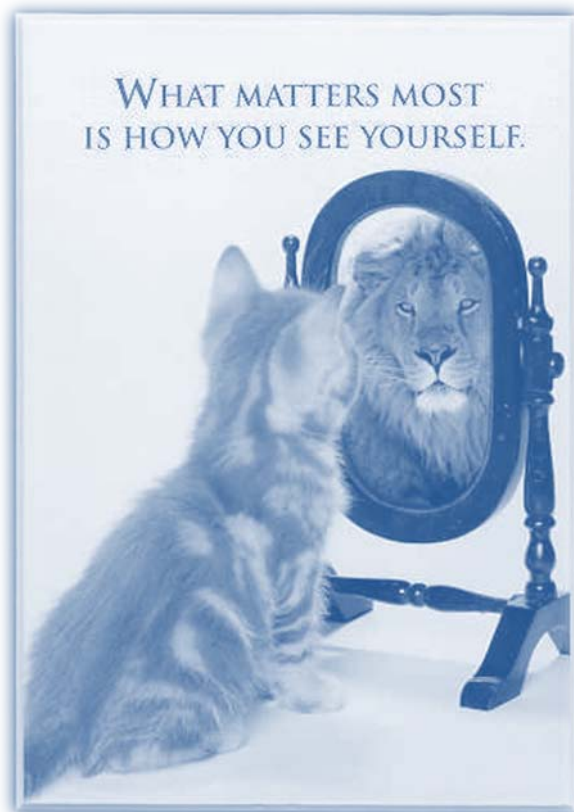


Spiegeltje spiegeltje aan de wand....

Hoe kan het werken met de spiegel in een groep cliënten met Binge Eating Disorder als middel gebruikt worden om te komen tot een positievere lichaamsbeleving binnen de PMT?



Scriptie 4^e jaars PMT & BA

Naam: Nina van den Broek
S1000065
4PA

Begeleider: Annelee Mataheru
Beoordelaar: Sandra Verbeeten

Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle, Opleiding Psychomotorische therapie en
Bewegingsagogie
Studiejaar 2009-2010

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeropdracht die tot stand is gekomen naar aanleiding van mijn eindstage bij PsyQ afdeling eetstoornissen en Obesitas in Rotterdam. Ik liep stage bij de doelgroep eetstoornissen en dan voornamelijk bij groepen met cliënten met Binge Eating Disorder.

Tijdens mijn stage ben ik geïnteresseerd geraakt in de doelgroep, ik vond het vooral erg fascinerend wat voor vertekende lichaamsbeleving deze cliënten vaak hebben en zag al snel dat dit veel invloed had op hun gehele denken en handelen. Gedurende de sessies op mijn stage waren ze hier erg mee bezig, omdat er uit onderzoek is gebleken dat een positievere lichaamsbeleving de kans op herstel aannemelijk verbetert. Dit geldt vooral voor anorexia maar kan waarschijnlijk ook opgaan voor de andere eetstoornissen.

Cliënten met verschillende eetstoornissen hebben vaak gemeen dat ze kampen met een negatief zelfbeeld of lichaamsbeeld. Tijdens mijn stage ben ik erachter gekomen dat deze lichaamsbeleving de cliënten eigenlijk met alles beïnvloed. Dit had ik totaal niet verwacht en het feit dat ik erachter kwam dat deze lichaamsbeleving een dergelijke invloed heeft op het leven van deze cliënten, zorgde ervoor dat ik nieuwsgierig werd naar het behandelen van deze lichaamsbeleving. Dit leek me perfect passen binnen de PMT. Gelukkig krijgen deze cliënten allemaal PMT en zo kon ik mijn scriptie gaan richten op deze negatieve lichaamsbeleving.

Ik heb een klein onderzoek gedaan binnen het behandeltraject voor Binge Eating Disorder. Mijn afstudeeropdracht is dus een casestudy.

Dit woord wil ik graag benutten om mensen te bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan de realisatie van deze scriptie. Ik wil beginnen met de cliëntengroep, de Binge Eating Disorder groep van de deeltijdbehandeling, die ik heb gebruikt voor de casuïstiek. De therapeuten van PSYQ Rijnmond locatie Mathenesserlaan 315 in Rotterdam die werkzaam zijn voor de afdeling eetstoornissen, die mij informatie hebben verstrekt over eetstoornissen en behandelingen. In het bijzonder mijn stagebegeleidster Jolanda Groenewegen waarmee ik samen de Binge Eating Disorder groep PMT heb gegeven en dus ook deze casuïstiek heb behandeld. Als laatste wil ik Annelee Mataheru bedanken voor de begeleiding vanuit de opleiding.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inleiding	4
Samenvatting.....	4
1. Verantwoording van de vraagstelling	6
2. Theoretische onderbouwing	7
Binge Eating Disorder, wat is dat?.....	7
Behandeltraject BED.....	8
Psychomotorische therapie.....	9
Bewegen	9
Lichaamsbeleving	10
De spiegel	11
3. Casus beschrijving	12
Doelgroep	12
Problematiek	12
Classificerende diagnostiek	13
Hermeutische en kritische diagnostiek	14
Problematiek binnen PMT.....	16
4. Methodisch werken.....	17
Theoretisch therapeutisch kader	17
Werkwijze	17
Therapeutische attitude.....	18
PMT strategieën	18
Effect gevolgde strategieën.....	19
Oefeningen spiegelen met de groep.....	20
5. Resultaten.....	21
6. Conclusie	24
7. Discussie	25
Literatuurlijst	26
Bijlagen	27

Samenvatting

De scriptie staat in het teken van de beantwoording van de volgende vraagstelling:

Hoe kan het werken met de spiegel in een groep cliënten met Binge Eating Disorder als middel gebruikt worden om te komen tot een positievere lichaamsbeleving binnen de PMT?

Ik ga deze vraag proberen te beantwoorden door middel van een casuïstiek, dit betreft een groep voor cliënten met Binge Eating Disorder. Deze cliënten worden behandeld in de ambulante hulpverlening voor één dag in de week. Op deze dag hebben de cliënten elke week een uur PMT. In het PMT uur zijn de oefeningen uitgetoetst en deze zijn geëvalueerd door middel van interviews die ik af heb genomen bij de cliënten.

Aan de hand van theoretische onderbouwing over de stoornis, de behandeling van de stoornis binnen mijn stage-instelling, de lichaamsbeleving en het werken met de spiegel wordt het onderzoek gedaan binnen de casusgroep. Deze groep staat uitgebreid beschreven aan de hand van classificerende, hermeneutische en kritische diagnostiek zodat er een duidelijk beeld geschetst wordt van de behandelgroep waarmee gewerkt is. De methode bouwt voort op de werkwijze die gebruikt wordt binnen de instelling, het doel is eigenlijk om een aantal oefeningen met betrekking tot lichaamsbeleving toe te voegen aan het huidige behandeltraject. Dit zodat cliënten binnen de PMT kunnen werken aan een positievere lichaamsbeleving.

De oefeningen staan uitgebreid beschreven aan de hand van het therapeutisch referentiekader, de werkwijze, de therapeutische attitude en de PMT strategieën. Ook wordt het effect van de gevolgde strategieën beschreven. Hierna volgen de uitgeschreven versies van de oefeningen, zodat duidelijk wordt wat er precies is gedaan met de groep.

Nadat de oefeningen zijn uitgevoerd is er gekozen voor het evalueren van de resultaten aan de hand van interviews met de cliënten. Deze resultaten worden besproken en samengevat, hieraan wordt ook de persoonlijke mening van de therapeut toegevoegd.

De conclusie die ik heb getrokken na het doen van deze casestudy is dat het werken met de spiegel zeker als middel gebruikt kan worden om te komen tot een positievere lichaamsbeleving binnen de PMT. Wel moet dit per cliënt bekeken worden omdat niet elke cliënt hetzelfde is en er ook negatieve reacties tussen de resultaten zitten. Ik denk dat vooral de oefeningen erg goed afgestemd moeten worden op het individu en als dat gebeurt kan het werken met de spiegel een goede bijdrage leveren aan de lichaamsbeleving van cliënten. En een positievere lichaamsbeleving heeft, zoals in de theorie naar voren komt, invloed op het herstel van de stoornis.

Mijn idee is dan ook dat deze oefeningen bijgevoegd worden in de behandeling, maar dat er per cliënt moet worden bekeken welke oefening geschikt is wanneer de cliënt doelen heeft die te maken hebben met lichaamsbeleving.

Inleiding

De scriptie is gekoppeld aan de verdiepende 4^e jaars stage van de opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie. De stage heb ik binnen PsyQ Rijnmond afdeling eetstoornissen gelopen. Hier heb ik wekelijks een groep cliënten met Binge Eating Disorder behandeld in een groepssituatie. Binnen deze groep heb ik veel te maken gehad met zelfbeeld en lichaamsbeeld. Ik merkte al snel dat veel cliënten naast hun problemen met eten ook vaak last hebben van een erg negatieve lichaamsbeleving. Dit gaat naar mijn idee samen met de aandoening. Ik ben benieuwd hoe we met behulp van PMT iets kunnen doen zodat de lichaamsbeleving positiever wordt. Dit kan dan mogelijk een effect hebben op de gehele behandeling van de aandoening. Ik wil dit in mijn scriptie gaan onderzoeken en zo ben ik tot het onderwerp en de vraagstelling gekomen. Deze scriptie is ontwikkeld voor de ambulante dagbehandeling van cliënten met een eetstoornis met het oog op een positievere lichaamsbeleving.

De informatie die weergegeven wordt in de hoofdstukken staat in het teken van de beantwoording van de volgende vraagstelling:

Hoe kan het werken met de spiegel in een groep cliënten met Binge Eating Disorder als middel gebruikt worden om te komen tot een positievere lichaamsbeleving binnen de PMT?

Het eerste hoofdstuk bevat de verantwoording van de vraagstelling. Het tweede hoofdstuk bevat de theoretische onderbouwing die gebruikt is om de vraagstelling te kunnen beantwoorden. Hoofdstuk 3 geeft een beeld van de problematiek van de cliënten en de behandeling binnen de PMT. Het methodisch werken bij PMT naar aanleiding van de spelende problematiek wordt in hoofdstuk 4 beschreven. Hoofdstuk vijf bevat de resultaten die tot stand zijn gekomen aan de hand van interviews met de cliënten die de oefeningen hebben gedaan. In de conclusie wordt naar aanleiding van de bevindingen op het gebied van de casuïstiek, het methodisch werken en de theorie een antwoord gegeven op de vraagstelling.

Om de leesbaarheid te vergroten is in geval van de therapeut de mannelijke vorm en voor de cliënt de vrouwelijke vorm gebruikt. Uiteraard kan hier zowel de vrouwelijke als de mannelijke vorm gelezen worden. Binge Eating Disorder wordt vaak afgekort tot BED.

