



Dat wat je aandacht geeft groeit!

Onderzoek naar de effecten van de module “Positieve Lichaamsbeleving voor patiënten met anorexia nervosa” op lichaams- attitude en lichaamsbeleving

Zwolle, 2 Juni 2014

Merie Vreugdenhil

Student nummer: s305190

Voltijds student: HSK3-AFS-BV4-13

Begeleider afstudeeropdracht: Hanneke Sleenwenhoek

Beoordelaar afstudeeropdracht: Sandra Verbeeten

Voorwoord

In het kader van mijn studie psychomotorische therapie, heb ik deze afstudeer opdracht geschreven. Tijdens mijn eindstage op de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) in het “Kennemer Gasthuis” te Haarlem kwam ik in aanraking met de module “positieve lichaamsbeleving” die ontwikkeld is voor patiënten die lijden aan de stoornis Anorexia Nervosa. Deze methode trok mijn aandacht door de positieve benaming en hier wilde ik meer over te weten komen.

Vanuit ervaring weet ik hoe ingewikkeld een eetprobleem is. Nu hoop ik met deze ervaringsdeskundigheid een inspiratie te kunnen zijn voor de patiënten omdat ik naast ze kan staan in hun probleem, maar ook weet dat er een uitweg mogelijk is.

Op mijn stageplek had ik de mogelijkheid gekregen om de module “positieve lichaamsbeleving” te geven. Dit heb ik, onder begeleiding van Eva Keilhacker, met veel plezier gedaan. Ik wil haar bedanken voor haar vertrouwen in mij, het meedenken en haar kritische feedback. Ook wil ik Inez Adema bedanken voor haar ondersteuning tijdens mijn stage en afstudeer onderzoek. Tevens wil ik een woord van dank richten aan Hanneke Sleuwenhoek. Zij heeft me begeleid in het schrijven van dit afstudeeronderzoek. Ik besef me dat de hulp en bemoediging van velen hebben bijgedragen tot het voltooien van dit onderzoek en ben jullie zeer dankbaar hiervoor.

Samenvatting

Mensen met een Anorexia Nervosa zijn erg ontevreden over hun lichaam. Uit eerder onderzoek is gebleken dat mensen met Anorexia Nervosa zich vooral richten op wat ze niet mooi vinden aan zichzelf (Jansen, Nederkoorn & Mulken, 2005).

Mensen met een gezonde lichaamsbeleving richten zich voornamelijk op lichaamsdelen die ze wel mooi vinden. Ook is uit studies gebleken dat een aanhoudende lichaamsontevredenheid aan het einde van een behandeling de kans op een terugval vergroot (Fennig e.a., 2002; Strober e.a. 1997; Steinhausen, 2002). Het is daarom van groot belang om hier binnen de behandeling van de eetstoornis Anorexia Nervosa continu aandacht aan te besteden.

In de behandeling voor mensen met anorexia nervosa in het Kennemer Gasthuis wordt de module “positieve lichaamsbeleving” aangeboden met als doel om de tevredenheid over het eigen lichaam te verhogen.

Om de effecten van deze module op de lichaamsbeleving te meten, wordt er gewerkt met vragenlijsten. De vragenlijsten die gebruikt worden zijn de Body Cathexis scale (BCS) en de lichaamsattitude vragenlijst (LAV) deze worden voorafgaand aan (T0) en na afloop (T1) van de zes weken durende module “positieve lichaamsbeleving” afgenomen.

Wanneer de uitkomsten van de LAV bekeken worden lijkt het erop dat de lichaamsbeleving negatief beïnvloed wordt gedurende de interventieperiode, 70% van de deelnemers scoort hoger en heeft daarmee een negatievere kijk op zijn eigen lichaam ten tijde van de eindmeting.

Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat hun lichaamsbeleving realistischer is geworden. Dit zou kunnen betekenen dat de patiënten meer inzicht hebben verkregen over hoe ze naar zichzelf kijken en over zichzelf denken.

In de scores van de BCS komt naar voren dat de tevredenheid van de patiënten over het eigen lichaam is toegenomen. Op grond van deze laatste scores kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de module daadwerkelijk bijdraagt aan het verbeteren van de lichaamsbeleving. Meer onderzoek naar de effectiviteit is nodig om met meer zekerheid te kunnen spreken over de waargenomen veranderingen, waarbij onder andere meer mensen geïnccludeerd en een controlegroep toegevoegd moeten worden.

Ten slotte heeft dit onderzoek geleid tot een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek en aanbevelingen voor verdere ontwikkeling van de module.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
2. Theoretisch kader	9
2.1 Verdieping in Anorexia Nervosa	9
2.2 Anorectisch gedrag	9
2.3 De gevolgen van Anorexia Nervosa	10
2.4 Lichaamsbeleving en lichaamsattitude	11
3. Methode	13
3.1 Onderzoekspopulatie	13
3.2 Type onderzoek	13
3.3 Onderzoeksinstrumenten	13
3.4 Beschrijving module	14
3.5 Methode van dataverwerking	14
4. Onderzoeksvragen	15
5. Resultaten.....	17
5.1 Onderzoekspopulatie	17
5.2 Resultaten van de Lichaamsattitude vragenlijst.....	17
5.3 Resultaten van de Body Cathexis Scale	18
5.4 De twee meetinstrumenten worden vergeleken.....	19
6. Discussie	20
6.1 Resultaten	20
6.2 Methode	20
6.3 Uitvoering van het onderzoek.....	20
7. Conclusie.....	22
8. Aanbevelingen.....	24
Literatuurlijst	26
Bijlage 1. Module beschrijving	30
Bijlage 2. Data verzameling	34
Bijlage 3. Body Cathexis Scale.....	34
Bijlage 4. Lichaamsattitude vragenlijst (LAV)	35

1. Inleiding

Op de PAAZ van het Kennemer Gasthuis (hierna KG genoemd) te Haarlem, waar dit onderzoek heeft plaats gevonden, zijn vier bedden beschikbaar voor patiënten met Anorexia Nervosa. Binnen de behandeling bieden zij de module “positieve lichaamsbeleving” aan. Het doel van de module is het leren focussen op positief beleefde lichaamsdelen. In dit onderzoek wordt gekeken of deze module daadwerkelijk effect heeft op een positievere lichaamsbeleving.

Deze module is ontwikkeld door Marlies Rekkers (2005) en is aangepast door Eva Keilhacker, één van de Psychomotorische therapeuten op de PAAZ afdeling van het KG. Eva Keilhacker heeft de module van 9 naar 6 sessies verkort, zodat deze beter aansluit bij de behandelperiode van patiënten op de PAAZ (2011). Vanuit deze plek was er behoefte naar onderzoek naar deze vernieuwde methode.

Probleemstelling

Anorexia komt vooral voor onder vrouwen tussen de 15 en 30 jaar. De grootste piek zit doorgaans in de groep meisjes in de leeftijd van 15 tot 19 jaar. Deze groep blijkt fors te zijn gestegen ten opzichte van andere leeftijdsgroepen (Effting, 2010).

Het eindrapport van de stichting Eetstoornissen Nederland (1998) concludeert dat eetstoornissen momenteel de hoogste mortaliteit en chroniciteit van alle psychiatrische stoornissen kent. Uit verschillende langdurige follow- up onderzoeken blijkt dat ongeveer 15% van Anorexia patiënten overlijdt aan de gevolgen van deze ziekte. Twee derde van de patiënten aan een langdurige slechte lichamelijke conditie en één derde pleegt suïcide. De Haan (2001) meldt dat het sterftecijfer twaalf keer hoger is dan dat van leeftijdgenoten zonder eetstoornis. En zelfs twee keer zo groot als de sterfte onder vrouwelijke psychiatrische patiënten (Nationaal Kompas, Sullivan, 1995; Harris & Barraclough, 1998; Vanderlinden, 2000).

Het is een groeiend probleem. Jaarlijks komen er in geïndustrialiseerde landen minimaal 8 per 100.000 nieuwe Anorexia patiënten bij. Dit betekent dat het aantal vrouwelijke patiënten met Anorexia Nervosa jaarlijks met 1300 toeneemt (Hoek & van Hoeken, 2003).

Belang effectieve behandeling

Uit onderzoek blijkt dat van de patiënten met Anorexia Nervosa 45 % volledig zal herstellen, 30% geneest gedeeltelijk en 25% herstelt niet (Schoenmaker, 2002). Het is daarom van belang dat er meer onderzoek wordt gedaan naar een effectieve behandeling voor deze ziekte.

Het bereiken van een gezondere lichaamsbeleving is van groot belang voor patiënten met een eetstoornis. Als deze doelstelling niet bereikt wordt, is terugval te verwachten. De behandeling van de verstoorde lichaamsbeleving is opgenomen in de “multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen” (Fennig e.a., 2002; Strober e.a. 1997; Steinhausen, 2002). Tot op heden is er weinig onderzoek gedaan naar deze vernieuwde versie van de module “positieve lichaamsbeleving”. Daarnaast neemt de vraag naar ‘Evidence Based Practice’ in de gezondheidszorg toe. Voor het bestaansrecht van PMT, voornamelijk vanuit de praktijk ontwikkeld, is het van belang de effectiviteit aantoonbaar te maken. (Scheffers, Rekkers & Bosscher, 2006).

