren RL; Barber JK; Sigafoos A,
1986, Eating-disordered symptoms in a non-clinical population. A study of female adolescents in two private schools, Journal of the American academy of child psychiatry 25, 836-84O.

Herzog DB; Copeland PM,
1985, Eating disorders, National medical journal of England 313: 255-3O3.

Hoek HW,
1995, The distribution of eating disorders, Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook, New York: Guilford: 2O7-211.

Hoek HW; Brook FG,
1985, Patterns of care in anorexia nervosa, Journal of psychiatric research, 19: 155-16O.

Holland A; Sicotte N; Treasure J,
1988, Anorexia nervosa-evidence for a genetic basis, Journal of psychosomatic research, 32: 549-544.

Hsu LKG,
1983, The etiology of anorexia nervosa, Psychological medecine 13: 231-237.

Hsu LKG; Crisp AH; Harding B,
1979, Outcome of anorexia nervosa, The Lancet, i: 61-65.

Huebner H,
1993, Endorphins, eating disorders and other addictive behaviours, New York: Norton.

Huline-Dickens S,
2000, Anorexia nervosa: some connections with the religious attitude, British journal of medical psychology 73(1): 67-76.

Irwin M,
1984, Early onset anorexia nervosa, Southern medical journal 77(5): 611-614.

Jacobs B; Isaacs S,
1986, prepubertal anorexia nervosa; A retrospective controlled study, Journal of child psychology and psychiatry 27: 237-25O.

Jamieson DJ; Steege JF,
1996, The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowl syndrome in primary care practices, Obstetrics and gynecology 87: 55-58.

Jarry JL,
1998, The meaning of body image for women with eating disorders, Canadian journal of psychiatry 14(4): 367-74.

Jindal UN; Dhall GI,
1990, Psychosexual problems of infertile women in India, International journal of fertility 35: 222-225.

Jones DJ; Fox MM; Babigian HM; Hutton HE,
198O, Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York: 196O-76, Psychosomatic medicine, 42: 551-558.

Jones KD; Lehr ST; Hewell SW,
1997, Dyspareunia: three case reports, Journal of obstetris, gynecologic and neonatal nursing 26(1): 19-23.

Karwautz A; Rabe-Hesketh S; Hu X; Zhao J; Sham P; Collier DA; Treasure JL,
2001, Individual specific risk factors for anorexia nervosa: a pilot study using a discordant sister-pair design, Psychological medicine 31(2): 317-29.

Kathryn J; Zerbe MD,
1993, Eating disorders in childhood, The body betrayed: a deeper understanding of woman, Eating disorders and treatment: 129-137.

Katzman MA; Wolchik SA,
1984, Bulimia and binge eating in college women: A comparison of personality and behavioral characteristics, Journal of Consulting and Clinical Psychology 52: 423-428.

Kaufman MR; Heiman M,

1965, Evolution of psychosomatic concepts: anorexia nervosa, a paradigm, London: Hogarth Press: 141-55.

Kendell RE; Hall DJ; Hailey A,
1973, The epidemiology of anorexia nervosa, psychological medicine, 3: 2OO-2O3.

Killen JD; Hayward C; Wilson DM; Taylor CB; Hammer LD,
1994, Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6th and 7th grade girls, International journal of eating disorders, 15: 357-367.

King A,
1963, Primary and secondary anorexia nervosa syndrome, British journal of psychiatry 109: 470-479.

Klein M,
1975, Envy and gratitude and other works, London: the hogarth press.

Klibanski MD,
1994, Bone loss in young women with anorexia nervosa, The osteoporosis report.

Koff E; Rierdan J,
1991, Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls, Journal of adolescent health, 12: 3O7-312.

Kolb LC,
1959, American handbook of psychiatry (Ed.S. Arieti), New York: Basic Books in Birtchnell SA: Lacey JH; Harte A, 1985, Body image distortion in bulimia nervosa, Britis journal of psychiatry 147: 4O8-412.

