

UNIVERSITEIT GENT
FACULTEIT POLITIEKE EN SOCIALE WETENSCHAPPEN

**AN is wie ik ben: een kwalitatief onderzoek naar het verband
tussen Anorexia Nervosa en identiteitsconflicten en –
veranderingen**

Wetenschappelijke verhandeling

aantal woorden: 24.994

LEEN DE KORT

MASTERPROEF SOCIOLOGIE

PROMOTOR: PROF. DR. PIET BRACKE

COMMISSARIS: KLAARTJE VAN KERCKEM

COMMISSARIS: ELISE PATTYN

ACADEMIEJAAR 2010 - 2011

Voorwoord

Hoewel ikzelf nooit met een eetstoornis te maken kreeg, is mijn interesse hiervoor in de loop van de jaren steeds gegroeid. Het is een interessant onderwerp met veel verschijningsvormen dat door velen slecht begrepen wordt. Met deze thesis hoop ik een bijdrage te leveren tot het inzicht in het fenomeen Anorexia Nervosa. Dit vanuit sociologisch standpunt, maar voornamelijk ook vanuit de ervaringen van degenen die het zelf meemaakten. Mijn dankwoord moet daarom eerst en vooral gericht worden tot de meisjes en vrouwen die ik geïnterviewd heb. Het is immers niet evident iemand die je van haar nog pluim kent binnen te laten dringen in je persoonlijke gedachten en gevoelens. Ik ben erg dankbaar dat zij dit toch deden, want deze gesprekken leverden mij enorm veel waardevolle informatie op. Spijtig genoeg was ik wegens gebrek aan ruimte genoodzaakt een selectie te maken in de onderwerpen die ik zou aanhalen, en de quotes die ik zou gebruiken. Veel interessante zaken en waardevolle quotes bleven hierdoor ongebruikt. Ook wil ik het personeel van de vzw AN-BN (www.anbn.be) bedanken om mij te helpen in mijn zoektocht naar respondenten. Vervolgens richt ik mij tot Klaartje van Kerckem en professor Piet Bracke. Hen wil ik bedanken om mij te begeleiden in het tot stand komen van deze masterproef. Het is door hun goede raad en kritische bemerkingen dat het mij lukte om de waardevolle informatie uit mijn interviews correct weer te geven en om te zetten tot een (hopelijk) vlot leesbaar geheel. Ten slotte verdienen ook Bie en mijn vader een bedankje voor het nalezen van mijn scriptie op spelling- en taalfouten.

Bedankt!

Leen De Kort

Inhoudstafel

VOORWOORD.....	1
INHOUDSTAFEL.....	2
ABSTRACT.....	3
1. INLEIDING.....	4
2. IDENTITEITSTHEORIE.....	5
3. ANOREXIA NERVOSA EN IDENTITEITSCONFLICTEN	8
3.1 Fase 1: Identiteit voor ontwikkeling van de eetstoornis	8
3.1.1 <i>Het gezin</i>	8
3.2 Fase 2: Ontwikkeling van een master-identiteit tijdens de eetstoornis	10
3.2.1 <i>Het ervaren van conflicten</i>	10
3.2.2 <i>Zelfwaardering</i>	11
3.2.3 <i>De oplossing?</i>	12
3.2.4 <i>Anorexia Nervosa als master-identiteit</i>	12
3.2.5 <i>Ziekte-inzicht</i>	14
3.3 Fase 3: Herdefinitie van de identiteit tijdens herstel.....	15
3.3.1 <i>'Nieuwe' identiteit</i>	15
3.3.2 <i>Therapie en communicatie</i>	16
3.3.3 <i>Het veranderingsproces</i>	17
4. METHODOLOGIE.....	17
4.1 Onderzoeksmethode	17
4.2 Data-verzameling	19
4.3 Data analyse	20
5. RESULTATEN.....	22
5.1 Fase 1: voor de eetstoornis.....	22
5.2 Fase 2: tijdens de eetstoornis.....	27
5.3 Fase 3: herstel.....	36
6. CONCLUSIE EN DISCUSSIE.....	48
7. REFERENTIELIJST.....	54
8. BIJLAGE.....	61

AN is wie ik ben: een kwalitatief onderzoek naar het verband tussen Anorexia Nervosa en identiteitsconflicten en –veranderingen

Abstract:

Dit onderzoek trachtte het identiteitsveranderingsproces van meisjes/vrouwen met Anorexia Nervosa in kaart te brengen, en dit vanaf de periode vóór de ontwikkeling van de eetstoornis tot en met in de fase van herstel. Hierbij werd bekeken waarom en hoe deze identiteit veranderde, welke factoren dit proces beïnvloedden, en welke gevolgen deze veranderingen hadden voor de meisjes. Om dit proces uit te diepen werd aan de hand van semi-gestructureerde interviews informatie verzameld bij 12 meisjes of vrouwen die zelf Anorexia Nervosa hebben of hadden. Zij werden geworven via een Vlaamse VZW die hulp en informatie biedt aan personen met (vragen rond) een eetstoornisproblematiek. Personen met AN bleken vaak identiteitsconflicten te ervaren. Deze konden mede aan de basis van de eetstoornis liggen en/of hierdoor veroorzaakt worden. Anorexia Nervosa had dan ook een erg grote impact op de identiteit van de meisjes. Deze leek onder invloed van de eetstoornis twee maal fundamenteel te veranderen. Voor de eetstoornis bleken ouders de identiteit het sterkste te beïnvloeden. Wanneer de eetstoornis zich ontwikkelde, zou deze de identiteit echter volledig gaan bepalen en zich opwerpen als master-identiteit. Vervolgens maakt deze master-identiteit bij herstel plaats voor een meer evenwichtige identiteit die voornamelijk gebaseerd is op eigen overwegingen over hoe men wil zijn en wat men wil doen. Inzicht in dit identiteitsveranderingsproces kan behulpzaam zijn bij het voorkomen en genezen van Anorexia Nervosa.

1. INLEIDING

Er is erg veel geschreven over Anorexia Nervosa (afgekort: AN), maar bij sociologisch onderzoek in verband met eetstoornissen bleef tot hiertoe het thema 'identiteit' onderbelicht. Als men de literatuur doorzoekt, valt meteen op dat het merendeel hiervan uit de psychologische, psychiatrische en medische hoek komt. Er valt echter weinig sociologische literatuur te vinden over het onderwerp eetstoornissen. De sociologisch geïnspireerde literatuur (er wordt hier gesproken over 'sociologisch geïnspireerd' in plaats van 'sociologisch' omdat zelfs deze studies voornamelijk uitgevoerd werden door psychologen of psychiaters) concentreert zich rond vier thema's: Culturele waarden (zoals het Westerse slankheidsideaal) en bekrachtiging hiervan in de media (Becker & Hamburg, 1996; Becker, Burwell, Gilman, Herzog, & Hamburg, 2002; Coughlin, 2006; Derenne & Beresin, 2006; Dohnt & Tiggemann, 2006; Lai, 2000; Makino, Tsuboi, & Dennerstein, 2004; Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel, & Stuckless, 1999; Polivy & Herman, 2002; Soh, Touyz, & Surgenor, 2006; Stice, Schupakneuberg, Shaw, & Stein, 1994; Thompson & Heinberg, 1999; Vandereycken & Noordenbos, 2002; Willemsen & Hoek, 2006), sociaal economische status (onder andere Bruch, 1990; Dornbusch et al., 1984; Lawrence, 1987; Nagel & Jones, 1992; Soh et al., 2006; Vandereycken & Noordenbos, 2002), gender gerelateerde onderwerpen (zoals Lawrence, 1987; Nagel & Jones, 1992; Pope et al., 2000; Vandereycken & Noordenbos, 2002), en het gezin (bijvoorbeeld Bruch, 1990; Haworth-Hoepfner, 2000; Lawrence, 1987; Vandereycken & Noordenbos, 2002). De stereotypische AN patiënt wordt dan ook voorgesteld als Noord-Europees, blank, vrouwelijk, goed opgeleid en afkomstig uit de hogere sociaal economische klasse. (Soh et al., 2006) Wat opvalt is dat vele van deze sociologisch geïnspireerde studies geen gebruik maken van klinische samples. (Zie bijvoorbeeld Becker et al., 2002; Coughlin, 2006; Dohnt & Tiggemann, 2006; Dornbusch et al., 1984; Pinhas et al., 1999; Stice et al., 1994) Dit is van belang omdat, hoewel gewicht willen verliezen en een ontevredenheid met het lichaam belangrijke kenmerken zijn, dit niet voldoende is om van AN te spreken. (Bruch, 1990; Lawrence, 1987; Vandereycken & Noordenbos, 2002) Bovendien is mager willen zijn veeleer een belangrijk symptoom dan een oorzaak van Anorexia Nervosa. (Bruch, 1990; Lawrence, 1987) Men probeert op die manier met het lichaam iets uit te drukken wat men met woorden niet kan. (Bruch, 1990; Nordbo, Espeset, Gulliksen, Skarderud, & Holte, 2006; Vandereycken & Noordenbos, 2002; Weaver, Wuest, & Ciliska, 2005) Een tweede opmerking met betrekking tot deze sociologisch geïnspireerde literatuur is dat ze voornamelijk focussen op macro- en meso-sociologische processen. Over microsociologische processen in verband met betekenisgeving, identiteit en zelfbeeld is echter weinig sociologische literatuur te vinden. (Wel is er weer psychologische literatuur voorhanden.)

Dit onderzoek wil aan deze onvolledigheden tegemoet komen door, vanuit het standpunt van personen die zelf te maken kregen met AN, de identiteitsveranderingen die zij hierdoor al dan niet ondervonden te bestuderen. Het onderwerp 'identiteit' werd gekozen omdat regelmatig blijkt dat personen met AN

niet goed weten wie ze zelf zijn en wat hun identiteit is. (Auslander & Dunham, 1996; Bruch, 1990; Dias, 2003; Schupakneuberg & Nemeroff, 1993; Tan, Hope, & Stewart, 2003b; Weaver et al., 2005) Indien AN en identiteitsconflicten/-veranderingen nauw met elkaar betrokken zijn, kan kennis over de betekenis die AN heeft in het identiteitsvormingsproces van meisjes en vrouwen met AN echter een belangrijke bijdrage leveren tot de preventie en behandeling van eetstoornissen. Daarom wordt onderzocht of identiteitsconflicten mede aan de basis kunnen liggen van het ontwikkelen van een eetstoornis, en of de identiteit van meisjes met AN verandert onder invloed van de eetstoornis.

Hieronder zal eerst een korte uiteenzetting gegeven worden van de identiteitstheorie (voornamelijk op basis van Stryker en Burke), om vervolgens de reeds bestaande ideeën en empirische resultaten uit psychologische -, medische - en andere literatuur in verband met Anorexia Nervosa te herformuleren in termen van deze identiteitstheorie. Zo wordt getracht in kaart te brengen of en waarom de identiteit van personen met Anorexia Nervosa verandert, en hoe deze (verschillende) identiteiten (voor, tijdens en na de eetstoornis) eruitzien. Vervolgens wordt een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om de bevindingen uit de literatuur na te gaan en uit te diepen. Op deze manier wordt gepoogd tot een algemene beschrijving van het identiteitsveranderingsproces bij individuen met Anorexia Nervosa te komen.

2. IDENTITEITSTHEORIE

In de literatuur leest men soms dat individuen met AN verward zijn over hun identiteit, dat ze niet meer weten wie ze zijn, of dat ze zichzelf voor en na de eetstoornis als een heel ander persoon zien. (Auslander & Dunham, 1996; Bruch, 1990; Dias, 2003; Nordbo et al., 2006; Schupakneuberg & Nemeroff, 1993; Shohet, 2007; Tan et al., 2003b; Weaver et al., 2005) Deze zaken wijzen op het voorkomen van identiteitsveranderingen bij personen met AN. Het lijkt dus nuttig om identiteitstheorieën te betrekken bij het onderwerp Anorexia Nervosa. Daarom zullen de relevante aspecten van deze theorie hier kort besproken worden.

De vorming en verandering van identiteiten is een proces dat sociologisch van belang is aangezien identiteiten worden gevormd in een interpretatief, sociaal proces. Zowel het 'zelf' als de samenleving moeten in rekening gebracht worden om dit te begrijpen. (Stryker, 1980) De identiteit en het 'Zelf' zijn niet gelijk, maar zijn wel sterk verbonden met elkaar. Een persoon heeft zoveel 'zelden' als dat er te onderscheiden groepen personen zijn waarmee hij in interactie kan treden. (James, beschreven in Stryker, 1980) Het definiëren van het zelf gebeurt dan ook voornamelijk door gebruik te maken van sociaal erkende categorieën en de overeenkomstige sociale rollen (zijnde de verwachtingen die vasthangen aan posities die men bezet in netwerken van relaties, dus de verwachtingen die anderen

van ons hebben). (Stryker, 1980; Stryker & Burke, 2000) Mensen hebben dus zoveel identiteiten als dat ze verschillende netwerken van relaties hebben waarin ze een positie bezitten en rollen spelen. (Stryker & Burke, 2000) Aangezien netwerken en relaties variabel zijn, kunnen ook identiteiten veranderen doorheen iemands leven. Deze identiteitsverandering kan op twee manieren gebeuren.

In het eerste geval worden het gedrag en de situaties waarin een individu zich bevindt aangepast aan de identiteit. (Burke, 2006; Stryker & Burke, 2000) Identiteiten kunnen gedrag enkel adequaat voorspellen als de betekenis van de identiteit overeenstemt met die van het gedrag. (Burke & Reitzes, 1981) Hoe betekenissen van het zelf dan gerelateerd zijn aan betekenissen van iemands gedrag wordt verduidelijkt in het model van perceptuele controle. (Stryker & Burke, 2000) Dit model bestaat uit vier centrale componenten (Burke, 1991): de identiteits-standaard (de set cultureel voorgeschreven betekenissen die een individu eropna houdt en die zijn rolidentiteit in een situatie omschrijven); de perceptie van de betekenissen binnen de situatie waarin een persoon zich bevindt (overeenkomend met de dimensies van betekenis in de identiteits-standaard); de 'comparator' (het mechanisme dat de waargenomen situationele betekenissen vergelijkt met deze uit de identiteits-standaard); en tenslotte het gedrag of de activiteit van het individu, dat een functie is van de verschillen tussen perceptie en standaard. Zelfverificatie is dan het proces waarin gedrag doelgericht gebruikt wordt om de situatie (en dus de waargenomen, relevante betekenissen voor het zelf) te veranderen en in overeenstemming te brengen met de betekenissen in de standaard. (Burke, 1991; Stryker & Burke, 2000) Als deze zelfverificatie niet vlot verloopt, resulteert dit zich in negatieve emoties. (Stryker & Burke, 2000) Deze negatieve emoties motiveren het individu om de discrepantie op te lossen. (Burke, 2006) Ook zelfwaardering is belangrijk in dit proces. (Cast & Burke, 2002) Als het verificatieproces vlot verloopt, wordt zelfwaardering opgebouwd. Hierdoor wordt er een buffer aangemaakt: dit wil zeggen dat wanneer zelfverificatie problematisch is, zelfwaardering individuen kan beschermen tegen negatieve gevoelens terwijl ze een oplossing zoeken voor de situatie. Naarmate men dit meer nodig heeft, loopt die buffer leeg en zullen negatieve gevoelens sterker ervaren worden. Ook streven we zelf naar zelfwaardering. Relaties die ons geen zelfwaardering geven zullen we stopzetten en relaties die dat wel doen, worden voortgezet. (Cast & Burke, 2002) Bovendien voelen individuen zich goed over zichzelf als ze zich conform gedragen aan de identiteiten die voor hen erg belangrijk zijn. (Stryker, 1980) Wanneer deze identiteiten gedefinieerd zijn in termen die de normen en waarden van (een deel van) de samenleving reflecteren, dan is 'conform gedrag' 'zelfwaardering stimulerend gedrag'. Anderen zullen dit gedrag immers goedkeuren. (Stryker, 1980) Een eerste proces van verandering bestaat dus uit het aanpassen van de huidige situatie of het opzoeken van nieuwe situaties om de betekenis hiervan te doen overeenkomen met deze van de identiteits-standaard. (Burke, 2006; Stryker & Burke, 2000)

Er is echter nog een tweede manier waarop identiteit kan veranderen. (Burke, 2006) Hierbij vinden veranderingen in de structuur van de identiteit plaats. Zoals reeds vermeld, heeft elk individu meerdere

identiteiten. (Burke, 2006; Stryker, 1980) Deze identiteiten worden binnen het zelf georganiseerd volgens een 'salience hierarchy': hoe hoger een identiteit in deze hiërarchie staat, hoe meer saillant ze is. Dat wil zeggen: hoe meer men gebonden is aan deze identiteit en hoe waarschijnlijker het is dat ze opgewekt zal worden in een situatie. (Stryker, 1980; Stryker & Burke, 2000) Deze 'identity salience' blijft relatief stabiel overheen de tijd en verschillende situaties. Wanneer omstandigheden veranderen, proberen personen immers, door zich in bepaalde organisaties of groepen te begeven, nieuwe relaties aan te gaan die hen in staat stellen zich te gedragen volgens de hoog saillante identiteiten die men bezat voor de verandering. Wanneer men de kansen om dit te doen echter niet vindt, of niet kan gebruiken, dan doen er zich veranderingen in de 'salience hierarchy' voor. (Stryker & Burke, 2000) Dit kan zo zijn wanneer personen verschillende identiteiten hebben in één groep, of wanneer in bepaalde situaties verschillende identiteiten uit verschillende groepen opgeroepen worden. (Burke, 2003) Aangezien de normen die gedrag beïnvloeden in een bepaalde groep de normen in een andere groep kunnen tegenspreken, kan dit voor problemen zorgen. Er ontstaat dan een rollenconflict. (Stryker, 1980) Dit wil zeggen dat de verwachtingen op basis van de verschillende identiteiten vragen om onverzoenbaar gedrag. De manier waarop de verschillende identiteiten die een individu heeft samen functioneren in het zelf, beïnvloedt echter het algemene proces van zelfverificatie. (Burke, 2003) Dit conflict dient dus gecontroleerd te worden. Het algemene controlesysteem (dus voor het 'hele zelf') bestaat uit een hiërarchisch geheel van in elkaar grijpende individuele controlesystemen. (Burke, 2003) Gedrag is de output van individuele controlesystemen op het laagste niveau. De hogere niveaus representeren meer abstracte identiteiten. (Burke, 2003) Dit zijn bijvoorbeeld identiteiten die een master-status hebben. (Burke, 2006) Een master-identiteit is een identiteit die alle andere identiteiten zal bepalen. (Charmaz, 1994) Controle hiervan wordt niet rechtstreeks bekomen door verandering in de situatie en de perceptie daarvan, maar door veranderingen in één of meerdere standaarden van identiteiten op een lager niveau. Die passen op hun beurt de standaarden van identiteiten op een nog lager niveau aan, totdat men bij het laagste niveau belandt waar de situatie aangepast wordt. (Burke, 2003) Voor alle identiteiten die in een situatie opgeroepen worden, wordt dit proces in gang gezet. Dus de percepties van alle geactiveerde identiteiten worden tegelijk gecontroleerd. Al deze betekenissen moeten dus in dezelfde lijn liggen, of helemaal niets met elkaar te maken hebben. Anders kan één van de identiteiten niet geverifieerd worden. Wanneer verschillende identiteits-standaarden die tegelijk geactiveerd worden tegengestelde betekenissen hebben, moeten deze standaarden veranderen en zullen mensen zichzelf herdefiniëren. (Burke, 2003) Stel dat twee conflicterende identiteiten opgeroepen worden, dan zullen de betekenissen van één of beide standaarden opschuiven tot ze aan elkaar gelijk zijn. (Burke, 2003; Burke, 2006) Mogelijk wordt de ene of de andere identiteit minder belangrijk (of saillant), en/of daalt de gebondenheid aan die identiteit wanneer het individu zich terugtrekt uit situaties en relaties die met één van de twee of met beide identiteiten verbonden zijn. (Burke, 2003) Hierdoor vinden dus veranderingen in het 'zelf' of de 'algemene' identiteit plaats.

3. ANOREXIA NERVOSA EN IDENTITEITSCONFLICTEN

Empirische resultaten uit studies rond Anorexia Nervosa worden in dit deel gekoppeld aan de hierboven beschreven identiteitstheorieën, dit om de identiteitsveranderingen van meisjes/vrouwen met AN in kaart te brengen. Hoewel identiteitsverandering een traag, geleidelijk en adaptief proces is (Burke, 2006), wordt hier verondersteld dat er drie grote fasen kunnen onderscheiden worden. Personen die met een eetstoornis te kampen kregen kunnen zichzelf immers als een heel ander persoon zien voor, tijdens en na de eetstoornis. (Nordbo et al., 2006; Shohet, 2007) In deze studie wordt dus een onderscheid gemaakt tussen de fase vóór de opkomst van de eetstoornis, deze tijdens de eetstoornis, en de fase van herstel.

3.1 Fase 1: Identiteit voor ontwikkeling van de eetstoornis

Om in kaart te kunnen brengen of en hoe de identiteit van meisjes met AN onder invloed van de eetstoornis verandert, moet eerst bekeken worden hoe deze identiteit eruitzag voor er sprake was van een eetprobleem. De belangrijkste factor in deze fase blijkt het gezin te zijn.