Doelstelling

Het verkrijgen van inzicht in de effecten die behaald worden door het volgen van de module “positieve lichaamsbeleving” binnen de behandeling van de patiënten met Anorexia Nervosa.

De vraagstelling

Welk effect heeft de module “positieve lichaamsbeleving” voor patiënten met Anorexia Nervosa op de lichaamsattitude en lichaamsbeleving van de patiënt (gemeten met de Body Cathexis Scale en de Lichaamsattitude vragenlijst) na zes weken opname op de PAAZ Kennemer Gasthuis te Haarlem?

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zal ik eerst de volgende vragen beantwoorden:

1. Wat zijn de verschillen tussen de bestaande module door M. Rekkers ontworpen en de module zoals deze wordt aangeboden binnen het KG? Welke keuzes zijn hierbij gemaakt?
2. Wat zijn de uitkomsten vanuit eerdere onderzoeken gedaan naar de methode lichaamsexposure?

Leeswijzer

Allereerst zullen in hoofdstuk 2 Theoretisch Kader de verschillende belangrijke begrippen geoperationaliseerd worden aan de hand van literatuur. Daarbij zal dieper ingegaan worden op Anorexia Nervosa en wat de lichamelijke, psychische en sociale gevolgen daarvan zijn. Vervolgens wordt er in gegaan op de lichaamsbeleving in het algemeen en verstoorde lichaamsbeleving bij patiënten met Anorexia Nervosa. In hoofdstuk 3 worden de bovenstaande vragen beantwoord. In hoofdstuk 4 zal de methode van het praktijkonderzoek worden toegelicht, zoals het type onderzoek, de onderzoekspopulatie en de gebruikte meetinstrumenten. Vervolgens zullen in hoofdstuk 5 de geanalyseerde resultaten worden beschreven. Hoofdstuk 6 bevat de discussie een beschouwing van het onderzoek en de onderzoeksresultaten. Hoofdstuk 7 bevat de conclusie van het onderzoek, en in hoofdstuk 8 worden de aanbevelingen gedaan voor verbetering van de module en eventueel vervolgonderzoek. Ter verduidelijking van het onderzoek is in de bijlagen de aanvullende informatie opgenomen.

2. Theoretisch kader

Anorexia Nervosa

Anorexia Nervosa valt onder “eetstoornissen” in de DSM-IV TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, American Psychiatric Association, 4th edition, 1994, p.315-316).

Bij een eetstoornis heeft eten niet meer de normale betekenis van voeding voor het lichaam. Het wordt vooral gebruikt als controlemiddel, als straf, als verdoving voor gevoelens, als afleiding voor spanning of als troost (Bloks, 2008). De volgende kenmerken van Anorexia Nervosa worden in de DSM-IV beschreven en staan vermeld in figuur 1.1.

- | |
|---|
| <p>A. Weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht (bijvoorbeeld gewichtsverlies dat leidt tot het handhaven van het lichaamsgewicht op minder dan 85% van het te verwachten gewicht. Of het in de periode van groei niet bereiken van het te verwachten gewicht, het geen leidt tot een lichaamsgewicht van minder dan 85% van het te verwachten gewicht).</p> <p>B. Intense angst in toename gewicht of dik te worden, terwijl er juist sprake is van ondergewicht.</p> <p>C. Stoornis in de manier waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm beleeft. Onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht, of lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf of ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht.</p> <p>D. Bij meisjes, na de menarche, amenorroe, dat wil zeggen de afwezigheid van te minste drie achtereenvolgende menstruele cycli.</p> |
|---|

Figuur 1.1 Kenmerken Anorexia Nervosa

2.1 Anorectisch gedrag

Tenwolde (2000) zegt dat anorectisch gedrag voortkomt uit het anorectisch denken. Anorectische gedachten zijn bijvoorbeeld: “ik ben lelijk” of “als ik dit eet kom ik aan” en “ik moet mijzelf in de hand houden”. Onderstaande typische anorectische gedragingen en behandeling kunnen aan de orde komen tijdens de module. Waarbij gelijk is aangegeven hoe hier binnen de behandeling mee om wordt gegaan.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Ontkennen en verbergen van de eetstoornis. Het is van belang te weten hoe dit bij de patiënten in zijn werk gaat, waarin zich dat uit en hoe je hier mee om kan gaan.• Extreem veel bewegen. Het is van belang om hier duidelijk over te zijn naar de patiënt. Bijvoorbeeld door te benoemen dat we de lift nemen omdat de trap te veel energie kost.• Obsessief controleren van de lichaamssomvang. Zo kan het zijn dat wanneer de patiënt voor de spiegel staat het moeite kost om alleen naar het besproken lichaamsdeel te kijken en niet naar andere lichaamsdelen (Tenwolde, 2000, p.10) |
|--|

Figuur 1.2 Typerende gedragingen + interventie

2.2 De gevolgen van Anorexia Nervosa

Deze gevolgen kunnen in drie verschillende terreinen onderverdeeld worden, te weten lichamelijke gevolgen, psychische gevolgen en sociale gevolgen.

Lichamelijke gevolgen

De lichamelijke gevolgen zijn afhankelijk van de ernst van het ondergewicht, de snelheid dat de patiënt is afgevallen en hoelang de ziekte aan de gang is.

Afvallen/ vermagering. Body Mass Index (BMI) < 15, dan spreekt men van extreem ondergewicht wat leidt tot:

Amenorroe, uitblijven van menstruatie, botafbraak (osteoporose), chronische vermoeidheid en spierzwakte, aantasting van het gebit, hartritmestoornissen (door kalium tekort als gevolg van braken en laxeren), een verlaagde bloeddruk, obstipatie, haaruitval, oedeem (stoornis in de vochtafvoer), nierproblemen, lunugo (donsbeharing die over het hele lichaam plaats kan vinden), groeistoornis, buikpijn en zwelling in de maag / darmen, dat voor bloedingen en scheuringen kan zorgen, aantasting van de huid (gele of droge huid), pijnlijke heupen door uitstekende botten, verslechterde functie van de hersenen, concentratie problemen, inslaap en doorslaap problemen, vertraging in reactie vermogen, hoofdpijnlachten, rusteloosheid en onregeling van warmte en koud in de hersenen (Van der Linden, 2000; Noordenbos, 1990; SEN, 1998).

Psychische gevolgen

Deze **positieve gevolgen** hebben een bijdrage aan het in stand houden van Anorexia Nervosa. Het is van groot belang deze gevolgen te herkennen bij de patiënt. Hieronder staan de positieve gevolgen beschreven:

- Er is door het lijnen een positievere zelfbeleving en meer zelfvertrouwen ontstaan.
- De relatie met anderen verandert; eerst voelt men zich minder dan anderen, maar na geslaagde afvalpogingen voelt men zich soms superieur en verheven boven anderen.
- De innerlijke negatieve en onzekere gevoelens kunnen worden weggedrukt en verborgen worden achter het slanke uiterlijk.
- De oplossing van de problemen is gevonden in het lijnen. Er zijn dus geen problemen volgens hen.
- Door de extreme vermagering en het continu bezig zijn met eten worden emoties, waarmee men zo moeilijk om weet te gaan steeds minder gevoeld (en dit wordt als positief ervaren)
- Er ontstaat een gevoel van controle, zelfvertrouwen, zelfwaarde, kracht en trots.
- Het mager worden biedt een bescherming, een pantser tegen gevoelens van onzekerheid.

Deze psychische gevolgen maken het moeilijk om de verandering van het destructieve gedrag te doorbreken. Na verloop van tijd zullen de euforische stemmingen steeds meer over gaan in negatieve gevolgen zoals: depressieve en neerslachtige gevoelens. Wanneer de patiënt de verschillende lichamelijke gevolgen als een last gaat ondervinden komt de patiënt meer tot inkeer, dat er iets mis is (Noordenbos, 1990).

Aan de volgende **negatieve psychische** gevolgen wordt actief gewerkt tijdens de module en wel door de oefening “positieve zinnen”:

- Toenemende depressieve, neerslachtige gedachten en gevoelens waardoor de stemming vaak somber is, en de patiënten met Anorexia Nervosa weinig voelen of niet goed weten wat ze voelen.
- Toenemende gevoelens van eenzaamheid, omdat ze zich niet kunnen uiten of door zich direct terug te trekken van sociale aangelegenheden (tot isolement als gevolg).
- Vermindering van het niet meer kunnen voelen van emoties zoals lachen en huilen.
- Het vermogen om gevoelens en emoties te beleven verdwijnt (Noordenbos, 1990).

Sociale gevolgen

Anorexia Nervosa heeft vaak een enorme invloed op het sociale leven van de patiënt. Fysiek en mentaal kunnen zij het vaak niet meer opbrengen om te studeren, te werken of naar school te gaan en raken hierdoor in een sociaal isolement. Veel levensgebieden zoals vrijetijdsbesteding, gezondheid, seksualiteit, financiële situatie en de maatschappelijke positie worden vaak als onbevredigend ervaren (LSMR in de ggz, 2006).