Kopp W; Jacoby GE,
1996 Effects of sexual abuse experiences on therapeutic outcome: study of eating disordered patients 2 years after inpatient psychotherapy, Psychotherapie, -psychosomatik, -medezinische-psychologie 46(3-4): 131-8.

Kotelchuck M; Newberger EH,
1983, Failure to thrive: a controlled study of familial characteristics, Journal of the american academy of child psychiatry, 22: 322-8.

Kremer,
1998, Vaginisme, wiens probleem?, Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 132(21): 945-948.

Kroth J; Yoneda D; Hammond A,
1998, Fear of fat and the dream process: a correlational investigation, Psychological reports 83(2): 1197-8.

Krueger DW,
1984, Succes and the fear of success in women, Collier macmillan publishers, New York.

Lanzi G; Rossi G; Balottin U; Brisone G; Citterio A; Leonardi G; Martelli T; Scelsa B,
1997, Eating behavior disorders. Epidemiologic study of 434 adolescents, Menerva pediatrica 49(6): 249-60.

Laporte L; Guttman H,
2001, Abusive relationships in families of women with bordeline personality disorder, anorexia nervosa and a control group, Journal of nervous and mental disease 189(8): 522-31.

Lasègue EC,
1873, De l'anorexie hysterique, Arch. gén. Méd., 21: 385-4O3.

Lask B; Bryant-Waugh R,
1993, Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders, psychology press: 17-18, 21-24, 55-62, 69-81, 97-98, 103-106.

Lask B; Fosson A; Thomas S; Rolfe U,
1993, Zinc deficiency in children with anorexia nervosa, Journal of clinical psychiatry.

Lawrence M,
1984, The anorectic experience, London: The woman's press.

Laws A; Golding JM,
1996, Sexual assault history and eating disorder symptoms among White, Hispanic, and African-American women and men, American journal of public health 86(4): 579-82.

Ledoux S; Choquet M; Flament M,
1991, Eathing disorders among adolescents in an unselected French population, International journal of eating disorders 1O, 81-89.

Leiblum SR,
1998, Definition and classification of female sexual disorders, International journal of impotence research 10: 104-6, 124-5.

Leon GR; Lucas AR; Colligan RC; Ferninande RJ; Kamp J,
1985, Sexual, body image, and personality attitudes in anorexia nervosa, Journal of abnormal child psychology 13: 245-258.

Levenkon S,
1982, Treating and overcoming anorexia nervosa, New York: Charles Scribner's Sons.

Levine MP,
1996, The prevalence of eating disorders-some tentative 'facts', EPAP.

Lindal E; Stefansson JG,
1993, The lifetime prevalence of psychosexual dysfunction among 55 to 57-year-olds in Iceland, Soc. Psychiat. Epidemiol. 28: 91-95.

Llopis MA; Granada ML; Cuatrecasas G; Formiguera X; Sanchez-Planell L,
1998, Growth-hormone-binding protein directly depends on serum leptin levels in adults with different nutritional status, Journal of clinical endocrinology and metabolism 83(6): 2006-11.

Lorand S,
1943, Anorexia nervosa. A case., Psychosomatic Medecine 5: 282-292.

Lucas AR; Beard CM; O'Fallon WM; Kurland LT,
1991, 5O years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, American journal of psychiatry 148(7): 917-22.

Lucas A; Duncan JW; Piens V,
1976, The treatment of anorexia nervosa, American journal of psychiatry 133: 1O34-1O38.

Luyens M; Smits P,
2001, Seksuele problemen bij het vrijen, leuven-Apeldoorn, Garant.

McSherry JA,
1986, Progress in the diagnosis of anorexia nervosa, Journal of the royal society of health 1O6, 8-9.