3.1.1 Het gezin

Verschillende zaken doen vermoeden dat in de eerste fase het gezin de meest bepalende factor is in de identiteit van individuen die later een eetstoornis ontwikkelen. Volgens de identiteitstheorie definiëren mensen zichzelf namelijk door te verwijzen naar de groepen waartoe ze behoren. (Stryker, 1980; Stryker & Burke, 2000) De belangrijkste van deze groepen is het gezin. In de primaire groep vindt immers de meest invloedrijke socialisatie plaats. (Stryker, 1980) Moeders zijn dan ook vaak de belangrijkste rolmodellen voor kinderen. (Bucher, 1998) Bovendien bemiddelt de opvoedingsstijl van ouders in belangrijke mate culturele invloeden. (Haworth-Hoepfner, 2000; Schupakneuberg & Nemeroff, 1993) Het blijkt eveneens zo te zijn dat een belangrijk deel van de opvoeding plaatsvindt aan tafel omdat daar familieleden samenkomen en met elkaar communiceren en discussiëren. (Vanderlinden, 2002)

Ook voor personen met AN lijkt te gelden dat het gezin erg belangrijk is in de periode voor de ontwikkeling van de eetstoornis. Vaak wordt geopperd dat opvoedingsstijl van de ouders, perceptie van de cohesie binnen het gezin, en de manier waarop men met conflicten binnen het gezin omgaat belangrijk zijn in het kader van de ontwikkeling van eetstoornissen. (Bruch, 1990; Haworth-Hoepfner, 2000; Lawrence, 1987; Vanderlinden, 2002) Bovendien kan gewezen worden op het feit dat Anorexia Nervosa vaak begint in de adolescentieperiode. (Vandereycken & Noordenbos, 2002) Dit is onder andere de periode waarin een individu zijn/haar ego-identiteit ontwikkelt en aldus loskomt van de ouders. (Erikson, beschreven in Hurh, 1997) Dit proces van zelfstandig worden kan rolverwarring veroorzaken, met bepaalde pathologische defensiemechanismen zoals xenofobie en seksuele

promiscuïteit als gevolg. (Erikson, beschreven in Hurh, 1997) Ook Anorexia Nervosa kan gezien worden als een oplossing voor gelijkaardige conflicten, aangezien ook hier tekenen van rolverwarring aanwezig zijn. Individuen met een eetstoornis weten immers vaak niet meer goed weten wie ze zijn, en wat hun identiteit is. (Auslander & Dunham, 1996; Bruch, 1990; Dias, 2003; Schupakneuberg & Nemeroff, 1993; Tan et al., 2003b; Weaver et al., 2005) Door deze moeilijke ontwikkeling van het ‘zelf’ kunnen deze meisjes een ‘valse’ identiteit en destructieve praktijken ten opzichte van het lichaam ontwikkelen. (Humphrey, 1989)

Bij meisjes die later AN ontwikkelen kan deze invloed van de ouders ver gaan. Voor de meeste patiënten lijkt het immers essentieel om hun ouders een plezier te doen en achter de aspiraties te staan die zij voor hen hebben, ook al komen deze niet overeen met de eigen verlangens en behoeften. (Bruch, 1990; Humphrey, 1989) Eetstoornissen blijken dan ook voornamelijk voor te komen wanneer er sprake is van goedbedoelde maar opdringerige zorg en bescherming van de ouders, een kritische familieomgeving, dwangmatige ouderlijke controle, verstrikte gezinsrelaties, geringe ruimte voor persoonlijke groei en een grote focus op gewicht. (Bruch, 1990; Haworth-Hoepfner, 2000; Humphrey, 1989; Lawrence, 1987; Vandereycken & Noordenbos, 2002) Wanneer men tegelijk zijn/haar eigen ‘zelf’ wil ontwikkelen én wil blijven gehoorzamen aan de ouders, is het moeilijk om een eigen identiteit op te bouwen. (Bruch, 1990; Humphrey, 1989) Omdat men opgevoed werd om braaf en gehoorzaam te zijn en niet om eigen emoties te uiten, worden pogingen van het kind om autonoom te worden immers ondermijnd. (Bruch, 1990; Humphrey, 1989) Bovendien zouden de bovengenoemde zaken het gebrek aan eigenwaarde, waar personen met AN vaak mee te maken hebben, veroorzaken. (Bruch, 1990) Hierdoor zullen de ouders in de fase voor de ontwikkeling van de eetstoornis ervaren worden als de belangrijkste factor in de vorming van de identiteit. De ‘goede dochter’ zijn lijkt de voornaamste leidraad te zijn. Deze leidraad kan men zien als de meest saillante identiteit van dat individu. De ‘goede dochter’ is dan de hoogste identiteits-standaard en het individu probeert zich zo te gedragen dat deze standaard geverifieerd wordt. Dit zou willen zeggen dat men steeds gehoorzaam en onderdanig probeert te zijn aan de ouders.

Ook kunnen gezinskenmerken een omgeving creëren waarin identiteitsconflicten gemakkelijker ontwikkelen. Dit om verschillende redenen. Een eerste voorbeeld is dat het individu ondervindt niet te kunnen voldoen aan inconsistente eisen van zijn/haar ouders. Eerder werd vermeld dat rollenconflicten ontstaan wanneer een individu op basis van verschillende aspecten van zijn/haar identiteit geconfronteerd wordt met verwachtingen die vragen om onverzoenbaar gedrag. (Stryker, 1980) Deze tegengestelde verwachtingen komen echter niet per se van verschillende partijen, maar kunnen ook van één dezelfde andere persoon/groep uit gaan. Bruch (1990) meent bijvoorbeeld dat AN het vaakst voor komt in bevoorrechte gezinnen met een hoge SES omdat dat de kinderen uit deze gezinnen niet aan de hoge verwachtingen van ouders kunnen voldoen. Ook indien ouders het helemaal niet belangrijk vinden dat hun kind een bepaalde prestatie haalt, kan het kind dit toch zo ervaren omdat het

reageert op een eigen interpretatie van het gedrag van zijn/haar ouders. (Blumer, beschreven in Stryker, 1980) Een tweede gezinskenmerk dat ervoor zorgt dat identiteitsconflicten sneller voor kunnen komen is de aanwezigheid van communicatieproblemen in het gezin en een neiging tot het vermijden van conflicten. Deze blijken in de gezinnen waaruit personen met AN afkomstig zijn vaak voor te komen. (Bruch, 1990; Lawrence, 1987; Wheeler, Wintre, & Polivy, 2003)

Deze zaken wijzen erop dat het gezin een centrale plaats heeft in het zelfbeeld van meisjes die later AN ontwikkelen. Er wordt dus verwacht dat **in de fase voor de ontwikkeling van AN de ouders als de belangrijkste factor gezien worden in het identiteitsvormingsproces van het individu**. Bij de genezing staat daarom vaak het proces van zich los maken uit het gezin centraal. Zowel patiënten als ouders hebben het nogal eens moeilijk met dit proces van separatie en individuatie. (Vandereycken & Noordenbos, 2002; Lawrence, 1987) Hieruit blijkt de hoge wenselijkheid voor gezinstherapie in de herstelfase, zeker bij adolescenten. (Bruch, 1990; Lawrence, 1987; Vandereycken & Noordenbos, 2002) Het gezin mag echter niet gezien worden als dé oorzaak van een eetstoornis. (Lawrence, 1987) Vaak is het niet enkel de gezinssituatie maar een andere gebeurtenis of situatie die de aanleiding geeft tot het ontwikkelen van AN.

3.2 Fase 2: Ontwikkeling van een master-identiteit tijdens de eetstoornis

Het opkomen van de eetstoornis lijkt gepaard te gaan met een aantal andere problemen, bijvoorbeeld identiteitsconflicten. Onder invloed van deze conflicten kan de identiteit van een persoon met AN erg hard veranderen. Hieronder wordt beschreven hoe en waarom dit gebeurt.

3.2.1 *Het ervaren van conflicten*

Niet enkel het gezin of enkel slank willen zijn, maar een combinatie van meerdere gebeurtenissen en/of langdurige situaties vormt meestal de aanleiding tot een identiteitsprobleem, en vervolgens tot het ontwikkelen van de eetstoornis. Bij het stressproces (dat beschrijft hoe stresserende gebeurtenissen en situaties leiden tot bepaalde mentale en fysieke gezondheidsuitkomsten bij de persoon die de stress ervaart) gaat het immers vaak over een samenspel tussen 'levensgebeurtenissen' (concrete gebeurtenissen met negatieve gevolgen) en 'chronische spanning' (meer langdurige situaties). (Pearlin, 1989) De voornaamste bron van chronische spanning zijn rolspanningen die volgen wanneer er zich problemen voordoen in relaties die gebaseerd zijn op de rollen die de identiteit van het individu vormen. (Pearlin, 1989) Mensen hechten immers veel belang aan deze rollen, en ze structureren de activiteiten, relaties, ervaringen en het welzijn van het individu. Levensgebeurtenissen die vaak als oorzaak van een eetstoornis aangehaald worden, zijn bijvoorbeeld traumatische ervaringen (zoals seksueel misbruik) en het overlijden van een ouder. Chronische spanningen die aangegeven worden zijn onder andere stress op het werk of op school, zich niet goed voelen in een bepaalde gezinssituatie, of gebeurtenissen die te maken hebben met moeilijke overgangsfasen in het leven, zoals de

adolescentie. (Espindola, 2009; Weaver et al., 2005) Deze gebeurtenissen kunnen ervoor zorgen dat het proces van zelfverificatie niet meer vlot verloopt omdat de betekenissen van de situatie waargenomen worden als afwijkend van de betekenissen in de identiteits-standaard. (Burke, 2006) Een andere mogelijkheid is dat er een intern conflict optreedt omdat de verwachtingen van twee identiteiten die op hetzelfde moment geactiveerd worden niet overeenkomen. (Burke, 2006) Deze gebeurtenissen kunnen er dus voor zorgen dat inconsistente eisen ervaren worden (Nordbo et al., 2006) waardoor men rollenconflicten ontwikkelt en indien men deze niet kan oplossen ook identiteitsconflicten. Bij meisjes met AN wordt regelmatig teruggevonden dat de hierboven vernoemde situaties of gebeurtenissen oncomfortabele gevoelens oproepen die zorgen voor onzekerheid over wie men is, wat men wil en waar men thuis hoort. (Weaver et al., 2005) Ze zijn in strijd met hun identiteit en op zoek naar zichzelf, of ze willen zelfs bewust een andere identiteit vormen. (Bruch, 1990; Dias, 2003; Nordbo et al., 2006; Tan et al., 2003b)

Hieruit blijkt dat men vlak voor de eetstoornis en wanneer de eetstoornis begint te ontwikkelen identiteitsconflicten ervaart.

3.2.2 Zelfwaardering

Zoals reeds vermeld werd, is ook zelfwaardering een belangrijk concept bij identiteitsverandering. De hierboven beschreven identiteitsconflicten zorgen ervoor dat het verificatieproces niet meer vlot verloopt, waardoor men zelfwaardering verliest en sneller negatieve gevoelens ervaart. (Burke, 2006; Cast & Burke, 2002; Stryker & Burke, 2000) Bovendien hebben meisjes met AN sowieso weinig zelfwaardering en is er dus geen buffer die hen kan beschermen tegen de vervelende gevoelens die uit de conflicten voortkomen. (Bruch, 1990; Cast & Burke, 2002; Espindola, 2009) Dit gebrek aan zelfwaardering heeft een invloed op hoe problemen aangepakt worden en welke leidraad men gebruikt om deze conflicten op te lossen.

Mensen die weinig zelfwaardering en daardoor een minder duidelijk beeld van zelfkennisstructuren hebben, worden zwaarder beïnvloed door externe stimuli en internaliseren daarom sneller de samenlevingsidealen zoals het schoonheidsideaal om deze te gebruiken als leidraad om zichzelf te definiëren. (Campbell, 1990; Vartanian, 2009; Weaver et al., 2005) Zo kan het slankheidsideaal van de Westerse cultuur de nieuwe identiteits-standaard worden waaraan deze personen zo goed mogelijk proberen te beantwoorden. Een consequentie hiervan is dat men zich zal bezighouden met het lichaamsbeeld en zich zorgen zal maken om wat men eet. Dit kan leiden tot ongezonde gewichtscntrole. (Vartanian, 2009) Bovendien bekrachtigen de media nu nog meer dan vroeger het slank zijn als schoonheidsideaal en spelen ze zo een cruciale rol in de ontwikkeling van zorgen om lichaamsvormen en verstoord eetgedrag. (Becker & Hamburg, 1996; Becker et al., 2002; Dohnt & Tiggemann, 2006; Pinhas et al., 1999; Stice et al., 1994; Thompson & Heinberg, 1999) Het gaat hier

niet om een rechtstreeks effect, maar internalisatie van socioculturele idealen medieert de relatie tussen media en eetpathologie. (Stice et al., 1994) Een eetstoornis kan dus niet enkel aan de individuele acties van een individu toegeschreven worden, maar treedt steeds op in de context van interactie met bijvoorbeeld de media en het gezin dat de culturele ideeën uit de samenleving medieert. (Haworth-Hoepfner, 2000)

Er wordt dus verondersteld dat men wegens **een gebrek aan zelfwaardering veel belang zal hechten aan externe idealen die men als richtlijn zal gebruiken bij het vormen van de identiteit.**

3.2.3 *De oplossing?*

De eetstoornis heeft dus een functie in het leven van personen die AN ontwikkelen. In een samenleving waar slank zijn het schoonheidsideaal is, kan immers aangenomen worden dat men dit als leidraad zal nemen voor de nieuwe identiteits-standaard, en dat Anorexia Nervosa gezien wordt als een (foute) manier om identiteitsconflicten op te lossen. (Haworth-Hoepfner & Maines, 2005; Polivy & Herman, 2002) Wanneer een identiteit gedefinieerd is in termen die de normen en waarden van de samenleving reflecteren, dan is het gedrag dat hieraan conform is immers zelfwaardering stimulerend gedrag. (Stryker, 1980) En zoals reeds aangehaald werd, probeert men steeds naar zelfwaardering te streven. (Cast & Burke, 2002) De eetstoornis wordt ook niet als ziekte ervaren, maar als levensstijl, als een strategie om de moeilijkheden van het leven op te lossen. (Espindola, 2009; Rich, 2006) In de ogen van individuen met AN geeft hun toestand hen immers mentale sterkte, erkenning, aandacht, waardering, stressreductie, zekerheid, bescherming, controle, voorspelbaarheid, sociaal kapitaal, zorg van anderen, veiligheid, en een gevoel speciaal te zijn. (Colton, 2004; Haworth-Hoepfner & Maines, 2005; Nordbo et al., 2006; Polivy & Herman, 2002; Serpell, Treasure, Teasdale, & Sullivan, 1999; Weaver et al., 2005) Men krijgt hierdoor het gevoel niet meer aan het oorspronkelijke - en andere problemen te moet denken. (Bruch, 1990; Bulik & Kendler, 2000; Nordbo et al., 2006) Omdat de eetstoornis deze positieve uitkomsten heeft, wordt ze ervaren als een adequate oplossing. Ongewenste effecten zullen dan toegeschreven worden aan het niet goed genoeg toepassen van de strategie. (Overeenkomstig met de meer enge redenering dat stijging in gewicht of het afwezig zijn van gewichtsdaling geïnterpreteerd worden als 'niet genoeg controle hebben'. (Fairburn, Shafran, & Cooper, 1998))

Anorexia Nervosa wordt dus gezien als een manier om de identiteitsconflicten die men ondervindt op te lossen.

3.2.4 *Anorexia Nervosa als master-identiteit*

Wegens de voordelen die ze biedt, wordt de eetstoornis na een tijd ook de belangrijkste focus in het leven van individuen met AN. Dit gebeurt echter niet van de ene op de andere dag. Net als

identiteitsverandering, gaat het bij de ontwikkeling van een eetstoornis om een langzaam proces. (Burke, 2006) Het begint vaak met gewone pogingen van lijngedrag, maar stilaan wordt het eetgedrag meer afwijkend. Men gaat de focus op voedsel steeds meer als oplossing zien voor het identiteitsprobleem en alle andere problemen in het dagelijkse leven die daarmee verbonden zijn. Niet alleen het lichaamsbeeld, maar de hele praktijk van vermageren, calorieën tellen en de rituelen daar rond, wordt bepalend voor alle gedrag. Er kan dus gezegd worden dat het hele ziektebeeld op de eerste plaats komt te staan in de 'salience hierarchy' (Stryker, 1980), en zich ontwikkelt tot een master-identiteit. Dit is een identiteit die alle andere identiteiten zal gaan bepalen. (Charmaz, 1994) De eetstoornis wordt dus het centrale principe in de identiteit van vrouwen met een eetstoornis. (Bulik & Kendler, 2000; Espindola, 2009; Haworth-Hoepfner & Maines, 2005; Rich, 2006; Tan et al., 2003b; Weaver et al., 2005)

Identiteiten met dergelijke master-status worden geverifieerd door aanpassing van de identiteitsstandaarden van alle onderliggende identiteiten. (Burke, 2006) Dit wil zeggen dat alle andere aspecten van het 'zelf' in overeenstemming gebracht worden met deze 'Anorexia Nervosa identiteit'. Dit kan ervoor zorgen dat personen met AN zich in een onharmonische bewustzijn context gaan bevinden. (Haworth-Hoepfner en Maines, 2005) Dit is een situatie waarin een persoon weigert de visie van een andere persoon op de identiteit van die eerste persoon te erkennen of te accepteren. Hierdoor wordt role-taking niet meer adequaat uitgevoerd en is er geen wederzijds begrip meer in het interactieproces. In dergelijke situaties wordt een fictionele identiteit opgebouwd die niet overeen met percepties van andere actoren, en waarin men de eigen slechte gezondheidstoestand ontkent. (Charmaz, 1994; Haworth-Hoepfner & Maines, 2005) De master-identiteit van personen met AN is echter maar ten dele een fictionele identiteit omdat er wel groepen zijn die deze identiteit erkennen en valideren. Het gebeurt immers dat personen met Anorexia Nervosa op zoek gaan naar contact met groepen die AN wel als een waardevolle levensstijl zien. Door deze contacten die men bijvoorbeeld vindt bij 'gelijk gezinden' op pro-anorexia websites of bij lotgenoten wordt de AN-identiteit weer geverifieerd en wordt weer zelfwaardering opgebouwd. (Dias, 2003; Rich, 2006) Bovendien kan wanneer een individu afvalt, dit in het begin positief bekrachtigd worden. Hierdoor werd zelfwaardering opgebouwd. (Nordbo et al., 2006) Wanneer de gezondheid echter zichtbaar begint te lijden onder het afvallen, is dit niet meer zo. De identiteit van een persoon met zichtbare AN wordt zoals reeds gezegd niet geaccepteerd en gevalideerd door individuen die geen eetstoornis hebben. (Haworth-Hoepfner & Maines, 2005; Rich, 2006)

Toch geven individuen met AN hun identiteit niet op. De eetstoornis geeft hen immers een aantal waardevolle dingen (Colton, 2004; Haworth-Hoepfner & Maines, 2005; Nordbo et al., 2006; Polivy & Herman, 2002; Serpell et al., 1999; Weaver et al., 2005), en bovendien heeft men mogelijk een 'buffer' van zelfwaardering opgebouwd door de complimenten die men kreeg toen men net begon af

te vallen. (Nordbo et al., 2006) Deze buffer kan beschermend werken tegen negatieve gevoelens wanneer een identiteit niet meer geverifieerd wordt. (Cast & Burke, 2002) Ondertussen zoekt men dan oplossingen voor dit conflict. En omdat mensen streven naar zelfwaardering zullen ze daarom relaties aangaan die hen dat verschaffen en relaties die dat niet doen afbreken. (Cast & Burke, 2002) Een persoon met Anorexia zal dus relaties met personen die deze identiteit niet verifiëren afbreken, met als gevolg dat men zich uit bijna alle sociale situaties terugtrekt en dus studies, werk, hobby's en vrienden opgeeft. (Bulik & Kendler, 2000; D'Abundo & Chally, 2004; Tan, Hope, & Stewart, 2003a) Zo worden identiteiten verbonden met deze groepen die niet zouden stoken met AN als master-identiteit steeds minder saillant en verdwijnen ze zelfs.

Eerder werd aangehaald dat het definiëren van het 'zelf' voornamelijk gebeurt door gebruik te maken van sociaal erkende categorieën en de overeenkomstige sociale rollen (Stryker, 1980; Stryker & Burke, 2000) Wanneer sociale contacten echter afbrokkelen, is AN het enige dat overblijft als basis van het definiëren van de identiteit. **Anorexia Nervosa zal zich dus ontwikkelen als een master-identiteit.**

3.2.5 Ziekte-inzicht

Onder andere wegens de steeds slechter wordende gezondheid, verkrijgen personen met AN na verloop van tijd vaak een heel adequaat beeld van wat hun ziekte inhoudt. (Bulik & Kendler, 2000; Dias, 2003; Tan et al., 2003a) Ze begrijpen dan eveneens dat deze levenswijze destructief is voor hun gezondheid. (Rich, 2006; Tan et al., 2003a) Toch voelen ze zich vaak nog niet klaar om de stap naar genezing te zetten. (Tan et al., 2003a; Vandereycken & Noordenbos, 2002) Gevoelens rond 'beter worden' zijn dus dikwijls erg ambivalent. (Colton, 2004; Dias, 2003; Tan et al., 2003a) Men wil het tegelijk wel, maar ook weer niet. Deze ambivalente houding ten opzichte van herstel kan men verklaren vanuit het feit dat Anorexia Nervosa geëvolueerd is tot een master-identiteit. Als AN zo belangrijk geworden is dat het je hele leven bepaalt, kan het opgeven hiervan immers ervaren worden als het opgeven van de eigen identiteit. (Bulik & Kendler, 2000; Espindola, 2009; Tan et al., 2003a) Men is daardoor te angstig om de eetstoornis te laten gaan.

Vele meisjes lijken op een gegeven moment deze stap toch te willen zetten. Vaak is het een gebeurtenis buiten de therapie of opname (waaraan personen met AN dikwijls al toegewezen zijn) die ervoor zorgt dat men gemotiveerd wordt om zelf actief mee te werken aan het proces van herstel. (Beresin, Gordon, & Herzog, 1989) In andere gevallen escaleren de problemen die te maken hebben met de eetstoornis tot een hoogtepunt waarop de meisjes zich voelen alsof de eetstoornis de controle over hun leven overgenomen heeft, en resulteert dit in het erkennen van de ernst van de ziekte en de wil om te herstellen. (D'Abundo & Chally, 2004)

Voor de fase van herstel ontdekt men dus dat AN geen adequate oplossing biedt voor de identiteitsconflicten, maar wegens de voordelen die de eetstoornis biedt, is het moeilijk deze zomaar op te geven.

3.3 Fase 3: Herdefinitie van de identiteit tijdens herstel

De ambivalente houding tegenover herstel kan deels verklaard worden door het feit dat de identiteit tijdens de eetstoornis gedefinieerd werd aan de hand van datgene dat men nu probeert op te geven: de Anorexia. Gezien het belangrijkste deel van de identiteit verdwijnt, moet er dus iets anders in de plaats komen om deze terug op te bouwen.