Vrouwen die lijden onder Anorexia Nervosa hebben tweemaal zo grote kans om niet te trouwen dan vrouwen zonder eetstoornis. En tweemaal zo grote kans dat ze kinderloos blijven (Abraham, 2008). De patiënt wordt steeds minder bereikbaar voor anderen doordat hun gevoelens en emoties vlakker zijn geworden. Hierdoor kunnen ze zich moeilijker uiten naar anderen. Hun wereld en sociale netwerk worden steeds kleiner. In het extreemste geval bestaat het leven alleen maar uit eenzaamheid en vasten. Men heeft dan niet alleen een eetstoornis, maar men is een eetstoornis (Tenwolde, 2000).

2.3 Lichaamsbeleving en lichaamsattitude bij Anorexia Nervosa

Centraal bij Anorexia Nervosa staan de verstoring van deze twee aspecten. Daarom is het noodzakelijk een goede definitie hiervan te vermelden:

Lichaamsbeleving is een integratie van visuele en tactiele (exteroceptieve) informatie en perceptie en interpretatie van signalen, die van binnen uit het lichaam komen met subjectieve ervaringen van lichaamsfuncties (zowel affectief als emotioneel) en met ideeën en opvattingen (cognitief) over het eigen lichaam (Rekkers & Schoenmaker 2002)

Wanneer we het hebben over de lichaamswaardering, gaat het gedeeltelijk ook over de lichaamsbeleving en andersom. Het begrip lichaamswaardering valt volgens Emck, Hammink en Bosscher (2007) samen met de begrippen lichaamsbewustzijn en lichaamsattitude. Deze vallen dan samen onder het begrip lichaamsbeleving. Welke wordt gezien als een multidimensioneel concept (Scheffers et al, 2006). Emck en Bosscher (2004) vatten lichaamsbeleving op als de individuele wijze waarop iemand het eigen lichaam ervaart en beoordeelt waarbij zowel gevoelsmatige als perceptuele en cognitieve aspecten een rol spelen.

Verstoorde lichaamsbeleving

Jansen (1998) beschrijft: “de verstoorde lichaamsbeleving wordt opgevat als een primair en essentieel aspect van de eetstoornis. Het verwerven van een realistische lichaamsbeleving is dan ook van groot belang voor het herstel”. Wordt er niet met succes aan gewerkt, dan is een terugval te verwachten. Daarom is de behandeling van de verstoorde lichaamsbeleving opgenomen in de “multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen” (Fennig e.a., 2002; Strober e.a. 1997; Steinhausen, 2002).

Emck en Bosscher (2004) benoemen het beïnvloeden van de lichaamsbeleving als één van de kerninterventies binnen de psychomotorische therapie. Een verstoorde lichaamsbeleving is een belangrijk thema bij verschillende vormen van psychopathologie en psychosociale problematiek, waaronder ook de stoornis Anorexia Nervosa (Cash & Pruzinsky, 2002; Probst, 2004).

Een aspect van de lichaamsbeleving is dat het zintuiglijke gevoel zal afnemen door de daling van het gewicht. De zintuiglijke en de lichamelijke prikkels worden daardoor niet meer goed waargenomen en verkeerd geïnterpreteerd (Rekkers en Schoemaker, 2002).

Probst (1999) heeft een overzicht gemaakt van kenmerken van een verstoorde lichaamsbeleving die specifiek zijn voor Anorexia Nervosa (Rekkers en Schoemaker, 2002):

- Er is sprake van een onrealistische beoordeling van lichaamsvormen en lichaamsbreedte;
- patiënten zijn niet in staat of onwillig om een realistisch oordeel te maken;
- ze neigen ernaar om hun verschijning als normaal of (te) dik te beoordelen, terwijl er overduidelijk sprake is van ondergewicht;
- er bestaat een discrepantie tussen wat ze zien en wat ze voelen of ervaren;
- over het algemeen weten patiënten maar al te goed dat ze te mager zijn, maar ervaren of voelen zij zich anders;
- er bestaat een wantrouwen ten aanzien van objectieve normen (grafieken, spiegels, weegschalen) en patiënten ontwikkelen hun eigen standaarden;
- onrealistische en groteske idealen over hun lichaam worden nagestreefd en op een ziekelijke manier wordt naar magerheid gestreefd.

Samenvattend is er veel bekend in de literatuur over Anorexia Nervosa echter de effecten van deze specifieke behandelmethode binnen klinische setting is nog onvoldoende onderzocht vandaar dat dit onderzoek is opzet.

3. Methode

3.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie van het onderzoek bestaat voornamelijk uit vrouwen. Uitzonderlijk was dat er in de periode waarin dit onderzoek liep er drie mannen de module hebben gevolgd waarvan twee in aanmerking kwamen om deel te nemen aan het onderzoek. De leeftijd van de patiënten ligt tussen de 17 en 47 jaar, waarbij ieder de diagnose Anorexia Nervosa heeft gekregen. Deze diagnose is gesteld door een psychiater binnen de PAAZ afdeling aan de hand van de DSM-IV-TR (APA, 2001). Alle patiënten die meewerkten aan het onderzoek waren opgenomen met als hoofdreden dat ze ondergewicht hadden. Naast deze criteria zijn er de volgende exclusieve criteria gesteld:

- De patiënt heeft niet een andere hoofddiagnose dan Anorexia Nervosa;
- Co morbiditeit bij Anorexia Nervosa zijn vaak angststoornissen, obsessieve compulsieve stoornissen en of persoonlijkheidsstoornissen;
- De patiënt is niet al eerder op de PAAZ opgenomen.

Om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen zijn er geen persoonsgegevens weergegeven binnen dit onderzoek.

3.2 Type onderzoek

Het is een evaluerend onderzoek. Het onderzoek zal effecten van bepaalde maatregelen gaan evalueren. Het onderzoek bevat namelijk een periode van dataverzameling van twee meetmomenten één voor en één na meting. Het is een prospectief onderzoek. Als laatste kan gesteld worden dat het een experimenteel onderzoek betreft.

3.3 Onderzoeksinstrumenten

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van twee meetinstrumenten, te weten de lichaamsattitude- vragenlijst (LAV) en de Body Cathexis scale (BCS). Deze meetinstrumenten worden hieronder toegelicht. In bijlage zijn de vragenlijsten toegevoegd.

Lichaamsattitude vragenlijst (LAV)

De vragenlijst is ontwikkeld door Probst, Van Coppenolte en Vandereycken (1992, 1998) en meet de houding en gevoelens ten opzichte van het eigen lichaam. De vragenlijst bestaat uit twintig onderwerpen en heeft vier sub schalen:

1. negatieve waardering lichaamsomvang;
2. algemene ontevredenheid met het eigen lichaam;
3. algemene ontevredenheid met het lichaam (waarbij het gaat om vergelijking van het eigen lichaam met anderen);
4. restfactor.

Deze onderwerpen worden op een zes- puntschaal gescoord. De maximale score is 100 en hoe hoger de score, hoe verstoorder de lichaamsbeleving. Het afkappunt waar de grens ligt tussen patiënten met eetstoornis en zonder eetstoornis is 35. (Probst, Van Coppenolte en Vandereycken 1992, 1998).

De vragenlijst is stoornis specifiek en speciaal ontworpen voor patiënten die lijden aan

Anorexia Nervosa of Boulimia Nervosa. Het is een betrouwbaar, valide en tevens een gebruiksvriendelijk instrument.

Body Cathexis Scale (BCS)

Deze vragenlijst is ontwikkeld door Secord en Jourard (1954) en vertaald en bewerkt door Baardman & De Jong (1984). Deze is wellicht door psychomotorisch therapeuten de meest gebruikte vragenlijst. BSC vragenlijst meet een sub-dimensie van lichaamsbeleving. Namelijk lichaamswaardering. Oorspronkelijk is de BCS ontwikkeld om na te gaan of lichaamswaardering gerelateerd is aan zelfwaardering. Body cathexis wordt hierbij gedefinieerd als de mate van tevredenheid of ontevredenheid met verschillende lichaamsdelen of lichaamsprocessen (Secord en Jourard, 1953).

De BCS is in het Nederland vertaald en aangepast door Baardman en De jong (1984). Er bestaan verschillende versies van de BCS. Te weten een 53- items versie (Baardman & De Jong, 1984) een 32- items versie. Deze versie bestaat uit een 7- punt Likertschaal (Baardman & De Jong, 1984) en de 40- items versie (zie bijlage). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de 32- items versie, omdat deze vragenlijst al langer werd gebruikt binnen deze methode. Al is deze verkorte versie niet nader onderzocht. Vanuit eerder onderzoek is wel gebleken dat de validiteit en dimensionaliteit van dit meetinstrument over een goede interne consistentie en betrouwbaarheid beschikt. (Basten & Dorhout, 2006).

3.4 Beschrijving module

De module “positieve lichaamsbeleving” vindt op woensdag ochtend plaats. Duurt 45 minuten en omvat zes weken. De module bestaat onder andere uit spiegelexposure. Dit is een vernieuwde experimentele methode. (Rekkers, 2005). Het doel van de module is het leren focussen op positief beleefde lichaamsdelen. In tegenstelling tot veel andere lichaamsexposure wordt hier geen gebruik gemaakt van confrontatie met lichaamsdelen die negatief beleefd worden. Verdere uitleg over de module positieve lichaamsbeleving op de PAAZ in het KG te Haarlem staat in bijlage 1 beschreven.

