

I LIKE NEED TO MOVE IT, MOVE IT!

Een effectonderzoek bij cliënten met een eetstoornis die overmatig bewegingsgedrag vertonen.

Naam student: Nicole Doest

Naam begeleider: Fred Dijk

Naam beoordelaar: Jeannette Verhoeven

School: Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle

Opleiding: Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie

Datum: 13 juni 2012

Voorwoord

In deze afstudeeropdracht komen twee interesses samen. Ik heb mijn eindstage gelopen in het Antonius Ziekenhuis te Utrecht, afdeling Psychiatrie en Psychologie, bij Gaudia Orebor-Galama. Vanaf moment één vond ik haar een bewonderenswaardig persoon en zag ik hoe zeer zij op de afdeling gewaardeerd werd, zowel door de cliënten als de medewerkers. Cliënten kwamen de psychomotorische therapie binnen met zelfgekozen thema's, waar zij keer op keer weer op een goede manier op aansloot. Ik kan en kon alleen maar denken "dat wil ik later ook kunnen!". Mijn tweede interesse is het overmatig bewegingsgedrag bij cliënten met een eetstoornis. Elke keer deden deze cliënten mij weer versteld staan dat zij met hun ondergewicht nog tot zulke (sportieve) prestaties in staat waren. Deelnemers van bijvoorbeeld het televisieprogramma Expeditie Robinson laten na een korte tijd honger en al een sterke mentale en motorische vertraging zien. Hoe kunnen deze cliënten dan maar door en door gaan?

Dat deze interesses niet zo maar samen komen in één afstudeeropdracht heb ik mogen merken gedurende de tijd dat ik met deze opdracht bezig ben geweest. Ik heb bijvoorbeeld te groot en te ingewikkeld gedacht en vond het erg moeilijk om de juiste vragenlijsten te vinden. Maar uiteindelijk kwam ik na enkele drempels toch op dit eindresultaat. Mijn scriptie is klaar, ik ben er erg trots op en wens jullie veel leesplezier!

Ik wil dit voorwoord afsluiten door een aantal mensen te bedanken die mij tijdens dit proces hebben ondersteund en geholpen, zonder deze mensen was deze scriptie er niet gekomen.

- Gaudia Orebor-Galama, omdat zij mijn stage en scriptie heeft begeleid op haar eigen unieke manier, daar kan ik haar niet meer dan genoeg voor bedanken.
- Nicole Plandsoen, psycholoog en hoofdbehandelaar van de eetgerichte groep, die mij haar visie heeft gegeven op dit opvallende verschijnsel.
- De cliënten van de eetgerichte groep, omdat zij allemaal hun medewerking hebben verleend aan dit onderzoek.
- Mijn ouders, omdat zij mij tijdens het maken van mijn scriptie altijd met twee benen op de grond hebben gehouden en mij de nodige momenten van ontspanning hebben geboden.
- Remko Kleinveld, omdat hij mij wederom wilde helpen met het maken van een mooi voorblad.

Samenvatting

In dit onderzoek is het effect onderzocht van psychomotorische therapie op het verminderen van het compensatiegedrag overmatig bewegen bij cliënten met een eetstoornis. Het onderzoek heeft plaats gevonden in het Antonius Ziekenhuis te Utrecht, afdeling Psychiatrie en Psychologie. De onderzoeksgroep bestaat uit vijf cliënten die in behandeling zijn in de eetgerichte groep van de intensieve vijfdaagse behandeling. De onderzoeksgroep heeft drie vragenlijsten ingevuld, de Exercise Dependence Questionnaire, de Obligatory Exercise Questionnaire en de Drive for Activity Questionnaire, voor aanvang en na afloop van een 8 weken durend PMT-programma gericht op de behandeling van eetstoornissen. De resultaten hiervan zijn door middel van een semigestructureerd interview met de onderzoeksgroep besproken om zo een interpretatie te kunnen doen over het stijgen, dalen of gelijk blijven van de meetresultaten. Uiteindelijk blijkt dat er door de onderzoeksgroep voornamelijk positieve resultaten zijn behaald op de Exercise Dependence Questionnaire, welke de afhankelijkheid van bewegen meet. Dit betekent dat er bijvoorbeeld minder irritatie optreedt als er niet gesport of bewogen kan worden, dat er realistischere gedachten zijn ontstaan rondom de effecten van bewegen of dat de drang om het eten te compenseren gedaald is. Op de andere vragenlijsten, de Obligatory Exercise Questionnaire (dwangmatigheid) en Drive for Activity Questionnaire (bewegingsdrang) zijn wisselende resultaten gemeten. De resultaten maken twee groepen zichtbaar de cliënten met boulimia nervosa en een eetstoornis niet anderszins omschreven, en de cliënten met anorexia nervosa. Uit de resultaten blijkt dat de cliënten met boulimia nervosa of een eetstoornis niet anderszins omschreven wel positief effect ondervinden van de psychomotorische therapie wanneer het gaat om de vermindering van de dwangmatigheid en drang rondom bewegen. De cliënten met anorexia nervosa laten echter in de resultaten zien dat zij te weinig positief effect hebben van de psychomotorische therapie om de dwangmatigheid en drang rondom bewegen te kunnen verminderen. Het onderzoek wordt ondersteund door theorie over eetstoornissen, overmatig bewegingsgedrag en de behandeling van dit verschijnsel.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
Inleiding	5
Theoretisch kader	7
Hoofdstuk 1 Eetstoornissen	7
1.1 Eetstoornis	7
1.2 Anorexia Nervosa	7
1.3 Boulimia Nervosa	8
1.4 Eetstoornis Niet Anderszins Omschreven	8
Hoofdstuk 2 Overmatig bewegingsgedrag	10
2.1 Overmatig bewegingsgedrag	10
2.2 Kenmerken overmatig bewegingsgedrag.....	10
2.3 Theorieën over overmatig bewegingsgedrag.....	10
2.4 Therapeutische aanpak van overmatig bewegingsgedrag	11
Hoofdstuk 3 Psychomotorische Therapie.....	12
3.1 Psychomotorische therapie.....	12
3.2 Psychomotorische therapie op de afdeling Psychiatrie van het Antonius Ziekenhuis	12
Methode	13
4.1 Onderzoeksgroep	13
4.2 Onderzoeksmethode.....	13
4.3 Onderzoeksprocedure.....	13
4.4 Meetinstrumenten	13
Resultaten	15
Discussie.....	18
Conclusie.....	19
Aanbevelingen	21
Literatuurlijst	22
BIJLAGE 1	23
BIJLAGE 2	25
BIJLAGE 3	27
BIJLAGE 4	28
BIJLAGE 5	29