1. Verantwoording van de vraagstelling

Vraagstelling

Hoe kan het werken met de spiegel in een groep cliënten met Binge Eating Disorder als middel gebruikt worden om te komen tot een positievere lichaamsbeleving binnen de PMT?

Verantwoording

Binge Eating Disorder

Tijdens mijn stage ben ik in aanraking gekomen met eetstoornissen, en dan vooral de Binge Eating Disorder. Er is binnen mijn stagecontext een behandeltraject voor Binge Eating Disorder waarin cliënten met deze aandoening in verschillende fases behandeld worden. Ik heb op mijn beide stagedagen een groep behandeld, deze groep bevond zich in de tweede fase van de behandeling. In de tweede fase groep zal de nadruk liggen op het onderzoeken van onderliggende emotionele problematiek en zullen verbanden worden gelegd met het eetgedrag. Binnen deze fase worden cliënten één dag per week behandeld, waaronder een uur PMT en een uur beweging. Mijn interesse voor de doelgroep groeide en ik wilde iets met dit onderwerp doen met betrekking tot mijn scriptie. Binnen eetstoornissen wordt vooral bij de behandeling voor Anorexia Nervosa veel gewerkt met spiegels. Het leek mij interessant om binnen de BED groep ook wat met spiegels te gaan werken, om vervolgens uit te zoeken of dit een onderdeel kan worden van dit behandeltraject.

Lichaamsbeleving

Binnen deze behandeling is een terugkerend thema het negatieve/verstoorde lichaamsbeeld van de cliënten. Dit wordt gezien als een belangrijk onderdeel van de behandeling van de eetstoornis. Vrijwel elke cliënt die ik tot nu toe heb behandeld binnen de afdeling eetstoornissen heeft wel een doel wat met dit thema te maken heeft. Er wordt dus al aan dit thema gewerkt maar niet specifiek met de spiegel.

Het gebruiken van een spiegel

De spiegel wordt vaak bij PMT ingezet binnen behandelingen bij eetstoornissen. De bekendste methodes richten zich vooral op de eetstoornis anorexia nervosa. Ik denk dat de spiegel ook erg goed ingezet kan worden bij andere eetstoornissen of problematiek die met lichaamsbeleving te maken hebben, omdat gedachten en gevoelens van de cliënten vaak niet kloppen met de werkelijkheid. Door via de spiegel de zintuigen het werk te laten doen kan er vaak geconcludeerd worden dat de gedachten en gevoelens niet helemaal juist blijken te zijn.

PMT binnen het behandeltraject

Bij PMT staat het accepteren van het eigen lichaam en het verbeteren van het contact daarmee centraal. Stilstaan bij het beeld dat de cliënt van haar lichaam heeft en het beter gaan herkennen van de signalen die het lichaam geeft, zijn hierbij belangrijk. Binnen de PMT kan er naar mijn idee uitstekend gewerkt worden aan de negatieve lichaamsbeleving die de cliënten vaak hebben.

Plan van aanpak

Eerst ga ik theorie opzoeken over de stoornis, de behandeling van de stoornis, lichaamsbeleving en het werken met de spiegel. Vervolgens ga ik aan de hand van de casus de werkwijze en methode beschrijven die ik ga toepassen. Daarna zal ik de oefeningen bedenken en deze omschrijven. Na het uitvoeren van deze oefeningen in de praktijk zal ik de resultaten moeten testen, dit ga ik doen door het houden van interviews met de cliënten die de oefeningen hebben uitgevoerd. Zo wil ik een beeld schetsen van de ervaringen van de cliënten en de effecten van de oefeningen. Zo kan ik aan het eind een conclusie trekken die er hopelijk voor zorgt dat het werken met de spiegel een onderdeel kan worden van de PMT behandeling binnen de BED groep.

2. Theoretische onderbouwing

Binge Eating Disorder, wat is dat?

Binge Eating Disorder is een eetstoornis die vermeld staat in de DSM-IV. Ik beschrijf hieronder de diagnose binnen mijn stageplek:

De cliënt heeft terugkerende eetbuien. Er is sprake van een eetbui als iemand in een beperkte tijd (bijvoorbeeld 2 uur) een grote hoeveelheid voedsel tot zich neemt en het gevoel heeft geen controle meer te hebben over het eten. De cliënt proeft het nauwelijks en gaat ook door met eten als de honger gestild is.

De eetbuien komen tweemaal per week of vaker voor, zeker drie maanden lang.

Het beeld van het eigen lichaam is verstoord en de cliënt is geobsedeerd door lichaamsvorm en gewicht.

Voor BED is pas vrij recent een afzonderlijke diagnose geformuleerd. Het grootste verschil met boulimia nervosa is dat de eetbuien niet gepaard gaan met onnatuurlijke pogingen om het voedsel weer snel kwijt te raken.

DSM-IV criteria

Binge Eating Disorder (BED) of eetbuistoornis kan worden gedefinieerd als boulimia nervosa zonder compensatoir gedrag. BED is een nieuwe categorie in de DSM-IV. Deze categorie is slechts als een 'voorlopige diagnose' geïntroduceerd, wat betekent dat er criteria voor verder onderzoek zijn voorgesteld met de bedoeling later te beslissen of de categorie een erkende plaats bij de 'officiële' eetstoornissen krijgt. Alhoewel in de wetenschappelijke literatuur nog veel discussie is, blijkt dat in de praktijk de eetbuistoornis als aandoening geaccepteerd is. Formeel valt zij onder de eetstoornis-NAO.

Er is sprake van BED als aan de volgende DSM-IV criteria wordt voldaan:

- A. Recidiverende episodes van eetbuien. Een episode wordt gekarakteriseerd door beide volgende:
 - 1. het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten
 - 2. een gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet).
- B. De eetbuien gaan samen met drie (of meer) van de volgende kenmerken:
 - 1. veel sneller eten dan normaal
 - 2. eten totdat men zich helemaal volgepropt voelt
 - 3. grote hoeveelheden voedsel eten terwijl men geen honger heeft
 - 4. in afzondering eten omdat men zich schaamt voor de hoeveelheden die gegeten worden
 - 5. walgen van zichzelf, zich depressief of erg schuldig voelen na een eetbui.
- C. Lijdensdruk ten aanzien van de eetbuien is aanwezig.
- D. De eetbuien komen gemiddeld tenminste twee dagen per week gedurende 6 maanden voor.
- E. Regelmatig inadequate compensatoire gedragingen (bijvoorbeeld braken, vasten, overmatige lichaamsbeweging) vinden niet plaats. De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens episodes van anorexia nervosa en boulimia nervosa.

Cliënten met BED eten dus vaak veel in korte tijd. Ze hebben deze eetbuien totaal niet onder controle. Na deze eetbuien voelen cliënten zich vaak vies, depressief en schuldig. BED is meer dan alleen het weg eten van bijvoorbeeld frustratie en kan meerdere oorzaken hebben. Er is niet één

specifieke oorzaak aan te wijzen. Het is vaak een samenloop van omstandigheden waarin verschillende factoren een rol spelen: 'aanleg' in de persoonlijkheid, opvoeding, negatieve ervaringen, cultuur, media. Wel is het vaak zo dat een bepaalde gebeurtenis de emmer doet overlopen en maakt dat een eetstoornis zich openbaart of ontwikkelt. (Vanderlinden, J. (2002) *Boulimie en eetbuien overwinnen*.)

Net als bij andere eetstoornissen zoals Anorexia Nervosa kan BED psychische en sociale gevolgen hebben. Cliënten voelen zich vaak minderwaardig, eenzaam en zelfs depressief. Vaak hebben cliënten weinig zelfvertrouwen en een negatieve lichaamsbeleving. Ze schamen zich voor zichzelf, voelen zich niet op hun gemak tussen anderen, zijn onzeker en vinden zichzelf niet de moeite waard. Hierdoor zullen ze sociale situaties vaak ook mijden en hebben ze dus vanzelf minder sociale contacten. Zo kunnen ze zelfs in een sociaal isolement terecht komen.

Mijn beeld van BED

Binnen mijn stage heb ik al veel gewerkt met deze doelgroep en ik kom veel van bovenstaande beschrijvingen vaak tegen. Ook merk ik vooral dat cliënten heel erg walgen van hun eigen lichaam, het houdt ze bezig met alle dagelijkse bezigheden. Ze zijn er voortdurend mee bezig en laten zich erdoor tegenhouden om bepaalde dingen te doen, bijvoorbeeld naar een verjaardag gaan of uit eten gaan. De lichaamsbeleving is dus erg negatief en heeft ook erg veel invloed op het dagelijks leven van de cliënten. Ook merk ik dat cliënten moeilijk grenzen kunnen aangeven en vooral graag alleen maar aardig gevonden willen worden. Ze durven zichzelf niet te laten zien. Niet alleen in kleding en make-up maar ook in houding en mimiek presenteren ze zich zo opvallend mogelijk. Veel cliënten hebben ook moeite met boosheid en uiten dit niet, ook andere emoties zijn vaak lastig. Het eten is vaak een soort middel geworden om om te gaan met emoties, alleen lossen ze hier niks mee op maar is het alleen even vergeten. Het eten zorgt er voor dat cliënten zich op een dergelijk moment even goed voelen. Dit gevoel is vaak van korte duur en hierdoor ontstaan er steeds meer eetbuien. Vaak weten ze ook niet hoe ze dit anders kunnen oplossen. Ook een aantal cliënten die ik behandeld heb hadden erg last van faalangst en/of perfectionisme. Wat mij ook opvalt is dat veel cliënten ook veel negatieve associaties met bewegen hebben. Het is moeten voor ze, en ze beleven er nauwelijks plezier aan.

Behandeltraject BED

Het behandeltraject voor Binge Eating Disorder (**binnen PsyQ**) bestaat uit deelname aan de wachtgroep (eventueel), de eerste, tweede en derde fase groep. De eerste fase groep is gericht op het vergroten van de controle over de eetstoornis. In de tweede fase groep zal de nadruk liggen op het onderzoeken van onderliggende emotionele problematiek en zullen verbanden worden gelegd met het eetgedrag. De derde fase groep richt zich op het vasthouden van het bereikte behandelresultaat en het leren omgaan met terugval.

Mijn casusgroep wordt op dit moment behandeld in de tweede fase, in deze fase bevindt zich ook de PMT. De tweede fase groep bestaat uit een programma van één dag per week therapie. De behandeling in deze fase duurt 6 maanden. De nadruk van de behandeling zal liggen op het onderzoeken van en het werken aan onderliggende emotionele problematiek en er zullen verbanden worden gelegd met het eetgedrag. Lichaamsbeeld, zelfwaardering, omgaan met emoties en stress, onderzoeken van negatieve gedachten en het omgaan met problemen zijn onderwerpen die aan bod komen.