3.5 Methode van dataverwerking

In dit onderzoek wordt door middel van een voor- en nameting gekeken of de positieve lichaamsbeleving van de onderzoekspopulatie door middel van de gegeven module is toegenomen. De uitkomsten van de voor- en nametingen zullen naast elkaar worden gelegd en vergeleken. De eerste meting T0 zal plaats vinden tijdens de intake van de module. Dit gebeurt vaak op één van de eerste dagen van de opname, waarna de behandeling wordt gestart. Als na vier weken opname de doelstelling (qua curve) behaald is, kan de opname verlengd worden met twee weken. Hierna is de behandeling in principe afgesloten, waarna de patiënt terug gaat naar de verwijzende instantie of start met een vervolgbehandeling. In individuele gevallen kan besloten worden tot een heropname. De T1 meting zal plaats vinden na zes weken wanneer de patiënt zes therapieën “positieve lichaamsbeleving” heeft gehad.

4. Literatuur onderzoek

Onderzoeksvraag 1.

Wat zijn de verschillen tussen de module zoals deze door M. Rekkers ontworpen is en hoe deze binnen het KG wordt aangeboden

De methode is oorspronkelijk voor een poliklinische setting ontwikkeld.

Een verschil is dat de originele versie van deze module wordt gegeven binnen ambulante therapie. Binnen het KG worden de eetstoornis patiënten klinisch behandeld.

Een ander verschil is dat er één onderdeel uit de module niet is toegepast. Dit is de exposure m.b.v. heteroconfrontatie d.m.v. foto's en video's. Met als doel anders te leren kijken naar anderen.

Dit onderdeel bestaat uit een fotocollage uit tijdschriften te maken- en zich dan te richten op "wat zie je op die foto wat minder mooi is dan bij jezelf?" Hetzelfde door een stukje film/ serie te kijken. (Jansen, Voorwinde, Hoebink, Rekkers, 2013). De reden dat dit uit de module is gehaald, is dat er te weinig tijd is om dit deel aan te bieden. De originele module telt negen sessies en in het KG verblijven de patiënten maximaal zes weken dus kunnen ze zes sessies volgen.

Naast het feit dat de module in minder tijd wordt gegeven, is het zo dat de patiënten op de PAAZ in het KG er slechter aan toe zijn dan de patiënten waar M. Rekkers mee werkt. Het kan voorkomen dat een patiënt tijdelijk in een rolstoel zit, omdat hij / zij erg verzwakt is.

Naast de meetinstrumenten die voor dit onderzoek zijn gebruikt, gebruikte M. Rekkers ook andere meetinstrumenten. Dit zijn de BSQ (Body Shape Questionnaire) en de PASTAS (Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale). Deze zijn niet gebruikt in dit onderzoek.

Onderzoeksvraag 2.

Zijn er eerdere onderzoeken gedaan naar de methode lichaamsexposure?

Spiegel exposure vormt vaak een onderdeel van eetstoornisbehandeling. De patiënt staat enige tijd voor de spiegel naar zijn lichaamsbeeld te kijken. Door de jaren heen zijn de meningen erover verdeeld of het beter is om aandacht te richten op de delen waarover je ontevreden bent of juist op die waar je tevreden over bent.

Het eerste onderzoek naar therapeutische effecten van lichaamsexposure met spiegelconfrontatie is gedaan door Norris (1984). Zij concludeerde dat deze methode een positieve uitwerking heeft op de bekwaamheid van de patiënt en de eigen geschatte lichaamsomvang. Ook Krueger, Schofield, Feedman (Probst, 2001) zijn positief over de uitwerking. In de nieuwste methode van lichaamsexposure besteed men alleen aandacht aan de lichaamsdelen waar men het meest tevreden over is. Deze nieuwste methode wordt binnen dit onderzoek onderzocht.

Het doel van exposure met het eigen lichaam is dat patiënten een positiever lichaamsbeeld krijgen. Dat ze blijer en tevreden worden met hun eigen uiterlijk. (Jansen, Voorwinde, Hoebink, Rekkers, Martijn en Mulkens, 2013, p. 58).

Het bovenstaande onderzoek werd uitgevoerd bij een subklinische groep eetstoornis-

patiënten. Ze werden blootgesteld aan een korte lichaamsexposure. Het klinisch spiegelen van eigen lichaamsonderdelen. Hieruit bleek dat mensen met eetstoornissen de aandacht vooral richten op de lichaamsdelen die ze zelf onaantrekkelijk vinden. Gezonde vrouwen daarin tegen kijken vooral naar wat ze aantrekkelijk aan zichzelf vinden (Jansen, Nederkoorn & Mulkens, 2005).

Dit werd onderzocht in een tweetal experimentele exposurestudies. Zo werd de ene groep 20 minuten lang getraind in het kijken naar hun onaantrekkelijkste lichaamsdelen, terwijl de andere groep 20 minuten lang werd getraind in het kijken naar de aantrekkelijkste lichaamsdelen. Voor en na werd gemeten hoe tevreden de proefpersonen over hun eigen lichaam waren (Smeets, Jansen & Roefs, 2011). De conclusie luidde: Wie vooral aandacht besteedt aan de onaantrekkelijk lichaamsdelen wordt minder tevreden met het eigen lichaam. Dus meer ontevreden. Wie echter vooral aandacht besteedt aan de aantrekkelijke delen van hun lichaam wordt juist tevredener met het eigen lichaam (Smeets et al, 2011). Patiënten met een eetstoornis doen dit niet vanzelf. Hun natuurlijke neiging is te kijken naar dat wat ze onaantrekkelijk en lelijk vinden aan zichzelf (Jansen et al, 2005). Het is daarom goed om de patiënten hierin te helpen en de aandacht te richten op de delen waar ze het meest tevreden over zijn.

In literatuur zijn de volgende studies te vinden die onderzoek naar de effecten van herhaalde lichaamsexposure op de lichaamstevredenheid van patiënten met eetstoornissen hebben gedaan. Delinsky en Wilson (2006) vergeleken een op mindfulness gebaseerde spiegel exposure met een niet-directieve controlebehandeling. De methode hielp erbij om zich minder zorgen te maken over hun lichaam, maar het verhoogde de lichaamstevredenheid niet.

Key en collega's (2002). Hoewel de populatie van dit onderzoek erg klein was (namelijk 6 in de ene en 9 in de andere groep), suggereren hun bevindingen dat de toevoeging van 8 wekelijkse spiegel exposure sessies aan een reguliere behandeling voor Anorexia Nervosa tot toename van de tevredenheid met het eigen lichaam kan leiden.

Luethcke, McDaniel en Bekker (2011) vergeleken drie vormen van spiegel exposure:

1: mindfulness gebaseerde exposure; 2: een exposure waarin de proefpersoon zichzelf neutraal beschrijft; 3: een exposure waarin de proefpersonen positief moesten zijn over het uiterlijk of de functie van lichaamsdelen. Wat hieruit naar voren kwam was dat bij alle drie de methodes de stemming verbeterde en de eetstoornis symptomen verminderde. Maar de mensen in de groep die werkten met de positieve lichaamsexposure lieten een significante toename in tevredenheid met hun lichaamsdelen zien. Deze uitkomst is van essentieel belang voor dit onderzoek.

Samengevat: de patiënten die de module positieve lichaamsbeleving gevolgd hadden werden blijer en tevredener met hun eigen uiterlijk (Jansen, Voorwinde, Hoebink, Rekkers, Martijn en Mulkens, 2013, p. 58). Uit het onderzoek van (Smeets, Jansen & Roefs, 2011) kwam de volgende conclusie naar voren: wie vooral aandacht besteedt aan de onaantrekkelijk lichaamsdelen wordt minder tevreden met het eigen lichaam. Er wordt meer ontevredenheid geconstateerd. Wie echter vooral aandacht besteedt aan de aantrekkelijke delen van hun lichaam wordt juist tevredener met het eigen lichaam. Dit geldt ook voor het onderzoek van Key en collega's (2002). Opvallend uit het onderzoek van Luethcke, McDaniel en Bekker (2011) was dat alleen de proefpersonen die positieve lichaamsexposure hadden gevolgd daadwerkelijk een significante toename in tevredenheid met hun lichaamsdelen lieten zien. Uit alle verschillende hierboven beschreven onderzoeken kun je concluderen dat de eerder gedane hypothese "dat, wat je aandacht geeft groeit" klopt.