3.3.1 *'Nieuwe' identiteit*

Indien, zoals hierboven verondersteld wordt, Anorexia Nervosa gezien wordt als de oplossing voor identiteitsproblemen, én indien men toegeeft dat AN hier geen adequate oplossing voor biedt, houdt herstel noodzakelijk weer een herdefinitie van de identiteit in. Men moet immers opnieuw op zoek gaan naar wie men is en wie men wil zijn zonder de eetstoornis. (Bulik & Kendler, 2000; Shohet, 2007; Weaver et al., 2005)

Als identiteiten gezien worden als 'de op een groep personen gebaseerde 'zelden' die een persoon heeft' (Stryker & Burke, 2000), dan is participatie aan het sociale leven noodzakelijk voor deze herdefinitie van de identiteit. Het is dus belangrijk weer relaties op te bouwen met significante anderen die het individu kunnen steunen. Sociale steun is immers een belangrijke mediator in het stressproces. (Pearlin, 1989) Wanneer iemand te maken krijgt met stresserende gebeurtenissen, medieert sociale steun namelijk hoe men deze problemen inschat, hoe men er mee omgaat, en wat de uitkomsten hiervan zullen zijn voor de mentale en fysieke staat van de persoon die de stress ervaart. Bovendien moet de identiteit die men probeert op te bouwen geverifieerd worden door andere mensen, opdat er wederzijds begrip zou zijn in het interactieproces (tegengesteld tot bij de situatie van een fictionele Anorexia-identiteit). Hoewel het als een risico aangevoeld wordt om zich open te stellen voor andere mensen, wordt een relatie met een speciaal individu (buiten de officiële hulpverlening) vaak als essentieel ervaren. (Beresin et al., 1989; D'Abundo & Chally, 2004; Weaver et al., 2005) Andere mensen weer 'binnen laten' zorgt er eveneens voor dat men niet meer voortdurend aan eten denkt, dat men zich erkent voelt als persoon in plaats van als eetstoornis, en het neemt de isolatie die als gevolg van AN ontstaat weg. (Weaver et al., 2005) Aangezien niet alle relaties deze effecten hebben, moeten personen met AN hun relaties herstructureren en zich losmaken van relaties die niet aan hun eigen noden (herstel) voldoen. (Weaver et al., 2005) Ook steun (met betrekking tot herstel) van mensen die zich in dezelfde situatie bevonden, wordt erg behulpzaam gevonden. (Weaver et al., 2005)

Herstel houdt dus een herdefinitie van de identiteit in. Er wordt een ‘nieuwe’ identiteit gevormd die fundamenteel verschilt van de identiteit voor en tijdens de eetstoornis, en die niet bestaat uit 1 master-identiteit, maar uit verschillende belangrijke identiteiten die naast elkaar staan. **Bovendien blijken relaties met significante anderen (peers, ouders en lotgenoten) die de nieuwe identiteiten valideren noodzakelijk te zijn voor de vorming van een nieuwe identiteit.**

3.3.2 Therapie en communicatie

Dit herdefiniëren van de identiteit is echter een moeilijk proces en hulp van een therapeut is dan ook aangewezen. (Beresin et al., 1989; D'Abundo & Chally, 2004) De relatie met de therapeut zal vaak de eerste significante relatie zijn die men weer ontwikkelt. Daarom kan men ook vermoeden dat de therapeut een belangrijke factor wordt in de ontwikkeling van de ‘nieuwe’ identiteit. De relatie tussen therapeut en patiënt moet dan wel gebaseerd zijn op vertrouwen en gelijkwaardigheid en de doelen die de therapie stelt moeten overeenkomen met waarden van de patiënt zelf (dat wil zeggen: samen het probleem aanpakken, niet de therapeut alle doelen laten opleggen). (Bulik & Kendler, 2000; Nordbo et al., 2006) Ook wordt het gewaardeerd wanneer een therapeut eerlijk, consistent, betrouwbaar en flexibel is, en dat deze actief is, empathie toont, en niet veroordelend maar wel confronterend is wanneer nodig. (Beresin et al., 1989) Bovendien wil men dat de therapeut helpt met het begrijpen van zichzelf en familierelaties. (Beresin et al., 1989)

Een gebrek aan communicatie in het gezin werd aangegeven als één van de zaken die de vorming van AN kunnen bevorderen. (Bruch, 1990; Humphrey, 1989) Een bijkomend nut van therapie is dus dat men hier communiceert over gevoelens. Communicatie van gevoelens naar anderen toe heeft immers een positieve invloed op gezondheidsuitkomsten. (Francis, 2003) Voor de oplossing van identiteitsconflicten is een grondige herdefinitie van de situatie waarin die identiteit uitgespeeld wordt nodig. Dit is een moeilijke taak en bovendien een taak waarvan mensen misschien niet weten hoe ze die moeten uitvoeren. Het proces van communicatie naar anderen vraagt dat men gebeurtenissen gestructureerd weergeeft in een coherent narratief en dat men verklaringen of veronderstellingen zoekt over waarom omstandigheden zich voordeden zoals ze dat gedaan hebben. Dit vraagt meer concentratie en denkwerk dan wanneer men dit proces intern zou overlopen. Relaties van actoren, acties en motivaties van de gebeurtenissen die de problemen produceerden worden zo verduidelijkt. (Francis, 2003) Therapie helpt dus om gevoelens te erkennen en te leren waarom men zich bijvoorbeeld schuldig of boos voelt. (Beresin et al., 1989) Goede therapie kan dan ook het zelfvertrouwen verhogen. (Beresin et al., 1989) Deze zaken verklaren eveneens waarom lotgenotengroepen en internetforums erg behulpzaam kunnen zijn bij het herstel. Niet alleen vindt men hier erkenning, steun en verificatie van nieuwe identiteiten, maar ook krijgt men door ervaringen te delen een beter inzicht van welke problemen men nog op dient te lossen.

Er wordt dus verwacht dat de hulp van een professioneel hulpverlener essentieel geacht wordt bij de vorming van deze nieuwe identiteit, en dat communicatie van gevoelens het proces van herdefiniëring van de identiteit vergemakkelijkt.

3.3.3 Het veranderingsproces

Zoals reeds aangehaald ontwikkelt de Anorexia-identiteit zich langzaam. Maar na verloop van tijd wordt dit het belangrijkste deel van de identiteit, en dus zal ook het herstelproces geleidelijk verlopen en met vallen en opstaan gebeuren. Identiteitsverandering betreft immers een langzaam proces waarbij vele kleine aanpassingen over een lange periode toch een significante wijziging in de identiteit laten zien. (Burke, 2006) Zeker als het gaat over de verandering van een master-identiteit kan verwacht worden dat dit proces veel tijd vraagt. Na verloop van tijd zal de identiteit van een persoon met AN die herstellende is echter weer fundamenteel veranderen. Over het algemeen wordt dus verondersteld **dat men zichzelf als een heel ander persoon ziet, voor, tijdens en na de eetstoornis.**

Deze verwachtingen kaderen allen binnen de vraag of Anorexia Nervosa gezien kan worden als oplossing voor identiteitsconflicten, waarbij de identiteit van het individu van de fase voor de ontwikkeling van de eetstoornis tot en met de fase van herstel twee maal fundamenteel verandert (en waarbij vóór de eetstoornis ouders de belangrijkste factor zijn in de identiteitsvorming, tijdens de eetstoornis AN zelf en vanaf het herstel de therapeut en significante anderen).

4. METHODOLOGIE

4.1 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek wordt getracht te achterhalen waarom en hoe AN en identiteitsveranderingen met elkaar verbonden zijn. Als men dergelijke complexe ‘hoe?’ en ‘waarom?’ vragen wil oplossen, is het aan te raden de ervaringen van personen die het zelf meemaakten als waardevol te beschouwen en kwalitatief onderzoek te gebruiken om een diepe en gevoelige analyse van deze ervaringen te maken. (Auerbach & Silverstein, 2003; Marshall, 1996; Wainwright, 1997) Door te luisteren naar ervaringen kan immers inzicht verkregen worden in de betekenissen en definities die respondenten geven aan de situatie, wat begrip van het fenomeen als gevolg heeft. (Wainwright, 1997) De participanten worden dus beschouwd als experts in het onderwerp dat men onderzoekt. (Auerbach & Silverstein, 2003) Om een deftig kwalitatief onderzoek uit te voeren, moet echter aan enkele kwaliteitsvereisten voldaan worden.

Dit onderzoek had niet tot doel om via een grootschalige ondervraging enkele thema's oppervlakkig aan te raken, maar heeft getracht door een eerder beperkt aantal personen in de diepte te bevragen een nauwkeuriger inzicht in het proces te verkrijgen. De resultaten die hier beschreven worden in verband

met het identiteitsveranderingsproces bij meisjes/vrouwen met AN zijn dus ook niet bedoeld om zonder meer te generaliseren naar andere situaties. Wel is het de bedoeling ‘overdraagbaarheid’ (transferability) te bekomen. (Lincoln & Guba, 1985) Er moeten met andere woorden genoeg overeenkomsten zijn tussen de meisjes die geïnterviewd werden voor dit onderzoek en personen die niet geïnterviewd werden om te veronderstellen dat de resultaten uit deze studie ook op hen toepasbaar zijn. (Lincoln & Guba, 1985) Belangrijk is dus om in het achterhoofd te houden dat het in dit onderzoek gaat om Vlaamse en Nederlandse meisjes die toen ze tieners of twintigers waren een eetprobleem kregen en die daarna onder andere met AN geworsteld hebben. De resultaten gelden dus niet zonder meer voor iedereen die ooit eetproblemen had. Vervolgens is reflexiviteit nodig. De onderzoeker moet bedenken hoe de eigen subjectieve waarden het onderzoek beïnvloeden. (Auerbach & Silverstein, 2003) In dit geval was het niet een voorgeschiedenis, maar een grote interesse voor het onderwerp die aan de basis lag van dit onderzoek. Door de meisjes zelf aan het woord te laten hoopte de onderzoekster ook aan te tonen dat AN meer is dan het verhaal van enkele koppige meisjes die onder invloed van de Westerse slankheidsideaal niet willen eten. De onderzoekster verschilde qua leeftijd niet veel met het merendeel van de meisjes, en bovendien hadden ze hetzelfde geslacht. Dit kan er mede voor gezorgd hebben dat de meeste respondenten erg open waren en veel vertelden. Ook een oorzaak van deze open houding was het feit dat de meisjes zich graag wilden inzetten voor onderzoek dat meer inzicht brengt over AN. Sommigen vonden eveneens dat het deugd deed hun verhaal te kunnen doen aan iemand die kennis heeft van het onderwerp. Wanneer het verleden ter sprake kwam werden sommige meisjes veel zwijgzamer, zeker wanneer het over een moeilijke gezinssituatie of traumatische ervaringen ging. Omdat details hierover niet de kern van de zaak waren en het voldoende was te weten dat deze problemen zich voordeden, was het echter niet nodig hier verder op in te gaan. Ten slotte is het belangrijk dat de juistheid van interpretaties gegarandeerd wordt. (Auerbach & Silverstein, 2003) Daarom is transparantie met betrekking tot het onderzoek nodig. Niet alleen de subjectieve interpretaties maar ook alle andere inzichten en beslissingen van de onderzoeker moeten gedocumenteerd worden. (Meadows & Morse, 2001) Op deze manier kunnen lezers nagaan hoe de resultaten van het onderzoek tot stand gekomen zijn. Om aan deze noodzaak te voldoen volgt hier een overzicht van het verloop van het onderzoek. Hierbij wordt aangegeven waarom welke beslissingen werden genomen inzake de dataverzameling en –analyse.

Om ervaringen in verband met AN en identiteitsverandering te verzamelen werd gebruik gemaakt van semigestructureerde diepte-interviews. De inhoud en volgorde van de vragen werd voorbereid, maar hiervan werd regelmatig afgeweken om de natuurlijke gang van het gesprek niet te verstoren. Zo kregen de respondenten zelf de kans om nadruk te leggen op thema’s die voor hen van belang waren. Het gesprek begon steeds door de respondent haar ziektegeschiedenis te laten overlopen. Daarna kwamen vragen rond identiteit aan bod. Er werd aan de respondenten gevraagd te omschrijven hoe ze zichzelf zagen voor, tijdens en na de eetstoornis en aan te geven of er belangrijke verschillen waren.

Verder kwamen identiteitsverwarring, de invloed van anderen op wie men is, en het werken rond identiteit in therapie aan bod. Ook werden vragen gesteld rond het genezingsproces. De vragenlijst werd enkele keren aangepast op basis van voorgaande ervaringen. Eén fundamentele aanpassing werd gemaild naar alle respondenten bij wie dit niet aan bod kwam. Het betreft hier de vraag over werken rond identiteit in behandeling. Slechts 2 respondenten hebben deze vraag niet beantwoord. De uiteindelijke vragenlijst is terug te vinden in bijlage 1.

4.2 Data-verzameling

Belangrijke vragen die men zich moet stellen bij het bepalen van de selectiemethode van respondenten zijn of de karakteristieken die bestudeerd worden gekend zijn voor de hele populatie, en of de onderzochte variabelen normaal verdeeld zijn in de samenleving. (Marshall, 1996) Het identiteitvormingsproces en de eetgewoonten van alle Vlaamse meisjes en vrouwen zijn echter niet gekend, en er kan niet verondersteld worden dat de kenmerken van individuen met AN normaal verdeeld zijn. Bovendien moet men bedenken of elk willekeurig gekozen individu dezelfde nuttige informatie zou opleveren. (Marshall, 1996) Voor dit onderzoek was het echter belangrijk te werken met personen die uit eigen ervaring kennis hebben over het onderwerp. Daarom werd gekozen voor doelgerichte selectie van respondenten. Enkel meisjes/vrouwen die zelf AN hebben/hadden werden opgenomen in de steekproef. Zij weten immers het beste wat dit voor hen betekende en hoe dit hun identiteit beïnvloed heeft. Omdat het de bedoeling was met elk van deze personen een diepte-interview uit te voeren, bleef de steekproef klein. Het aantal respondenten werd niet op voorhand vastgelegd, maar er werd gebruik gemaakt van het ‘saturatie’ criterium. (Marshall, 1996) Het rekruteren van respondenten werd dus stopgezet wanneer geen nieuwe resultaten meer gevonden werden met betrekking tot de onderzoeksvragen. Het was niet mogelijk om voor alle interessante gegevens verzadiging te verkrijgen, maar wel werd er voldoende informatie verzameld om de algemene onderzoeksvraag te beantwoorden.

De respondenten voor dit onderzoek werden voornamelijk geworven met behulp van de vzw AN-BN. Zij plaatsten een zoekertje met informatie over het onderzoek op hun website en in hun contactblad, en ook was de geprinte versie in de vorm van een foldertje beschikbaar in hun inloophuis. Ook BAAN Chloë plaatste ditzelfde zoekertje op hun website, maar via deze weg werden geen respondenten gevonden. Eén van de meisjes werd gerekruteerd via de sneeuwbalmethode. In het zoekertje werd gevraagd naar personen die zelf AN hebben/hadden en die op vrijwillige basis wilden meewerken aan het onderzoek door zich te laten interviewen over het onderwerp Anorexia Nervosa en identiteit. Uiteindelijk werden twaalf interviews afgenomen met meisjes of vrouwen wonende in de provincies Antwerpen, Vlaams-Brabant, Oost-Vlaanderen, en West-Vlaanderen. Nuttige informatie over de respondenten kan terug gevonden worden in de kenmerkenmatrix (tabel 1). Twee personen hadden een leeftijd van 44 jaar en waren dus aanzienlijk ouder dan de rest van de steekproef. Het lijkt vreemd om

hen ‘meisjes’ te noemen, maar gezien het grootste deel van de steekproef uit jongere respondenten bestaat, zal wanneer er naar de hele groep respondenten verwezen wordt toch de term ‘meisjes’ gebruikt worden. Bovendien waren zij niet ‘herstellende’. De resultaten van het onderzoek in verband met herstel zijn dus vanzelfsprekend enkel gebaseerd op gegevens van de tien andere meisjes. Voor gevoelige onderwerpen als het deze is het belangrijk dat de anonimiteit van de respondenten bewaard blijft. (Lee & Renzetti, 1990) Daarom werden specifieke gegevens over welke behandelingen men waar had gevolgd niet weergegeven in de kenmerkenmatrix. Ook woonplaats en beroep werden om deze reden weerhouden.

Vooraleer de eigenlijke dataverzameling plaatsvond, werd een proefinterview afgenomen om een eerste versie van de vragenlijst uit te proberen. Met de ervaringen uit dit interview in het achterhoofd, werd de vragenlijst grondig aangepast. Ook dit proefinterview werd gebruikt in de eigenlijke steekproef omdat het nuttige informatie bevatte. Om de lasten voor de respondenten te beperken, werd hen gevraagd zelf te bepalen waar het interview zou doorgaan. Bij negen respondenten werd dit de woonplaats van de respondent zelf. Eén interview vond plaats bij de onderzoeker thuis, één in een afgesloten gespreksruimte in een ziekenhuis, en een laatste op een rustige openbare plaats. Alle meisjes gaven de toestemming om het interview op te nemen op een digitale recorder. Hierdoor konden de gesprekken vlot verlopen en het maakte dat de analyse eenvoudiger en gedetailleerder kon gebeuren. Het proefinterview nam slechts 20 minuten in beslag. De andere interviews duurden gemiddeld een uur en varieerden tussen 37 minuten en 1u36 minuten. Om de anonimiteit te garanderen, werd aan de respondenten gevraagd een schuilnaam te kiezen. Zo kan men achteraf de eigen citaten herkennen zonder dat andere lezers kunnen achterhalen van wie deze afkomstig zijn. Enkele keren werd dit vergeten. De onderzoeker koos dan zelf een schuilnaam en mailde de respondent om haar hiervan op de hoogte te stellen en toestemming te vragen voor het gebruik van deze naam.

4.3 Data analyse

Alle interviews werden getranscribeerd door de onderzoekster zelf. Dit gaf de mogelijkheid om een eerste keer kennis te maken met het materiaal en de eerste verbanden te leggen. Bovendien kon door deze transcripts de analyse gemakkelijker en gedetailleerder gebeuren. Bij de transcriptie werd het verbatim-principe gehanteerd. Taalfouten en dialecten werden dus overgenomen. Om een overzicht te krijgen van welke informatie vervat zat in deze interviews, en welke elementen hiervan nuttig waren voor het huidige onderzoek, werden alle transcripts gecodeerd met behulp van het software pakket Nvivo9. Bij de eerste fase van coderen werd getracht de codes zo dicht mogelijk te laten aanleunen bij de elementen die in de interviews aan bod kwamen. Tegelijk werden de specifieke vragen die het onderzoek wilde beantwoorden in het achterhoofd gehouden. Dit resulteerde in 131 codes, waaronder zowel brede (bijvoorbeeld: ‘omschrijving nu’ en ‘verandering door eetstoornis’) als enge codes

Tabel 1: kenmerkenmatrix

Naam	Leeftijd start eetprobleem*	Leeftijd nu	In opname geweest?	vorm van behandeling ten tijde van het gesprek	Andere
Alegra	15	19	Nee	/	
Anne	15	25	Ja	/	
Céline	11	20	Nee (enkel 2 losse gesprekken)	/	
Charlotte	18	22	Ja	Regelmatig naar psycholoog	
Elke	14	22	Ja	opgenomen	
Esther	16	26	Ja	Wekelijks naar psycholoog	
Katty	15 (BN, AN vanaf geboorte dochter)	44	Nee (enkel losse gesprekken)	/	Alleenstaand, dochter van 17
Lisa	21	44	Ja (2 korte opnames)	Af en toe speciale therapieën	Getrouwd, zoontje van 8
Lotte	Reeds problemen op 9jarige leeftijd, eetstoornis op 16	25	ja	?	
Maité	Reeds problemen als kind, eetstoornis op 14	20	ja	?	
Mies	15	29	Ja	Wekelijks naar huisdokter	
Sofie	17	26	Ja	?	

*Bij benadering. Een aantal meisjes vonden het moeilijk aan te geven wanneer hun eetgedrag echt problematisch geworden was.

? Deze meisjes gaven niet aan of ze nog steeds begeleiding kregen.

(bijvoorbeeld: ‘masker’ en ‘desinteresse’). Enkele codes werden niet gebruikt voor het uiteindelijke onderzoek omdat ze niet bijdroegen tot het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Het was de bedoeling de resultaten van het onderzoek te structureren volgens de drie fasen van het ziekteproces (voor, tijdens en na de eetstoornis). In verband met elke fase werden op basis van de literatuurstudie een aantal verwachtingen geformuleerd. In een volgende stap (die echter niet werd uitgevoerd in Nvivo) werd dus vraag per vraag bekeken welke codes behulpzaam zouden zijn bij het beantwoorden van deze vraag. Sommige vragen bleken te ruim en werden daarom eerst opgedeeld in subvragen. Ook kwam het voor dat codes te ruim waren. Deze werden dan bij meerdere vragen ondergebracht of opgedeeld in subcodes. Vervolgens werd voor elke fase nagegaan welke codes nog niet aan bod kwamen bij de deelvragen, maar toch interessant zouden kunnen zijn om inzicht te verkrijgen in dit deel van het proces. Dit werd gedaan om ervoor te zorgen dat ook de elementen die niet in de literatuurstudie aan bod kwamen, maar wel belangrijk bleken te zijn in de interviews ook meegenomen werden in de analyse. Na de data op deze manier te structureren, werd getracht om de bevindingen op een goede manier te interpreteren en weer te geven. Het resultaat hiervan is het uitgeschreven verslag van de onderzoeksresultaten. Dit wordt regelmatig aangevuld met quotes van de respondenten om de resultaten en interpretaties te verduidelijken. Om privacyredenen werden in het onderzoeksrapport alle persoonsnamen vervangen door de algemene categorieën dochter, zoon, vriend... Namen van organisaties werden vervangen door een omschrijving van de organisatie.

5. RESULTATEN

5.1 Fase 1: voor de eetstoornis

De resultaten van de analyse van alle elementen uit de interviews die betrekking hadden op de fase vóór de eetstoornis worden in het volgende onderdeel weergegeven. Eerst wordt besproken welke factoren de identiteit van de meisjes in deze fase het meeste beïnvloed hebben. Dit bleken de ouders en de peer-group te zijn. Vervolgens komt ook aan bod welke elementen bijdroegen aan het ontstaan van de eetstoornis.

Bij vele meisjes werden verwijzingen gevonden naar hun ouders als belangrijkste factor in de ontwikkeling van hun gedrag en identiteit voordat ze te maken kregen met de eetstoornis. ‘De goede dochter zijn’ bleek een belangrijke na te streven ideaal en een saillante identiteit te zijn. Twee meisjes vertelden dit letterlijk. Zij gaven aan dat ze vroeger vaak de dwang voelde om het altijd goed te doen in de ogen van hun ouders, en zo de ‘goede’ of ‘perfecte’ dochter te zijn. Hoewel andere meisjes dit niet zo verwoordden, was het bij velen duidelijk dat dit ook voor hen gold. Ook zij leken voor hun eetstoornis zeer veel belang hechtten aan de mening van hun ouders en deze bepaalde in belangrijke mate wie ze waren, hoe ze zich gedroegen en welke activiteiten ze ondernamen (bijvoorbeeld van hobby’s). Ook andere familieleden zoals broers of zussen werden soms vernoemd. Maar hoewel vele

meisjes vertelden dat hun ouders inderdaad in grote mate bepaald hadden wie ze waren, moet de vraag gesteld worden of dit inzicht wel bijdraagt tot het verstaan van de eetstoornisproblematiek. De meest invloedrijke socialisatie is immers steeds diegene die plaatsvindt in het gezin, en moeders zijn de belangrijkste rolmodellen voor kinderen. (Bucher, 1998; Stryker, 1980) Dit is zo bij kinderen in het algemeen, niet enkel bij kinderen die later eetproblemen ontwikkelen. Gezien in de meeste gevallen de eetstoornis zich ontwikkelde in de tienerjaren van de meisjes, is het dus normaal dat ze in de periode daarvoor, zijnde hun kindertijd, zich erg op hun ouders gericht hadden.

De meisjes bij wie deze nood om te voldoen aan de verwachtingen van ouders voorkwam, gaven meestal spontaan aan dit niet als iets positiefs te zien. Men voelde zich alsof men dingen moest doen die men eigenlijk niet leuk vond om de ouders tevreden te stellen, of men probeerde op deze manier meer aandacht te verkrijgen.

“K denk da ik mij in de periode voor mijn eetstoornis wel fel heb euhm wille euhm richten naar mijn ouders. Allé da zij eigenlijk, da ik de persoon was da zij wouden dat ik was... euhm op alle vlakken dan. Maar da was ni echt... euhm... da kwam, da kwam ni echt vanuit mezelf da was ni omda ik da wou. Snapte een beeke wa da ik bedoel? Da's ni euhm... allé ik kan mij voorstellen dat er zo andere mensen zijn die een, een voorbeeld, allé iemand hebben waarda ze naar opkijken en da ze zo denken van ahja, eh, zo wil ik ook zijn ofzo. T is ni da ik da had bij mijn ouders. Het was eerder da ik, ja da voor hun deed een beetje, maar ni omda ik da wou.” (Sofie)

In verband met lichaamsbeeld werd enkele keren aangehaald dat er binnen het gezin of de familie een zware nadruk lag op slank zijn. Eén meisje vertelde dat iedereen van haar gezin erg mager was, twee andere meisjes gaven aan negatieve opmerkingen van familie te krijgen over hun figuur. Bij enkelen waren binnen het gezin ook tekenen van verstoord eetgedrag te bemerken. De ouders leken zelf problemen te hebben met voedsel of hadden een verkeerd beeld van wat gezonde voeding was. In andere interviews kwam dit echter niet aan bod.