De cliënten gaan verder met de doelen die ze hebben opgesteld in de eerste fase en er worden eventueel nieuwe doelen afgesproken. In de eerste maand wordt besproken welke persoonlijke doelen dit zijn. Elke 3 maanden vindt er een evaluatie plaats van de doelen en wordt de cliënt

gewogen. Aan het einde van deze fase gaan cliënten een terugvalpreventieplan samenstellen voor het vervolg van de behandeling.

Psychomotorische therapie

Definitie Psychomotorische therapie:

“Psychomotorische therapie is het behandelen van mensen met psychische problemen door middel van interventies gericht op lichaamservaring en/of het handelen in bewegingssituatie. Het doel van psychomotorische therapie is gedragsverandering tot stand brengen of tenminste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen” (Beroepsprofiel NVPMT, 2004).

De psychomotorische therapie vindt plaats zich in de tweede fase van de behandeling, één uur per week heeft de groep PMT. Binnen deze therapie staat het accepteren van het eigen lichaam en het verbeteren van het contact daarmee centraal. Stilstaan bij het beeld dat de cliënt van haar lichaam heeft en het beter gaan herkennen van de signalen die het lichaam geeft zijn hierbij belangrijk. Daarnaast kunnen cliënten in dit uur experimenteren met hun expressieve kanten en met verschillende vormen van beweging. Er wordt gebruik gemaakt van allerlei soorten oefeningen, spel, dans, beweging en drama. Ook is er ruimte voor experimenten met kleding en rollenspel. De cliënten krijgen de mogelijkheid om aan te geven rond welk thema of met welk doel ze willen werken, hier wordt dan een passend aanbod bijgezocht. Ook kan het zo zijn dat het team besproken heeft dat er een bepaald thema aan bod moet komen. De persoonlijke inbrengen worden dan even in de wacht gezet en dit thema komt aan bod. Deze thema's komen voor uit het behandeltraject, en hebben vaak te maken met persoonlijke doelen van cliënten. De visie hierachter is dat deze thema's een centrale rol spelen binnen de behandeling en dat cliënten met deze aandoening vaak moeite hebben met één of meerdere van deze thema's, zij zullen deze ook niet snel inbrengen. Thema's die altijd aan bod komen binnen de behandeling zijn:

- Assertiviteit en grenzen;
- Omgaan met emoties (herkennen, uiten);
- Lichaamsbeleving (zelfbeeld, lichaamsbeeld, zelfvertrouwen).

Bewegen

Er wordt binnen de tweede fase ook aandacht besteed aan beweging, dit gebeurt 1 uur per week aan het einde van de therapie dag en dus naast het PMT uur, en wordt geleid door een psychomotorische therapeut. Binnen dit uur wordt bekeken hoe cliënten bewegen in hun dagelijks leven kunnen inpassen. Cliënten onderzoeken door middel van sport en spel wat voor hen een gezond en prettig bewegingspatroon is. Er wordt gehandeld vanuit de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (de NNGB) volgens deze norm zou iedere volwassene tenminste 5 maar bij voorkeur alle dagen van de week gedurende 30 minuten per dag lichamelijk actief moeten zijn. Er kan gedacht worden aan wandelen, fietsen, huishoudelijk werk en sporten.

Lichaamsbeleving

Onder lichaamsbeleving verstaat Probst(2001) in navolging van Bielefeld: *“alle individuele en sociale, affectieve en cognitieve, bewuste en onbewuste ervaringen”*. (Probst, M (2001) De rol van lichaamsbeleving in de PMT bij patiënten met eetstoornissen)

Deze definitie is niet erg concreet daarom beschrijf ik lichaamsbeleving in navolging van Rekkers en Schoemaker(2002):

Lichaamsbeleving is een dynamisch en complex concept, bestaande uit fysiologische, cognitieve, affectieve en sociale componenten.

Definitie:

“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, M. & Schoemaker, E., (2002). Gewichtige lichamen: lichaamsbeleving en eetstoornissen)

Bij cliënten met een eetstoornis is er vaak sprake van een verstoorde/negatieve lichaamsbeleving. Dit houdt in dat het beeld van het eigen lichaam niet klopt. Echter hebben recente onderzoeken aangetoond dat mensen met eetstoornissen juist een reëel beeld en gezonde mensen een te optimistisch beeld van hun eigen lichaam hebben. Deze kijk, ook self-serving body image bias genoemd, zorgt er wel voor dat mensen gezond blijven omgaan met hun lichaam (Jansen, Nederkoorn, Smeets, Havermans & Martijn, 2006). De manier waarop mensen naar hun eigen lichaam kijken staat in verband met het ontwikkelen van een eetstoornis. Bij Anorexia Nervosa bijvoorbeeld is één van de deelcriteria: *“Een stoornis in de wijze waarop het lichaam of het gewicht wordt ervaren”* (DSM-IV-TR, 2001).

In dit onderzoek kwam ook naar voren dat gezonde mensen positiever over zichzelf denken dan anderen over hen denken. Dit geldt ook voor de manier waarop men het eigen lichaam beleeft. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die gezond zijn een positiever beeld van zichzelf hebben dan een onafhankelijk panel had (Jansen et al., 2006). Zij leggen de nadruk op de delen van hun lichaam die zij als mooi waarderen, hierdoor hebben ze een positievere lichaamsbeleving. Cliënten met een eetstoornis doen dit waarschijnlijk andersom, zij kijken voornamelijk naar de delen van hun lichaam die zij minder mooi vinden, zo ontstaat een negatieve lichaamsbeleving.

Bij de cliënten binnen mijn casus komt dit naar voren in het walgen van hun eigen lichaam, het koppelen van negatieve cognities aan hun lichaam en het hebben van weinig zelfvertrouwen. Ze kunnen hun eigen lichaam alleen negatief benamen en zien vaak de positieve dingen niet meer. Ook durven ze zichzelf niet te laten zien en kunnen hierdoor bijvoorbeeld sociale situaties vermijden.

Binnen het behandeltraject BED is ook de lichaamsbeleving een belangrijk thema en een criterium voor herstel van de eetstoornis. Probst beschreef dit al eerder en hier zijn ook meerdere onderzoeken naar gedaan.

“Een onmisbare voorwaarde voor herstel van een eetstoornis is de ontwikkeling van een realistische en positieve lichaamservaring.” (Probst, M (2001) De rol van lichaamsbeleving in de PMT bij patiënten met eetstoornissen)

De spiegel

“Spiegels kunnen voor het uiterlijk zijn wat weegschalen zijn voor gewicht.... Een maatstaaf van onze aanvaardbaarheid of zelfs onze realiteit” (Freedman 1988)

Werken met de spiegel binnen PMT is niet nieuw, het wordt vooral bij cliënten met anorexia nervosa al veel toegepast en er is ook al behoorlijk wat onderzoek naar gedaan. Het werken met een spiegel valt onder de non-verbale therapie, hierbij speelt het lichaam een centrale rol binnen de behandeling. Dit is dus een prima vorm om binnen de PMT toe te passen. Het is de bedoeling dat de ontwikkelde spiegel oefeningen een middel worden in het verkrijgen van een positievere lichaamsbeleving.

Uit onderzoek is gebleken dat spiegelconfrontatie een positieve invloed heeft op de bekwaamheid van de cliënt om hun eigen lichaamsomvang te schatten (B Norris, 1984)

Niet alleen het inschatten van het eigen lichaam kan via de spiegel beïnvloed worden, ook de tevredenheid (zelfbeeld), de angst/vermijding en de negatieve gedachten kunnen onderwerpen zijn waaraan gewerkt gaat worden.

Ook is onderzocht dat spiegel oefeningen kunnen leiden tot verbetering van tevredenheid over het eigen lichaam en tot afname van lichaamsangst en vermijdingsgedrag met betrekking tot het eigen lichaam. (B Key e.a., 2002)

Er bestaan veel verschillende vormen van spiegel oefeningen, er is een onderscheid in statisch of dynamisch spiegelen:

- Bij statisch spiegelen staat de cliënt stil en bekijkt zichzelf in de spiegel aan de hand van verschillende opdrachten.;
- Bij dynamisch spiegelen biedt de therapeut een bewegingsarrangement aan voor de spiegel en kan de cliënt zichzelf zien bewegen. (Rekkers, M., Schoemaker, E., (2002). Gewichtige lichamen: lichaamsbeleving en eetstoornissen).

Ik heb gekozen voor het statisch spiegelen, dit omdat ik werk met wat dikkere mensen die vaak niet echt veel affiniteit hebben met bewegen. Daarnaast heb ik vanuit literatuur meerdere waarschuwende geluiden over negatieve impact van spiegel oefeningen op de zelfbeleving gelezen. Probst (2002) beschreef al dat bewegende beelden bij dikkere mensen vaak tot negatieve associaties kunnen leiden. Recent onderzoek (A. Jansen e.a., 2005) bevestigt dit, cliënten met eetstoornissen bleken hun aandacht selectief te richten op de negatief beleefde lichaamsdelen.

Dit is niet de bedoeling van mijn oefeningen. Ik denk zelf dat als ik cliënten ook nog laat bewegen het nog moeilijker voor ze wordt om naar zichzelf te kijken in de spiegel. Ik ervaar dat cliënten in het dagelijks leven vaak al weinig in de spiegel kijken en ik denk dat de overstap naar jezelf zien bewegen dan heel groot is. Daarnaast denk ik niet dat het voor de doelen die ik stel in de oefeningen nodig is om bewegend te spiegelen.

3. Casus beschrijving

Doelgroep

De groep bestaat uit maximaal acht volwassenen van 18 tot ongeveer 55 jaar die een groepsbehandeling volgen binnen de BED groep in de tweede fase. De groep wordt één dag in de week behandeld en de behandeling in deze tweede fase duurt zes maanden. De cliënten kunnen tijdens de ambulante behandeling van één dag in de week gewoon hun normale leefpatroon volgen en kunnen dus gewoon blijven werken of studeren. Het volgen van andere therapieën tijdens de behandeling is niet mogelijk, dit omdat de therapie intensief is en moeilijk gecombineerd kan worden. Wel zijn hier uitzonderingen in, in overleg met de hoofdbehandelaar kunnen sommige andere therapieën wel doorgaan zolang deze te combineren zijn, niet dezelfde thema's behandelen en ook niet gericht zijn op afvallen.

De cliënten komen uit de eerste fase groep en moeten aan de volgende criteria voldoen om door te stromen naar de tweede fase van de behandeling:

- een basis eetpatroon dat bestaat uit zes eetmomenten;
- twee voor de cliënt belangrijke mensen zijn op de hoogte van de eetstoornis;
- de cliënt heeft in werk/opleiding/thuissituatie geregeld dat zij één dag per week beschikbaar is voor de behandeling.