5. Resultaten

5.1 Onderzoekspopulatie

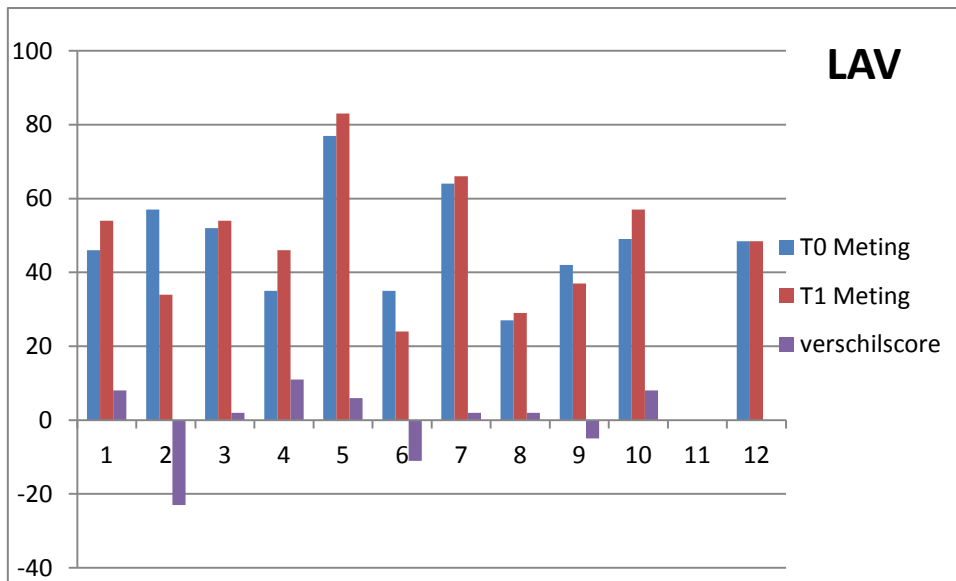
Aan dit onderzoek hebben 10 mensen deelgenomen in de leeftijd van 19 tot 47 jaar. Bij al deze patiënten is Anorexia Nervosa als hoofddiagnose vast gesteld.

Patiëntnummer	Geslacht	Leeftijd	BMI	Gewicht
Patiënt 1	Vrouw	32 jaar	14,5	42,1
Patiënt 2	Vrouw	20 jaar	13	38
Patiënt 3	Vrouw	19 jaar	13,5	37,5
Patiënt 4	Vrouw	21 jaar	12,4	33,5
Patiënt 5	Vrouw	20 jaar	13,7	39,7
Patiënt 6	Vrouw	25 jaar	10	28,2
Patiënt 7	Vrouw	21 jaar	12	38,5
Patiënt 8	Vrouw	36 jaar	12,6	36
Patiënt 9	Man	47 jaar	14,8	51
Patiënt 10	Man	42 jaar	13,9	46,5

Figuur 1. Patiënt gegevens

5.2 Resultaten van de Lichaamsattitude vragenlijst.

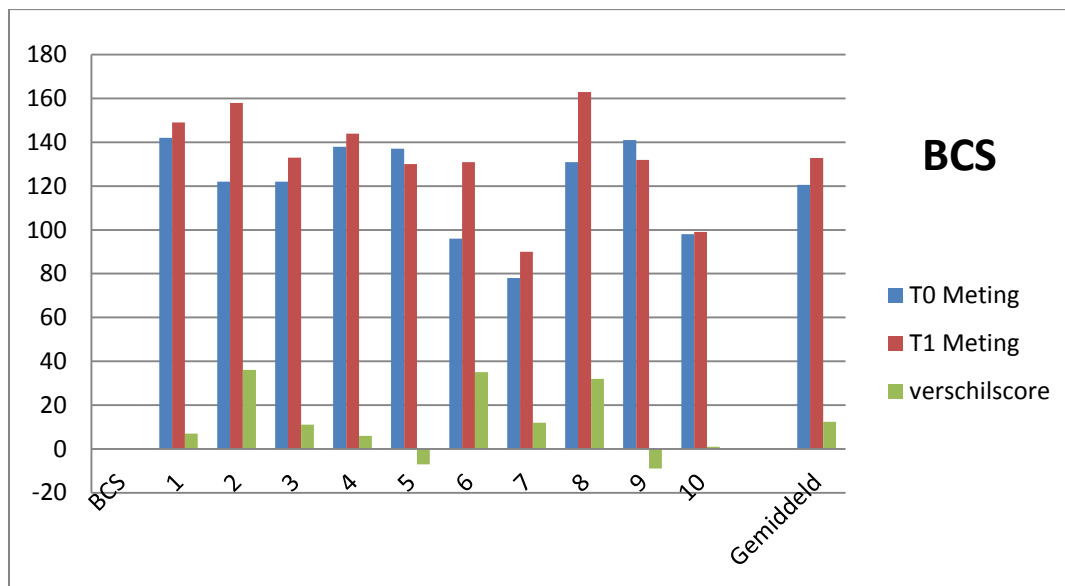
Uit de scores van LAV blijkt dat 3 van de 10 patiënten onder de 35 scoren (zie bijlage 2). In onderstaande grafiek (figuur 2) is overzichtelijk weergegeven dat 7 van de 10 patiënten (1, 3, 4, 5, 7, 8 en 10) bij de nameting hoger scoren op LAV dan bij de voormeting. Bij 3 van deze 7 patiënten was de verschilscore 2. De andere 4 patiënten lieten een verschilscore zien van 6 of hoger. De overige 3 patiënten (2, 6 en 9) zijn in scoren gedaald (zie bijlage 2). Het is van belang hier bij te vermelden dat een hogere score gekoppeld is aan een hogere versterking in de lichaamsbeleving.



Figuur 2. LAV resultaten in een grafiek weer gegeven

5.3 Resultaten van de Body Cathexis Scale

Uit de onderstaande grafiek komt duidelijk naar voren dat er zowel stijgingen als dalingen zijn waar te nemen. Het merendeel van de patiënten laat een stijgende lijn zien (8 van de 10, zie figuur 3). Patiënt 2 laat de hoogste score zien met een verschilscore van 36. De laagste verschilscore is door patiënt nr. 10 met een verschilscore van 1. Patiënten nr. 5 en 9 laten een negatief verschil zien.

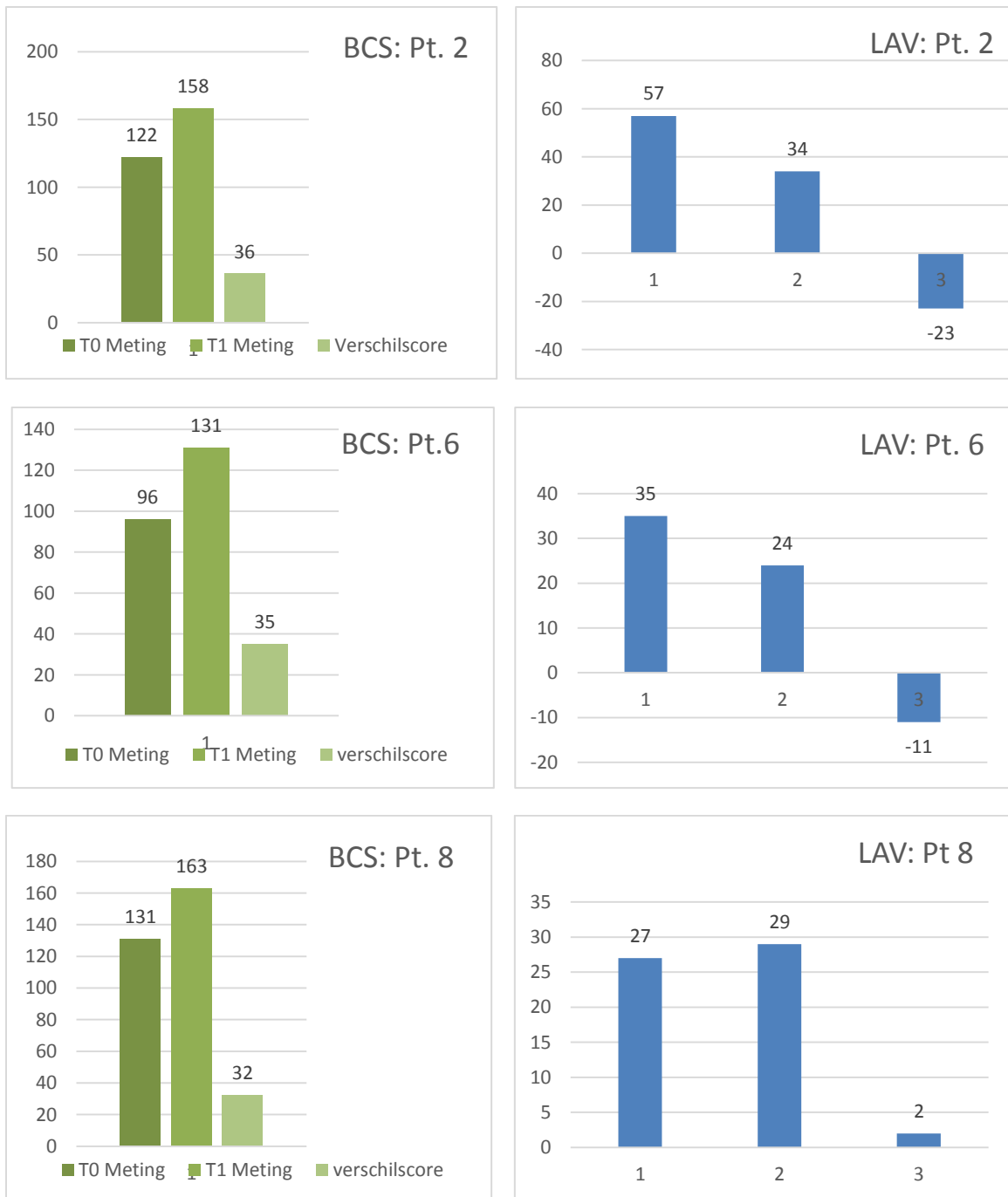


Figuur 3. BCS resultaten in een grafiek weergegeven

5.4 De twee meetinstrumenten worden vergeleken.

Positieve stijging

De patiënten 2, 6 en 8 scoren op de BCS tijdens de nameting 32 punten of hoger t.o.v. de voormeting. Op de LAV scoorden patiënt 2 en 6 een daling t.o.v. de T0 meting wat betekent dat de verstoorde lichaamsbeleving is verbeterd. Bij patiënt 8 is de score redelijk gelijk gebleven. Wanneer de twee meetinstrumenten naast elkaar worden gelegd, kun je zien dat er bij beide een positieve verschillscore te zien is.