Inleiding

Aanleiding voor dit onderzoek is het feit dat er op dit moment veel nadruk gelegd wordt op evidence based medicine, oftewel wetenschappelijk onderbouwde gezondheidszorg. Vaak wordt er gesproken over wetenschappelijk verantwoorde praktijk. Dit wordt vertaald in richtlijnen, beslismomen en protocollen (Vandereycken, 2008). Op de afdeling Psychiatrie van het Antonius Ziekenhuis in Utrecht wordt er tijdens de psychomotorische therapie niet protocollair gewerkt, maar juist vanuit de inbreng van de cliënten. Deze inbreng bepaalt hoe de sessie er op dat moment uit gaat zien. Een werkwijze die vanuit de wetenschap niet aanbevolen wordt, maar in de praktijk wel lijkt te werken. Vele cliënten dragen de therapie en de psychomotorisch therapeut een warm hart toe.

Doordat er niet protocollair gewerkt wordt is er geen duidelijk zicht op de effecten die behaald worden met behulp van psychomotorische therapie in de behandeling van cliënten met een eetstoornis. Specifiek in dit onderzoek een wel of geen positief effect op de vermindering van overmatig bewegingsgedrag. Er is gekozen voor de term overmatig bewegingsgedrag omdat dit de overkoepelende term is voor de drie thema's die worden gemeten in de vragenlijsten, afhankelijkheid, drang en dwang. Termen als hyperactiviteit of bewegingsdrang worden ook regelmatig gebruikt in de literatuur en duiden hetzelfde gedrag aan (Probst, 1999). In dit onderzoek zal echter de term overmatig bewegingsgedrag gebruikt worden.

Het doel van dit onderzoek is zicht krijgen op de effecten die behaald kunnen worden met behulp van psychomotorische therapie op de vermindering van overmatig bewegingsgedrag. Deze doelstelling wordt bereikt door het afnemen van drie vragenlijsten, de Exercise Dependence Questionnaire (Ogden et al, 1997), de Obligatory Exercise Questionnaire (Pasma et al, 1988) en de Drive for Activity Questionnaire (Holtkamp, 2003) en een semigestructureerd interview met de onderzoeksgroep. Er is gekozen voor deze vragenlijsten omdat deze een zo volledig mogelijk beeld geven van de mate van overmatig bewegingsgedrag. Andere vragenlijsten die regelmatig worden gebruikt in de behandeling van eetstoornissen, zoals bijvoorbeeld de lichaamsattitudevragenlijst of de anorectic behavior observation scale, nemen dit compensatiegedrag niet zo duidelijk mee in de vraagstellingen (Stuurgroep eetstoornissen Nederland, 1998).

Vanuit de aanleiding en probleemstelling ontstaat de wens om meer duidelijkheid te krijgen over de effecten die behaald kunnen worden in de vermindering van overmatig bewegingsgedrag, wanneer er in de psychomotorische therapie niet geprotocolleerd gewerkt wordt. Deze wens is vorm gegeven in onderstaande vraagstelling:

Welk effect heeft het volgen van twee sessies psychomotorische therapie per week op de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Antonius Ziekenhuis te Utrecht op het compensatiegedrag overmatig bewegen, bij cliënten van de eetgerichte behandelgroep van de intensieve vijfdaagse behandeling?