Binnen de behandeling zal de nadruk liggen op het onderzoeken van en werken aan onderliggende emotionele problematiek en zullen verbanden worden gelegd met het eetgedrag. Lichaamsbeeld, zelfwaardering, omgaan met emoties en stress, onderzoeken van negatieve gedachten en het omgaan met problemen zullen onder andere onderwerpen zijn die aan bod komen. Het is een open groep en bestaat maximaal uit acht personen. De huidige samenstelling bestaat uit zes vrouwen. Bij indeling van de groepen wordt zoveel mogelijk gekeken naar leeftijd en levensfase en naar de groepssamenstelling.

Problematiek

Cliënten hebben allemaal de diagnose eetstoornis NAO, en binnen deze groep dus Binge Eating Disorder. Dat wil zeggen dat de cliënt eetbuien heeft, maar niet braakt, laxeert, of overmatig beweegt. Deze eetstoornis leidt vaak tot (fors) overgewicht. De cliënt heeft meermalen per week eetbuien en maakt zich zorgen over de toename van het gewicht en over haar gezondheid. Het kan zijn dat er nog andere (psychosociale) problemen zijn, deze zijn in de volgende casusomschrijving beschreven. Dit volgens de classificerende, hermeneutische en kritische diagnostiek.

Classificerende diagnostiek

Volgens DSM-IV

Cliënt	AS I	AS II	AS III	AS IV	AS V
1	307.50 - Eetstoornis NAO Hoofd 300.02 - Gegeneraliseerde angststoornis	V71.09 - Geen diagnose op AS II		10 - Problemen binnen de primaire steungroep	GAF- score: 60
2	307.50 - Eetstoornis NAO Hoofd	V71.09 - Geen diagnose op AS II	278.0 - Obesitas	10 - Problemen binnen de primaire steungroep 30 - Problemen met school en opleiding	GAF- score: 53
3	307.50 - Eetstoornis NAO Hoofd	V71.09 - Geen diagnose op AS II		97 - Geen problemen	GAF- score: 55
4	307.50 - Eetstoornis NAO Hoofd	V71.09 - Geen diagnose op AS II	278.0 - Obesitas	97 - Geen problemen	GAF- score: 60
5	307.50 - Eetstoornis NAO Hoofd	799.9 - Diagnose op AS II uitgesteld	278.0 - Obesitas	10 - Problemen binnen de primaire steungroep 20 - Problemen gebonden aan de sociale omgeving	GAF- score: 55
6	307.50 - Eetstoornis NAO Hoofd 296.32 - Depressie, herhaald, matig	V71.09 - Geen diagnose op AS II	278.0 - Obesitas	10 - Problemen binnen de primaire steungroep 20 - Problemen gebonden aan de sociale omgeving 40 – Werkproblemen	GAF- score: 55

Aanvullende classificerende diagnostische gegevens

1. Neiging tot perfectionisme, zelfopoffering en angst voor afwijzing.
2. Ernstige systeem problematiek, somberheid, negatief zelfbeeld.
3. Negatief zelfbeeld, zichzelf krabben bij angst/verdriet, alcohol gebruik.
4. Somberheid, spanningsklachten en slaapproblemen.
5. Erg negatief zelfbeeld, minderwaardigheidsgevoelens, moeite met het uiten van boosheid/geven van eigen mening.
6. Mogelijk paranoïde trekken, stemmingswisselingen, angstig en wantrouwig, worstelt met eenzaamheid.

Hermeutische en kritische diagnostiek

Hermeneutische diagnostiek

Vanuit de hermeneutische invalshoek probeert de diagnosticus zicht te krijgen op de aard van de verstoring van de interactie, de dialoog van de deelnemer met zijn omgeving. Die omgeving kan zowel sociaal als materieel van aard zijn. De wijze waarop de deelnemer en de omgeving met elkaar omgaan is niet meer adequaat. Vanuit deze invalshoek ziet men in een probleemsituatie niet alleen de deelnemer. De diagnosticus probeert het mislukte interactiepatroon van de deelnemer te begrijpen vanuit de wijze waarop de deelnemer zich verhoudt tot de hem omringende wereld als ook omgekeerd: wat betekent dit mislukken voor de wijze waarop de deelnemer zijn omgeving en zichzelf begrijpt? De diagnosticus probeert de deelnemer te begrijpen in zijn verstoorde dialoog.

De hermeneutische invalshoek speelt een belangrijke rol in de diagnostiek, vooral daar waar er duidelijkheid dient te ontstaan over het gedrag t.o.v. het probleemgedrag van de deelnemer. Vanuit de hermeneutische invalshoek worden het mislukken, de klacht van de deelnemer gezien in de context van de deelnemer. De hermeneutische invalshoek is een procesgeoriënteerde benadering. In feite vallen de diagnostische fase en de behandelphase (voor een deel) samen. (Diagnostiek, indicatie en behandeling G041, Luuk W. Sietsma)

Kritische diagnostiek

De kritische invalshoek is ontleend aan de emancipatorische pedagogiek. In feite betreft het een meer sociologische benadering van mensen met een probleem. Vanuit deze visie is men kritisch ten aanzien van omgevingsvariabelen die ontwikkelingsmogelijkheden van mensen blokkeren, die hen onmondig en volgzaam maken. In de sociologie is deze benaderingswijze ook bekend als de etiketteringstheorie of het sociale systeemmodel. Iemand die zich geruime tijd anders gedraagt dan de omgeving van hem verwacht, krijgt van die omgeving een stempel, een etiket opgeplakt. Vervolgens leert hij de rol van de stempel te spelen, hij maakt zich de codes en leefregels die hij krijgt opgelegd eigen. Mensen kunnen stuklopen op te hoge verwachtingen van de omgeving. Zij internaliseren deze verwachtingen en eisen en schieten tekort deze te realiseren. Vanuit deze visie op het ontstaan van problemen worden we scherp en kritisch gemaakt ten aanzien van ziekmakende factoren in de omgeving, zowel wat betreft het individu als wat betreft de mensheid in het algemeen. We dienen ook scherp en kritisch te zijn ten aanzien van ons eigen verwachtingspatroon ten aanzien van de deelnemer. In hoeverre produceren wij zelf, als component van de samenleving, de problemen die wij vervolgens aan de deelnemer die mislukt toeschrijven? De diagnosticus dient te beseffen dat mensen ziek kunnen worden van te hoge verwachtingen en eisen van het milieu van de deelnemer, of ziek kunnen worden door een niet adequaat hanteren van begrippen als tijd en ruimte. (Diagnostiek, indicatie en behandeling G041, Luuk W. Sietsma)

Cliënt	Hermeneutische	Kritische
1	- Heeft moeite met vertrouwen van andere mensen. - Hierdoor ook vaak oppervlakkige vriendschappen en weinig sociale contacten. - Bang voor afwijzing - Wil alles voor een ander erg goed doen, vergeet hierin eigen grens. - Moeite met het aangeven van eigen grenzen.	- Vader is erg perfectionistisch en kritisch. - Moeder heeft straatvrees, paniekaanvallen en hyperventilatie. - Als kind veel afgewezen vooral door moeder die erg dominant is en niet luistert. - Gezinsituatie is stabiel, heeft een goede relatie met haar partner en 2 kinderen. - Weinig sociale contacten
2	- Is erg faalangstig. - Weinig dagindeling, veel tv kijken en computeren. - Accepteert veel en is vooral zorgend naar anderen. - Door negatief zelfbeeld veel angst om nieuwe dingen te doen. - Is erg wantrouwig en gesloten in contact, bang voor afwijzing. - Cijfert zichzelf makkelijk weg en neemt moeilijk ruimte in. - Geeft eigen grenzen niet aan.	- Gescheiden ouders - Ernstige systeemproblematiek en verwaarlozing in het verleden - Moeder heeft borderline en heeft poging tot suïcide gedaan. - Woont met haar moeder en zusje. - Parentificatie: nam rol van moeder over in het gezin en zorgde voor haar jongere zusje.
3	- Cijfert zichzelf makkelijk weg - Moeite met uiten van emoties - Kan moeilijk zelfstandig beslissingen nemen	- Is erg afhankelijk van haar partner. - Vader had een alcoholprobleem en was veel weg. - Getrouwd en 2 kinderen. - Gezin van herkomst had erg gesloten communicatie, er werd niet veel gepraat. - Op haar 15^e een abortus gepleegd.
4	- Maakt makkelijk contact met anderen - Is niet graag alleen, dan gaat ze ook vaak eten - Stress zorgt voor eten - Is erg op de ander gericht en vergeet hierin eigen gevoel - Heeft moeite met nee zeggen	- Ouders zijn gescheiden - Al 22 jaar geen contact met vader en zusje - 2 zoontjes waarvan 1 PDD-NOS heeft - Situatie op het werk erg stressvol, er zijn personele problemen en werknemers worden overbelast. - Partner werkt veel en 's avonds. Hierdoor komt groot deel van de opvoeding voor haar rekening.
5	- Erg negatief zelfbeeld - Is in haar jeugd erg veel gepest, dit heeft haar onzeker gemaakt - Heeft weinig sociale contacten op familie na - accepteert erg veel van anderen, is erg zorgend - Heeft moeite met zichzelf laten zien en opkomen voor haar grenzen	- Vader was verslaafd aan alcohol, hij is hierdoor ook ziek geworden - Vader is na lang ziektebed overleden toen cliënte 12 jaar oud was - Heeft een langdurig pestverleden - Beperkt sociaal netwerk

6

- Erg wantrouwig in contact, hierdoor ook eenzaam.
- Geneigd contacten voor korte duur aan te gaan, maar echte hechting uit de weg te gaan.
- Doet weinig in vrije tijd, kijkt TV, computert
- Als ze somber is trekt ze zich vaak terug en sluit ze zich af voor contact met anderen
- Heeft een negatief zelfbeeld en is erg onzeker

- Aanmelding heeft plaatsgevonden op aandringen van werkgever naar aanleiding van emotioneel disfunctioneren op het werk.
 - Is opgevoed met het idee dat anderen niet te vertrouwen zijn en dat het beter is om op je hoede te zijn en afstand te houden
 - Ouders erg bezorgd en beschermend geweest nadat bleek dat oudere zus op jonge leeftijd misbruikt is
 - Weinig positieve aandacht vanuit opvoeding
 - In haar huidige relatie heeft ze veel moeite met vertrouwen en speelt jaloezie een grote rol.
-

Problematiek binnen PMT

Binnen de PMT context komen problemen onder andere op de volgende wijze tot uiting:

- Moeite met het herkennen van lichamelijke signalen, emoties en gevoelens;
- Moeite met omgang en het uiten van emoties zoals boosheid en angst;
- Weinig zelfvertrouwen hebben, een negatief zelfbeeld hebben;
- Een niet kloppend lichaamsbeeld hebben, het gevoel is anders dan de gedachten of de werkelijkheid;
- Moeite met vertrouwen van anderen, moeite met contact maken, moeite met fysiek contact;
- Moeite met assertiviteit, niet voor zichzelf op durven komen;
- Cliënten vinden het lastig om ruimte in te nemen, zichzelf te laten zien en horen;
- Cliënten kunnen moeilijk hun eigen grenzen herkennen en aangeven.