Figuur 4. Resultaten van BCS, patiënten 2, 6 en 8

6. Discussie

6.1 Resultaten

Uit de resultaten van de LAV vragenlijst kan geconcludeerd worden dat er bij de onderzoekspopulatie (N=10) een stijgende lijn in de score zit. Zeventig procent van de patiënten scoorde bij de nameting hoger op het domein lichaamsattitude. Hoe hoger de score, hoe verstoorder de lichaamsbeleving is. Hieruit zou je kunnen stellen dat de verstoorde lichaamsbeleving er voor het merendeel van de patiënten verstoorder is geworden.

Een hypothese zou kunnen zijn; dat de patiënten zich na afloop van de module bewuster zijn geworden van hun verstoorde lichaamsbeleving. Dit zorgt voor een realistische dus hogere score. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat patiënten met Anorexia Nervosa de ziekte eerst niet erkennen (Tenwolde, 2000). Door ondergewicht worden zintuiglijke en lichamelijke prikkels niet of verkeerd geïnterpreteerd (Rekkers en Schoemaker, 2002). Naar mate de module vordert, komen de patiënten dicht bij hun gevoel waardoor er een realistischer lichaamsbeleving ontstaat (Probst 1999). Ze erkennen als het ware dat ze een verstoorde lichaamsbeleving hebben. Wanneer er weinig ziekte besef of motivatie is om te veranderen, wordt het moeilijker om te werken aan herstel. Het verwerven van een gezondere lichaamsbeleving is van groot belang voor patiënten met een eetstoornis. Als deze doelstelling niet bereikt wordt, is een terugval te verwachten (Fennig e.a., 2002; Stober e.a. 1997; Steinhuisen, 2002).

Bij de LAV is er sprake van een eetstoornis als de score tussen de 70 – 100 is. Wat opvalt, is dat negentig procent van de ondervraagden onder de zeventig scoren. Hieruit zou je kunnen concluderen dat deze patiënten geen eetstoornis hebben (Probst et al, 1998). De BMI van de ondervraagden patiënten is onder de 15 wat betekent dat er extreem ondergewicht is en wel degelijk sprake is van Anorexia Nervosa.

Wanneer er gekeken wordt naar de andere vragenlijst, de BCS laat 80% van de ondervraagde patiënten een stijging in de score zien. De resultaten zijn hoopgevend en er kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de module een verbetering oplevert t.a.v. de lichaamsattitude en lichaamsbeleving.

6.2 Methode

Binnen dit onderzoek is geen gebruik gemaakt van een controle groep wanneer dit wel was gebeurd, had het de resultaten betrouwbaarder kunnen maken.

Externe invloeden van buitenaf zijn niet mee genomen zoals: andere therapie, medicamenteuze ondersteuning en sociale factoren (gezinssituatie).

6.3 Uitvoering van het onderzoek

De afdeling biedt plaats aan 10 patiënten, wat een beperking van de onderzoeksgroep inhield. Eveneens voldeden een deel van de patiënten niet aan de criteria. Daarvoor waren verschillende redenen zoals het wisselen van behandeling of deze stopzetten.

7. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: Welk effect heeft de module “positieve lichaamsbeleving voor patiënten met Anorexia Nervosa” op de lichaamsattitude en lichaamsbeleving van de patiënt (gemeten met de Body Cathexis scale en de lichaamsattitude vragenlijst) na zes weken opname op de PAAZ, KG te Haarlem?

Op de LAV vragenlijsten scoren zeventig procent van de ondervraagden na afloop van de module hoger. Dit is opvallend want daaruit zou je kunnen concluderen dat de verstoorde lichaamsbeleving niet verbeterd is. Een hypothese is dat hun lichaamsbeleving realistischer is geworden omdat de patiënten meer inzicht hebben verkregen over hoe ze naar zichzelf kijken en over zichzelf denken. Ziektebesef en inzicht worden groter naarmate de module vordert. Wat van belang is voor herstel van de ziekte.

Door vervolgonderzoek zouden deze aannamen verworpen of bevestigd kunnen worden. De tevredenheid over hun lichaam is toegenomen (wat blijkt uit de toegenomen BSC scores bij 8 van de 10 deelnemers) na het volgen van de module.

De LAV score is hoger na het volgen van de module dit wil echter niet zeggen dat er geen verbetering is van het algehele toestandsbeeld. Dit wordt bevestigd door de verbeterde uitslagen op de BCS, die de tevredenheid van de lichaamsbeleving meet. De hogere LAV scores komen mogelijk door het bewuster worden over hun lichaam waardoor zij een realistischer lichaamsbeeld hebben verkregen. Samen met de verbetering op de BSC kan er geconcludeerd worden dat de module de lichaamsbeleving heeft verbeterd.

8. Aanbevelingen

Grotere populatie

Voor vervolgonderzoek n.a.v. de module wordt een grotere populatie wenselijk geacht. Dit zal het onderzoek betrouwbaarder kan maken. Een voordeel hiervan zou kunnen zijn dat er subgroepen gecreëerd kunnen worden, zodat er op verschillende factoren onderzocht kan worden. Te denken valt aan: leeftijdscategorie, sociale omstandigheden, opleidingsniveau, etc.

Tijdstip vragenlijst

Een probleem die tijdens het onderzoek werd ondervonden was dat de patiënten de vragenlijsten vergaten in te vullen. Dit kan voorkomen worden door deze tijdens de sessie af te laten nemen. Waardoor ook de betrouwbaarheid van de meting vergroot wordt.

Vragenlijst 40 – items

In dit onderzoek wordt de BCS 32- items vragenlijst gebruikt echter is er meer onderzoek gedaan naar de versie met 40- items. Waaruit blijkt dat deze betrouwbaarder is (Basten en Dorhout 2006) hierdoor wordt deze versie met 40- items aanbevolen.

Bejegeningwijze

Tevens wordt het zinnig bevonden om de twee manieren van reageren die tijdens de module wordt ingezet ook binnen de kliniek door verpleegkundige, psychologen en artsen toe te laten passen. De manieren van reageren zijn:

- Versterken wat de cliënt zegt;
- Durven corrigeren (vriendelijk maar beslist).

Expertise eetstoornissen bevorderen

Om de patiënt zo goed mogelijk te kunnen helpen is het van groot belang dat de verpleging kennis heeft van de ziekte en de omgangsvorm die hierbij past.

Een aanbeveling hiervoor is om een specialist op dit gebied aan te trekken om zo de expertise van het verpleegkundig personeel te bevorderen.

Volledigheid module

De volledigheid kon niet gewaarborgd worden door tijdsgebrek waardoor de activiteit 'collages maken' uit de module is gehaald. Wat een mooie aanvulling kan zijn is dat deze activiteit wel wordt aangeboden maar dan niet binnen PMT maar binnen de activiteiten begeleiding (zie voor verdere uitleg over deze activiteit bijlage 1 module beschrijving).

Kortom levert deze studie een aantal verbeterpunten op ter verbetering van de module evenals voor eventuele vervolg onderzoek.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2005). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van DSM-IV- TR*. Amsterdam.
- Baardman, I. & Jong, J.G. de (1984). Het meten van de lichaamswaardering: een verslag van het werken met de body cathexis schaal van Secord en Jourard. *Bewegen & Hulpverlening*, 1, 28-41.
- Basten, M.G. J.E. & Dorhout, M. (2006). De Body-Cathexis Schaal betrouwbaarheid, validiteit dimensionaliteit en normering.
- Bloks, H. (2008). *Eetstoornissen en overgewicht, Herkenning, behandeling en beheersing*, p. 17. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Bloks, J.A. Furth, E. F. & Hoek, H. W. (2004). *Behandelstrategieën bij Anorexia Nervosa*, 80- 94. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (2002). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York; London: The Guilford Press.
- Delinsky, S.S. & Wilson, G. T. (2006). Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 108-116.
- Effting, M. (2010). 'Aantal meisje met anorexia fors gestegen'. Volkskrant, 4 november 2010, [elektronische versie].
- Fennig, S., Fennig, S. & Roe, D. (2002). Physical recovery in anorexia nervosa: is this the sole purpose of a child and adolescent medical-psychiatric unit? *General Hospital Psychiatry*, (24), 87-92.
- Haan, de E. (2001). De ambulante behandeling van anorexia nervosa. *Directieve therapie*, 15- 35. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hay, P.J. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviours: an Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, (23), 371- 382.
- Hoek, H. W. & Van Hoeken, D. (2003). *Review of the prevalence and incidence of eating disorders*. *International Journal of Eating Disorder*, 2003 (34), 383- 396.
- Jansen, A. (1998). Lichaamsbeeldtherapie. In A. Jansen. & A. Meyboom (eds.), *Behandelings-strategieën bij bulimia nervosa* (pp. 72-83). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum
- Jansen, A., Voorwinde, V., Hoebink, Y., Rekkers, M., Martijn, C. & Mulkens, S. (2013). Ontevreden over uw lichaam? Voor de spiegel! En dan? Exposure aan wat eigenlijk? *Gedragstherapie* 2013 (46), 57- 67.
- Jansen A., Nederkoorn C. & Mulkens S. (2005). Selective visual attention for beautiful and ugly body parts in eating disordered subjects. *Behaviour Research and Therapy*.