Mecklenburg RS; Loriaux DL; Thompson RH; Anderson AE; Lispsett MB,
1974, Hypothalamic dysfunction in patients with anorexia nervosa, Medecine, 53: 147-159.

Mellin LM; Irwin CE; Scully S,
1992 Prevalence of disordered eating in girls: a survey of middle-class children, Journal op the american dietetic association, 92: 851-853.

Meyer JE,
1971, Anorexia nervosa of adolescence: The central syndrome of the anorexic group, British Journal of Psychiatry 118: 539-542.

Montgomery MT; Ritvo J; Weiner K,
1988, Eating disorders: phenomenology, identification, and dental intervention, General dentistry 36: 485-8.

Moody GA; Mayberry JF,
1993, Perceived sexual dysfunction amongst patients with inflammatory bowel disease, Digestion 54: 256-260.

Morgan CD; Wiederman MW; Pryor TL,
1995, Sexual functioning and attitudes of eating-disorderd women: a follow-up study, journal of sex and marital therapy 21(2): 67-77.

Morgan FJ,
1999, Eating disorders and reproduction, American and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology 39(2): 167-73.

Morgan FJ; Lacey JH; Reid F
1999, Anorexia Nervosa: Changes in Sexuality During Weight restoration, Psychosomatic Medecine, 61:541-545.

Morgan HG; Russell GFM,
1975, Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients, Psychological medicine, 5: 355-371.

Mortimer CH; Besser GM; Mc Nelly AS; Marshall JS; Harsoulis P; Tunbridge WMS; Gomez-Pan; Hall R,
1973, Luteinizing hormone and follicle stimulating hormone releasing test in patients with hypothalamic-pituitary-gonadal dysfunction, British medical journal, 4:73-77.

Morton R,
1964, Phtisiologica: on a treatise of consumption, London: Sam, Smith anbd Benj, Walford: 2O2-2O3.

Muller M; Beck D,
1973, Anorexia nervosa, Medical Practice 63: 1059-1069.

Nagata T; Kawarada Y; Kiriike N; Iketani T,
2000, Multy-impulsivity of Japanese patients with eating sisorders: primary and secondary impulsivity, Psychiatric research 94(3): 239-50.

Nagata T; Kaye WH; Kiriike N; Rao R; Mc Conaha C; Plotnicov KH,
2001, Physical and sexual abuse histories in patients with eating disorders: a comparison of Japanese and American patients, Psychiatry and clinical neurosciences 55(4): 333-40.

Nagata T; Kiriike N; Iketani T; Kawarada Y; Tanaka H,
1999, History of childhood sexual or physical abuse in Japanese patients with eating disorders: relationship with dissociation and impulsive behaviours, Psychological medecine 29(4): 935-42.

Nash CL; West DJ,
1985, Sexual molestation of young girls: A retrospective survey; Sexual Victimisation, Aldershot: Gower.

Newell R,
1991, Body-image disturbance: cognitive behavioural formulation and intervention; Journal of advanced nursing 16: 14OO-14O5.

Noordenbos G,
199O, Kenmerken van anorexia en bulimia nervosa, Eetstoornissen-preventie en therapie: 24-35.

Nunns D; Mandal D,
1997, Psychological and psychoseksual aspects of vulvar vestibulities, Genitourin medecine 73(6): 541-4.

Ozaki N,
1997, Gender issues and eating disorders, Japanese journal of clinical medecine 55(11): 2985-90.

Pedersen BL, Mohl B,
1992, Vaginismus – iatrogenic precipitation and maintenance, Acta obstetrica et gynelogica – Scandinavica 71: 525-528.

Phillips A,
2000, Female sexual dysfunction: evaluation and treatment, American family physician 62: 127-36, 141-2.

Probst M; Van Coppenolle H; Vandereycken W,
1995, Body experience in anorexia nervosa patients: an overview of therapeutic approches, Eating disorders: the journal of treatment and prevention, 3: 145-157.