Wat wel opviel was dat er in bijna elk interview zaken waren die erop wezen dat de ondervraagde zich voor de eetstoornis in een moeilijke gezinssituatie bevond. Hoewel deze ‘moeilijkheden’ zeer uiteenlopend waren hadden ze steeds een weerslag op het gedrag van de meisjes. Vaak werden ze ook door henzelf gekoppeld aan het ontwikkelen van afwijkend eetgedrag of aan andere zaken die de ontwikkeling van een eetstoornis zouden kunnen bevorderen. Bij sommige meisjes waren deze moeilijkheden heel zichtbaar aanwezig. Zij spraken bijvoorbeeld over een omgekeerde moeder-dochter relatie waarbij de dochter zich meer als moeder, vriendin, of therapeut gedroeg dan als dochter en er geen plaats was voor het uiten van eigen gevoelens en het ontwikkelen van een eigen identiteit; een zware scheiding tussen de ouders die chaos veroorzaakte en het gevoel gaf geen controle meer de

hebben over het leven; of een agressief type als vader waardoor men al vroeg de reflex ontwikkelde zich altijd aan te passen. Bij andere meisjes ging het om minder zichtbare moeilijkheden zoals het feit dat conflicten vermeden werden of dat er veel zaken niet besproken werden binnen het gezin, waardoor men bleef zitten met veel vragen die voor onzekerheid zorgden; of men kreeg weinig aandacht van de ouders waardoor men zelf onrealistische verwachtingen ging creëren.

Het is echter niet zo dat deze dingen (een moeilijke gezinssituatie en een hoge drang voelen om te voldoen aan de wensen van ouders) dé oorzaak zijn van de eetstoornis. Voor elk meisje dat te maken krijgt met Anorexia Nervosa is de oorzaak immers anders, en meestal gaat het om een samenloop van verschillende factoren. Soms zijn de hierboven beschreven dingen dus wel degelijk de oorzaak of één van de oorzaken van het ontstaan van het eetprobleem. Drie van de meisjes gaven aan dat de moeilijke relatie met hun ouders zeker één van de factoren was die hun eetstoornis had doen ontstaan. In andere gevallen creëren ze eerder de context waarin het waarschijnlijker is dat een eetstoornis zich manifesteert. Ook kon het dat de gezinssituatie aanleiding gaf tot de manifestatie van een reeds sluimerend probleem. Zo vertelde Maité bijvoorbeeld dat ze van kleins af al verstoord eetgedrag vertoonde. Pas toen ze door de scheiding van haar ouders het gevoel kreeg standvastigheid te verliezen in haar leven, werd deze vorm van omgaan met haar problemen en gevoelens problematisch, en manifesteerde ze zich in de vorm van AN.

“Ik was als kind zo echt nen enorme moeilijke eter. Ik wou aleja ik weet ni vanwaar dat da komt, maar der is zo precies altijd iets in mij da alle zei van 'ge moet ni teveel eten' dus k was eigenlijk altijd nogal ja een magere, da's ni dat da zo ineens veranderd is ofzo. Euhm goh en dan denk ik da ik ja rond mij negen à tien jaar zo echt soms, ja ik was veel groter dan andere van mijn leeftijd, (...) en dan bij gevolg zijt ge ook zwaarder, en ja, ik vond da erg. (...) Ik wou altijd precies terug meer, meer kind zijn om da k da eigenlijk nog wel was, maar zo ja, uiterlijk dan ni meer helemaal en ik vond da, ik vond da echt erg. Dus ja ik weet ni, ik was heel onzeker ook. En ja, ik had zoiets van als ik nu minder eet en ik wordt magerder, dan gaat da beter zijn. En op den duur was da zoiets van ja, ge begint zo met stillekes aan minder, of gezonder te eten, en, en ge merkt da ge daar zo controle over krijgt, en, en ja, da was, da was ergens goed. Da was zo mijn ding van als ik, als ik het zo allemaal ni goed meer wist, dan had ik zo zelf toch die structuur zo. Van ik beslis hoeveel ik eet en hoeveel ik weeg, en ja da was zo een controleding. Dusja ik denk da ik zo toen elf was. Maar da was toen ni echt problematisch zo van, van ik werd super mager ofzo, da ni, maar ik was wel ja echt heel mager. Maar niemand wist het eigenlijk echt dat da een probleem was. En dan, goh da heeft zo een paar jaar zo gesluimerd zal ik zeggen, maar k ben toen nooit echt in behandeling geweest. En toen ik dan ja, juist veertien was ofzo, zijn mijn ouders gescheiden en toen ja, da was weer zon moment da ge zo goh hoe moet ik da zeggen, da precies alle structuur uit u leven valt, en dan,

dan wou ik da ja, dan wou ik da wel controleren en dan wou ik zo ja, dan wou ik precies toch ja, orde scheppen in de chaos. En dan was ni meer eten denk ik ergens, allé oorspronkelijk een beetje een schreeuw om aandacht, maar op den duur werd da wel echt een probleem.” (Maité)

Het hebben van bepaalde moeilijkheden binnen het gezin, is dus een veel voorkomende, maar geen noodzakelijke voorwaarde om een eetstoornis te vormen. Bij enkele meisjes werd hier immers ook niets over gezegd, en één meisje gaf zelfs aan dat ze een echte ‘familiemens’ was. Ze had zowel vroeger, als tijdens de ziekte, als nu, erg veel gehad aan haar gezin.

Bovendien bleek een andere factor, waar in de literatuur rond anorexia nervosa weinig aandacht aan besteed wordt, toch van groot belang te zijn. Het betreft de invloed van de peer group. Ook vrienden, vriendinnen, en klasgenoten bleken een grote invloed te hebben op wie men was en wat men deed. Opvallend bij de interviews uit dit onderzoek was dat slechts één meisje aangaf dat peers effectief opmerkingen maakten over haar lichaam. Andere meisjes vonden wel van zichzelf dat ze te mollig, te groot of te vrouwelijk waren, maar gaven niet aan hier opmerkingen over te krijgen. Mogelijk was dit wel zo, maar het feit dat niet dit en wel andere factoren in verband met peers aan bod kwamen, doet vermoeden dat hun invloed op verstoord eetgedrag breder is dan enkel de kwesties rond lichaamsgebonden zaken die in de literatuur benadrukt worden. (zoals bijvoorbeeld in Ferguson, 2011; Oliver, 1997). Zaken als gepest worden, het gevoel hebben er niet bij te horen en aan alle verwachtingen van al je vrienden willen voldoen, gingen samen met het opkroppen van emoties, onzekerheid en een laag zelfbeeld. Dit zorgde voor identiteitsconflicten die ontstonden door verwarring en/of ontevredenheid met wie men was. Naast de wens om ‘de goede dochter’ te zijn, werd regelmatig aangehaald dat men het belangrijk vond ‘de goede vriendin’ te zijn. Het voornaamste kenmerk van deze houding was dat men zich steeds probeerde aan te passen. Hierdoor werden gevoelens in verband met hoe men zelf ergens over dacht meestal genegeerd. Bij de meesten was deze houding het gevolg van onzekerheid en een laag zelfbeeld. Deze meisjes pasten zich aan om aanvaard te worden of erbij te horen. Eén van de meisjes vertelde dat ze dit deed omdat het gemakkelijker was dan zichzelf zijn. Dat bracht immers te veel angst en de mogelijkheid tot afwijzing met zich mee.

“A je ni overtuigd zijt van wie ik ben is goed genoeg, ook al vinden de anderen da ni goe genoeg, als je da ni hebt ga je vre rap u aanpassen.” (Alegra)

Bij sommige meisjes speelde ook hun neiging tot perfectionisme mee. Niet alleen moest alles wat ze deden voor henzelf perfect in orde zijn, maar ook zichzelf moesten perfect zijn als vriendin en altijd voor anderen klaarstaan. Bij een enkeling was de wens om niet op te vallen de voornaamste reden waarom zij zich altijd aanpaste aan de mensen om haar heen.

Het feit dat de peer-group zo veel invloed blijkt te hebben is in principe geen verbazingwekkende bevinding aangezien de meeste meisjes in deze studie problemen kregen met hun eetgedrag in de adolescentieperiode. Dit is de periode waarin een individu zijn/haar ego-identiteit ontwikkelt door los

te komen van de ouders en stilaan zelfstandig te worden, wat rolverwarring kan veroorzaken. (Erikson, beschreven in Hurh, 1997) Maar dit is eveneens de periode waarin leeftijdsgenoten steeds belangrijker worden en een invloed uitoefenen op de ontwikkeling en de socialisatie van de adolescent. (Muuss, 1988) Ook dit kan identiteitsconflicten doen ontstaan. Voor deze zaken geldt echter eveneens dat ze op zichzelf meestal niet dé oorzaak van de eetstoornis vormen. Wel kunnen ze een omgeving creëren waarin identiteitsconflicten gemakkelijker kunnen ontwikkelen, bijvoorbeeld omdat het individu ondervindt niet te kunnen voldoen aan inconsistente eisen van zijn/haar ouders en/of vrienden, of omdat het onmogelijk wordt de perfecte dochter en vriendin te zijn en overal bij te horen. Bovendien is het belangrijk dat het hierbij gaat om de perceptie. Mensen reageren immers niet gewoon op gedrag van anderen, maar op een eigen interpretatie van het gedrag van anderen. (Blumer, beschreven in Stryker, 1980) Verschillende meisjes gaven in het interview zelf aan dat deze verwachtingen waar men kost wat kost aan wou voldoen, vaak verwachtingen waren die men zelf gecreëerd had in functie van hoe men dacht dat anderen over hen dachten.

Wat opviel was dat een aantal meisjes in de studie expliciet argumenteerden tegen de vaak voorkomende veronderstelling dat meisjes/vrouwen met AN gewoon mager willen zijn, en dat dit te wijten is aan de Westerse slankheidsideaal en negatieve invloed van de media. Bij de andere meisjes kon eveneens gezien worden dat ze in de aanloop naar de eetstoornis wel ontevreden waren over hun lichaam, maar dat wanneer gevraagd werd naar hoe de eetstoornis was ontstaan, dit bijna nooit als hoofdzaak werd aangegeven. Ook bleek uit onderzoek al dat media-effecten over het algemeen slechts een klein en inconsistent effect hebben op lichaamsontevredenheid, zeker wanneer gecontroleerd wordt voor invloed van peers. (Ferguson, 2011) Verschillende meisjes gaven aan dat dit waarschijnlijk wel bijgedragen had tot de ontwikkeling van de eetstoornis, maar dat het de achterliggende reden zijn die voor hen van belang waren.

“Zo van die extreem ja, lichaam en gewichtsgebonden dingen dat is dikwijls gewoon den druppel. Ma da zijn aanleidingen, da zijn geen oorzaken. Op zich krijgde daar geen eetstoornis van, maar da zijn wel de dingen die maken dat het slechter gaat.” (Mies)

Bij een aantal meisjes werd er zelfs niets verteld over ontevredenheid met het lichaam voor men met de eetstoornis te maken kreeg, en één meisje vermeldde expliciet dat ze voor de eetstoornis heel goed in haar vel zat wat het lichamelijke betrof. Dit wil niet zeggen dat het slankheidsideaal en willen vermageren niet de hoofdredenen kunnen zijn, maar wel dat dit over het algemeen slechts één van de vele oorzaken is die een eetstoornis kan doen ontstaan, en dat het zeker niet een noodzakelijke oorzaak is zoals over het algemeen aangenomen wordt. Het is immers meestal niet zo dat deze op zich problemen veroorzaakt waardoor men niet meer wil eten.

Op de vraag wat dan wel als dé oorzaak van een eetstoornis gezien kan worden kan met deze studie geen antwoord geboden worden (en waarschijnlijk ook niet met andere studies). Zoals ook hierboven

al vermeld werd, gaat het immers om een samenloop van verschillende gebeurtenissen en omstandigheden, en is dit voor ieder persoon anders. De factoren die door de meisjes in deze studie aangegeven werden hadden te maken met lichamelijke ontevredenheid (zoals jezelf te rijp, te mollig, of te groot vinden), mentale verwarring (bijvoorbeeld niet weten wie je bent of depressief zijn), de verwerking van moeilijke emoties (onder andere door het overlijden van een belangrijk persoon en de verwerking van trauma's), het hebben van een laag zelfbeeld, het lichamenlijk uitdrukken van wat men niet met woorden kan zeggen, problemen hebben thuis (zie hoger), en het willen hebben van controle over de omgeving.

Er kan dus besloten worden dat voornamelijk verwachtingen van de ouders én van de peer-group belangrijke factoren zijn in de ontwikkeling van het gedrag en de identiteit van deze meisjes, en dat deze een invloed kunnen hebben op verstoord eetgedrag. De Westerse slankheidsideaal en media-invloed kunnen ook een rol spelen, maar deze is vaak kleiner dan over het algemeen verwacht wordt.

5.2 Fase 2: tijdens de eetstoornis

In dit onderdeel zal besproken worden hoe en waarom iemands identiteit verandert onder invloed van het ontwikkelen van AN. Eerst wordt bekeken hoe, door de identiteitsconflicten die men ervaart, de gevoeligheid voor maatschappelijke idealen en verwachtingen van anderen kan verhogen. Deze dingen dragen immers bij tot de ontwikkeling van de eetstoornis. Zo kan men via deze weg de voordelen van de fixatie op het lichaam (waaronder het hebben van controle als één van de belangrijkste gezien wordt) ontdekken. Vervolgens komt aan bod hoe deze gepercipieerde voordelen ervoor zorgen dat negatieve gevoelens veroorzaakt door AN initieel genegeerd worden, waardoor AN zich ontwikkelt tot het belangrijkste aspect van de identiteit. Dit is nefast voor het sociale leven, en omdat dit aftakelt, wordt AN weer versterkt als masteridentiteit. Ten slotte wordt nog uitgewerkt hoe na een tijd de negatieve aspecten van de eetstoornis zich meer beginnen te manifesteren, waardoor men gaat inzien dat AN toch geen goede oplossing biedt voor problemen.

In de interviews werden verschillende vragen gesteld om te kijken of er tekenen van identiteitsconflicten waren. Regelmatig kwamen deze dingen voordien reeds aan bod omdat de meisjes deze thema's zelf aanreikten. Toen bijvoorbeeld aan Charlotte gevraagd werd om in vijf tot tien woorden of korte zinnen te beschrijven wie ze 'nu' was, antwoordde ze als volgt:

"Het probleem is 'zoals je nu bent', da is mijn grootste zoektocht nu, van 'wie ben ik eigenlijk' of 'wa wil ik nu'? Bijvoorbeeld met mijn studie, da loopt van voeding tot sociologie naar grafisch ontwerp. Da zijn volleeeedig andere dingen, en ik weet zo ni goe... k weet eigenlijk zo totaal ni wie da ik ben. Ja, ik vind da heel moeilijk." (Charlotte)

Ook bijna alle andere meisjes bevestigden dat er periodes waren geweest waarin ze niet wisten wie ze waren, of dat ze het wel wisten, maar toch te vaak niet zichzelf konden zijn. Bij velen onder hen speelde dit al voor ze een eetstoornis ontwikkelden. Sommigen wezen ook oorzaken van deze gevoelens aan. Niet weten wie men was of niet kunnen zijn wie men wilde zijn, kon een gevolg zijn van een gevoel van onzekerheid of minderwaardigheid, van het feit dat men nooit stil stond bij wat men echt voelde, of omdat men veel emoties niet durfde/wilde uiten. Ook werd aangegeven dat men zichzelf vanwege de gezinssituatie of wegens andere problemen niet kon ontplooien en niet bezig kon zijn met het vormen van de eigen identiteit. Ten slotte was ook de drang om zich steeds aan te passen van belang. Zo vertelde één van de meisjes dat ze door zich steeds aan te willen passen aan anderen op den duur zelf niet meer wist wie ze was. Ook omdat men steeds de goede dochter en/of de perfecte vriendin wil zijn kan dit gevoel optreden. Dit was bijvoorbeeld zo bij Charlotte die het niet gepast vond haar vriendinnen lastig te vallen met negatieve gevoelens en dus veel emoties opkropte waardoor ze ‘een masker’ begon te dragen. Naar de buitenwereld toe was ze steeds vrolijk, terwijl ze zich vaak helemaal niet zo voelde. Er moet wel opgemerkt worden dat, zoals één van de meisjes aanhaalde, het ‘op zoek zijn naar zichzelf’ geen ongewoon proces is in de pubertijd. Maar ook haalde ditzelfde meisje aan dat dit bij haar langer geduurd had en chaotischer geweest was. Hieruit kan afgeleid worden dat niet de identiteitsconflicten op zich, maar eerder de manier waarop men hiermee omgaat problematisch is.

Terwijl enkele keren expliciet aangegeven werd dat het slankheidsideaal zeker niet dé oorzaak was van de eetstoornis (hoewel het voor sommigen wel één van de factoren kon zijn), vertelden een aantal meisjes dat algemene maatschappelijke verwachtingen, zoals het slankheidsideaal, op een gegeven moment in de ontwikkeling van de eetstoornis wel een grotere rol begonnen te spelen

“Ja misschien wel een beetje met het schoonheidsideaal. Omdat er zoveel onzekerheden waren in mijn leven da'k dan daar wa meer naartoe trachtte te streven terwijl da ik da ergens ni wilde, da'k zo iets had van, ma... euhm wacht ze, dat ik het veel, veel positiever vond om gewoon te eten wat da je wilt eten, maar dan natuurlijk op een normale manier, maar dade daar ni zo veel bij stil staat, da ge gewoon u lichaam zijn eigen vorm laat aannemen. Euhm da, da misschien wel. Da'k mij daardoor misschien te veel heb laten leiden.”(Lotte)

Zoals Lotte vertelden enkele andere meisjes ook dat dit slankheidsideaal en de verwachtingen van de maatschappij in het algemeen op een bepaald moment een houvast worden. Er werd eveneens aangegeven dat dit zo is omdat men kwetsbaar en onzeker is, en niet weet wat men wil. Door zich zo te concentreren op uiterlijk, gewicht en eten voelde men zich hier beter over. Eén van de meisjes gaf aan dat hierdoor haar uiterlijk het belangrijkste facet werd van wie ze was, en dat ze haar emoties en gevoelens gewoon negeerde. Een ander meisje omschreef het als ‘een legitimatie voor het gedrag dat men stelt’. Als men reeds anorectisch aan het denken is kan men er immers op wijzen dat iedereen mager is en dat het eigen gedrag dus niet fout is omdat het zo lijkt te moeten van de maatschappij.

Deze meisjes leken zich dus inderdaad te richten op de externe stimuli ‘het Westerse slankheidsideaal’ om te kunnen omgaan met de conflicten die ze ervoeren en het gebrek aan zelfvertrouwen dat hieruit resulteerde. Bij andere meisjes werd niet expliciet aangegeven hoe het slankheidsideaal van de maatschappij een rol gespeeld had in hun eetstoornis, maar wanneer er gevraagd werd naar de grootste misvattingen over Anorexia, kwam nog enkele keren aan bod dat het niet zomaar waar was dat de oorzaak van Anorexia Nervosa was dat de personen die hiermee te maken krijgen gewoon niet willen eten omdat ze mager willen zijn. In een aantal interviews kwam het slankheidsideaal zelfs helemaal niet ter sprake.

Het is dan ook belangrijk om op te merken dat deze externe stimuli niet enkel algemene maatschappelijke idealen kunnen zijn maar ook specifieke (gepercipieerde) verwachtingen van ouders en peers (die uiteraard in overeenstemming kunnen zijn met algemene maatschappelijke idealen zoals slank zijn en moeten presteren). Uit de interviews bleek dat wanneer de eetstoornis zich ontwikkelde de verwarring rond wie men was en wat men wilde aanwezig bleef of zelfs groeide, en dat bij sommige meisjes de houding van zich steeds aan te willen passen nog sterker naar voor kwam. Bij sommigen was dit om kritiek te vermijden of uit schuldgevoel voor de last die men het gezin oplegde, maar meestal kwam het voort uit onzekerheid en perfectionisme. Men wilde er 24 op 24 voor de anderen zijn door steeds vrolijk en spontaan te zijn, een luisterend oor te bieden, altijd te helpen, en zichzelf weg te cijferen. Tegelijk was men eigenlijk heel onzeker en wist men niet hoe men deze verwachtingen moest inlossen. Bovendien gaven enkele meisjes aan dat veel van die verwachtingen waaraan ze wilden voldoen niet uitgesproken werden door de mensen om hen heen, maar dat ze deze waarschijnlijk onder invloed van hun onzekere en perfectionistische aard zelf gecreëerd hadden. Ook werd aangegeven dat men zich hier eigenlijk niet goed bij voelde omdat men zichzelf niet was, maar dat dit niet geuit werd.

“Zeker als ik ziek begon te worden heel veel verwachtingen van euh... ja ik, ik moet de goeie leerling zijn, ik moet de goeie dochter zijn, ik moet een goeie vriendin zijn (...) Ik moest een goeie patiënt zijn, da had ik dus ook he. Ik heb heel vaak in opname mijn best gedaan om daar gewoon ni onder mijn voeten te krijgen bij wijze van spreken. Om bevestiging te krijgen van oh ge zijt goed bezig, terwijl ik mij eigenlijk even ellendig voelde als in 't begin van de opname. Euhm, ja, allé ja, da anderen, opname is daar echt een perfect voorbeeld van, da anderen mij zagen als oh, de, euh, die is gemotiveerd, en die lacht altijd, en ik voelde mij zo ellendig, maar ja... Ooh... ja dan gedraag ik mij wel zo, maar voel ik mij wel ni zo.” (Anne)

Maar ook werd door andere meisjes aangegeven dat ze tijdens hun eetstoornis net ongevoelig werden voor de verwachtingen van anderen. Eén van de meisjes zag de eetstoornis net als een vlucht van de vele verwachtingen die ze voelde maar waaraan ze niet kon voldoen, en een ander meisje beschreef hoe ze heel onflexibel werd en op alle vlakken krampachtig vasthield aan haar eigen mening. Door de uitspraken van een aantal meisjes werd duidelijk dat waarschijnlijk vaak beide tegelijk voorkomen.

Aan de ene kant probeert men zo veel mogelijk aan verwachtingen van andere mensen te voldoen, maar aan de andere kant voldeed men net niet aan de belangrijkste verwachtingen die mensen op dat moment van hen hadden (genezen en een normaal eetgedrag vertonen) en vlucht men ook weg van deze verwachtingen.

Deze verhoogde gevoeligheid voor externe stimuli draagt bij tot de ontwikkeling van de eetstoornis. Men was immers op zoek naar een oplossing om met vervelende gevoelens en situaties om te gaan, en door het slankheidsideaal te internaliseren kon men merken dat de fixatie op lichaam, voedsel, en afvallen hen een aantal voordelen verschafte. (Hoewel deze voordelen ook op een andere manier ‘ontdekt’ konden worden.) Het betreft hier twee soorten voordelen of oplossingen. Ten eerste gaat het om het verwijderen (of beter ‘negeren’) van negatieve zaken, en ten tweede worden er een aantal ‘positieve’ zaken door verkregen. De meisjes vertelden dat de eetstoornis hen de mogelijkheid gaf weg te vluchten van bepaalde ‘slechte’ dingen. Het was een vlucht van emoties en gevoelens die verwarring brachten, onder andere omdat men ze niet durfde uiten; een vlucht van de vele verwachtingen die men voelde en waaraan men dacht niet te kunnen voldoen; een vlucht van de eigen problemen, maar ook van die van anderen; een vlucht van trauma’s, van verantwoordelijkheden, van een volwassen lichaam, en van het feit dat men ongelukkig was; en ten slotte een vlucht van de verwarring rond wie men is en wat men wil. Door de fixatie op lichaam en voeding had men het gevoel hier niet meer mee bezig te moeten zijn. Sommige meisjes haalden ook aan dat de eetstoornis achteraf gezien een schreeuw om aandacht was. Zonder het te moeten verwoorden kon men met het lichaam laten zien dat het niet goed ging en dat men nood had aan aandacht en hulp. Ten tweede worden er ook positieve zaken ‘verkregen’ door de eetstoornis. Door zo streng te zijn voor zichzelf en voor hun lichaam, kregen de meisjes weer een gevoel van eigenwaarde. Ze hadden immers het gevoel dat ze iets konden of dat ze ergens goed in waren. Ze vonden een doel in hun leven en hadden ook het gevoel dat dit een waardevol doel was en dat ze het konden bereiken. Ook gaf het niet eten hen een gevoel van macht. Voor de meisjes die zich voordien al zorgen maakten over hun gewicht en lichaamsvorm, was het natuurlijk ook een voordeel dat men niet verdikte. Ten slotte gaf het hen ook een gevoel van controle.