- Jourard, S. M. & Secord, P. F. (1954). Body size and body-cathexis. *Journal of Consulting Psychology* 18, 184.
- Key, A., George, C. L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H. & Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: The role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 185-190.
- Noordenbos, G. (1990). *Eetstoornissen preventie en therapie*. Lochem: De tijdstroom.
- Noordenbos, G. (2003). Criteria voor herstel bij patiënten met een eetstoornis. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, (6), 473-488.
- Linden, van der J. (2000). "Anorexia Nervosa overwinnen, een gids voor patiënt, hulpverlener en gezin". Tielt: Lannoo NV.
- Linden, van der J. (2005). *Anorexia Nervosa overwinnen in 13 stappen*. Tielt: Lannoo.
- Probst, M., van Coppenolle, H. & Vandereycken, W. (1992). De lichaams- attitude- Vragenlijst (LAV) bij patiënten met eetstoornissen: onderzoeksresultaten. *Bewegen & Hulpverlening*, (4), 286- 299.
- Probst, M., van Coppenolle, H. & Vandereycken, W. (1998). De lichaamsattitude vragenlijst: validering en normering. In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de psychomotorische therapie* (79-90), Leuven: Acco.
- Probst, M. (2001). De rol van de lichaamsbeleving in de psychomotorische therapie bij patiënten met eetstoornissen. In: Probst M. & Bosscher, R. (Eds.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*, 63- 90. Zeist: Cure & Care publishers.
- Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorder patients*. Dissertation, University Center Sint-Jozef, Kortenberg.
- Probst, M. (1999). Psychomotorische therapie bij Anorexia Nervosa en Boulimia nervosa: een mogelijke benadering.
- Rekkers, M.E. (2000). *Psychomotorische therapie module, Lichaamsbeleving voor cliënten met eetstoornissen*. Amsterdam: Multidisciplinaire maatschap voor psychotherapie 'de Praktijk'.
- Rekkers, M.E. & Schoemaker, E. (2002). *Gewichtige lichamen lichaamsbeleving en eetstoornissen*. Leuven: Acco.
- Rekkers, M.E. (2005). "Opvallen of opvallen? Spiegel- en video- exposure te versterking van positieve lichaamsbeleving bij patiënten met eetstoornissen." uit: de Lange & Bosscher (red), *Psychomotore therapie in de praktijk*, Care& Care Publishers. (25-42). Nijmegen.
- Schoenmaker, C. (2002). *Anorexia bestaat niet: het beeld van Anorexia Nervosa in de media*. Amsterdam: Archipel.

- Scheffers, M., Rekkers, M.E. & Bosscher, R. (2006). Hoe meet je lichaamsbeleving? *Tijdschrift voor vak therapie*, (4), 21- 29.
- Smeets, E., Jansen, A. & Roefs, A. (2011). Bias for the (un)attractive self: On the role of attention in causing body (dis)satisfaction. *Health Psychology*, 30, 360 - 367.
- Spaans, J. & Bloks, H. (1999). Motivering voor behandeling bij Anorexia Nervosa. *Directieve therapie* (19). 338 – 354.
- Steinhausen, H-C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, (159), 1284-1293.
- Strober, M., Freeman, R. & Morell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Journal of Eating Disorders*, (22), 339-360.
- Sullivan, P.F. (1995). Mortality in Anorexia Nervosa, *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, (7), 1073-1074.
- Tenwolde, A.A.M. (2000). *Van dun tot dik*; Een vraagbaak. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vervaet, M. & De jonge, S. (2002). *De veilige hel*: Houtekiet.

Hulpbronnen

- <http://www.sabn.nl/sympan.htm>
- <http://www.sabn.nl/index.html>
- www.trimbos.nl
- www.proud2bme.nl
- www.eetstoornis.info
- www.ggzcentraal.nl/ziektebeelden/anorexia-nervosa/lichamelijke-gevolgen-anorexia-nervosa
- www.totophetbot.bnn
- <http://www.buropuur.nl/alles-over-eetstoornissen/vraag-a-antwoord/100-hoeveel-mensen-hebben-een-eetstoornis.html>

Bijlage 1. Module beschrijving

Behandeling voor eetstoornissen op de PAAZ in het KG.

Het uitgangspunt van de behandeling is om een brugfunctie te vervullen tussen de somatische afdelingen van het algemene ziekenhuis en de eetstoornis klinieken. In vergelijkingen met andere psychiatrische afdelingen binnen de PAAZ is het vrij uniek dat er specifieke kennis van eetstoornissen aanwezig is. Dit is een van de pijlers waar de afdeling zich op richt. Er zijn in totaal 4 bedden voor mensen met AN. Patiënten worden regelmatig opgenomen in het algemene ziekenhuis vanwege somatische problemen. Wanneer er geen sprake meer is van levensbedreigende situaties, kunnen deze patiënten overgeplaatst worden naar de psychiatrische afdeling.

Doelstelling van de afdeling is om de patiënten gedurende hun opname hier adequate somatische en psychiatrische behandeling te bieden en hen te motiveren voor een passend vervolgtraject, veelal in een eetstoorniskliniek.

Algemene opnamedoelen (voor de eetstoornispatiënten) zijn:

- diagnostiek van de eetstoornis
- aankomen in lichaamsgewicht en geleidelijk wennen aan een nieuw gewicht
- toename van motivatie en ziekte inzicht,
- leren focussen op positief beleefde lichaamsdelen.
- behandelen van de somatische complicaties,
- Inventariseren van luxerende en onderhoudende factoren (persoonlijkheidskenmerken, systeemproblematiek, traumata)
- psyche-educatie over eetstoornis aan patiënt en gezin

Bron: M. Rekkers, nieuwe methode voor lichaamsexposure (2008) en behandelprotocol: “positiever lichaamsbeleving voor eetstoornis patiënten”. PAAZ/ KG Eva Keilhacker (2011)

De module

De module “positieve lichaamsbeleving” vindt plaats op woensdag en duurt 45 min. En omvat zes weken. De module bestaat onder andere uit spiegelexposure dit is een vernieuwde experimentele methode, Rekkers (2005).

Het doel van de module is het leren focussen op positief beleefde lichaamsdelen. In tegenstelling tot veel andere lichaamsexposure wordt hier geen gebruik gemaakt van confrontatie met lichaamsdelen die negatief beleefd worden.

Behandelprotocol

In de intake wordt uitleg gegeven over de inhoud en de achterliggende ideeën van de module en waar deze ideeën op gebaseerd zijn. Namelijk op eerdere onderzoeken van: A. Jansen. Uit deze onderzoeken kwam naar voren dat eetstoornispatiënten die blootgesteld werden aan hun eigen lichaamsbeeld, de aandacht voornamelijk bleken te richten op de delen waar ze ontevreden over waren. Gezonde vrouwen echter kijken vooral naar wat ze erg aantrekkelijk van zich zelf vinden (Jansen, Nederkoorn & Mulken, 2005) conclusie: mensen met een verstoorde lichaamsbeleving moeten oefenen om meer naar mooie

lichaamsdelen van zichzelf te kijken! Op die manier ontwikkelen zij een positievere lichaamsbeleving, een positiever zelfbeeld en meer zelfvertrouwen.

De uitleg waarom werken aan de lichaamsbeleving zo belangrijk is, is erg belangrijk voor de motivatie van de patiënten. Als zij begrijpen waarom zij de lichaamsexposure doen zijn zij eerder bereid om eraan te werken.

Tijdens de intake vullen de patiënten zelf de twee vragenlijsten in (0 meting). De BCS wordt gebruikt om een hiërarchie lijst te maken om duidelijk te krijgen welke lichaamsdelen het meest worden gewaardeerd door de patiënt. Vervolgens worden deze ingezet voor de lichaamsexposure.

Elke sessie (vanaf sessie 2) begint eerst met terug koppelen van het huiswerk van vorige week. Vervolgens zijn er twee delen binnen de sessie. Het is eerste deel is de lichaamsexposure d.m.v. spiegelconfrontatie en vervolgens wordt er geoefend met het expliciet maken van gedachten en gevoelens rondom positieve lichaamsbeleving (zie hieronder voor verdere uitleg).

Deel 1: Sessie 1 t/m 6

Lichaamsexposure: met als doel de verstoorde lichaamsbeleving gunstig te beïnvloeden. Door dit herhaaldelijk uit te voeren is het de bedoeling dat de patiënt leert kijken naar het eigen lichaam. In dit deel van de sessie wordt de patiënt gestimuleerd om naar lichaamsdelen te kijken waar ze tevreden mee zijn.