Pryor T; Wiederman MW; McGilley B,
1996, Clinical correlates of anorexia nervosa subtypes, International journal of eating disorders 19(4): 371-9.

Rampling D,
1978, Anorexia nervosa: Reflection of theory and practice, Psychiatry 41: 296-301.

Ramsay R; Ward A; Tresure J; Russell GF,
1999, Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long-term mortality, British journal of psychiatry 175: 147-53.

Randolph TG; Moss RW,
1979, An alternative approach to allergies, Lippincott and Crowell: New York.

Rastam M; Gillberg C; Carton M,
1989, Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population-based study, British journal of psychiatry, 155: 642-646.

Read S; King M; Watson J,
1997, Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practioner, Journal of public health medecine 19(4): 387-91.

Reissing ED; Binik YM; Khalifé S,
1999, Does vaginismus exist ? A critical review of the literature, The journal of nervous and mental disease 187(5): 261-274.

Rekers H; Drogendijk AC; Valkenburg HA; Riphagen F,
1992, The menopauze, urinary incontinence and other symptoms of the genito-urinary tract, Maturitas 15: 101-111.

Rigotti NA; Nussbaum SR; Herzog DB; Neer RM,
1984, Osteoporosis in women with anorexia nervosa, English medical journal 311: 16O1-6.

Romans SE; Gendall KA; Martin JL; Mullen PE,
2001, Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study, International journal of eating disorders 29(4): 380-92.

Rotschild BS; Fagan PJ; Woodall C; Anderson AE,
1991, Sexual functioning of female eating-disordered patients, International Journal of Eating Disorders, 10: 389-94.

Russell GFM,
2001, Involuntary treatment in anorexia nervosa, Psychiatric clinics of North America 24(2): 337-49.

Russell GFM,
197O, Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment, in J.Price (ed), Modern trends in psychological medicine, London: Butterworth.

Russell GFM,
1977, Editorial: the present status of anorexia nervosa, psychological medicine, 7: 363-367.

Russell GFM,
1983, Delayed puberty due to anorexia nervosa of early onset, Anorexia nervosa: recent developments in research (eds.Darby PL; Garfinkel PE; Garner DM; Coscina DV),New York, Alan R. Liss, Inc.

Russell GFM,
1985a, Premenarchal anorexia and its sequelae, Journal of psychiatric research, 19: 363-369.

Russell GFM,
1986, The changing nature of anorexia nervosa: an introduction to the conference in: Szmukler GI ea (eds), Anorexia nervosa and bulimia disorders, Perganon press, Oxford: 101-109.

Russell G; Szmuchler G; Dare C; Eisler I,
1987, An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa, Archives of general psychiatry, 44: 1O47-1O56.

Rutter M;Izard CE; Read PB,
1986, Depression in young people, New York: Guilford press.

Ryle A; Evans CDH,
1991, Some meanings of body and self in eating disordered and comparison subjects, British Journal of Medical Psychology 64: 273-283.

Saccomani L; Savoini M; Cirrincone M; Vercellina F; Ravera G,
1998, long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: a study of comorbidity, journal psychosomatic medecine 44(5): 565-71.

Santonastaso P; Favaro A; Olivotto MC; Friederici S, 1997, Dissociative experiences and eating disorders in a female college sample, Psychopathology 30(3): 170-6.

Schilder P,
1935, The image and appearence of the human body, New York, International university press, in Cash TF, Pruzinsky 4, 199O, Body images: development, deviance and change, New York: The builford press: 361p.

Schmidt U; Evans K; Tiller J; Treasure J,
1995, Puberty, sexual milestones and abuse: how are they related in eating disorder patients?, Psychological Medecine 25: 413-417.

Sckmidt U; Tiller J; Blanchard M; Andrews B; Treasure J,

1997, Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa, Psychological medecine 27(3): 523-30.