Doorheen alle interviews was controle het ‘voordeel’ dat het vaakste aangehaald werd. Verschillende keren kwam aan bod dat men voor de eetstoornis/in het begin van de eetstoornis een gebrek aan controle ervoer. Dit zowel over de omgeving (men had geen greep op wat er rondom hen gebeurde en wat andere mensen deden en dachten) als over zichzelf (men wist niet wie men was en wat men wilde, of men had het gevoel niet zichzelf te kunnen zijn). Men wilde deze controle op een bepaalde manier toch verkrijgen. Fixatie op eten werd dan als een adequate strategie gezien om dit te bereiken aangezien men hierdoor het gevoel kreeg ergens volledig zelf controle over te kunnen uitoefenen. Deze controle hield meestal in dat men strikt zou plannen wat men zou eten/niet eten, hoeveel men

zou eten/niet eten, en wanneer men het zou eten/niet eten. Andere dagelijkse activiteiten werden gewoonlijk in functie hiervan aangepast. Sommige meisjes noemden zichzelf ‘controlefreaks’ en vertelden dat ze dit controleren doortrokken op alle andere activiteiten, ook degenen die niet meteen met eten te maken hadden. Soms had dit te maken met het feit dat deze activiteiten met de ‘eetplanning’ zouden kunnen interfereren, maar men vermeldde ook dat men veel nood had aan structuur en dat spontaniteit erg moeilijk (of eerder onmogelijk) geworden was voor hen. Door voortdurend zo gecontroleerd bezig te zijn dacht men zelf het leven onder controle te hebben, maar ook werd zo onzekerheid weggedrukt en werden gevoelens en emoties uitgeschakeld. Hierdoor voelde men zich beter en veiliger. Slechts bij drie meisjes kwam gedurende het hele interview niets over controle aan bod. Wanneer gevraagd werd zichzelf te beschrijven zoals men was tijdens de eetstoornis, vertelden ze wel alle drie dat ze onder andere erg perfectionistisch waren (iets wat ook bij andere meisjes aan bod kwam). Als men kijkt naar de omschrijving die Céline hiervan geeft, komt deze overeen met wat andere meisjes beschreven onder ‘controle’.

“Euhm ja, perfectionistisch omdat je toch alles perfect wil doen. Je wil afwegen ja, je leven eigenlijk, afwegen wat je eet en wat je doet en wat je produceert. Niet flexibel ja, niet flexibel met eten omdat je zoveel gram wil eten en niet meer en niet minder. Standvastig, ik bedoel vasthouden aan jouw mening en het moet zo en het moet niet anders, want als je daar afwijkt, dan kan de bom exploderen, en dan wil je niet bij mij in de buurt zijn.” (Céline)

Zoals reeds gezegd kon men door deze controle gevoelens afblokken, een ‘veilige’ omgeving creëren, en dacht men een waardevol doel te kunnen bereiken. Dit waren de dingen die volgens sommige meisjes maken dat deze controle van het eetgedrag datgene wordt wat je betekenis geeft. Omdat ze ook vertelden dat dit het aller belangrijkste werd in hun leven, kan gezegd worden dat dit het meest saillante aspect van hun identiteit werd. Ook volgens de ‘cognitive behavioral theory’ is deze nood aan controle de belangrijkste component in het behoud van de eetstoornis. (Fairburn et al., 1998) Het is immers hierdoor dat het gedrag resistent is tegen verandering en op lange termijn kan resulteren in het definiëren van de identiteit in termen van anorexia nervosa. (Garner en collega's, vermeld in Fairburn et al., 1998) Controle lijkt dus een belangrijke tussenliggende factor te zijn. Door het eetgedrag te controleren heeft men het gevoel ook andere zaken (zoals emoties resulterende uit verwarring of problemen) te kunnen controleren, kan men negatieve gebeurtenissen/ervaringen negeren, en verkrijgt men positieve zaken.

Hoewel de eetstoornis in de ogen van de meisjes een aantal oplossingen bood, werden ook veel negatieve eigenschappen van deze periode aangehaald. Tijdens de eetstoornis waren veel voorkomende eigenschappen: zichzelf eenzaam, depressief, onzeker, lusteloos, droevig, kwaad, en moedeloos voelen; serieus, paniekerig/angstig, emotioneel instabiel, bekrompen, ver van zich zelf, leugenachtig, koppig, overbezorgd, rusteloos, niet gelukkig, ongezond, en perfectionistisch zijn (aan dit laatste zag men zowel positieve als negatieve eigenschappen); en ten slotte had men nog steeds een

laag zelfbeeld en vertelden sommigen dat ze zich nog steeds wegcijferden en over zich heen lieten lopen. Maar hoewel veel negatieve eigenschappen achteraf aangehaald werden, scheen er op dat moment zelf een mechanisme in werking te treden om zich tegen deze negatieve emoties te beschermen. Zoals reeds aangehaald vertelden sommige meisjes dat ze op een bepaald moment niet meer wilden voelen. Door zich te fixeren op de kenmerken van de eetstoornis en met niets anders meer bezig te zijn, werd het gemakkelijker om gevoelens buiten te sluiten. Het is echter zo dat door deze strategie niet enkel negatieve, maar ook positieve gevoelens werden afgevlakt. Dit maakte hen dus niet echt gelukkig, maar het leek op dat moment vaak een betere optie. De meisjes vertelden dat ook gevoelens van medeleven, enthousiasme, genot, en interesse bijna volledig verdwenen. Ze vonden zichzelf dan erg kil, onverschillig, ongevoelig, apathisch, lusteloos, en/of interesseloos. De periode werd door enkelen beschreven als een grote leegte waarin gevoelens en emoties amper aanwezig waren.

“Je bent leeg vanbinnen omdat... omdat je zo weinig eet dat je eigenlijk niet meer kunt nadenken over een hele boel dingen. Maar op de momenten dat je dingen moet doen bijvoorbeeld voor school dat men, da maatschappij dingen van je verwacht, dan moet je eigenlijk wel iets doen, en dan ja, dan moet je iets doen en dan MOET je dus. Maar voor de rest bestaat het eigenlijk uit leegte. (...) Je maag is leeg, maar de rest is ook leeg. Je hoofd is leeg, alles is leeg. Maar als je denkt aan eten, dan is je hoofd weer vol. Maar op de momenten dat dat niet is, dan... als je gewoon zo weinig eet, dan, dan ja, dan, kun je gewoon niet meer nadenken, dan is er gewoon leegte.” (Céline)

Gevoelens en emoties die toch nog voorkwamen stonden meestal in betekenis van de eetstoornis. Men was dan bijvoorbeeld paniekerig als hun structuur ongewild doorbroken werd, of boos omdat men niet begrepen werd. Initieel had men echter voornamelijk aandacht voor het feit dat de eetstoornis hen leek te geven wat ze zochten (aandacht, controle, zelfwaardering...). De strategie waarmee ze dit verkregen werd dan ook als adequaat beschouwd. Twee van de meisjes redeneerden dat ‘als men dit (het gewicht, eetpatroon en sporten) op punt gezet had, al de rest ook wel in orde zou komen’. Hoewel dit zo wel aanvoeld wordt, is deze ‘strategie’ er eigenlijk dus niet één die conflicten en problemen oplost, maar ze eerder negeert. Ze zorgt ervoor dat men niet meer aan de oorspronkelijke- en andere problemen moet denken. (Bruch, 1990; Bulik & Kendler, 2000; Nordbo et al., 2006).

Zoals net aangehaald werd, zorgden deze processen ervoor dat het controleren van het eetpatroon het meest saillante aspect van de identiteit werd. Op verschillende manieren werd vervolgens die saillante identiteit omgevormd tot een master-identiteit. De voorbeelden uit de interviews die hierop wezen, kunnen ondergebracht worden bij de twee grote identiteitveranderingsprocessen aangegeven in de literatuurstudie. De eerste categorie is het ‘aanpassen van de betekenis van de situatie omdat deze waargenomen wordt als afwijkend van de betekenis in de identiteits-standaard (Burke, 2006) Een duidelijk voorbeeld hiervan is wat Mies vertelde in verband met haar hobby: dansen. In de minder

goede periodes (waarin haar vestoord eetgedrag weer de kop opgestoken kwam) was ze veel meer bezig met 'Hoeveel verbruik ik?', dan in de goede periodes waarin ze er vooral plezier aan beleefde. Nochtans ging het om dezelfde hobby met dezelfde mensen en besteedde ze er hetzelfde aantal uren aan. Een ander voorbeeld is Lisa's verhaal over hoe ze alle activiteiten die ze deed om haar zoontje te plezieren ook interpreteerde in functie van haar eetstoornis. Hoewel ze deze activiteiten zelf vaak niet leuk vond, was ze immers steeds aan het bedenken hoe dit nuttig kon zijn voor haar eetstoornis (dan ben ik buiten, en dus beweeg ik en verbrand ik calorieën; dan ben ik niet thuis, dus kan ik geen eetbui hebben; enzovoort). De betekenis van het eetgedrag over het algemeen kan eveneens aangehaald worden. Eten wordt immers niet meer gezien als een manier om zichzelf te voeden of plezier te ervaren door smaak en het sociale gebeuren, maar het eetgedrag wordt beschouwd als iets wat beheerd kan worden om controle te krijgen over bepaalde situaties of als iets dat gebruikt kan worden om een bepaalde boodschap uit te zenden. Andere zaken die aan bod kwamen in de interviews wezen op het tweede identiteitsverandering proces. Hierbij worden alle aspecten van de identiteit die interfereren met het meest saillante aspect van de identiteit aangepast zodat ze hier wel mee in overeenstemming komen. (Burke, 2003; Burke, 2006; Stryker, 1980) Conflicterende identiteiten, en dus ook de situaties en relaties die ermee verbonden zijn, worden daarvoor 'achteruit geschoven' waardoor ook de belangrijkheid en/of gebondenheid aan die identiteit daalt. (Burke, 2003) In de interviews vertelden de meisjes dat ze zich terugtrokken uit sociale relaties en activiteiten omdat die niet strookten met hun belangrijkste bezigheid: controle uitoefenen over het eetgedrag. Men laat activiteiten die met eten te maken hebben (of waar onverwachts toch eten aan te pas zou kunnen komen) vallen omdat deze zouden verhinderen te eten wat men wil, hoeveel men wil, en wanneer men het wil. Bovendien moet men zo ook niet meer omgaan met reacties op en vragen rond het eetgedrag. Ook hadden de meisjes vaak schrik dat activiteiten hun eigen planning in de war zouden brengen. Maar door het intensieve plannen en bezig zijn was er vaak toch geen tijd meer over. Heel veel sociale activiteiten konden hierdoor dus niet meer uitgevoerd worden. Opvallend was dat dit aspect bij de twee oudere vrouwen nadrukkelijk aan bod kwam. Zij gaven aan dat alle activiteiten die je in hun ogen met vrienden kan doen eten of drinken omvatten: op restaurant gaan, op café of naar een tea-room gaan, naar de cinema gaan, op reis gaan... Bovendien hadden ze hier eveneens last van op het werk. Men kon immers nooit mee gaan lunchen of naar andere door de collega's georganiseerde activiteiten gaan, aangezien dit bijna altijd etentjes of recepties waren. Activiteiten werden eveneens stopgezet wegens desinteresse. Omdat men zo veel aandacht besteedde aan deze ene activiteit is het immers logisch dat de aandacht voor andere activiteiten daalt. Verschillende meisjes vertelden dat ze hobby's of activiteiten met vrienden gewoon niet meer leuk vonden en er niet meer van konden genieten. Ten slotte gaf men aan dat hoewel men oppervlakkig gezien steeds geneigd was zo goed mogelijk aan de verwachtingen van iedereen rondom hen te voldoen, men tegelijk probeerde hiervan te vluchten door zich weg te trekken uit contacten. Een aantal meisjes beschreven deze situatie als 'het creëren van een eigen wereldje'. Ze vertelden dat ze zichzelf isoleerden en wegtrrokken uit de werkelijkheid. Dit wereldje voelde voor hen

aan als een veilige cocon of luchtbel waarin men zich kon afschermen van emoties en gevoelens en/of waarin men de eigen structuur kon hanteren. Hierdoor geraakte men echter erg geïsoleerd en verloor men voeling met de wereld. Wanneer men niet meer met anderen omgaat, is het immers ook niet meer duidelijk welk gedrag wel en niet ‘normaal’ is. Enkele meisjes zagen de periode waarin ze erg veel problemen hadden met hun eetstoornis dan ook niet meer als ‘leven’, maar als ‘overleven’.

Dit had een erg grote impact op het sociale leven. Wat samen gaat met dit sociaal isolement is immers het wegvallen van vriendschappen. De meisjes communiceerden niet meer met vrienden over hun situatie of gevoelens, waardoor ze ook geen hulp van vrienden toelieten. Eén van de meisjes had de indruk dat ze wel onbewust communiceerde met haar lichaam. Het leek de boodschap ‘kom niet naar mij met uw problemen, want ik heb het zelf moeilijk’ uit te zenden, waardoor vrienden effectief minder vaak naar haar toe kwamen om te praten. Ook werd men steeds minder gevraagd omdat men zelf nooit meer op uitnodigingen inging. Vrienden haakten eveneens af omdat de problemen meestal lang duren. Mede door de vele opnames verwateren vele contacten dan. Eén van de meisjes vertelde ook dat sommige mensen enkel contact leken te houden uit medelijden. Op bepaalde momenten tijdens de eetstoornis leek dit de meisjes echter niet te storen. Ze vertelden immers dat ze zelf niet meer open stonden voor wat er rondom hen gebeurde, en dat ze geen verbintenis meer voelden met de mensen om hen heen.

Bij de twee vrouwen die geïnterviewd werden was dit echter anders. Het thema ‘vriendschappen’ kwam hier erg uitgebreid aan bod. Beide vrouwen kampen al heel lang met eetproblemen en beginnen het isolement negatief aan te voelen. De ene vrouw vertelde dat ze met periodes wel vrienden heeft, maar dat ze na een tijd half bewust en half onbewust de vriendschap laat verwateren omdat haar eetstoornis bepaalde obstakels vormt.

“Ik heb soms in perioden vrienden, maar als ze dan te veel, te lastig worden en euhm te veel weten over mij eigenlijk, dan breek ik dat af. Dan stop ik met te bellen, alle zo ni, ni bewust he, maar dan denk ik van goh, allé ‘k ga nu ni bellen’, en dan bel ik ne keer wa later enzo, en ja, dan doe k mij ni veel moeite ni meer, en dan verwatert dat die vriendschap. Versta je ‘t? Dus eigenlijk stop, stop ik altijd bewust, alle ni bewust, onbewust mijn vriendschappen omdat da te lastig wordt dat da ni past in, in mijn euh, in mijn patroon. (...) T is daarom ook da ik nu geen relatie ni meer wil, omdat ik weet dat ik, k heb da trouwens gisteren nog gezegd aan iemand, in een relatie da kik mij verlies is, aleja, ik ben ni meer mijn eigen. Ik doe constant, ik denk van: ‘wa wilt die doen’, euh ‘wa zout die graag hebben’, euh, en ik denk alleen ni maar aan die ander persoon, en dan, dan, en da gaat moeilijk als ge heel den tijd wilt bezig zijn met uw structuur enzo.” (Katty)

Op reis gaan, gaan winkelen met een vriendin, of naar een tea-room gaan waren activiteiten waartoe ze zichzelf niet in staat zag vanwege haar eetprobleem, maar die ze wel miste. Bij de andere vrouw kwam

dit negatieve gevolg van het isolement nog sterker naar voor. Herhaaldelijk vertelde ze dat ze door de eetstoornis erg eenzaam geworden is en dat ze erg hard op zoek is naar nieuwe vriendschappen. Door haar eetstoornis bleek dit echter moeilijk te gaan. Veel activiteiten die vrouwen van haar leeftijd doen, zoals samen iets gaan eten, waren voor haar immers onmogelijk.

Deze zaken hadden dus tot gevolg dat vriendschappen zowel bewust als onbewust, gewild en niet gewild wegvielen. Op zijn beurt zorgt dit ervoor dat men minder situaties tegenkomt waarin de anorexia-identiteit niet gevalideerd wordt, wat de master-status versterkt omdat deze niet tegengesproken wordt. Door deze elkaar versterkende processen, is de controle van het eetgedrag en alle hieraan gerelateerde zaken op een bepaald moment het enige wat overblijft. Anorexia Nervosa heeft zich dan tot master-identiteit ontwikkeld.

Bijna alle meisjes vertelden dat in hun wereld op een gegeven moment enkel nog de eetstoornis aanwezig was. De dingen die hiermee te maken hadden (eten/niet eten, afvallen, sporten, plannings maken...) werden centraal gezet in het dagelijkse leven, andere activiteiten werden in deze structuur ingepland. Wie ze waren, hoe ze over zichzelf dachten, en wat ze belangrijk vonden, werd volledig gereduceerd tot afvallen en eten. De eetstoornis werd dus een manier van leven.

“Anorexia is een systeem. Dat is u leven eigenlijk he. Der is, der is eigenlijk niets anders in mijn leven dan die anorexia. Aleja das nu wel extreem gezegd ma, aleja, da's iets waar da je mee opstaat en mee gaat slapen.” (Katty)

Verschillende meisjes vertelden dan ook dat de eetstoornis op dat moment hun identiteit bepaalde, of dat anorexia een identiteit op zich is. AN IS wie je bent, het is datgene waar je goed in bent en wat je betekenis geeft. Het wordt verweven met je persoonlijkheid en men kan er zelf de grenzen niet meer van aangeven.

Omdat de eetstoornis initieel een adequate oplossing lijkt te bieden voor een aantal problemen/zaken, leken de meisjes hun gedrag in het begin niet ongezond te vinden. Als er toch iets mis was, zouden ze er zelf wel uitkomen.

“In het begin wou kik da ni, allé, wou kik da allemaal zelf oplossen. K wou kik daar geen hulp voor. En daarom, allé, vond ik ook dat da ni zo erg was van mij gelijk dat da bij anderen was.” (Elke)

De meisjes kwamen dus in een onharmonische bewustzijn context terecht waarin een fictionele identiteit opgebouwd werd die de eigen slechte gezondheidstoestand ontkende. (Haworth-Hoepfner & Maines, 2005) Na een tijd bleek hier vaak toch verandering in te komen. Meestal was dit op het moment dat men zichzelf er mentaal of fysiek aan onder door voelde gaan; en wanneer men beseftte dat men net niet zelf de controle had, maar dat de eetstoornis hen controleerde. Waar de fixatie op eten voordien positieve effecten leek te genereren, begon de negatieve kant zich meer en meer te

manifesteren. Men merkte dat men de controle die men vroeger meende te voelen steeds vaker begon te verliezen, en aan het gedrag dat men voordien normaal vond bleek toch iets niet te kloppen. Ook bleek het niet te lukken zich zomaar weer anders/normaal te gedragen. Andere meisjes vertelden dat ze zichzelf voelden wegzakken en begonnen te vrezen 'er niet meer uit te geraken' zonder hulp. Soms waren het ook de fysieke signalen (zoals lichamelijke uitputting en aftakeling) die hen deden inzien dat er toch iets mis was. Enkele van de meisjes vertelden dat ze op een gegeven moment 'terug gewoon wilde leven zoals iedereen' (in plaats van bijvoorbeeld steeds in opname en behandeling te zijn en voortdurend over eten na te moeten denken). Bij sommige meisjes zorgde dit besef ervoor dat men hulp ging zoeken of toestemming gaf voor een opname. Bij andere meisjes kwam dit besef pas na eerdere (min of meer gedwongen) behandelingen, maar bij bijna alle meisjes markeert dit wel het punt waarop men begint na te denken over hoe het verder moet, en maakt het dat ze ervoor willen vechten. Toch was er ook bij deze meisjes een ambivalente houding tegenover 'genezen' te bemerken. Vele meisjes vertelden dat ze wel wilden genezen, maar tegelijk ook schrik hadden om te genezen. Dit wordt verder besproken in 'fase 3: herstel'.

De ontwikkeling van een eetstoornis lijkt dus inderdaad vaak gepaard te gaan met identiteitsconflicten. Hierdoor kan de gevoeligheid voor externe stimuli verhogen. Men zal dus nog harder kijken naar algemene maatschappelijke verwachtingen, en verwachtingen van ouders en peers bij het vormen van de eigen identiteit. Om problemen die mede hieruit resulteren op te lossen, grijpt men naar Anorexia Nervosa. Omdat deze strategie initieel lijkt te werken ontwikkelt ze zich als een master-identiteit. Sommige meisjes komen echter na een tijd tot de conclusie dat hun doelen toch niet bereikt worden, en dat AN dus toch geen adequate oplossing biedt voor hun problemen.

5.3 Fase 3: herstel

In deze laatste resultatensectie wordt bekeken of de identiteit van meisjes met AN ook verandert in de fase van herstel. Drie verschillende zaken komen hierbij aan bod. Ten eerste wordt nagegaan waarom en hoe bij herstel de identiteit van personen met AN verandert. Vervolgens wordt gekeken naar de factoren/personen die deze verandering beïnvloeden, en ten slotte wordt het hele proces (van voor de ontwikkeling van de eetstoornis tot in de fase van herstel) nog eens overlopen om te achterhalen welke veranderingen door de meisjes zelf het belangrijkste bevonden werden.

De vraag waarom de identiteit weer verandert in de periode van herstel, lijkt samen te hangen met de vraag waarom men twijfelachtig staat tegenover herstel. Men vindt het immers moeilijk de eetstoornis op te geven omdat deze een identiteit op zich geworden is. Het opgeven van AN voelt dus aan als het opgeven van een belangrijk stuk van zichzelf. Er moet daarom een andere identiteit in de plaats komen vooraleer dit lukt. Omdat een herdefinitie van de identiteit nodig is, moet men op zoek naar wie men is of wil zijn. Hierdoor kan immers een identiteit opgebouwd worden die bestaat uit meerdere aspecten

en die gebaseerd is op eigen overwegingen. Deze zaken worden hieronder uitgebreider besproken. Ook wordt aangehaald hoe men in behandeling met dit proces omgaat.

Zoals reeds aangehaald vertelden de meisjes dat hun gevoelens ten opzichte van genezing vaak erg ambivalent waren. Ze wezen op verschillende redenen waarom dit zo was. Ten eerste heeft een eetstoornisidentiteit voordelen die men niet graag wil opgeven. Dit was bijvoorbeeld het feit dat men de ziekte als excuus kon gebruiken om moeilijke situaties of contacten te ontlopen. Door het opgeven van de eetstoornis werden de negatieve gevoelens en emoties die hier uit resulteerden terug voelbaar, waardoor men er ook weer actief mee moest omgaan. Herstel wil met andere woorden zeggen dat men weer zelf verantwoordelijkheden op moet nemen. Bovendien had men angst om de controle, die men door de eetstoornis kon ervaren, zou verliezen. Ook was er de vrees om het leven niet aan te kunnen, om te hervallen (en dus weer te ‘falen’), en om niets meer te betekenen of niemand meer te zijn zonder eetstoornis. De meisjes vertelden dat ze schrik hadden om te ontdekken wie ze zouden worden, of dat ze wel wilden herstellen om niet de rest van hun leven in behandeling te moeten, maar dat het voelde alsof de ziekte een stuk van zichzelf geworden was dat ze niet zomaar konden opgeven. Charlotte vertelde expliciet dat het voelde als ‘het moeten opgeven van de identiteit’.