4. Methodisch werken

Theoretisch therapeutisch kader

Het BED programma is gebaseerd op de principes van de Cognitieve Gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat gedachten, gevoelens en gedrag op een bepaalde manier met elkaar verbonden zijn. (Glassman, William E. (1995) *Stromingen in de psychologie*.) Iemand's gedachten beïnvloeden zijn of haar gevoelens en gedrag. Negatieve gedachten van cliënten zoals 'ik ben niets waard' of 'ik kan niets' kunnen de eetstoornis veroorzaken of versterken. De behandeling is gericht op de verandering van zowel gedrag als cognities. Het primaire doel is een regelmatig en normaal eetpatroon te ontwikkelen, en een afname van disfunctionele cognities over eetgedrag, lichaamsvormen en -gewicht te bewerkstelligen.

Werkwijze

Iedere PMT sessie wordt gestart met de vraag of er nog algemene of dringende mededelingen zijn, er is de mogelijkheid om terug te komen op de vorige week. Zijn er nog dingen die spelen? Dit kunnen inzichten die opgedaan zijn of gevoelens/gedachten die zijn blijven hangen en besproken moeten worden zijn. Hierna is er de mogelijkheid voor de cliënten om zelf een onderwerp in te brengen, rond welk thema zij willen werken. Met regelmaat wordt gevraagd naar:

- Oefenen met assertiviteit door middel van rollenspelen;
- Contact leren maken (lichaamssignalen, vaardigheden, rollenspelen);
- Werken aan zelfbeeld (hoe laat ik mezelf zien, jezelf inschatten);
- Het (her) vinden van eigenwaarden;
- Omgaan met spanningen en het verkrijgen van meer ontspanning (aandacht voor lichaamssignalen, ademhaling, stil staan bij waarin je jezelf in acht moet nemen);
- Het verkrijgen van meer energie (energieoefeningen, in beweging komen);
- Omgaan met grenzen (herkennen en aangeven);
- Omgaan met boosheid.

Het komt ook voor dat de therapeut thema's inbrengt waar cliënten niet zo gemakkelijk zelf mee komen. Dit zijn dan meer de thema's rond:

- Samenwerking;
- Vertrouwen;
- Uiting geven aan zichzelf anders dan verbaal (symbolen, houding / mimiek, beweging);
- Plezier in het bewegen krijgen.

De toevoeging die ik wil onderzoeken is:

- *Werken aan lichaamsbeleving(spiegel).*

Het zou kunnen zijn dat cliënten dit zelf inbrengen aan de hand van dingen waar ze in het dagelijks leven tegen aan lopen, maar ik wil het eigenlijk toevoegen aan de thema's die altijd aan bod komen binnen het behandeltraject. Dit ook aan de hand van de theorie die ik beschrijf in hoofdstuk 2, waarin ook aangegeven wordt dat de lichaamsbeleving invloed heeft op het herstel. In het behandeltraject voor Anorexia Nervosa wordt al wel standaard gewerkt met spiegel oefeningen gericht op een positievere lichaamsbeleving.

Vaak zijn er genoeg onderwerpen, hieruit wordt samen met de groep een keuze gemaakt. Vaak hebben meerdere personen iets met een bepaald onderwerp. Nadat de keuze gemaakt is biedt de

therapeut oefening(en) aan waarin er met dit thema gewerkt kan worden. Cliënten zijn vrij om te kiezen of ze deelnemen aan een voorstel van de therapeut. Tijdens het werken met een oefening worden er vaak interventies gedaan op denken, voelen en handelen. De oefening wordt op het eind netjes afgerond en er is een gezamenlijke afsluiting om alles nog na te bespreken van ongeveer 5 minuten.

Verder zijn er een aantal afspraken die bijdragen aan de veiligheid en structuur binnen de groep:

- Cliënten mogen altijd zelf beslissen of ze deelnemen aan een bepaald voorstel van de therapeut
- Gegevens, inbreng en het proces van groepsgenoten worden niet besproken met derden, over het eigen therapieproces mogen cliënten bespreken met wie ze willen.
- Therapieën beginnen op afgesproken tijd, is een cliënt later kan deze pas het volgende uur aansluiten zodat de therapie niet steeds onderbroken wordt.
- Er is sprake van een aanwezigheidsregeling, dit om de behandeling zo optimaal mogelijk te benutten. Dit betekent dat cliënten maximaal 10% van de totale behandeling afwezig mogen zijn.

Therapeutische attitude

De therapeutische attitude kan verschillen per thema, over het algemeen is de therapeut structurerend zodat er duidelijkheid en veiligheid is binnen de groep. De cliënten weten wat ze kunnen verwachten van een PMT sessie. Ook is de attitude steunend en begripvol, dit zorgt ook voor veiligheid. Veiligheid is belangrijk binnen de groep, zodat cliënten hun problemen/ thema's in durven te brengen. Per thema kan het zo zijn dat de therapeut een andere attitude aan moet nemen, bijvoorbeeld motiverend, confronterend of bewustmakend. Dit dient de therapeut af te stemmen op de cliënten en de oefeningen. Een therapeut binnen deze groep moet dus in staat zijn meerdere attitudes toe te passen en aan te voelen wanneer een bepaalde attitude nodig is. Dit is natuurlijk nooit concreet, omdat het per cliënt verschillend kan zijn wat er nodig is.

PMT strategieën

Er bestaan binnen de PMT drie behandelingsstrategieën deze worden ook wel de drie modaliteiten genoemd. Dit zijn oefenen, ervaren en ontdekken. Deze modaliteiten kunnen niet echt helemaal los van elkaar gezien worden omdat ze in relatie tot elkaar staan. Dit houdt in dat ze in oefeningen alle drie aanwezig kunnen zijn en in elkaar over kunnen gaan. Een modaliteit kan bijvoorbeeld meer aanwezig zijn maar er kan nog steeds aan meerdere modaliteiten per oefening gewerkt worden. Ik zal de drie modaliteiten kort beschrijven en daarna leg ik uit hoe ik deze heb toegepast binnen mijn oefeningen. (Bewegingagogie en psychomotorische therapie G006, Luuk W. Sietsma)

Oefenen

- Gestructureerde bewegings-/lichaamservaring;
- Vergroten waarnemings- en belevingsvermogen en gedragsrepertoire;
- In contact blijven met omgeving en/of lichaam;
- In het hier en nu;
- Structuur en veiligheid.

Ervaren

- Experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag en in relatie tot zijn omgeving;

- Vergroten van het zelfstructurerend vermogen;
- Zicht krijgen op eigen gedrag;
- In het hier en nu en daar.

Ontdekken

- Centraal staan conflicten die wijzen naar traumata;
- Ontdekken van de conflicten en de impact van deze op de huidige problemen;
- Leren deze conflicten te ontdekken, uiten, benoemen en integreren;
- Inzicht krijgen in inadequate gedrag in sociale verbanden;
- In het hier en nu, daar en toen.

(Bewegingagogie en psychomotorische therapie G006, Luuk W. Sietsma)

Eigenlijk kunnen bij mijn oefeningen met de spiegel alle drie de modaliteiten aan bod komen, het begint vooral met oefenen. Er wordt namelijk een gestructureerde lichaamservaring aangeboden door het kijken in de spiegel. Zo wordt de cliënt geconfronteerd met deze ervaring, en krijgt zo zicht op haar eigen denken, voelen en handelen. Problemen worden hierdoor zichtbaar. Het is dan de bedoeling dat de cliënt in contact komt en blijft met haar lichaam.

Het ervaren komt aan bod door de cliënt te laten experimenteren met alternatieven, dit kan gebeuren door het hardop beschrijven van het uiterlijk voor de spiegel, wat zijn de effecten hiervan voor de cliënt zelf en voor de omgeving(de groep). Zo kan de cliënt meer zicht krijgen op haar eigen gedrag en gedachten, en de effecten hiervan op de groep maar dit zal ook spelen in het dagelijks leven van de cliënt.

Het ontdekken kan ook naar boven komen als cliënten voor de spiegel zijn. Het kan zijn dat er onverwerkte/verdrongen herinneringen en emoties naar boven komen. Zo kan het zijn dat een cliënt bijvoorbeeld een pestverleden heeft en dit kan naar boven komen bij het kijken naar zichzelf of het benoemen van negatieve gedachten. Deze herinneringen en emoties kunnen invloed hebben op het functioneren in sociale situaties. Het is de bedoeling dat cliënten deze herinneringen en emoties leren ontdekken, uiten, benoemen (herkennen) en ze te integreren. Voor de psychomotorische therapeut is het de taak om de cliënt te helpen bij het bewust maken van haar afweer en/of haar overlevingsstrategieën in de sociale verbanden. Hierna moet de cliënt dan de mogelijkheid krijgen om dit gedrag te veranderen.

Effect gevolgde strategieën

De gevolgde strategieën, werkwijze en attitudes zorgde ervoor dat er een veilige sfeer gecreëerd werd binnen de PMT. Zo konden de cliënten bij de PMT aanwezig zijn en voelde ze zich vrij genoeg om hun eigen thema's en onderwerpen in te brengen in een sessie. Wanneer cliënten net nieuw invoegen in de groep brengen ze vaak nog niet zoveel in. Dit kwam vaak langzaam op gang en na een paar weken deden de nieuwste groepsleden ook al vaak eigen inbreng. Dit komt volgens mij vooral doordat er een veilige sfeer gecreëerd is en de therapeut niet veroordeelt en vaak begrijpend is in zijn attitude. Ook zijn de cliënten erg vrij in het inbrengen van thema's en onderwerpen, dit draagt bij aan een prettige werksfeer waarin de cliënt centraal staat en de therapeut er is om te ondersteunen en helpen met de werkdoelen van de cliënten. Soms wordt vanuit het team besloten dat er een bepaald onderwerp aan bod moet komen binnen de PMT dit wordt dan duidelijk aangekondigd en uitgelegd waarom. Dit zorgt voor duidelijkheid en structuur bij de cliënten. Dat cliënten vrij zijn om een aanbod te weigeren geeft ook aan dat de cliënt centraal staat en de therapeut handelt in dienst van de cliënt. Er is binnen deze groep naar mijn idee altijd een werkbare sfeer geweest en hierdoor kon ik ook als stagiaire mijn oefeningen gemakkelijk uitproberen.

Oefeningen spiegelen met de groep

Binnen het behandelplan BED heb ik 3 oefeningen met de spiegel uitgeprobeerd, het doel is dat deze oefeningen vast in het behandelplan komen. Deze oefeningen beschrijf ik hieronder. In het volgende hoofdstuk evalueer ik de resultaten van deze oefeningen.