Schnyder U; Schnyder-Lüthi C; Ballinari P; Blaser A,
1998, Therapy of vaginismus: in vivo versus in vitro desensitisation, Canadian journal of psychiatry 43: 941-944.

Scholl GM,
1988, Prognostic variables in treating vaginismus, Obstetrics and gynecology 72(2): 231-5.

Schwartz DM; Thompson MG; Johnson CL,
1985, Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia: Biomedical sociocultural and psychological perspectives, Brunner/Mazel Publishers, New York: 95-112.

Scott DW,
1987, The involvement of psychosexual factors in the causation of eating disorders: Time for a reappraisal, International journal of eating disorders 6: 199-213.

Segraves RT,
1998, Psychiatric illness and sexual function, International journal of impotence research 10(2): 131-3, 138-40.

Selvini-Palazzoli M,
1974, Self starvation, London: Chaucer.

Shisslak CM; Crago M; Estes LS,
1995, The spectrum of eating disturbances, International journal of eating disorders 18 (3): 2O9-219.

Silverstein JL,
1989, Origins of psychogenic vaginismus, Psychotherapy and psychosomatics 52(4): 197-204.

Simons JS; Carey MP,
2001, Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a Decade of research, Archives of sexual behavior 30: 177-219.

Sinha MK; Caro JF,
1998, Clinical aspects of leptin, Vitamins and hormones 54: 1-30.

Shaw J,
1994, Treatment of primary vaginismus: a new perspective, Journal of sex and marital therapy 20(1): 46-55.

Shokrollahi P; Mirmohamadi M,
1999, Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran, Journal of sex & marital therapy 25: 211-215.

Sondon- Hagopian N,
1992, The connection between anorexia nervosa and achievement in modern society. A review, Progress: Family systems research and therapy, Volume 1: 71-82.

Sours GA,
1979, The primary anorexia nervosa syndrome, Basic handbook of child psychiatry, New York.

Speckens AE; Hengeveld MW; Lycklama-a-Nijeholt G; van Hemert AM; Hawton KE,
1995, Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: cause or consequence of the disorder, Archives of sexual behavior 24(2): 157-72.

Spitzer RL; Gibbon M; Skodol AE,

1994, DSM-IV Casebook: A Learning companion to the diagnostical and statistical manual of mental disorders, 4th edition, American psychiatric press.

Steiger M; Leving FYK; Ross DJ; Gulko J,
1992, High school girls reporting combinations of eating and mood symptoms: relevance of self report to interview-based findings, International journal of eating disorders, 12: 143-149.

Steinhausen HC; Vollrath M,
1993, The self-image of adolescent patients with eating disorders, International journal of eating disorders 13(2): 221-227.

Stewart M; Troop N; Todd G; Treasure J,
1994, Eating disorders in boarding schools: a survey of school matrons, European eating disorders review, 2: 1O6-113.

Striegel-Moore RM; Kearney-Cooke A,
1994, Exploring parents attitudes and behaviors about their children's psysical appearance, International journal of eating disorders 15(4): 377-385.

Strober MA,
1981, A comparative analysis of personality organization in juvenile anorexia nervosa, Journal of youth and adolescence 1O; 285-295.

Strober M; Humphrey LL,
1987, Famial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia, Journal of consulting and clinical psychology, 55: 654-659.

Strober M; Lampert C; Morrell W; Burroughs J; Jacobs C,
199O, A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders, Internation journal of eating disorders 9: 239-253.

Swift WJ,
1982, The long-term outcome of early onset anorexia nervosa, Journal of the American academy of child psychiatry 21: 38-46.

Swift WJ; Andrews D; Barklage NE,
1986, The relationship between affective disorder and eating disorders: a review of the literature,American journal of psychiatry, 143(3): 29O-299.

Szmukler GI,
1983, Weight and food preoccupation in a population of English schoolgirls, Understanding bulimia and anorexia nervosa, report on the fourth ross conference on medical research (ed. Bargman GJ), Columbus,Ohio: Ross laboratories.