Eventueel kan er een korte feedback/ sharing zijn van de andere deelnemers of van therapeut naar de patiënt. Dit ter ondersteuning om de positieve punten nog meer toe te lichten.

Voor, tijdens en na de exposure wordt de SUD- score bijgehouden. SUD- staat voor subjective units of distress en is een hulpmiddel bij therapie en of onderzoek. Het is een tien puntenschaal. Op de SUD- schaal worden emoties weergegeven met een cijfer van nul tot tien, waarbij nul staat voor geen emotie en tien voor maximale emotie. Deze schaal is ontwikkeld door Joseph Wolpe in 1969. Deze score helpt bij het beoordelen of de module zijn vruchten afwerpt.

Daarnaast is het van belang dat de sessie nooit stopt voordat de spanning gezakt is. Als de spanningen van de patiënt erg hoog zijn, vraag je de patiënt naar zijn/ haar hobby 's of iets wat de patiënt aanspreekt zodat de aandacht op iets positiefs wordt gericht en de spanning zakt. Het is belangrijk dat patiënten ervaren dat de exposure voor de spiegel de spanning weliswaar doet oplopen maar dat de spanning daarna ook weer zakt. Deze ervaring is gunstig voor de motivatie van de patiënten die vaak erg tegen de spiegel exposure opzien.

Deel 2: sessie 1 t/m 6 Oefening met positieve zinnen

De patiënten trekken uit een envelop een briefje met daarop een positieve zin. Deze lezen ze eerst voor zichzelf en vervolgens benoemen ze wat ze er over denken en wat ze er bij voelen. De achterliggende idee van de oefening om te oefenen met onder woorden brengen wat de patiënt denkt en voelt (hier wordt onder andere gewerkt aan

- “Hoe positiever ik over mezelf denk, hoe aantrekkelijker ik word.”
- “Mijn lichaam straalt kracht en energie uit.”
- “Mijn lichaam is uniek, daar moet ik zuinig op zijn.”
- “Allemachtig, wat ben ik prachtig!”
- “Mijn lichaam heeft 7 schoonheden, namelijk: ...”

- “Ik kijk naar mezelf met mijn hart, in plaats van met de beelden in mijn hoofd.
- “Ik val liever op dan af”

Huiswerk: (elke dag)

- Oefenen met positief beschreven lichaamsdeel.
- Oefenen met positieve zin

Attitude van de therapeut tijdens het positief beschrijven van het lichaamsdeel:

- Stimulerende attitude,
- directieve attitude,
- niets voorzeggen,
- versterken wat de patiënt zegt (door herhalen wat de patiënt zegt),
- de patiënt corrigeren, daarbij letten op woorden als: het is niet, wel, een beetje, tamelijk en andere verklein woordjes of relativerende woordjes.

Bijlage 2. Data verzameling

BCS	T0	T1	Verschilscore
1	142	149	7
2	122	158	36
3	122	133	11
4	138	144	6
5	137	130	-7
6	96	131	35
7	78	90	12
8	131	163	32
9	141	132	-9
10	98	99	1
	T0	T1	Verschilscore
Gemiddeld	120,5	132,9	12,4

Figuur 1. Resultaten van de BCS

LAV 1.0	LAV 1.1	LAV 2.0	LAV 2.1	LAV 3.0	LAV 3.1	15+ 20 0	15+ 20 1	Totaal T0	Totaal T1	verschilscore
20	22	14	20	6	7	6	5	46	54	8
11	7	23	11	14	9	9	7	57	34	-23
14	20	20	15	14	11	4	8	52	54	2
3	2	14	22	12	16	6	6	35	46	11
29	31	25	26	18	18	5	8	77	83	6
1	3	19	11	13	9	2	1	35	24	-11
17	19	24	22	16	17	7	8	64	66	2
0	0	11	12	13	14	3	3	27	29	2
15	15	11	8	12	10	4	4	42	37	-5
8	4	21	28	15	19	5	6	49	57	8
11,8	12,3	18,2	17,5	13,3	13	5,1	5,6	48,4	48,4	0

Figuur 2. Resultaten van de LAV

Bijlage 3. Body Cathexis Scale

Instructie

U ziet een reeks items die betrekking hebben op uw lichaam en het functioneren daarvan. Bij het invullen van de lijst kunt u kiezen uit de volgende waarderingen:

Zeet ontevreden		Neutraal		Zeet tevreden	
1	2	3	4	5	

Bijvoorbeeld

Bent u ontevreden over uw lengte, maar vindt u dat het nog wel gaat, omcirkel dan het getal 2. Bent u zeer tevreden over uw lengte, omcirkel dan het getal 5. Het is de bedoeling dat u het getal omcirkelt dat het eerste in u opkomt. Denk er dus niet te lang over na!

A)

1.	Haar	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
2.	Gelaatskleur	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
3.	Eetlust	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
4.	Handen	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
5.	Lichaamsbeharng	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
6.	Neus	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
7.	Uithoudingsvermogen		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
8.	Stoelgang	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
9.	Spierkracht	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
10.	Middel, taille	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
11.	Energieniveau, vitaliteit	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
12.	Rug	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
13.	Oren	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
14.	Leeftijd		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
15.	Kin	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
16.	Lichaamsbouw		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
17.	Figuur, profiel	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
18.	Lengte	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
19.	Scherpte van zintuigen		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

20.	Pijntolerantie	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
21.	Schouderbreedte	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
22.	Armen	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
23.	Borst	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
24.	Ogen	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
25.	Coördinatie	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
26.	Heupen	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
27.	Weerstand tegen ziekte	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
28.	Benen	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
29.	Tanden		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u> <u>5</u>
30.	Uiterlijk	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
31.	Gespierdheid	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
32.	Nachtrust	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
33.	Stem	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
34.	Gezondheid	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
35.	Fysieke vaardigheden		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u> <u>5</u>
36.	Knieën	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
37.	Soepelheid	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
38.	Gezicht		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u> <u>5</u>
39.	Gewicht	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
40.	Geslachtsorganen	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>

B) Kunt u op dezelfde manier ook nog aangeven hoe u uw lichaam in het algemeen waardeert?

1 2 3 4 5

C) Welke lichaamsdelen of lichaamsfuncties zijn voor u het belangrijkste ofwel het meest bepalend bij de waardering van uw eigen lichaam?

Wilt u er vijf noemen en gebruikmaken van de items uit de ingevulde lijsten hierboven?

Bijlage 4. Lichaamsattitude vragenlijst (LAV)

Naam:

Geboortedatum:

Leeftijd:

Datum van invullen:

Deze vragenlijst is bestemd om na te gaan hoe je houding en gevoelens zijn ten opzichte van je eigen lichaam. Er wordt gevraagd om bij elk van de vermelde punten aan te geven (met een kruisje) of dit de laatste tijd bij jou het gevoel is: altijd, meestal, dikwijls, soms, zelden of nooit. Probeer zo eerlijk en spontaan mogelijk te antwoorden en sla geen vraag over.

	Vraag	Altijd Meestal Dikwijls Soms Zelden Nooit
1	Wanneer ik mezelf vergelijk met leeftijdsgenoten voel ik me ontevreden over mijn lichaam	
2	Mijn lichaam lijkt een gevoelloos voorwerp	
3	Mijn heupen lijken te breed	
4	Ik voel me thuis in mijn eigen lichaam	
5	Ik verlang er sterk naar om slanker te zijn	
6	Mijn borstomvang vind ik te groot	
7	Ik heb de neiging om mijn lichaam te verbergen (bv. door losse kleding)	
8	Wanneer ik mezelf in de spiegel bekijk, voel ik me ontevreden over mijn lichaam	
9	Ik kan me gemakkelijk lichamelijk ontspannen	
10	Ik vind mezelf te dik	
11	Ik voel mijn lichaam als een last dat ik moet meedragen:	
12	Mijn lichaam lijkt het mijne niet te zijn	
13	Bepaalde delen van mijn lichaam lijken opgezwollen	
14	Mijn lichaam is voor mij een bedreiging	
15	Mijn uiterlijk is erg belangrijk voor mij	
16	Mijn buik ziet eruit alsof ik zwanger ben	
17	In mijn lichaam voel ik een gejaagdheid	
18	Ik ben jaloers op anderen omwille van hun figuur (uiterlijk)	
19	Er gebeuren dingen in mijn lichaam die mij Beangstigen	
20	Ik observeer mijn uiterlijk in de spiegel	

Scorehandleiding:

Altijd:	5
Meestal:	4
Dikwijls:	3
Soms:	2
Zelden:	1
Nooit	0

Items 4 en 9 net omgekeerd

LAV1:	Waardering lichaamsomvang, max. 35	(3,5,6,10,11,13,16)
LAV2:	Vertrouwdheid met lichaam, max. 35	(2,4,9,12,14,17,19)
LAV3:	Confrontatie met lich. Voorkomen, max. 20	(1,7,8,18)

Items 15 en 20 staan los (gaan over uiterlijk en spiegel)

Maximale score:	100
Sprake van eetstoornis:	70-100
Normscore:	35