Oefening 1, Lichaamsbeleving

Activiteit: De cliënt staat voor de spiegel, de groep zit erachter. De cliënt kijkt naar zichzelf en gaat haar eigen uiterlijk beschrijven aan de groepsgenoten. Het is de bedoeling dat de cliënt letterlijk beschrijft wat ze ziet, dit mogen dus geen interpretaties en gedachten zijn. Cliënt moet beschrijven hoe zij eruit ziet aan de anderen alsof zij het niet kunnen zien. De groep kan hierna feedback geven.

Doelstelling: Het doel van deze oefening is de cliënt haar uiterlijk anders te laten bekijken. Cliënten met deze stoornis kijken vaak heel negatief naar zichzelf en kunnen hun eigen uiterlijk niet meer los zien van gedachten en interpretaties. Op deze manier kunnen cliënten oefenen met het kijken naar zichzelf op een andere manier dan ze normaal doen. Ook kan dit een oefening zijn voor cliënten die spiegels mijden. Op deze manier kunnen ze binnen PMT oefenen met kijken naar zichzelf.

Oefening 2, Lichaamsbeleving

Activiteit: De cliënt staat voor de spiegel, de groep zit erachter. De cliënt kijkt naar zichzelf in de spiegel en gaat hardop haar gedachten uitspreken die ze heeft als ze in de spiegel kijkt. Dit kan vaak erg confronterend zijn. De groep kan ingeschakeld worden om feedback te geven.

Doelstelling: Op deze manier wordt de cliënt zich bewust van alle negatieve gedachten rondom haar eigen uiterlijk. Het is de bedoeling dat de cliënt hier inzicht in krijgt wat dit eigenlijk met haar lichaamsbeleving doet en eventueel erachter komen waarom ze dit doet en hoe ze dit anders kan doen. Dit zodat ze makkelijker naar zichzelf kan kijken en de lichaamsbeleving positiever kan worden. Deze oefening kan heel confronterend zijn en is dus ook niet voor iedere cliënt geschikt. Ook heeft niet iedere cliënt last van negatieve gedachten en dan is deze oefening ook niet nodig.

Oefening 3, Lichaamsbeleving

Activiteit: De cliënt staat voor de spiegel, de groep zit erachter. De cliënt kijkt naar zichzelf in de spiegel en gaat haar uiterlijk beoordelen. Zij moet omschrijven wat mooi is, wat neutraal is en wat minder mooi is. Hierna kan de groep feedback geven.

Doelstelling: Cliënten leren naar zichzelf te kijken zonder dat ze alles mooi of perfect hoeven te vinden. Ook de minder mooie kanten kunnen bekijken in de spiegel. Zo zullen zij een reële perceptie krijgen van het eigen lichaam. Lichaamsacceptatie kan ook een doel zijn.

5. Resultaten

De resultaten zijn onderzocht met behulp van een interview met 3 cliënten binnen de groep, deze cliënten hebben alle drie voor de spiegel gestaan en één of meerdere oefeningen uitgevoerd. Ik heb een week na de oefeningen interviews afgenomen aan de hand van een zelf samengestelde vragenlijst (Bijlage 1). Deze is te vinden als bijlage. De interviews heb ik samengevat om zo de resultaten te kunnen beschrijven. Cliënt vijf heeft oefening twee gedaan, cliënt één oefening drie en cliënt vier oefening één en twee. Dit zo omdat de cliënten verschillende persoonlijke doelen hebben en ook omdat ik niet de tijd had om alle oefeningen per cliënt uit te voeren. Ook kan het zo zijn dat één cliënt geen baat heeft bij één van de drie oefeningen en dat de 2 andere bijvoorbeeld veel beter passen bij deze cliënt en haar doelen. Ik had graag nog wat meer geëxperimenteerd en de oefeningen met nog meer cliënten gedaan zodat ik ook iets meer resultaten zou hebben maar dit was niet mogelijk binnen mijn stageplek.

Samenvatting interview cliënt vijf

Deze cliënt heeft gewerkt aan haar negatieve zelfbeeld, haar negatieve lichaamsbeeld en het leren accepteren wie zij is. Ze vertelt erg onzeker te zijn over zichzelf en hierdoor durft ze niet veel te ondernemen, haar zelfbeeld en onzekerheid belemmeren haar in sociale situaties. Ze heeft de oefeningen als heel moeilijk ervaren, vooral de eerste keer voor de spiegel staan vond ze erg spannend. Dit ook omdat ze thuis eigenlijk alleen haar gezicht bekijkt en verder niet voor de spiegel staat. Achteraf is ze blij dat ze het toch gedaan heeft omdat het haar veel opgeleverd heeft. Tijdens de oefening kwam naar boven dat ze wel heel veel negatieve gedachten over haar eigen uiterlijk heeft. Dit wist ze zelf wel, maar niet dat dit er zoveel waren. Tijdens de sessie heeft de therapeut een terugkoppeling gemaakt naar haar pestverleden en is ze erachter gekomen dat ze eigenlijk door is gegaan met het pesten van zichzelf. Cliënt is hier erg van geschrokken en er bewust van geworden wat ze eigenlijk doet. Doordat ze zich hier bewust van geworden is wil ze dit graag veranderen. Ze denkt dat het voor haar makkelijker wordt om zichzelf te accepteren en dat ze ook makkelijker sociale contacten aan durft te gaan als deze gedachten minder worden. Ze geeft aan veel aan deze oefening gehad te hebben en de oefening ook zeker aan te raden aan andere cliënten. Wel zegt ze erbij dat het een hele confronterende, moeilijk oefening voor haar geweest is. Ze zegt dat het haar verstandig lijkt dit niet te vroeg in de behandeling te doen, maar dat je er echt klaar voor moet zijn. Ze geeft aan dat het haar belangrijk lijkt dat je je goed voelt op een dag dat je deze oefeningen gaat doen. De therapeut heeft ze als steunend en confronterend ervaren en dat vond ze fijn.

Samenvatting interview cliënt één

Deze cliënt heeft gewerkt aan haar doelen: meer balans vinden tussen innerlijk en uiterlijk en meer zelfvertrouwen in zichzelf en eigen kunnen. Cliënt is erg ontevreden met haar lichaam en vindt alles eigenlijk negatief. Daarom hebben we gekozen om de derde oefening met deze cliënt te doen. De cliënt heeft de oefening met de spiegel vooral als heel moeilijk ervaren. Ze vertelt geneigd te zijn om alles onder minder mooi te plaatsen. Ze vindt het erg lastig om dingen aan haar zelf mooi te vinden. Dit vond ze erg confronterend en heeft haar aan het nadenken gezet. Eigenlijk komt ze er dan achter dat ze het gewoon heel lastig vindt om goed naar zichzelf te kijken. Daarom was deze oefening misschien voor haar nog wel te moeilijk geeft ze aan. Ze denkt dat dit ook kan komen doordat ze deze oefening vrij vroeg in haar behandeling heeft gedaan en er misschien nog niet klaar voor was. Op verzoek heeft ze deze oefening later nogmaals gedaan en toen kon ze beter kijken en beschrijven wat ze mooi en niet mooi vindt. Ze vertelt dat ze wel wat aan de oefening heeft gehad, de eerste keer alleen niet echt. Toen heeft het haar wel aan het denken gezet en bewust gemaakt dat ze eigenlijk niet in de spiegel kijkt en dat ze alles aan haar zelf negatief vindt. Dit tweede wist ze eigenlijk al. De tweede keer dat ze de oefening deed heeft het haar meer geholpen en haar tip is ook

om dit niet te vroeg in de behandeling te doen omdat er dan nog teveel speelt. De oefening heeft uiteindelijk wel bijgedragen aan haar doel de balans vinden tussen innerlijk en uiterlijk. Dit omdat ze nu ook meer naar haar uiterlijk durft te kijken en ze dus een wat positievere lichaamsbeleving ervaart. Ze kan deze oefening wel aanraden maar niet voor iedereen, omdat ze denkt dat het voor sommige cliënten te confronterend kan zijn. Ze zegt nogmaals dat het zeker niet te vroeg moet gebeuren in de behandeling, hier moet de therapeut volgens haar alerter op zijn.

Samenvatting interview cliënt vier

Deze cliënt heeft een erg vertekend lichaamsbeeld en een negatief zelfbeeld. Aan deze doelen heeft ze gewerkt. Ze vertelt dat haar lichaamsbeeld niet klopt en ze vaak schrikt als ze in de spiegel kijkt. Haar lichaamsbeleving is hierdoor erg negatief, maar dit heeft geen invloed op sociale situaties. Wel ervaart ze last met inschatten van haar lichaam en bijvoorbeeld met het passen van kleding. Deze negatieve ervaringen kunnen voor de cliënt leiden tot een eetbui. Ze heeft eerst de eerste oefening gedaan. Dit was voor haar heel erg lastig, ze werd geconfronteerd met haar niet kloppende lichaamsbeeld en het kostte haar erg veel moeite om een goede beschrijving te doen. Hiermee heeft ze meerdere keren geoefend door even opnieuw te beginnen of haar beschrijving aan te passen nadat de therapeut een vraag stelde. Ze heeft de oefening als erg moeilijk maar wel heel erg nuttig ervaren. De oefening heeft haar geholpen om naar zichzelf te kijken zodat haar lichaamsbeeld langzaam weer kloppend kan worden. Dit is in het begin confronterend en moeilijk maar ze begrijpt dat het zo is en dat het voor haar beter zou zijn als haar lichaamsbeeld kloppend is. Ze geeft aan erg veel aan de oefening gehad te hebben en is hier nog op terug gekomen binnen de psychotherapie. De cliënt heeft de opstelling en attitude van de therapeut erg fijn ervaren. Ze vertelt dat de therapeut in het begin heel steunend en begripvol was. Dat vond ze fijn omdat ze het in het begin erg moeilijk had. Toen de oefening vorderde heeft de therapeut ook wat confronterende interventies gedaan en dat was soms even lastig maar ze denkt dat ze er zo wel alles uitgehaald heeft. De therapeut zette haar aan het denken en hierdoor kon ze verder. Ze zou deze oefening zeker aanraden voor andere cliënten omdat het haar erg geholpen heeft in haar doelen. De tweede oefening vond ze zelf veel minder bruikbaar. Die wilde ze zelf graag doen nadat een andere cliënt deze voor de groep gedaan had. Uiteindelijk kwam eruit dat ze niet echt veel negatieve gedachten had maar vooral te veel positieve gedachten die niet kloppen met haar lichaam. Dit heeft ze als te confronterend ervaren en hier heeft ze niet echt wat aan gehad. Behalve dan dat ze zich hier bewust van geworden is dat haar lichaamsbeeld wel erg vertekend is. Dit had van haar zelf niet hoeven op deze manier.