“Ik merk nu wel heel hard, euhm naarmate da ik da wil afgeven, wil loslaten, da anorexia echt een identiteit op zich is. Da is een soort van, noem het een masker of een tweede persoon da ge voor u houdt om, om een identiteit aan te vangen, van euhm iets da ge wel kunt, al is het afvallen, maar ge kunt het. Iets da ge, waarda ge sterk in zijt.” (...) “En dan heb ik echt het gevoel als ik mijn eetstoornis los laat, da wa da ik kan, heb ik heel sterk het gevoel da ik euhm, dat er niks is, dat er niks, da ik niks heb om vast te pakken, da ik niks heb om euh... da ik dan eigenlijk alleen nog maar in meer twijfel en in meer dingen kom” (...) “Da's een heel grote leegte. Dus da is echt wel een identiteit da ge aanneemt. Gewoon da ene ding waar da ge goed in zijt.” (...) “Wat u betekenis geeft. Da is het eigenlijk, da geeft u op een bepaalde manier een betekenis. Voor uzelf he, dus voor anderen, ge zijt veel meer als ge u goed voelt en als ge allé goed in u lijf zit en mee gezellig kunt gaan eten, dus... 't is puur voor uzelf da ge da... nodig hebt om het zo te zeggen.” (Charlotte)

Deze zaken bleken eveneens belangrijke terugvalrisico's te zijn. De eetstoornis was hun leven geworden en dus was men compleet reddeloos als men deze opgaf zonder eerst nieuwe vaardigheden aan te leren en een nieuwe identiteit op te bouwen. Om te voorkomen dat men in slechtere periodes terug zou grijpen naar bekende manieren om moeilijkheden op te lossen (bijvoorbeeld door gewichtscontrole), moest men dus een andere manier zoeken om over zichzelf te denken en met dingen om te gaan. De zoektocht hiernaar kan echter heel lang duren. Dit net omdat er niets meer over leek te blijven op de eetstoornis na, en omdat deze vaak al jaren het leven bepaalde. De ambivalente houding ten opzichte van herstel lijkt dus samen te hangen met het feit dat Anorexia Nervosa zich als master-identiteit ontwikkeld heeft.

Ondanks het feit dat dit hen niet aanzette tot behandeling, kon ook bij de twee vrouwen een ambivalente houding tegenover herstel opgemerkt worden. Uit de interviews bleek dat zij zich enigszins wel bewust waren van het feit dat hun gedrag ongezond was, en dat het leven gemakkelijker zou zijn indien men een ‘normaal’ eetpatroon volgde, maar tevens omdat ze al zo lang in deze conditie zaten redeneerden ze dat het een deel van hun identiteit geworden was, en dat het voor hen te laat was om te veranderen. Bovendien zagen ze een opname niet zitten wegens de verantwoordelijkheden over kinderen en werk.

“Da zal in mij zitten voor de rest van mijn leven vrees ik. (...) En wilde het graag anders zien? Ja, absoluut maar... ‘k denk ik heb het te lang. (...) Veertig procent geneest, veertig procent blijft het altijd hebben en twintig procent sterft er aan (...) Ik vrees dat ik bij de veertig procent ben die... [het altijd zal blijven hebben].” (Lisa)

Zonet werd vermeld dat de ambivalente houding ten opzichte van herstel voor een groot deel te wijten is aan het feit dat Anorexia Nervosa zich als master-identiteit ontwikkelde. De basis waaruit de identiteit opgebouwd is bestaat nu uit de eetstoornis zelf. Om de eetstoornis op te kunnen geven, moet er dus iets wijzigen in deze basis. Daarom is herstel intrinsiek verbonden met herdefinitie van de identiteit.

“Ikzelf heb ervaren dat als je van de eetstoornis afkomt je ook moet zien te overleven in de echte wereld. Je moet tegen problemen kunnen, tegen kritiek kunnen. Mensen verwachten dat je er staat. Daarvoor moet je jezelf leren kennen, opzoek gaan naar jezelf en je leven terug op poten krijgen zonder eetstoornis. Wanneer je zelfzekerder bent dan durf je de eetstoornis ook makkelijker loslaten. De grootste vraag die het loslaten van de eetstoornis beïnvloed is: Wie ben ik, zal ik nog iemand zijn zonder mijn eetstoornis? Ben ik wel belangrijk genoeg, iets waard? Dit merk ik ook veel als mensen langskomen in het [centrum dat informatie en advies verschaft aan individuen met een eetstoornis, hun omgeving, en andere geïnteresseerden waar Alegra vrijwilligster is]. Velen hebben daarvoor schrik.” (Alegra)

De meisjes vertelden dat ze om te genezen moesten stilstaan bij zichzelf. Bij wat men graag deed, bij wat men in zich had en wat men daarmee wilde doen, en bij hoe men zich voelde. Een groot deel van het herstelproces draait dus rond te weten komen wie je bent en wat je wil doen met/in je leven. In tegenstelling tot tijdens de eetstoornis, is het bij herstel dus niet meer zo dat het ziektebeeld centraal staat en dat alle andere activiteiten hieraan aangepast worden. Vele van de meisjes vertelden dat dit waarschijnlijk nog wel ‘in hen zat’ maar dat het hun leven niet meer bepaalde. Ook tegenover de fase voor de eetstoornis is er een belangrijk verschil op te merken. Hier stonden de wensen van ouders vaak centraal in de identiteit van de meisjes, wat na herstel minder het geval bleek te zijn. Sommige meisjes vertelden dat het met betrekking tot herstel goed geweest was om op hun eigen benen te staan en afstand te nemen van hun ouders. Vaak was dit omdat de omgeving thuis niet ideaal was, maar het kon

ook om een andere reden zijn. Zo gaf één van de meisjes aan dat ze toen ze alleen ging wonen wel gedwongen werd om haar sociale leven terug op te bouwen omdat ze anders vereenzaamde. Ze voelde dit aan als een stap vooruit in haar herstel. In enkele gevallen werd ook aangegeven dat het moeilijk was dat ouders het eetprobleem nooit erkend hadden. Het proces van ‘zich los maken uit het gezin’ zou het genezingsproces dus positief kunnen beïnvloeden. (Bruch, 1990; Lawrence, 1987; Vandereycken & Noordenbos, 2002) Maar zoals reeds aangehaald hadden niet enkel verwachtingen van ouders, maar ook deze van peers veel invloed. Uit de interviews bleek dan ook dat het voor het genezingsproces belangrijk was om zich van deze verwachtingen los te maken en stil te staan bij wie men zelf is en wat men zelf wil. Dit was nieuw voor vele van de meisjes. Ze vertelden immers dat ze vroeger nooit stil stonden bij zichzelf. Dit bijvoorbeeld omdat men bang was er dan niet bij te horen, of omdat men niet de ruimte had om zich te ontplooien wegens andere problemen. Eén van de meisjes gaf ook aan dat ze moest leren dat ze mocht zijn wie ze was. Dit leek eveneens te gelden voor andere meisjes die vertelden dat ze zich vroeger steeds aanpasten aan anderen, terwijl ze er nu bij stil stonden wat ze zelf wilden en er vrede mee konden vinden dat dit niet altijd hetzelfde was dan hetgeen andere mensen wilden.

Belangrijk is dus dat bij de herdefinitie van de identiteit tijdens het herstel eigen overwegingen centraal komen te staan, waardoor de identiteit zich niet meer fixeert op één (de eetstoornis) of enkele (ouders en peers) aspecten, maar uit meerdere, evenwichtige aspecten bestaat. Dit kon men ook zien aan het feit dat alle meisjes die hersteld of herstellende waren wanneer ze zichzelf ‘nu’ moesten omschrijven meerdere positieve eigenschappen van zichzelf opnoemden, vertelden ze dat ze zich engageerde voor verschillende hobby’s of activiteiten, en over het algemeen positiever in het leven stonden en sneller geprikkeld werden door enthousiasme. Dit wilde niet per se zeggen dat men de eetstoornis volledig losgelaten had (identiteitsverandering betreft immers een langzaam proces waarbij vele kleine aanpassingen over een lange periode toch een significante wijziging in de identiteit laten zien. (Burke, 2006)), maar wel betekent dit dat de eetstoornis verdwijnt als master-identiteit.

“Euhm wa van die eigenschappen vindt ge da u het meeste typeert eigenlijk?” (onderzoeker)

“Hmmmm da's echt moeilijk... of ja, alles samen... K denk dat da ook van periode tot periode afhangt. Dees moment ben ik bijvoorbeeld heel veel bezig met het zorgen voor familie en vrienden, en zitten sommige hobby's gelijk leiding geven wa op da achtergrond. Ma ja ook om praktische redenen, gelijk er komt binnenkort een optreden aan, dus ik dans weer meer dan anders, maar ja dat is daarom ni een groter deel van wie ik ben denk ik.” (Mies)

Op het einde van het interview werd aan de meisjes gevraagd of ze tijdens een behandeling (of in hun herstelfase over het algemeen) gewerkt hadden rond identiteit (in de zin van ‘wie ben ik?’, ‘Wat wil ik in mijn leven?’), en of men dit nuttig vond met betrekking tot herstel. Over het algemeen vond men dit zeer nuttig. Er werd aangegeven dat -hoewel er geen concrete antwoorden gegeven kunnen worden op

deze vragen- men door de zoektocht hiernaar inzicht kreeg in zichzelf, in verklaringen over waarom men bepaalde dingen was beginnen doen, en ook in wat men zou kunnen verbeteren en wat wel en niet zou helpen met betrekking tot herstel. Bovendien waren de meisjes van mening dat een duidelijk beeld hebben over wie je bent en wat je wil bereiken ervoor zorgt dat je sterker staat in het leven, waardoor je gemotiveerd bent om te vechten tegen de ziekte en waardoor het risico op hervallen geminimaliseerd wordt. Deze zoektocht naar de identiteit (of net het hier niet mee bezig zijn) werd ook in verband gebracht met het ontwikkelen van de eetstoornis. Enkele meisjes opperden immers dat het misschien niet zo ver gekomen zou zijn als men hier vroeger meer bij stilgestaan had. Sommigen meisjes waren ook van mening dat dit onderwerp in behandeling te laat of te weinig aan bod kwam. Zij vonden dat de behandelingen soms te sterk gericht waren op het gedragsmatige (wat in het begin wel goed was, maar in een latere fase niet voldoende), en te weinig op hoe men het leven moest aanpakken eens men uit de opname was. Hierdoor hadden ze na de opname het gevoel nog steeds niet te weten wie ze waren en wat ze moesten aanvangen zonder eetstoornis. Enkele van de meisjes vertelden dat dit resulteerde in het feit dat men de symptomen zou wegwerken om terug naar huis te mogen, maar dat ze omdat het achterliggende probleem niet opgelost was al snel zouden hervallen. Ook gaf één van deze meisjes aan dat bijna alle meisjes met anorexia nervosa erg onzeker zijn, en dat daarom in opname alles heel voorzichtig aangepakt wordt. In de ‘echte’ wereld daarentegen meende ze, staat niemand hierbij stil. Daar moet je voor jezelf uitmaken wie je bent en wat je wil. Toen ze uit opname kwam, had ze echter niet het gevoel dat ze dit kon. Om dit probleem op te lossen moest de opname zich volgens haar in een latere fase meer concentreren op de eigen leefomkadering van de meisjes. Deze meisjes vonden dus dat het grotendeels uit zichzelf was gekomen om dit uit te zoeken, terwijl het gemakkelijker geweest zou zijn als er in therapie hiertoe een deftige aanzet gegeven zou worden. Twee andere meisjes uit het onderzoek vertelden dat ze in een andere, meer losse (niet eetstoornis-specifieke) opname deze zoektocht wel succesvol gestart hadden. Ze kregen hier de tijd om dingen uit te proberen en aan zichzelf te werken, maar werden hierin toch nog steeds erg ondersteund. Er kan besloten worden dat de meisjes vonden dat aandacht voor vragen rond identiteit een goede aanvulling zou zijn in behandeling. Enkele meisjes vermeldten ook dat de focus van deze zoektocht niet moest liggen op ‘Wie wil ik zijn?’ (zoals volgens hen in opname het geval was), maar op ‘Wie ben ik?’, ‘Wat is mijn potentieel?’, en ‘Wat wil ik daar mee doen?’. De vraag over wie men wil zijn ligt immers nog te ver af waardoor men enkel uit het niets doelstellingen kan maken die veel kans hebben om mislukken, hetgeen weer een negatief effect heeft op herstel.

Hierboven werd besproken waarom en hoe de identiteit van meisjes met AN weer verandert bij herstel. Een aantal (groepen) personen en zaken hebben echter invloed op deze verandering. In wat volgt wordt daarom de noodzaak van sociale relaties voor het herstelproces besproken. Hierbij komen de invloed van significante anderen, lotgenoten en professionele hulpverleners aan bod. Ten slotte wordt nog stilgestaan bij andere factoren die het herstelproces kunnen beïnvloeden.

De meisjes vertelden dat het, om te genezen en uit te zoeken wie men is en wat men wil, belangrijk was zich terug in het sociale leven te begeven en contact te leggen met andere mensen. Ook theoretisch kan geredeneerd worden dat als identiteiten gezien worden als ‘de op een groep personen gebaseerde 'zelden' die een persoon heeft’ (Stryker & Burke, 2000), participatie aan het sociale leven noodzakelijk zal zijn om nieuwe identiteiten op te bouwen. Door de eetstoornis (en eventuele opnames) waren de meisjes sterk geïsoleerd geraakt en sommigen vertelden dat ze geen voeling meer hadden met de wereld en met andere mensen. Ze gaven aan dat ze zich opnieuw moesten vormen binnen het gewone leven: binnen hun studie of werk, binnen hun vriendenkring... Hiervoor moest men dus sociaal contact opzoeken. Maar hoewel dit als noodzakelijk gezien werd om te herstellen, werd aangegeven dat het erg moeilijk was. Sociaal contact betekende immers onzekerheid, angst, en twijfel. Het positieve gevolg was echter dat dit hen uit het wereldje haalde dat ze voor zichzelf gecreëerd hadden. Door zich aan te sluiten bij verenigingen en nieuwe dingen uit te proberen kwam men immers weer in contact met anderen en ontdekte men opnieuw wat men leuk vond. Ook verdwenen restverschijnselen gemakkelijker omdat men sommige gedragingen niet kon volhouden wanneer men met anderen omging. Bovendien komen door sociale contacten emoties terug en krijgt men weer voeling met andere mensen. Maar omdat deze gevoelens terugkomen, heeft men ook net meer nood aan contacten. Als het eens misgaat, heeft men immers een sociaal vangnet en de steun hieruit nodig om ervoor te zorgen dat men niet terug naar oude gewoontes -de controle van het eetgedrag- grijpt. Dit blijkt ook uit de bevinding dat wanneer gevraagd werd welke factoren een positieve invloed hadden op het genezingsproces, de antwoorden zo goed als allemaal over sociale contacten, steun, warmte, liefde, en vriendschap gingen. Ook op andere momenten in de interviews kwam aan bod dat de steun van significante anderen essentieel was voor herstel. Om er zelf in te geloven dat men de eetstoornis kon opzijzetten, hadden de meisjes mensen nodig die in hen geloofden. De meisjes hadden zich dan ook erg opgetrokken aan de steun van hun partner, aan de gedachten dat sommige vrienden hen bleven steunen (ook in de periodes dat ze hen zelf niet meer hadden willen zien), aan het hebben van een persoon waar ze altijd alles aan konden vertellen, aan de steun en liefde van hun ouders, en één van de meisjes aan haar broers en zussen die wekelijks op bezoek bleven komen.

Steun van deze mensen is eveneens belangrijk omdat het ook zij zijn die de ‘nieuwe’ identiteit van de meisjes moeten bevestigen. Zo vertelde Alegria dat het voor haar een openbaring was te ontdekken dat ze ook door andere mensen geapprecieerd werd om wie ze zelf was. Ook Esther vond kracht in de ontdekking dat haar vrienden gewoon verwachtten dat ze zichzelf was. Om de zoektocht naar zichzelf vlotter te laten verlopen, hielp het dus dat er mensen waren die hen de ruimte lieten om te ontdekken wie men zelf was en wat men zelf wilde, en hen daarin steunden. Het bleek echter dat de meisjes deze ruimte niet altijd kregen of durfden afdwingen.

“Ik merk bij mezelf dat ik op het einde van mijn opname totaal niet wist wat ik wou of wie ik was. Er was een groot verschil tussen hoe ik overkwam op anderen en hoe ik wilde zijn. Ik wilde graag naar festivals gaan, wilde graag naar optredens en wilde graag leuke caféetjes bezoeken, maar door steeds met dezelfde veilige (en niet zo'n leutige :-)) mensen om te gaan kreeg ik daar de kans niet toe. Ik had weinig zelfvertrouwen om die eerste stap naar dat nieuwe te zetten.” (Esther)

Dit leek onder andere het gevolg te zijn van het feit dat mensen geen vertrouwen lijken te hebben in de anorexia-‘patiënt’ en daarom hen niet aanzetten om een nieuwe identiteit op te bouwen, of deze niet verifiëren. In verband hiermee maakte Sofie een belangrijke opmerking:

“Als er zo één ding is da ik tegen anderen gewoon zou willen zeggen is da ze die mensen [met AN] ni mogen behandelen als 'iemand met een eetstoornis'. Allé, ik bedoel, ik, ik moet da toegeven, ik zelf mijn leven, mijn eigen persoon bestond uit ni anders dan eetstoornis, maar anderen behandelen u ook zo gewoon. Die behandelen u ni meer echt als persoon, maar heel den tijd als, als 'de zieke' zo. Ge, ge, in u contacten ook, en ik denk dat da het heel erg in stand houdt. Ik denk als ik iemand had gehad, allé en die persoon heb ik dan ook wel gevonden dan, da's, da's dieë kameraad dieë nog altijd nu, waarda ik nu zo goed bij euh, bevriend ben. Euh da's iemand, dat is iemand geweest die achter de ziekte heeft kunnen kijken, en hoe weinig daar ook van mijn eige achter zat, hoe weinig da kik ook was van identiteit, die heeft daar toch naar kunnen kijken en, en van daaruit vertrekken om ja, in contact me mij mee op weg te gaan. Maar over het algemeen, ja behandelen mensen u ook als 'geen identiteit meer hebbende' vind ik, en dat is gewoon heel negatief voor het genezingsproces. Want voor degeen die zelf de eetstoornis heeft is da ook al gewoon zo moeilijk, en als anderen dan ook nog is zo gaan behandelen ja...” (Sofie)

In deze situatie wordt dus de oude in plaats van de nieuwe identiteit gevalideerd. Ook bij andere meisjes kwam dit aan bod. Hoewel ze zelf beseften dat de eetstoornis hun hele leven bepaalde (of bepaald had) vonden ze het vreselijk dat andere mensen niet achter deze eetstoornis konden kijken en voornamelijk met hen om leken te gaan omdat ze medelijden hadden met ‘de zieke’. Tegenovergesteld vertelde één van de meisjes dat het haar enorm geholpen had dat haar vrienden zich niet bemoeierend gingen gedragen, maar haar als ‘iemand’ bleven zien.

Ook over contact met lotgenoten kan heel wat gezegd worden in verband met het herstelproces. Dit bleek immers zowel een erg positieve als een erg negatieve invloed te kunnen hebben. De meisjes opperden dat personen die nooit zelf een eetstoornis hadden niet ten volle kunnen begrijpen welke invloed AN op iemand heeft. (Wat overigens niet wil zeggen dat men dit niet moet proberen.) Daarom kon contact met mensen die deze ervaring wel hadden erg nuttig zijn. De meisjes kregen veel erkenning en steun van lotgenoten, konden van hen tips en raad krijgen over hoe bepaalde dingen aan te pakken, en de meisjes konden zich er aan optrekken als ze zagen dat het andere mensen met

hetzelfde probleem ook lukte om vooruit te gaan in hun genezingsproces. Aan de andere kant had men ook negatieve ervaringen met lotgenoten. Ze konden van hen net dingen leren die de eetstoornis in stand hielden of verborgen, ze waren door contact met hen te zoeken nog meer bezig met eetstoornissen terwijl men net probeerde dit minder centraal te zetten, men kon meegezogen worden door de negatieve gemoedstoestand van andere individuen (aangezien er in henzelf meestal ook nog een component zat die niet wil genezen), het kon moeilijk zijn om te aanvaarden dat anderen nog niet zo ver (of net verder) stonden dan hen, en tenslotte bleken vriendschappen die hierdoor ontstonden moeilijk te houden. Vaak gaat het immers afwisselend beter met de ene en slechter met de andere, waardoor de eerste zich ook weer slechter voelt omdat het niet goed gaat met haar vriendin. Specifiek over opname werd vermeld dat er een heel negatieve sfeer in de groep kan hangen (bijvoorbeeld als er steeds ruzies zijn over tussendoortjes en gezamenlijke activiteiten), dat het niet goed is dat je het vreemde gedrag en de vreemde eetgewoontes van de andere individuen in opname normaal begint te vinden, en dat er door enkel nog met lotgenoten in contact te staan een apart wereldje gevormd wordt.

Verder werd door sommige meisjes professionele hulpverlening als noodzakelijk beschouwd. Dit om de gedragsmatige aspecten van de eetstoornis te doorbreken en te veranderen, om te weten te komen wat bepaald gedrag heeft doen ontstaan, en om nieuwe vaardigheden aan te leren. In verband met de invloed die professionele hulpverleners hadden op de vorming van de 'nieuwe' identiteit, werd hierboven reeds besproken dat de zoektocht hiernaar net één van de aspecten was waarvan verschillende meisjes vonden dat het ontbrak in de gewone behandeling/opname. De belangrijkste bijdrage van de professionele hulpverlener in verband met de herdefinitie van de identiteit, bleek te zijn dat deze de meisjes kon helpen met het begrijpen van hun problemen en het duiden van hun gevoelens. Wanneer de meisjes vertelden over het ontstaan, de ontwikkeling, of het verloop van hun eetstoornis, gaven ze verschillende keren aan dat ze een bepaald inzicht verkregen hadden door gesprekken met een therapeut/psycholoog/dokter, dat het geholpen had dat er zo veel doorpraat geweest was, of dat ze blij waren dat ze hun verhaal bij iemand kwijt konden. Dit wijst ook op een andere functie van therapie, namelijk dat men hier moet communiceren over problemen en gevoelens. Deze communicatie kan helpen omdat het vraagt dat men gebeurtenissen gestructureerd weergeeft, en dat men verklaringen of veronderstellingen zoekt over waarom omstandigheden zich voordeden zoals ze dat gedaan hebben. (Francis, 2003) Men moet zich dus meer concentreren en dieper nadenken dan wanneer men dit proces intern zou overlopen. (Francis, 2003) Uit dit onderzoek bleek echter dat dit net iets was dat de meisjes voor en tijdens hun eetstoornis weinig deden (zie hoger). In gesprekken met een hulpverlener leek het uiteindelijk wel te lukken over gevoelens en problemen te praten. Mogelijk hing dit samen met de verwachting dat de hulpverlener hen door zijn/haar ervaring zou begrijpen, en geen vooroordelen zou hebben. Wanneer gevraagd werd of de meisjes het moeilijk vonden om over hun eetstoornis te praten, werd namelijk enkele keren geantwoord dat men er liefst enkel over sprak met 'iemand die er iets van af wist' of met heel dichte vrienden. Bijna alle meisjes hadden immers het

idee dat er nog steeds heel veel vooroordelen zijn over eetstoornissen en ze wilden liever niet met de negatieve gevolgen hiervan geconfronteerd worden. Ten slotte moet nog aangehaald worden dat twee meisjes uit dit onderzoek nooit professionele begeleiding kregen, maar er toch ook in geslaagd waren te herstellen. Wel hadden zij erg veel steun gevonden bij specifieke andere personen. Men kan bedenken dat wanneer men de stap durft te nemen om over gevoelens en problemen te communiceren met significante anderen, de positieve voordelen van communicatie zich ook hier zullen voordoen.