Szmukler GI; Care C; Treasure J,
1995, Handbook of eating disorders, theory, treatment and research, Toronto: Chapters 11 and 15.

Theander S,
1970, Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 female patients, acta psychiatrica scandinavica, suppl. 2 (4).

Tobin DL; Griffing AS,
1996, Coping, sexual abuse, and compensatory behavior, International journal of eating disorders 20(2): 143-8.

Tobin DL; Molteni AL; Elin MR,
1995, early trauma, dissociation, and late onset of eating disorders, International journal of eating disorders 17(3): 305-8.

Touyz SW; Beumont PJV,
1987, Body image and its disturbance, in Beumont PJV e.a., Handbook of eating disorders part 1, Amsterdam: 171-185.

Treasure JL; Thompson P,
1988, Anorexia nervosa in childhood, British journal of hospital medicine, 4O: 362-365.

Troop NA; Treasure JL,
1997, Setting the scene for eating disorders, II. Childhood helplessness and mastery, Psychological medecine 27(3): 531-8.

Urwin RE; Bennetts B; Wilcken B; Lampropoulos B; Beumont P; Clarke S; Russell J; Tanner S,
2002, Anorexia nervosa (restrictive subtype) is associated with a polymorphism in the novel norepinephrine transporter gene promoter polymorphic region, Molecular psychiatry 7(6): 652-657.

Vandereycken W,
1993, The eating disorder evaluation scale (EDES), Eating disorders: the journal of treatment and prevention, 1: 115-122.

Vandereycken W; Vanderlinden J,
1989, A family-oriented strategy in outpatient treatment, The family approach tot eating disorders, new York, PMA.

Van der Ham T; Meulman JJ; Van Strien DC; Van Engeland H,
1997, Empirically based subgrouping of eating disorders in adolescents: a longitudinal perspective, British journal of psychiatry 170: 363-8.

Vanderlinden J; Norré J; Vandereyken W,
1989b, De behandeling van boulimie, een gids voor de therapeutische praktijk,Van Loghum Slaterus, Deventer.

Van Lankveld JJ; Brewaeys AM; Ter Kuile MM; Weijenborg PT,
1995, Difficulties in the differential diagnosis of vaginismus, dyspareunia and mixed sexual pain disorder, Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology 16(4): 201-9.

Vansteenwegen A,
2002, Principes van systeem- en communicatietherapie, relatie- en gezinstherapie, Leuven, Acco: 152-174.

Vansteenwegen A,
1995, Liefde na verschil, Tielt, Lannoo.

Vaz-Leal FJ; Salcedo-Salcedo MS,
1992, Sexual adjustment and eating disorders: Differences between typical and atypical anorexic adolescent females, International journal of eating disorders 10: 647-666.

Ventegodt S,
1998, Sex and the quality of life in Denmark, Archives of sexual behavior 27: 295-307.

Vereniging Anorexia Nervosa,
1994, Informatiebrochure Anorexia nervosa en bulemia nervosa, Eeklo: 2 –5.

Verma KK; Khaitan BK; Singh OP,
1998, The frequency of sexual dysfunctions in patients attending a sex therapy clinic in north India, Archives of sexual behavior 27: 309-314.

Veron-Guidry S; Williamson DA,
1996, Development of a body image assessment procedure for children and preadolescents,International journal of eating disorders 2O (3): 287-293.

Veron-Guidry S; Williamson DA; Netemeyer RG,
1997, Structural modeling analysis of body dysphoria and eating disorder symptoms in preadolescent girls, Eating disorders, journal of treatment and prevention, 5 (1): 15-27.

Vize CM; Cooper PJ,
1995, Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls. A comparative study, British journal of psychiatry 167(1): 80-5.

Walford G; Mc Cune N,
1991, Long-term outcome in early onset anorexia nervosa, British journal of psychiatry 159: 383-389.