Samenvatting resultaten

Ik denk dat de oefeningen alle drie goed gebruikt kunnen worden binnen deze behandeling, wel moet er per cliënt gekeken worden welke oefening passend is en welke interventies nodig zijn. Zoals hierboven te lezen zijn niet alle ervaringen positief en moet er goed naar de verschillende doelen gekeken worden voordat er gekozen wordt voor één van de oefeningen. De attitude van de therapeut is belangrijk voor de cliënten, **dit omdat het werken met de spiegel ook negatief kan uitpakken zoals in de theorie beschreven. Hierom is het belangrijk dat de therapeut met zorg handelt en een passende attitude aanneemt.** Ook komt er naar voren dat de oefeningen vaak erg lastig zijn en confronterend, alle cliënten adviseren om het niet te vroeg in de behandeling te doen. Dit is een goede uitkomst om rekening mee te houden in de toekomst.

Zelf heb ik ervaren dat cliënten het heel erg spannend en eng vinden om met hun lichaamsbeleving aan de slag te gaan. Wel willen ze er graag wat aan doen, dit omdat het ze vaak belemmert in bijvoorbeeld sociale situaties. Wat ik gemerkt heb nadat we de eerste oefening met de spiegel gedaan hadden is dat er meer cliënten aangaven dat ze ook wel last hadden van dit thema en er ook

mee aan de slag wilde gaan. Ik denk dat er wel voorzichtig mee omgegaan moet worden ook vooral omdat het ook negatief kan uitpakken en dat niet de bedoeling is. Als therapeut vind ik het belangrijk dat je goed op de signalen blijft letten die de cliënten geven. Dit heb ik gedaan aan de hand van LECS. Ook heb ik veel gevraagd naar hoe het met de cliënt ging op het moment en heb ik ze verteld dat ze elk moment mogen stoppen als het teveel wordt. Ik denk wel dat dit noodzakelijk is, een cliënt moet niet doorgaan als zij er niet meer bij is, dan is er misschien zelfs kans op dissociëren. De uitvoering van de oefeningen verliep verder goed en daarom vind ik de oefeningen ook zeker voor herhaling vatbaar.

6. Conclusie

Vraagstelling:

Hoe kan het werken met de spiegel in een groep cliënten met Binge Eating Disorder als middel gebruikt worden om te komen tot een positievere lichaamsbeleving binnen de PMT?

Mijn conclusie is dat het werken met de spiegel zeker als middel gebruikt kan worden om te komen tot een positievere lichaamsbeleving binnen de PMT, **dit is in ieder geval gelukt bij de drie cliënten die de oefeningen hebben uitgevoerd**. Ik kan deze conclusie trekken aan de hand van de resultaten die beschreven zijn in hoofdstuk 5 en door middel van literatuuronderzoek, interviews en observaties van de groep die als casus heeft gediend. Ik kreeg vanuit de groep veel positieve reacties op de oefeningen die ik heb gebruikt om te werken met de spiegel. **Wel heb ik dit onderzoek maar gedaan met 3 cliënten uit de casusgroep. Dit is wel een kleine hoeveelheid voor het onderzoeken van deze oefeningen. Ik denk dat wanneer de oefeningen bij grotere groepen onderzocht zouden worden er ook meer verschillende feedback uit zou komen en dan zou de conclusie ook harder zijn. Dan is er meer bewijsmateriaal, ik beseft dat dit bij mijn onderzoek erg weinig is. Daarom wil ik de conclusie wel maken maar toch zal ik meer onderzoek aanbevelen om betere resultaten te verwerven. Wel moet er ook bij gezegd worden dat het niet altijd positief uitpakt, dus er moet per cliënt bekeken worden of het werken met de spiegel kan helpen om te komen tot een positievere lichaamsbeleving. Wel concludeer ik dat als dit zo is het werken met de spiegel een welkome aanvulling is op de behandeling van Binge Eating disorder binnen de PMT.**

Binge Eating Disorder cliënten leren binnen de PMT om anders om te gaan met de lichaamsbeleving. Hierdoor kunnen ze minder last ervaren van hun negatieve lichaamsbeleving of zelfs een positievere lichaamsbeleving krijgen. Psychomotorische Therapie speelt in op concrete lichaamservaringen maar ook op gedachten en gevoelens. Deze combinatie kan ervoor zorgen dat cliënten hun eigen gedachten en gevoelens leren herkennen en er dus anders mee om kunnen gaan. Cliënten werken met behulp van bewegings- en lichaamsgerichte oefeningen binnen bepaalde thema's aan hun eigen psychosociale klachten en problemen. Hierdoor kunnen ze sneller hun eetstoornis onder controle krijgen. Dit onderzoek is uitgevoerd binnen één thema, namelijk de lichaamsbeleving. Ik ga er vanuit dat dit een onderdeel is van de behandeling en een onderdeel van het herstel. Met een positieve lichaamsbeleving is niet meteen de eetstoornis weg maar dit kan wel een onderdeel zijn van het herstel. **Dit staat ook beschreven in de theorie en is onderzocht door Probst(2001).**

Door middel van deze casestudy hoop ik een invoeging te kunnen doen in het bestaande behandelplan voor de cliënten met Binge Eating Disorder binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deze casestudy heb ik ondersteund met literatuur, interviews, observatie, de modaliteiten van Psychomotorische therapie en diagnostiek van een behandelgroep BED binnen mijn stagecontext. Ik denk dat dit gelukt is, de activiteiten die ik uitgevoerd heb zijn goed verlopen en heb ik allemaal binnen de groep uit kunnen voeren. Wel is het belangrijk dat er goed naar de doelen wordt gekeken en zo een passende oefening uitgekozen wordt. Niet iedere oefening is geschikt voor elke cliënt. Dit moet zorgvuldig gebeuren zodat cliënten niet de dupe worden van een verkeerde oefening en zo alleen nog maar meer in een negatieve lichaamsbeleving komen. Dit is de taak van de PMT'er om dit zorgvuldig uit te kiezen.

Ik heb zelf de oefeningen aangeboden en heb mede door het afnemen van interviews gemerkt dat de oefeningen voor veel resultaten hebben gezorgd. Cliënten durven nu langzaam maar zeker meer in de spiegel te kijken en kunnen hun negatieve gedachten gaan herkennen en zelfs gaan aanpassen, zodat ze hier in het dagelijks leven minder of zelfs geen last meer van ervaren. Ik kon merken dat cliënten meer zelfvertrouwen kregen en zich minder gingen schamen voor hun eigen lichaam. Wel is

dit een proces en verandert dit niet in één keer. Cliënten moeten bezig blijven met dit doel en er zelf mee verder gaan, de oefeningen kunnen herhaald worden om te kijken of er verschillen zijn ontstaan.

Ik kan mijn stageadres aanbevelen om dit soort spiegel oefeningen op te nemen in de behandeling en standaard te gebruiken binnen de PMT.

7. Discussie

Ik ben redelijk tevreden over de manier waarop ik deze scriptie heb aangepakt. Ik zou alleen de onderzoeken graag nog met een wat grotere groep uitvoeren. Dit omdat drie cliënten toch wel erg weinig is om resultaten uit op te maken. Ook het trekken van een conclusie wordt dan lastig. Met een groter aantal heb je meer bewijslast. Ik heb uit de literatuur veel dingen gehaald die ik eigenlijk in de praktijk ook al was tegengekomen. Het beeld wat de literatuur van de doelgroep schetst klopt na mijn idee ook wel. Alleen blijft het wel zo dat iedere cliënt met een eetstoornis anders is en andere persoonlijke doelen heeft. Daar word op mijn stageplek veel rekening mee gehouden en dat zie ik als positief. Ik ben het ook eens met de theorie dat lichaamsbeleving belangrijk is bij het behandelen van een eetstoornis. Vooraf aan mijn stage had ik dit besef totaal niet, ik dacht dat cliënten alleen problemen hadden met eten. Maar ik ben er achter gekomen dat de hele lichaamsbeleving vaak niet klopt, dat cliënten vaak een vertekend zelfbeeld hebben en dat dit erg veel invloed heeft op het dagelijks leven. Er wordt ook niet voor niets al erg veel gedaan in de behandeling van bijvoorbeeld Anorexia en Boulimia Nervosa wat betreft lichaamsbeleving. Ik denk dat deze lijn doorgetrokken moet worden naar de Binge Eating Disorder en misschien ook zelfs in de behandeling van Obesitas opgenomen moet worden. Verder denk ik ook dat negatieve lichaamsbeleving en een laag zelfvertrouwen veel invloed hebben op het in stand houden van een eetstoornis en cliënten door middel van eten een stukje controle over hun lichaam proberen te houden. Ik kan me voorstellen dat dit erg moeilijk is om los te laten en daarom ook lastig te behandelen is. Wel geloof ik dat een betere lichaamsbeleving hieraan kan bijdragen en daarom doe ik ook de aanbeveling om het werken met spiegels om te komen tot een positievere lichaamsbeleving toe te voegen aan het huidige behandelprogramma voor Binge Eating Disorder.

Literatuurlijst

Boeken & artikelen

American Psychiatric Association. DSM IV TR (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.

Beroepsprofiel NVPMT, 2004

Behandeltraject voor Binge Eating Disorder(2010), PsyQ Psycho-medische Programma's

Glassman, William E. (1995) *Stromingen in de psychologie*. Baarn: HB Uitgevers

Jansen, A., Nederkoorn, C., & Mulken, S. (2005). *Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. Behaviour Research and Therapy*.

Jansen, A., Nederkoorn, C., Smeets, T., Havermans, R. & Martijn, C. (2006) *Jij ziet, jij ziet wat ik niet zie. Het vertekende lichaamsbeeld van gezonde vrouwen*. De Psycholoog, 41, 518-526.

Probst M., De rol van de lichaamsbeleving in de psychomotorische therapie bij patiënten met eetstoornissen (2001). In: M. Probst, & R. Bosscher (Eds.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie* (63-90). Zeist: Cure & Care publishers.

Rekkers, M.E. & Schoemaker, E. (2002). *Gewichtige lichamen. Lichaamsbeleving en eetstoornissen*. Leuven: Acco.

Vanderlinden, J. (2002) *Boulimie en eetbuien overwinnen*. Tiel: Lannoo

Readers

Luuk W. Sietsma (2007-2008) *Diagnostiek, indicatie en behandeling*, reader Windesheim G041

Luuk W. Sietsma (2005-2006) *Bewegingagogie en psychomotorische therapie*, reader Windesheim G006

Internet

Van Dale online woordenboek <http://www.vandale.nl>

Nederlandse Academie voor Eetstoornissen

http://www.eetstoornis.info/nae/cms_ken3.nsf/viewdoc/1157CBD205936F22C125727D0070CF60

Richtlijn eetstoornissen <http://www.richtlijn-eetstoornissen.nl/>

Bijlagen

Bijlage 1 Interview vragenlijst.