Zoals hierboven al enkele keren duidelijk werd, kan de invloed van andere personen zich ook erg negatief manifesteren. Zo bleek herstellen extra moeilijk gemaakt te worden doordat wanneer er tekenen van vooruitgang waren (bijvoorbeeld een gezond gewicht hebben), andere mensen er van uit leken te gaan dat men genezen was en ook meteen weer alle verantwoordelijkheden kon opnemen. Dit is echter allerm minst waar omdat men vaak net één van de moeilijkste periodes doormaakt (zie hoger). Eén van de meisjes vertelde ook dat ze hierdoor 'het recht op hulp' (wat in haar ogen eerder weggelegd was voor de zichtbare anorexia-patiënten) leek te verliezen. Om te kunnen herstellen moet men er dus voor moest kiezen om het zichzelf moeilijk te maken. Een andere moeilijkheid was dat door sommige meisjes een negatieve nawerking van opname werd ervaren. Men werd 'wereldvreemd' omdat men zo lang uit de 'echte' wereld weggehaald werd. Bovendien ervoer men veel onbegrip van andere mensen, en ook confrontaties met algemene misvattingen (zoals: anorexia-patiënten vermageren omdat ze denken mooier te zijn als ze mager zijn) waren frustrerend. Ten slotte bleek dat in deze fase sommige maatschappelijke idealen een grote negatieve invloed uitoefenden waar dit voordien niet per se het geval was. Er werd aangegeven dat de focus op de negatieve gevolgen van overgewicht en de relatief lage aandacht voor ondergewicht maakt dat er een discours ontstaat dat 'dunner is gezonder, dunner is beter, en dunner is gelukkiger' promoot. Terwijl het voor iemand die herstelt van AN net belangrijk is om eens normale of zelfs volle producten te kopen, wordt men immers voortdurend geconfronteerd met reclame voor *light* producten en bepaalde diëten. Bovendien maakt de confrontatie met alomtegenwoordige magere rolmodellen en onbewuste reacties van de omgeving over figuur, gewicht en diëten, dat men weer gaat twijfelen aan de beslissing om te stoppen met gewichtscontrole.

*“Ge leest dan zo ne flair van 'val drie kilo af in twee weken', is da zo *gelach* ja, dan is da wel storend op zo'n moment, dan wel. Of ja goh, mensen op 't school da constant over diëten bezig zijn, dan, dan trekt ge u eigenlijk wel meer aan, aan die dingen die da ja, die da leven.”*
(Maité)

Ondanks het feit dat herstel een lange en moeilijke zoektocht bleek te zijn, was het opmerkelijk dat uit sommige interviews bleek dat de meeste meisjes toch erg gemotiveerd waren om deze aan te vangen en door te zetten. Ze probeerden het te zien als een kans om aan zichzelf te werken en hun leven de goede richting uit te sturen. Ook waren ze ervan overtuigd dat ze erin zouden slagen de eetstoornis te

overwinnen. Tegelijk waren ze er zich van bewust dat het met vallen en opstaan zou zijn. Wanneer men merkte dat het eetgedrag weer ontspoorde, probeerde men dit te interpreteren als een alarmbel om terug wat langer stil te staan bij zichzelf en eventueel terug hulp te zoeken. Bovendien hadden de meeste meisjes wel het gevoel dat ze nu beter met problemen om konden gaan, en meer vat hadden op wie ze waren, of meenden dat in ieder geval in de toekomst te hebben.

Een laatste –min of meer overkoepelend- punt dient aangehaald te worden. De hierboven besproken resultaten lijken te bevestigen dat bij elke overgang tussen de beschreven fasen grote veranderingen in de identiteit plaatsvinden. Er werd aangetoond dat met betrekking tot de identiteit van de meisjes er voor de eetstoornis vaak een te extreme focus lag op verwachtingen van ouders en peers, dat wanneer de eetstoornis vorm kreeg deze zich ook als een master-identiteit ging ontwikkelen, en dat deze master-identiteit ten slotte verdwijnt in het genezingsproces om plaats te maken voor een meer evenwichtige identiteit. Een belangrijke vraag is echter of de meisjes dit zelf ook zo ervaren hebben. Er werd hen daarom onder andere gevraagd of ze vonden dat deze periodes sterk verschillen met betrekking tot hoe ze zichzelf zien, welke periodes het meeste van elkaar verschilden en waarom, en of men zichzelf als een ander persoon zag voor, tijdens, en na de eetstoornis.

De meeste meisjes vonden dat er erg grote verschillen waren tussen de periode waarin men veel problemen had met de eetstoornis en nu. Sommigen vonden zelfs dat het volledig anders, of net het tegenovergestelde was. Het was soms moeilijk te geloven dat ze toen echt zo waren. Ze erkenden wel dat dit hen gevormd had en dat het een deel van hen was, maar ze zagen het als een (zo goed als) afgesloten deel, dat zeker hun leven niet meer bepaalde. Eén van de grootste verschillen bleek te zijn dat ze tijdens de eetstoornis geen contact en geen voeling meer hadden met andere mensen. Enkele meisjes vergeleken dit met ‘dood zijn’ of ‘niet meer leven’. Nu hadden ze weer levenslust, wisten ze wat ze wilden, en ze hadden plezier aan contact met andere mensen.

“Ja, oke. Wa vindt ge de grootste verschillen tussen nu en die periode?” (onderzoeker)

*“*meteen* Alles denk ik ongeveer. *gelach* Echt wel alles... Ik denk vooral terug, da ik toen bijna geen, geen voeling meer had me, me de wereld gewoon. Me wa nog normaal was en wa da ni normaal was, en me, in contacten met mensen en... k zeg het, ik was er precies bijna gewoon ni meer. En da, nu is da helemaal anders. Nu sta ik in het leven. En nu, ja heb kik, ja gewoon nu wete kik waar da ik naartoe wil, nu wete kik hoe da kik mijnen dag euh wil vullen, wa da kik wil doen, wa da kik, nu weete kik wa da kik voel, nu zie ik mensen en... kan ik daar tegen praten en voele kik ja, een, een verbintenis. En toen was alles zo ne waas precies gewoon. Ik denk dat da het grootste verschil is, gewoon da ik nu zo gewoon leef en toen, eigenlijk ni.” (Sofie)*

Sommige meisjes vonden dat er toch nog steeds gelijkenissen waren tussen de periode waarin men veel problemen had en nu. Dit voornamelijk omdat ze de eetstoornis nog steeds niet helemaal

losgelaten hadden. Wel was bij hen meestal een positieve ingesteldheid te bemerken om hier verandering in te brengen.

Wanneer gevraagd werd te beschrijven hoe men zichzelf zag voor de eetstoornis, schetsten enkele meisjes een erg positief beeld. Ze benadrukten dat ze sociaal, vrolijk, spontaan, en zorgeloos waren. Hetzelfde kwam bij deze meisjes aan bod bij de vergelijking tussen de periode voor de eetstoornis en nu. Terwijl men vroeger vrolijk en onbezorgd kon zijn, moest men nu toch steeds op de hoede blijven voor bepaalde zaken gerelateerd aan hun eetstoornis. Zij benadrukten dus een negatieve evolutie. Dit was ook zo bij de twee vrouwen die geïnterviewd werden. Dit had echter eveneens te maken met het feit dat zij niet ‘genezende’ zijn en dat de eetstoornis nog steeds hun leven beheerst. Vele andere meisjes echter, zagen de periode voor de eetstoornis eerder als negatief. Ze waren ontevreden over bepaalde aspecten van wie men toen was of hoe hun leven er toen uitzag. Drie grote categorieën konden hierin onderscheiden worden. Ten eerste was er de ontevredenheid met het lichaam. Sommige meisjes vonden zichzelf te mollig en vertoonden dieetgedrag, anderen waren erg vroeg rijp of heel groot waardoor men ook zwaarder was en er meer volwassen uitzag. Door deze zaken hadden de meisjes het gevoel er niet bij te horen. De tweede categorie waren de meer mentale zaken of karaktertrekken. De meisjes vonden het bijvoorbeeld vervelend dat ze erg jaloers, angstig, en perfectionistisch waren. Ze waren erg onzeker en voelden zich minderwaardig. Ook vonden ze dat ze naar de buitenwereld toe iemand anders waren dan wie men echt was, voornamelijk omdat men gevoelens en emoties niet met anderen durfde delen. Ten slotte waren er de externe factoren zoals problemen thuis, trauma’s, en gepest worden op school of in hobbyverenigingen. Vaak maakten deze zaken verandering noodzakelijk en speelden deze dus ook mee in het ontwikkelen van de eetstoornis. De meisjes wilden immers niet dat de situatie zo gebleven zou zijn, en enkelen vonden zelfs dat de eetstoornis noodzakelijk geweest was om te overleven. Ze zagen dus een positieve evolutie omdat door de eetstoornis problemen van daarvoor opgelost waren, of omdat men nu beter wist hoe ermee om te gaan. Deze meisjes vinden over het algemeen dat ze nu harder zijn en beter kunnen relativeren, dat ze meer volwassenen en minder perfectionistisch zijn, dat ze kunnen genieten van de mooie dingen van het leven, en dat ze zichzelf hebben leren kennen, weten wat ze willen, sterker in hun schoenen staan en minder over zich heen laten lopen. Bij enkele meisjes kwamen beide elementen aan bod. Aan de ene kant vonden ze dat ze vroeger vrolijker en onbezorgder waren, maar aan de andere kant speelden er toen ook al dingen waarvan het goed was dat ze door de eetstoornis veranderd waren. Natuurlijk had men liever gehad deze positieve gevolgen zonder de tussenliggende factor ‘AN’ te verkrijgen. Een aantal meisjes zagen de eetstoornis (emotioneel gezien) echter als een noodzakelijke tussenstap. Andere meisjes vonden de eetstoornis op zich niet noodzakelijk, maar bijvoorbeeld wel de therapie die hierdoor verkregen werd. Eén van de meisjes opperde ook dat haar problemen zich anders misschien in een verslaving of dwangstoornis konden geuit hebben. Deze vergelijking met een

verslavingsprobleem kwam nog enkele keren aan bod. Dit versterkt het beeld van AN als een vlucht van problemen, gevoelens, en verwachtingen van anderen.

Ten slotte kan gezegd worden dat alle meisjes vonden dat de eetstoornis een grote invloed had gehad op hun identiteit. Sommigen vonden alle drie de periodes erg verschillend, en beaamden dat ze zichzelf inderdaad als ‘andere personen’ zagen. Esther haalde dit reeds aan voor er naar gevraagd werd.

“En welke periode vindt ge over het algemeen het meest positief?” (onderzoeker)

“De periode nu. Want k vind de periode van voor m'n ziekte... is gelijk iemand anders dan da 'k nu ben eigenlijk. ... Zo zie ik da wel. Ik denk soms van: 'ja, nu est lijk hoe dak wilde zijn'. K heb lijk soms t gevoel van kijk t es dat wat k wilde zijn. Of ja, zonder die eetstoornis he. Want die mag ter eigenlijk af, ale, ondanks dat k ze wel redelijk onder controle heb, maar goed dat is. Ma... da zijn soms lijk zo twee personen zo. (...) K vind da nog positief da k da kan zien als een ander persoon. Omda na een tijdje voel ik da wel dat da een beetje jezelf begint te worden. Ben ik wel van benauwd, dat da jezelf is. En k doe dan bewust, ik sta dan stil van wie wilt er da hier nu, mijn eetstoornis of ik?” (Esther)

Andere meisjes vonden voornamelijk twee periodes sterk verschillen (ofwel voor en tijdens, ofwel tijdens en na de eetstoornis). Enkelen gaven ook aan dat men uiteindelijk bleef wie men was, of eerder dat men terug is wie men was. Ook hier blijft het dus zo dat ze een groot verschil zien met de periode tijdens de eetstoornis, waardoor er nog steeds van twee grote veranderingen kan gesproken worden. Overigens kan gezegd worden dat over het algemeen de verschillen met de periode tijdens de eetstoornis als grootste beschouwd werden. Dit is niet verbazingwekkend aangezien bij alle meisjes gevonden werd dat de eetstoornis zich als master-identiteit ontwikkeld had. Ten slotte vonden sommige meisjes dat deze eetstoornis toch een belangrijk deel van hen was en mensen hen beter zouden begrijpen als ze ervan op de hoogte waren. Andere meisjes waren echter van mening dat dit niet nodig was. Bovendien leken vanwege de vele vooroordelen de nadelen van het inlichten van andere mensen over de eetstoornis zwaarder door te wegen dan het voordeel beter begrepen te worden.

Samengevat kan gezegd worden dat de meisjes vaak een ambivalente houding hebben tegenover herstel omdat de eetstoornis hen een aantal voordelen biedt die ze niet kwijt willen, en omdat men niet meer weet wie men is zonder de eetstoornis aangezien de eetstoornis hun identiteit is gaan bepalen. Bij herstel is het dus essentieel dat men zichzelf opnieuw leert kennen (communicatie over gevoelens en problemen vergemakkelijkt dit proces), en dat men vaardigheden aanleert om anders met problemen om te gaan. Dit proces van zichzelf leren en durven kennen wordt vergemakkelijkt wanneer er significante anderen zijn die steun bieden bij deze zoektocht en die de meisjes de ruimte laten om zichzelf te ontdekken en hen zo accepteren. Het zou ook behulpzaam zijn moest hiervoor in therapie meer aandacht zijn. (Bij enkele meisjes was dit al zo, bij andere niet.) Als resultaat van herstel

verdwijnt AN als master-identiteit en komt er een meer evenwichtige identiteit in de plaats. Het gevolg is dat ook de meisjes vinden dat hun identiteit erg veranderd is door de eetstoornis.

6. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

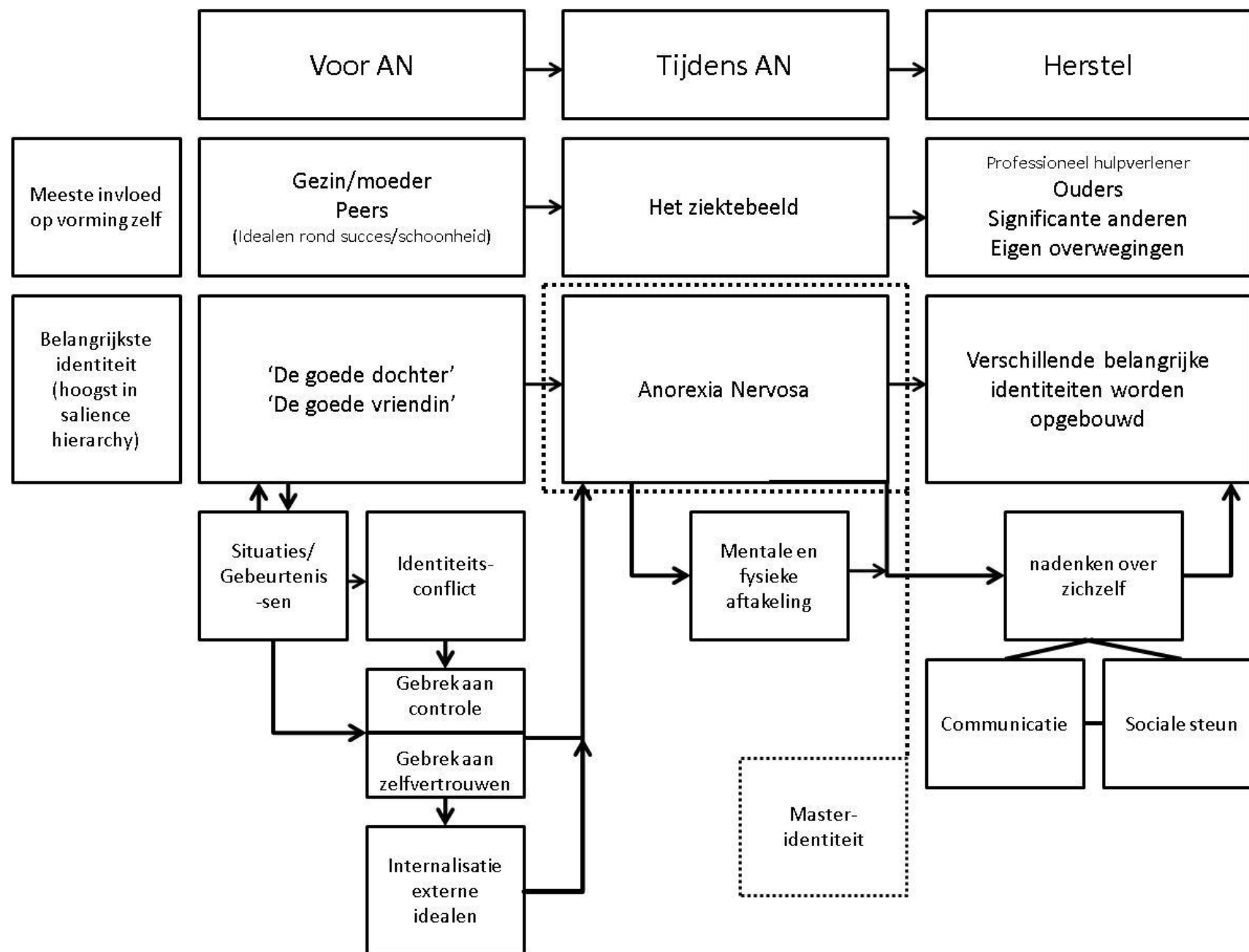
Het doel van dit onderzoek was om te bekijken of de identiteit van individuen met Anorexia Nervosa verandert doorheen de tijd, en hoe en waarom dit gebeurt. Zo werd er getracht om tot een algemeen model van identiteitsverandering bij individuen met Anorexia Nervosa te komen. Hiervoor werden ten eerste alle gefragmenteerde deeltjes literatuur die een aspect van het thema ‘identiteit en anorexia nervosa’ behandelen geïntegreerd en gekoppeld aan de identiteitstheorie van Burke en Stryker. Op basis hiervan werd de vraag geformuleerd of Anorexia Nervosa gezien kan worden als een oplossing voor identiteitsconflicten, waarbij de identiteit van het individu van de fase voor de ontwikkeling van de eetstoornis tot en met de fase van herstel twee maal fundamenteel verandert (en waarbij voor de eetstoornis ouders de belangrijkste factor zijn in de identiteitsvorming, tijdens de stoornis AN zelf en vanaf het herstel de therapeut en de significante anderen). Vervolgens werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om deze vraag te beantwoorden en uit te diepen. De resultaten van het onderzoek zullen hier kort samengevat worden, en worden ook visueel weergegeven in figuur 1.

Fase 1:

In de fase voor de eetstoornis bleken de ouders een belangrijke invloed uit te oefenen op de ontwikkeling van het gedrag en de identiteit van de meisjes. De ‘goede dochter’ zijn was voor velen een belangrijke leidraad. Maar ook de invloed van de peer-group mag niet onderschat worden. Omdat men om verschillende redenen steeds ‘de goede vriendin’ wilde zijn, waren ook de verwachtingen van vrienden, vriendinnen, klasgenoten... van groot belang. Bovendien kunnen ook media-invloed en algemene maatschappelijke idealen zoals het Westerse slankheidsideaal een rol spelen, maar deze was in het begin vaak klein en bij sommige meisjes zelfs onbestaande.

Fase 2:

Deze identiteit die sterk afhankelijk is van bepaalde (groepen) personen kan één van de factoren zijn die, in samenspel met andere situaties of gebeurtenissen, identiteitsconflicten doen ontstaan. Dit zal vaak samengaan met een verlies aan zelfwaardering en het gevoel geen controle meer te hebben over zichzelf en zijn/haar omgeving. Men zal dus vervolgens op zoek gaan naar een manier om deze controle en zelfwaardering terug te krijgen. Omdat men nog gevoeliger wordt voor verwachtingen van anderen, verhoogt de kans dat men externe idealen zal internaliseren. Hier kan het slankheidsideaal een belangrijke rol beginnen spelen wanneer men ontdekt dat men de volledige controle kan verkrijgen over het eigen lichaam door zelf te bepalen wat men eet en of men al dan niet eet. Andere



Figuur 1: Model van identiteitsverandering bij personen met Anorexia Nervosa

meisjes hadden op een andere wijze deze manier van controle verkrijgen ‘ontdekt’. Eén van hen vertelde echter dat ze het slankheidsideaal dan gebruikte als legitimatie voor het gedrag dat ze stelde. De meisjes ontdekten dus dat zich fixeren op hun lichaam hen een aantal voordelen bood, en ervoor zorgde dat men niet meer over andere problemen moest nadenken. Deze strategie werd dus aanvoeld als een goede oplossing voor de (identiteits)conflicten die men ondervond. De praktijken die te maken hadden met deze fixatie op lichaam, voedsel, en gewicht werden daarom centraal gezet in het dagelijkse leven, en Anorexia Nervosa ontwikkelde zich als master-identiteit. Alle andere activiteiten en dus ook aspecten van de identiteit werden bijgewerkt zodat ze pasten binnen de structuur die deze master-identiteit bood. Omdat deze manier van leven echter ook veel nadelen heeft kwamen de meeste meisjes uit dit onderzoek na een tijd tot de bevinding dat AN hun problemen toch niet op een adequate wijze oploste.

Hier heeft zich de eerste grote verandering in de identiteit voorgedaan. Van een identiteit die gebaseerd was op de verwachtingen van ouders en peers, is men overgegaan naar een identiteit die volledig gebaseerd is op alles wat te maken heeft met Anorexia Nervosa (afvallen, plannen, sporten...)

Fase 3:

Omdat Anorexia Nervosa zich tot een master-identiteit ontwikkeld heeft, zijn gevoelens tegenover herstel vaak ambivalent. Zoals reeds gezegd verschaft de eetstoornis immers een aantal voordelen en is ze het leven van de meisjes beginnen te bepalen. Men weet daarom niet meer wie men is en wat men moet doen als men deze opgeeft. Om te herstellen is het (naast het aanleren van nieuwe vaardigheden om met problemen om te gaan) dus noodzakelijk dat men nadenkt over zichzelf. Men moet achterhalen wat men zelf denkt over bepaalde zaken, wat men zelf voelt, en wat men zelf wil. Kortom: wie men zelf is. Communicatie van gevoelens zal, hoewel dit heel moeilijk is voor de meisjes, dit proces vergemakkelijken. Belangrijk voor deze zoektocht is ook de steun van significante anderen. Het leek voor herstel immers belangrijk dat er personen waren die in de meisjes geloofden, en die achter de anorexia-identiteit konden kijken, of die de meisjes op zijn minst de ruimte gaven om dit zelf te doen. Veel meisjes (hoewel niet allemaal) vonden eveneens begeleiding door professionele hulpverleners essentieel. Toch leek men ook van mening te zijn dat het net in de begeleiding van de zoektocht naar de eigen identiteit is dat deze nog tekort schiet. Wanneer men herstellende is zal AN verdwijnen als master-identiteit, en worden andere (en nieuwe) facetten van de identiteit stilaan terug belangrijk.