Waller G,
1998, Perceived control in eating disorders: relationship with reported sexual abuse, International journal of eating disorders 23(2): 213-6.

Waller G; Meyer C; Ohanian V; Elliott P; Dickson C; Sellings J,
2001, The psychopathology of bulimic women who report childhood sexual abuse: the mediating role of core beliefs, Journal of nervous and mental disease 189(10): 700-8.

Waller G; Ruddock A,
1995, Information-processing correlates of reported sexual abuse in eating-disordered and comparison women, Child abuse and neglect 19(6): 745-59.

Walsh JM; Burns F,
2000, Sexual maturation and control issues among sexually abused and non-abused anorexia patients, British journal of clinical psychology 39(3): 307-10.

Walsh JM; Wheat ME; Freund K,
2000, Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician, Journal of general internal medecine 15(8): 577-90.

Wasti S; Robinson SC; Akhtar Y; Khan S; Badaruddin N,
1993, Characteristics of menopauze in three socio-economic urban groups in Karachi, Pakistan, Maturitas 16: 61-69.

Warren W,
1968, A study of anorexia nervosa in young girls, Journal of child psychology and psychiatry 9: 27-4O.

Westen D; Harnden-fischer J,
2001, Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II, American journal of psychiatry 158(4): 547-62.

Wiederman MW; Pryor T,
1997, A comparison of ever-married and never-married women with anorexia or bulimia nervosa, International journal of eating disorders 22(4): 395-401.

Wiederman MW; Pryor T; Morgan CD,
1996, The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa, International journal of eating disorders 19(2): 109-118.

Wijma B,
1998, Gynecologic examination, a role-playing fot two, Lakartidningen 95(11): 1125-9.

Wijma B; Jansson M; Nilsson S; Hallböök O; Wijma K,
2000, Vulvar Vestibulitis Syndrome and vaginismus. A case report, The journal of reproductive medicine 45: 219-223.

Whitaker A; Johnson J; Shaffer D; Rapoport JL; Kalikow K; Walsh BT; Davies M; Braiman S,

199O, Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non-referred psychiatric population, Archives of general psychiatry 47: 487-496.

Willi J; Grossmann S,
1983, Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland, American journal of psychiatry, 14O: 564 – 567.

Wolcott R; Yager J; Gordon G,
1984, Dental sequelae to the binge-purge syndrome (bulimia): Report of cases, Journal of the American dental association 1O9: 723-725.

Wonderlich SA; Brewerton TD; Jocic Z; Dansky BS; Abbott DW,
1997, Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders, Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry 36(8): 1107-15.

Woodside DB,
199O, Anorexia nervosa and bulimia nervosa, Current opinion in psychiatry 3, 453-456.

Woolston JL,
1983, Eating disorders in infancy and early childhood, American Journal of child psychiatry, 22:114-21.

World health organization,
1992, Anorexia nervosa: European description, The ICD-1O classification of mental and behavioural disorders, Geneva.

Yeong CT; Atputharajah V,
1999, Profile of patients seen at a psychosexual clinic in a gynaecological teaching hospital—the Singapore experience, Medical journal of Malaysia 54(1): 79-86.

Zerbe MD; Kathryn J,
1995, The Body Betrayed, Psychiatric american press: Gurze Books, Carlsbad, California, 357, 365-372.

Zlotnic C; Hohlstein LA; Shea MT; Pearlstein T; Recupero P; Bidadi K,
1996, The relationship between sexual abuse and eating pathology, International journal of eating disorders 20(2): 129-34.

Contacten gelegd en inlichtingen gekregen van :
* AABA (American Anorexia Bulimia Association).
* ANAD (National Association of Anorexia and Associated Disorders).
* Belgisch parlement.
* NEDO (National Eating Disorders Organisation-Oklahoma).
* Stichting anorexia en bulimia nervosa-Eeklo.