1. Aan welke doelen heb je gewerkt die te maken hebben met lichaamsbeleving?
2. Hoe heb je de oefening met de spiegel ervaren?
3. Heb je iets aan deze oefening gehad? Zo ja, wat?
4. Heeft deze oefening bijgedragen aan jouw persoonlijke doelen? Zo ja hoe?
5. Aan welke oefening heb je het meeste gehad?
6. Zou jij deze oefening aanraden aan medegroepsgenoten met een zelfde stoornis of hetzelfde doel?
7. Wat vond je van de opstelling van de therapeut?
8. Heb je nog verbeterpunten voor deze oefening(en)?

Bijlage 2 uitwerking oefeningen

Oefening 1, Lichaamsbeleving

Activiteit: De cliënt staat voor de spiegel, de groep zit erachter. De cliënt kijkt naar zichzelf en gaat haar eigen uiterlijk beschrijven aan de groepsgenoten. Het is de bedoeling dat de cliënt letterlijk beschrijft wat ze ziet, dit mogen dus geen interpretaties en gedachten zijn. Cliënt moet beschrijven hoe zij eruit ziet aan de anderen alsof zij het niet kunnen zien. De groep kan hierna feedback geven.

Doelstelling: Het doel van deze oefening is de cliënt haar uiterlijk anders te laten bekijken. Cliënten met deze stoornis kijken vaak heel negatief naar zichzelf en kunnen hun eigen uiterlijk niet meer los zien van gedachten en interpretaties. Op deze manier kunnen cliënten oefenen met het kijken naar zichzelf op een andere manier dan ze normaal doen. Ook kan dit een oefening zijn voor cliënten die spiegels mijden. Op deze manier kunnen ze binnen PMT oefenen met kijken naar zichzelf.

Interventies: Doe de oefening in tweetallen en beschrijf aan de ander hoe je eruit ziet. De ander mag op dat moment niet naar jou kijken. Dus beschrijf je uiterlijk zoals je dat aan een blinde zou doen. Afstand van de spiegel aanpassen, dichterbij/verder af.

Interventies op je eigen observaties, vragen naar wat je ziet.

Transfer naar het kijken in de spiegel thuis, navragen hoe cliënt dat doet.

Hoe is het om zo te kijken?

Waar merk je dat aan?

Wat doet het met jou als je jezelf zo beschrijft?

Wat raakt je? Waaraan merk je dat?

Inschakelen van de groepsgenoten, vragen naar feedback.

Terugblik oefening: Ik heb de oefening uitgevoerd binnen de groep met een cliënt die centraal staat. De cliënt vond het erg lastig een goede beschrijving van zichzelf te maken. Ze was erg snel klaar en ik heb meerdere malen gevraagd naar details voordat ze er wat meer uitkwam. De cliënt gaf aan dat ze het al lastig vond om alleen goed te kijken. Ik vraag waaraan ze dit merkt. Ik vraag haar daarna opnieuw te beginnen en te bedenken dat ze zichzelf aan iemand moet beschrijven die haar nog nooit gezien heeft en haar moet herkennen in een drukke plaats zoals een treinstation. Nu gaat het iets beter, de cliënt geeft aan dat ze het wel erg moeilijk vindt en ik vraag waarom. Ze vertelt dat ze zichzelf altijd minder dik inbeeldt en dit toch erg confronterend is. Ik geef aan haar te begrijpen en vertel dat dit me lastig lijkt en het me beter lijkt dat ze een wat kloppender beeld van zichzelf krijgt. Daar is ze het zeker mee eens. Nu vraag ik haar of de beschrijving voldoende is of dat ze nog wat aan wil passen. Daarna mag de groep feedback geven en sluiten we de sessie gezamenlijk af. We komen volgende week nog even terug op het spiegelen. Dan geeft de cliënt aan dat het haar erg veel geholpen heeft en het haar veel inzichten heeft opgeleverd. Ik denk dat deze oefening vooral goed ingezet kan worden als cliënten helemaal niet naar zichzelf kijken en als cliënten moeite hebben met het inschatten van zichzelf en het neutraal kijken naar zichzelf. Deze cliënt heb ik niet hoeven corrigeren maar het kan ook voorkomen dat cliënten erg in hun gedachten blijven en niet goed kunnen kijken. Dan kunnen interventies meer gericht zijn op het afremmen van de gedachten. Als therapeut is het belangrijk om goed in te kunnen leven in de cliënt en goed te kijken naar wat er gebeurt. Daar kan je dan weer interventies op doen en eventueel ook de oefening stoppen als het te moeilijk wordt of de verkeerde kant op gaat.

Oefening 2, Lichaamsbeleving

Activiteit: De cliënt staat voor de spiegel, de groep zit erachter. De cliënt kijkt naar zichzelf in de spiegel en gaat hardop haar gedachten uitspreken die ze heeft als ze in de spiegel kijkt. Dit kan vaak erg confronterend zijn. De groep kan ingeschakeld worden om feedback te geven.

Doelstelling: Op deze manier wordt de cliënt zich bewust van alle negatieve gedachten rondom haar eigen uiterlijk. Het is de bedoeling dat de cliënt hier inzicht in krijgt wat dit eigenlijk met haar lichaamsbeleving doet en eventueel erachter komen waarom ze dit doet en hoe ze dit anders kan doen. Dit zodat ze makkelijker naar zichzelf kan kijken en de lichaamsbeleving positiever kan worden.

Deze oefening kan heel confronterend zijn en is dus ook niet voor iedere cliënt geschikt. Ook heeft niet iedere cliënt last van negatieve gedachten en dan is deze oefening ook niet nodig.

Interventies: Vragen hoe het is om dit hardop uit te spreken.

Wat doet dit met je? Waar merk je dat aan?

Doe je dit altijd voor de spiegel?

Waarom doe je dat?

Wat doen deze gedachten met je?

Doe je dit alleen voor de spiegel of ook in andere situaties?

Merk je hoe kwetsend deze gedachten zijn?

Help je jezelf hiermee?

Hoe zou je dit anders kunnen doen?

Feedback geven, feedback van groepsleden vragen.

Terugblik oefening: De oefening heb ik gedaan met een cliënt die erg veel last ervaart van haar negatieve gedachten, deze beïnvloeden haar eigenlijk altijd. Ze wordt hier onzeker van en durft geen sociale contacten aan te gaan. De oefening begon en na het voorstel geeft de cliënt aan het erg lastig te vinden. Ik vraag haar of ze verder wil gaan, dit wil ze wel. Ze geeft aan dat ze eerst even alleen wil kijken omdat ze dit eigenlijk ook nooit doet. Als ze aan het kijken is vraag ik hoe het is voor haar om te doen. Ze vindt het lastig maar het valt mee, ze kan wel echt kijken en erbij blijven. Hierna vraag ik haar hardop haar gedachten uit te spreken. Ze begint en na de eerste paar gedachten wordt het al erg emotioneel en ik vraag haar wat haar raakt. Dan begint ze te vertellen over haar pestverleden, dat dit de dingen zijn die ze altijd tegen haar zeiden vroeger. Ik vraag of ze doorheeft dat ze zichzelf eigenlijk pest. Ze zegt dat ze dit nooit zo door heeft gehad maar dit nu pas merkt. Hier wordt ze erg emotioneel van en ik vraag of ik het gordijn voor de spiegel moet doen. Ze knikt ja, het is nu naar mijn idee genoeg geweest. Ik vraag iedereen weer een kring te maken voor een gezamenlijke afsluiting. Ik vraag de cliënt of ze nog feedback wil van de groep maar dat hoeft even niet, ze geeft aan dat haar een heleboel duidelijk is geworden en dat ze er volgende keer op terug wil komen. Dit doen we de week erop en ze vertelt hoe het haar bezig heeft gehouden. Ze wil met haar negatieve gedachten aan de slag en vertelt dat de oefening haar erg geholpen heeft maar wel moeilijk was. Toen het pestverleden naar boven kwam ben ik wat voorzichtiger geworden en heb ik de cliënt goed in de gaten gehouden. Ze had het erg moeilijk maar ik ben er van overtuigd dat het erg nuttig was. We hebben ook afgesproken nog een keer met de spiegel te werken.

Oefening 3, Lichaamsbeleving

Activiteit: De cliënt staat voor de spiegel, de groep zit erachter. De cliënt kijkt naar zichzelf in de spiegel en gaat haar uiterlijk beoordelen. Zij moet omschrijven wat mooi is, wat neutraal is en wat minder mooi is. Hierna kan de groep feedback geven.

Doelstelling: Cliënten leren naar zichzelf te kijken zonder dat ze alles mooi of perfect hoeven te vinden. Ook de minder mooie kanten kunnen bekijken in de spiegel. Zo zullen zij een reële perceptie krijgen van het eigen lichaam. Lichaamsacceptatie kan ook een doel zijn.

Interventies: Beschrijf eerst de positieve punten van jezelf. Wat vind je mooi? Wat krijg je van anderen voor complimenten? Ben je het daarmee eens?

Hoe is dit om te doen?

Wat is lastig? En waarom?

Hoe voelt het om minder mooie dingen op te noemen?

Hoe kijk je normaal in de spiegel?

Hoe is het om zo te kijken? Merk je verschil?

Waaraan merk je dat?

Hoe zou je dit anders kunnen doen als je thuis kijkt?

Terugblik oefening: Deze oefening heb ik gedaan met een cliënt die erg ontevreden is met haar eigen lichaam. Ze vindt het lastig om te doen, ook spannend vooraf maar wil graag oefenen met de spiegel.

Als we de oefening starten heeft de cliënt de neiging om alleen de minder mooie dingen op te noemen, ik vraag haar meerdere malen naar positieve punten en ook naar complimenten van anderen. Hierna komt ze tot twee dingen die ze mooi vindt. Als ik haar vraag hoe het is om zo te kijken geeft ze aan dat ze het moeilijk vindt om niet alles als een geheel te zien en dat ze normaal nooit op deze manier kijkt. Ze komt er achter dat ze nooit echt naar zichzelf kijkt maar vooral alleen maar lelijke dingen ziet. Ik vraag haar wat het met haar doet als ze anders kijkt, ze geeft aan dat ze onzeker wordt als ze beter kijkt, ze wordt onrustig als ze bezig is maar ze ziet ook positieve punten. We vragen feedback van de groep, daar krijgt ze veel meer positieve punten terug en ik vraag of ze dit kan horen. Dit vindt ze lastig ze is geneigd om deze complimenten weg te wuiven. Dus vraag ik haar of de groep liegt. Dan zegt ze nee en beseft ze wat ze eigenlijk doet. We sluiten hierna de sessie af. Ik denk dat deze oefening goed kan werken maar niet voor iedereen zin heeft.