Een tweede maal doen er zich dus grote veranderingen voor in de identiteit van de meisjes. Van een identiteit die volledig bepaald wordt door Anorexia Nervosa, gaat men naar een meer evenwichtige identiteit die bestaat uit meerdere belangrijke facetten. Bij sommige meisjes worden hierbij zaken waaraan ze voor de eetstoornis veel belang hechtten terug belangrijk, bij andere meisjes omvat deze

identiteit vooral nieuwe aspecten. Het voornaamste kenmerk van deze identiteit is dat ze vaak voor de eerste keer gebaseerd is op ‘wat wil ik zelf’ en niet op ‘hoe verwachten anderen dat ik ben’. Hoewel ze dit inzicht liever niet via een eetstoornis verkregen hadden, vonden vele meisjes dit een positieve verandering.

Het lijkt belangrijk om op te merken dat het bij een aantal van de hierboven beschreven processen in principe om heel normale zaken gaat. Bij belangrijke veranderingen en/of gebeurtenissen in ons leven kunnen we immers allemaal wel eens het gevoel krijgen niet meer te weten wie we zijn en wat we moeten doen. Bovendien streven we allemaal naar (zelf)waardering, en is de positieve relatie tussen een gevoel van controle hebben en een goede gezondheid reeds meerdere malen bewezen. (Cast & Burke, 2002; Mirowsky & Ross, 1986) Wel is het zo dat in dit onderzoek bij de meisjes die Anorexia Nervosa ontwikkelden opvallend veel zaken terug gevonden werden die verwarring en negatieve gevoelens kunnen veroorzaken. Ook lijken zij een specifieke –minder ‘normale’- manier te ontwikkelen om hier mee om te gaan. Dit kan vergeleken worden met Merton’s concept van innovatie. (Merton, 2011) De doelen die nagestreefd worden: controle en (zelf)waardering verkrijgen, worden erkend in onze maatschappij. De manier waarop meisjes met Anorexia Nervosa dit proberen te verkrijgen (onder andere door zichzelf te onthouden van voedsel) echter niet omdat deze destructief is voor de fysieke en mentale gezondheid. Een deel van het herstelproces is dan ook het ontwikkelen van ‘gezonde’ mechanismen om met problemen om te gaan. In verband met identiteitsconflicten wil dit zeggen dat de meisjes zich niet meer voortdurend aanpassen aan anderen en zich niet meer richten op één onrealistisch doel, maar dat ze gaan nadenken over wie ze zelf zijn en wat ze zelf willen. Ook dit is iets wat mensen die geen eetstoornis hebben/hadden vaak vooruit zou kunnen helpen. Zoals Lisa aangaf: *“Je hebt geen eetprobleem nodig om over jezelf na te denken. Zou iedereen af en toe mogen, moeten doen.”*

De literatuur die men kan vinden over AN en identiteit is over het algemeen gefragmenteerd. De meeste studies behandelen slechts enkele aspecten uit het identiteitsveranderingsproces. Dit onderzoek wilde daarentegen het hele proces in beeld brengen. Omdat er gebruik gemaakt werd van diepte-interviews en doelgerichte selectie van respondenten was dit mogelijk. Door de tijd vrij te maken om met meisje die zelf ervaren hadden hoe het is om met een eetstoornis te leven een persoonlijk en diepgaand gesprek te voeren, kon het hele proces (van voor tot na de eetstoornis) behandeld en uitgediept worden vanuit het standpunt van de respondent zelf. Omdat informatie over een uitgebreide periode van het leven van de meisjes verkregen moest worden, was het goed dat de interviews semi-structureerd waren. De aanknopingspunten zorgden er immers voor dat de meisjes een vertrekpunt hadden om te beginnen vertellen, en dat de verschillende fases en thema’s zeker aan bod kwamen. Het eerder kleine aantal respondenten had ook het voordeel dat belangrijke tekortkomingen uit eerdere interviews aangevuld konden worden door persoonlijk mailverkeer.

Dit onderzoek bracht voor het eerst in kaart waarom en hoe het identiteitsveranderingsproces onder invloed van AN verloopt, en dit vanaf voor de ontwikkeling van de eetstoornis, tot in de fase van herstel. Hierbij werd aangetoond dat het proces dat individuen met AN doorlopen omschreven kan worden in termen van de identiteitstheorie. Deze beschrijving is uiteraard een veralgemening van de werkelijkheid. Anorexia nervosa is een fenomeen met veel verschillende oorzaken en veel verschijningsvormen. Om een betekenisvolle beschrijving van deze variatie te geven, zou een grootschaliger onderzoek nodig zijn. Dit wil natuurlijk niet zeggen dat er niet een aantal zaken kunnen geïdentificeerd worden die regelmatig voorkomen. Wel wil het zeggen dat deze veel voorkomende zaken niet noodzakelijk bij ieder individu met Anorexia Nervosa terug te vinden zijn. Het was immers eerder de bedoeling een proces te beschrijven waar de meeste meisjes met AN zich over het algemeen in kunnen herkennen. Bovendien was het allerm minst de bedoeling te beweren dat Anorexia Nervosa enkel en alleen een gevolg is van identiteitsconflicten. In tegendeel, zoals reeds aangehaald is het een zeer complex verschijnsel dat uit vele facetten bestaat. Wel werd aangetoond dat door AN de identiteit en persoonlijkheid van het individu fundamenteel kan veranderen, en dat dit de relaties met- en de kijk op de wereld beïnvloedt. Processen van identiteitsvorming en -verandering spelen dus vaak een grote rol in de ontwikkeling van de ziekte. Daarom kan inzicht in het identiteitsveranderingsproces nuttig zijn om Anorexia Nervosa te begrijpen en te genezen.

Enkele beperkingen van het onderzoek moeten aangegeven worden. Belangrijk is dat in dit onderzoek gebruik gemaakt werd van een doelgerichte selectie van respondenten. Enkel meisjes die zelf te maken gekregen hadden met Anorexia Nervosa en hierover wilden praten werden opgenomen. Deelname gebeurde dus volledig op vrijwillige basis. De oproep werd voornamelijk verspreid via de website en het contactboekje van vzw AN-BN, en op één meisje na hadden alle respondenten via deze weg van het onderzoek gehoord. Hoewel slechts één kanaal gebruikt werd, zou deze toch een goede variatie aan respondenten kunnen bieden. Deze vzw verenigt immers individuen van over heel Vlaanderen, in eender welke fase ze zich bevinden met betrekking tot hun eetprobleem, en eender welke vorm van hulp ze hier voor gezocht/gekregen hebben. Het nadeel is echter dat meisjes die het moeilijk hadden op het moment dat ze de oproep zagen hier vermoedelijk niet op gereageerd hebben. Ook aan de personen die hersteld zijn en deze fase volledig af wilden sluiten (waardoor ze niet meer op het forum kwamen of het boekje niet meer lazen), zal de oproep voorbij gegaan zijn. Deze zaken hebben waarschijnlijk een invloed gehad op de resultaten. De meisjes die geïnterviewd werden waren immers voornamelijk meisjes die zich ergens in de fase van herstel bevonden, reeds zelfzeker genoeg waren om hier met de onderzoeker over te praten, en die een positieve houding hadden ten opzichte van het volledig overwinnen van de eetstoornis. Enkele meisjes waren reeds een tijdje volledig hersteld. Moesten voornamelijk meisjes geïnterviewd zijn die het erg moeilijk hadden, dan zou de toon waarschijnlijk regelmatig negatiever geweest zijn. Bovendien heeft deze werkwijze ook gevolgen voor de generaliseerbaarheid van de resultaten. Slechts enkele individuen uit één specifieke groep werden

hier onderzocht en er werd geen vergelijking getrokken met anderen groepen (mensen zonder eetstoornis of met een andere eetstoornis). Het is dus niet zo dat men op basis van dit onderzoek het gedrag en de identiteitsverandering van een willekeurig persoon met een eetstoornis kan voorspellen. Wel kan men verwachten gelijkaardige processen als diegenen die werden blootgelegd in deze studie terug te vinden bij mensen die zich in een situatie bevinden die gelijkaardig is aan deze van de personen uit dit onderzoek.

Twee vrouwen die geïnterviewd werden voor dit onderzoek hadden al sinds hun adolescentie AN, en waren niet herstellende maar gingen er van uit dat het altijd een deel van hen zou blijven. Toch leken vele van hun ervaringen overeen te komen met die van de jongere meisjes. Waar dit duidelijk niet zo was werd dit steeds aangegeven. Omdat deze informatie slechts gebaseerd is op twee personen, moet echter voorzichtig worden omgegaan met de resultaten. Verder onderzoek over deze categorie is zeker nodig. Er moet meer inzicht komen in welke factoren maken dat zij, ondanks het feit dat ze zich min of meer bewust zijn van de nadelen van hun conditie, hun anorexia-identiteit niet willen/kunnen opgeven. Ook zou het nuttig kunnen zijn te bekijken of het proces dat in dit onderzoek beschreven werd hetzelfde verloopt bij jongens/mannen en bij personen met boulemie of andere eetstoornissen. Hoewel dit onderzoek zich toespitste op Anorexia nervosa, hadden enkele meisjes ook een periode Boulemia Nervosa gehad. Eén van die individuen haalde aan dat BN haar identiteit veel minder hard beïnvloed had dan AN. Dit voornamelijk omdat ze tijdens deze periode wel nog kon deelnemen aan het sociale leven, terwijl dat toen ze AN kreeg onmogelijk werd. Het zou interessant zijn om dit verschil verder te onderzoeken. Ten slotte kan dit onderzoek dat eerder theoretisch aangepakt werd een goede basis bieden voor meer praktijk gericht onderzoek. Aangezien veel van de meisjes vonden dat onderwerpen rond identiteit zoals ‘wie ben ik’ en ‘wat wil ik’ interessant zijn in verband met Anorexia Nervosa, maar dat ze te weinig, te laat, of op een foute manier aan bod kwam in behandeling, zou het nuttig zijn een meer praktisch onderzoek te voeren naar hoe men binnen de hulpverlening met betrekking tot eetstoornissen een betere begeleiding kan bieden in de zoektocht naar de eigen identiteit.

7. **REFERENTIELIJST**

Auerbach, C. F. & Silverstein, L. B. (2003). *Qualitative data: an introduction to coding and analysis*. NYU Press.

Auslander, B. A. & Dunham, R. M. (1996). Bulimia and the diffusion status of ego identity formation: Similarities of the empirical descriptors of self and parent. *Journal of Adolescence*, 19, 333-338.

Becker, A. E., Burwell, R. A., Gilman, S. E., Herzog, D. B., & Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 180, 509-514.

Becker, A. E. & Hamburg, P. (1996). Culture, the media, and eating disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 163-167.

Beresin, E. G., Gordon, C., & Herzog, D. B. (1989). The Process of Recovering from Anorexia Nervosa. In J.M.Bemporad & D. B. Herzog (Eds.), *Psychoanalysis & eating disorders* (pp. 103). New York: The Guilford Press.

Bruch, H. (1990). *Gesprekken met anorexia patiënten*. Areopagus.

Bucher, A. A. (1998). The influence of models in forming moral identity. *International journal of educational research*, 27, 619.

Bulik, C. M. & Kendler, K. S. (2000). "I am what I (don't) eat": Establishing an identity independent of an eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1755-1760.

Burke, P. J. (1991). Identity Processes and Social Stress. *American Sociological Review*, 56, 836-849.

Burke, P. J. (2003). Relationships among Multiple Identities. In P.J.Burke, T. J. Owens, R. Serpe, & P. Thoits (Eds.), *Advances in Identity Theory and Research* (pp. 195-214). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Burke, P. J. (2006). Identity change. *Social Psychology Quarterly*, 69, 81-96.

Burke, P. J. & Reitzes, D. C. (1981). The Link Between Identity and Role Performance. *Social Psychology Quarterly*, 44, 83-92.

Campbell, J. D. (1990). Self-Esteem and Clarity of the Self-Concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 538-549.

Cast, A. D. & Burke, P. J. (2002). A theory of self-esteem. *Social Forces*, 80, 1041-1068.

Charmaz, K. (1994). Identity Dilemmas of Chronically Ill Men. *Sociological Quarterly*, 35, 269-288.

Colton, A. (2004). Adolescents experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307.

Coughlin, J. W. (2006). Media literacy as a prevention intervention for college women at low- or high-risk for eating disorders. *Body Image*, 3, 35.

D'Abundo, M. & Chally, P. (2004). Struggling with recovery: Participant perspectives on battling an eating disorder. *Qualitative Health Research*, 14, 1094-1106.

Derenne, J. L. & Beresin, E. V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry*, 30, 257-261.

Dias, K. (2003). The ana sanctuary: women's pro-anorexia narratives in cyberspace. *Journal of international women's studies*, 4, 31.

Dohnt, H. K. & Tiggemann, M. (2006). Body image concerns in young girls: The role of peers and media prior to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 141-151.

Dornbusch, S. M., Merrill, J. C., Duncan, P. D., Gross, R. T., Martin, J. A., Ritten, P. L. et al. (1984). Sexual maturation, social class, and the desire to be thin among adolescent females. *Developmental and behavioral pediatrics*, 5.

Espindola, C. R. (2009). Anorexia Nervosa's Meaning to Patients: A Qualitative Synthesis. *Psychopathology*, 42, 69.

Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1998). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 37, 1-13.

Ferguson, C. (2011). Who Is the Fairest One of All? How Evolution Guides Peer and Media Influences on Female Body Dissatisfaction. *Review of general psychology*, 15, 11-28.

Francis, L. (2003). Feeling good, feeling well - identity, emotion, and health. In P.J.Burke, T. J. Owens, R. Serpe, & P. Thoits (Eds.), *Advances in identity theory and research* (pp. 123-134). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Haworth-Hoepfner, S. (2000). The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 212-227.

Haworth-Hoepfner, S. & Maines, D. (2005). A sociological account of the persistence of invalidated anorexic identities. *Symbolic Interaction*, 28, 1-23.

Humphrey, L. L. (1989). Observed Family Interactions Among Subtypes of Eating Disorders Using Structural-Analysis of Social-Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 206-214.

Hurh, W. M. (1997). Developmental Theories. In W.N.Hurh (Ed.), *Personality in culture and society - An interdisciplinary and cross-cultural approach* (pp. 239-260). Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company.

Lai, K. Y. C. (2000). Anorexia nervosa in Chinese adolescents - does culture make a difference? *Journal of Adolescence*, 23, 561-568.

Lawrence, M. (1987). *Hongerende vrouwen - Psychologische aspecten van anorexia nervosa*. Rotterdam: Ad. Donker.

Lee, R. M. & Renzetti, C. M. (1990). The problems of researching sensitive topics: An overview and introduction. *American Behavioral Scientist*, 33, 510.

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). The only generalisation is: There is no generalisation. In Y.S.Lincoln & E. G. Guba (Eds.), *Naturalistic Inquiry* (pp. 110-128). SAGE.

Makino, M., Tsuboi, K., & Dennerstein, L. (2004). Prevalence of Eating Disorders: A Comparison of Western and Non-Western Countries. *Medscape General Medicine*, 6.

Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13, 522-525.

Meadows, L. M. & Morse, J. M. (2001). Constructing evidence within the qualitative project. In J.M.Morse, J. M. Swanson, & A. J. Kuzel (Eds.), *The nature of qualitative evidence* (pp. 187-202). SAGE.

Merton, R. K. (2011). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, 3, 672-682.

Mirowsky, J. & Ross, C. E. (1986). Social pattern of distress. *Annual review of sociology*, 12, 23-45.

Muuss, R. E. H. (1988). Friendship patterns and peer group influences: an ecological perspective based on Bronfenbrenner, Kandel, and Dunphy. In *Theories of adolescence* (5 ed., pp. 300-319). New York: McGraw-Hill Publishers.

Nagel, K. L. & Jones, K. H. (1992). Sociological Factors in the Development of Eating Disorders. *Adolescence*, 27, 107-113.

Nordbo, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skarderud, F., & Holte, A. (2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 556-564.

Oliver, K. K. (1997). Children's perceptions of peer influence on eating concerns. *Behavior therapy*, 27, 25.

Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241.

Pinhas, L., Toner, B. B., Ali, A., Garfinkel, P. E., & Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 223-226.

Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., Decol, C., Jouvent, R. et al. (2000). Body Image Perception Among Men in Three Countries. *The American Journal of Psychiatry*.

Rich, E. (2006). Anorexic dis(connection): managing anorexia as an illness and an identity. *Sociology of Health & Illness*, 28, 284-305.

Schupakneuberg, E. & Nemeroff, C. J. (1993). Disturbances in Identity and Self-Regulation in Bulimia-Nervosa - Implications for A Metaphorical Perspective of Body As Self. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 335-347.

Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 177-186.

Shohet, M. (2007). Narrating Anorexia: " Full" and " Struggling" Genres of Recovery. *Ethos*, 35, 344.

Soh, N. L., Touyz, S. W., & Surgenor, L. J. (2006). Eating and body image disturbances across cultures: A review. *European Eating Disorders Review*, 14, 54-65.

Stice, E., Schupakneuberg, E., Shaw, H. E., & Stein, R. I. (1994). Relation of Media Exposure to Eating Disorder Symptomatology - An Examination of Mediating Mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 836-840.

Stryker, S. (1980). *Symbolic interactionism: A social structural version*. (2 ed.) Benjamin-Cummings Publishing.

Stryker, S. & Burke, P. J. (2000). The past, present, and future of an identity theory. *Social Psychology Quarterly*, 63, 284-297.

Tan, J., Hope, T., & Stewart, A. (2003a). Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 697-707.

Tan, J. O. A., Hope, T., & Stewart, A. (2003b). Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 533-548.

Thompson, J. K. & Heinberg, L. J. (1999). The media's influence on body image disturbance and eating disorders: We've reviled them, now can we rehabilitate them? *Journal of Social Issues*, 55, 339-353.

Vandereycken, W. & Noordenbos, G. (2002). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Vanderlinden, J. (2002). Het gezin. In W.Vandereycken & G. Noordenbos (Eds.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 271-287). Utrecht: De Tijdstroom.

Vartanian, L. R. (2009). When the Body Defines the Self: Self-Concept Clarity, Internalization, and Body Image. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 94-126.

Wainwright, D. (1997). Can sociological research be qualitative, critical and valid? *The qualitative report*, 3.

Weaver, K., Wuest, J., & Ciliska, D. (2005). Understanding women's journey of recovering from anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*, 15, 188-206.

Wheeler, H. A., Wintre, M. G., & Polivy, J. (2003). The association of low parent-adolescent reciprocity, a sense of incompetence, and identity confusion with disordered eating. *Journal of Adolescent Research*, 18, 405-429.

Willemsen, E. M. C. & Hoek, H. W. (2006). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa in a black woman. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 353-355.

8. BIJLAGE

BIJLAGE 1: VRAGENLIJST

1. Kan je eerst jezelf kort voorstellen?
2. Schuilnaam?
3. Kan je me ook kort je ziektegeschiedenis beschrijven?
 - Wanneer voor het eerst problemen?
 - De omstandigheden: wat waren de oorzaken, welke dingen droegen bij tot het ontwikkelen van de ziekte,...
 - Behandeling?
 - Welke soorten behandeling?
 - Welke vond je doeltreffend, welke niet, waarom?
 - Wanneer/waarom je besloten hebt behandeling te zoeken?
4. **Schrijfpdracht (zie onderaan vragenlijst):** Kan je jezelf beschrijven in 5 tot 10 woorden?

(dus hoe zie jij jezelf zoals je nu bent? Wat is het belangrijkste dat anderen over jou weten, of wat vind je het belangrijkste, meest sprekende over jezelf? Wat vind je belangrijk dat andere mensen over jou weten om een beeld te hebben over wie jij bent.)

laten opschrijven

Kan je dit voorlezen en een beetje meer uitleggen?
5. **Schrijfpdracht (zie onderaan vragenlijst):** Kan je hetzelfde doen voor de periode waarin je veel problemen had met de eetstoornis?

laten opschrijven

Kan je dit opnieuw voorlezen en een beetje meer uitleggen?

Vind je dit hard verschillen met de vorige periode? Zo ja, wat vind je het grootste verschil?

6. **Schrijfpdracht (zie onderaan vragenlijst):** Kan je nog een laatste maal deze opdracht uitvoeren, maar dan voor de periode voor je anorexia kreeg?

laten opschrijven

Kan je dit weer voorlezen en een beetje meer uitleggen?

Vind je dit hard verschillen met de vorige periode? Zo ja, wat vind je het grootste verschil?

Welke periodes vind je het hardste van elkaar verschillen? Waarom?

7. Vind je zelf dat je nu een ander persoon bent dan voor je AN had/ toen je AN had, of zie je dat op een andere manier?

(indien ja) In welk opzicht ben je veranderd? Vind je dat een positieve verandering of niet? Waarom wel/niet?

8. Vind je het belangrijk dat andere mensen weten dat je geworsteld hebt met Anorexia Nervosa?

(Moeten mensen dit weten om te begrijpen wie jij bent/hoe je je gedraagt? Wanneer is dat wel/niet belangrijk? Tegen wie ga je het wel/niet vertellen?)

9. Heb/had je ooit het gevoel niet te weten wat belangrijk was in je leven?

(Dat je niet goed wist wie je was, wat je wilde?)

10. Voel/voelde je je ooit alsof je bepaald gedrag moest stellen, of een bepaald iemand moest zijn die je eigenlijk niet wilde zijn?

11. **Stelling (zie onderaan vragenlijst):** Volgens vele sociologen en andere sociale wetenschappers hangt wie we zijn en hoe we ons gedragen ook af van de verwachtingen die andere personen en de maatschappij over ons hebben. Ben je het hier mee eens? Waarom wel/niet?

Geldt deze stelling ook voor personen met AN?

(Meer van toepassing? Minder? In gelijke mate?)

Wiens mening/verwachtingen was/waren dan vooral van belang/beïnvloedde het hardste jouw gedrag voor je AN kreeg?

Hoe was dit gedurende de periode dat je AN had? Is dat dan veranderd?

Hoe is dit nu? Is dit (weer) veranderd of is het nog steeds hetzelfde?

12. (Indien dit nog niet voor kwam gedurende het gesprek: vragen naar relatie met ouders.)
13. Welke factoren hebben bij jou het genezingsproces positief beïnvloed?
14. Welke factoren hebben bij jou het genezingsproces negatief beïnvloed?
15. Werd er in therapie/behandeling gewerkt rond identiteit? (Wie ben ik, wat wil ik, wie wil ik zijn?) (bij meisjes die niet in behandeling geweest zijn: Heb je in het herstelproces ooit nagedacht over identiteit in de zin van wie ben ik/wil ik zijn, wat wil ik?)

Zo ja: vond je dat nuttig? Waarom wel/niet?

Zo nee: zou je het nuttig vinden moest dit wel gebeuren/gebeurd zijn? Waarom wel/niet?
16. Vind je het nu eigenlijk moeilijk om hier over te praten?
17. Zij er nog dingen die je zelf wilde vertellen? Zijn er dingen die we niet besproken hebben waarvan jij denkt dat ze toch belangrijk zijn voor dit onderwerp?

Kan je jezelf, zoals je nu bent, beschrijven in 5 tot 10 woorden/korte zinnen?

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Kan je jezelf, zoals was in de periode dat je met AN worstelde, beschrijven in 5 tot 10 woorden/korte zinnen?

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Kan je jezelf, zoals je was voor je met AN te maken kreeg, beschrijven in 5 tot 10 woorden/korte zinnen?

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Wie we zijn en hoe we ons gedragen wordt mede bepaald door de verwachtingen die andere personen en de maatschappij over ons hebben.

BIJLAGE 2: CD-R MET INTERVIEWTRANSCRIPTS EN CODES