Onderbouwing voor deze vraagstelling is het feit dat recent onderzoek heeft aangetoond dat een geprotocolleerde werkwijze in de psychomotorische therapie positieve resultaten oplevert in de vermindering van overmatig bewegingsgedrag (Bonekamp, 2009).

De verwachting van een niet protocollaire werkwijze is dat sommige cliënten tijdens de psychomotorische therapie te weinig worden 'gegrepen' op hun compensatiegedrag. Doordat de cliënten zelf de verantwoordelijkheid dragen voor hun inbreng, hebben zij de ruimte om het overmatig bewegen achter te houden. Wel is er de verwachting dat er overlap is in beide werkwijzen door overeenkomstige methodieken. Er wordt door de psychomotorisch therapeut gewerkt vanuit de ervaring dat het toelaten van emoties en gevoelens en deze laten stromen ontspanning betekent. Deze ontspanning zal er ook voor zorgen dat de onrust met betrekking tot bewegen afneemt. Vormen die gebruikt worden om deze doelstelling te behalen worden ook gebruikt in geprotocolleerde behandelingen. De verwachting is er dus ook dat wanneer cliënten de vormen kunnen toepassen die zij aangereikt krijgen in de psychomotorische therapie van de afdeling Psychiatrie van het Antonius Ziekenhuis er een positief effect bereikt kan worden op de vermindering van het overmatig bewegen.

Leeswijzer:

Op pagina 7 tot en met 14 is het theoretisch kader weergegeven. In hoofdstuk 1 wordt het begrip eetstoornissen verder toegelicht, in hoofdstuk 2 wordt het compensatiegedrag overmatig bewegen besproken en het theoretisch kader wordt afgesloten met hoofdstuk 3 waar het begrip psychomotorische therapie wordt verhelderd en meer duidelijkheid wordt gegeven over de psychomotorische therapie op de afdeling Psychiatrie van het Antonius Ziekenhuis. Na het theoretisch kader volgt op pagina 13 tot en met 14 de methode. Hierin wordt de onderzoeksgroep beschreven, de onderzoeksinstrumenten en het verloop van het onderzoek. Op pagina 15, 16 en 17 staan de resultaten weergegeven. Hierop volgt de discussie op pagina 18, in de discussie wordt gereflecteerd op de methode, resultaten en de uitvoering van dit onderzoek. Waarna vervolgens op pagina 19 de resultaten geïnterpreteerd worden. Aan de hand van deze resultaten worden op pagina 21 de aanbevelingen gedaan. Dit onderzoek wordt afgesloten met de literatuurlijst en een aantal bijlagen.

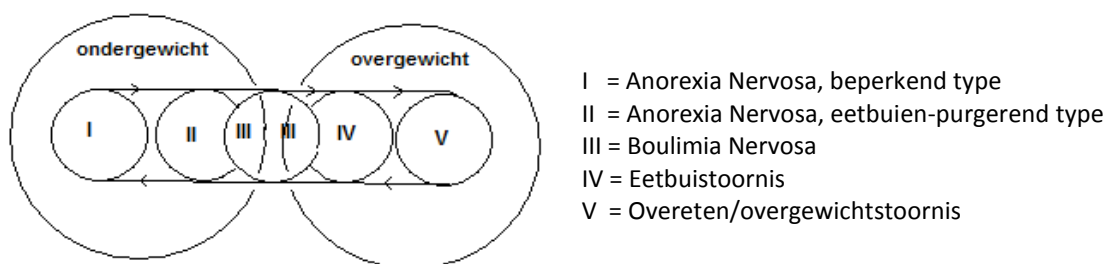
Theoretisch kader

Hoofdstuk 1 Eetstoornissen

1.1 Eetstoornis

“Een eetstoornis wordt gekenmerkt door verstoorde patronen van eten en door een maladaptieve manier om het lichaamsgewicht te beheersen” (Nevid et al, 2010)

Een eetstoornis behoort niet tot de eetproblemen die toe te schrijven zijn aan een geringe beschikbaarheid van voedsel , een lichamelijke aandoening of een voedingsprobleem. Wel kan onvoldoende voedselbegeleiding er voor zorgen dat er later in het leven een eetstoornis ontstaat. Dit geldt ook voor een lichamelijke aandoening of ziekte. Bijvoorbeeld vermagering ten gevolge van een ziekte dat uit mondt tot anorexia nervosa. De term stoornis duidt erop dat het probleem op zichzelf staat en niet een kenmerk of onderdeel is van een andere afwijking (een syndroom). Wanneer dit wel het geval is wordt het eetprobleem gezien als een symptoom van een andere stoornis. Dit zorgt ervoor dat die stoornis meestal eerst behandeld wordt en dat het eetprobleem daar ondergeschikt aan is. Bij een eetstoornis gaat het dus om een syndroom waarbij het gestoorde eetgedrag een centrale en betekenisvolle component vormt. Er bestaan verschillende soorten eetstoornissen, onder typische eetstoornissen valt bijvoorbeeld anorexia nervosa en onder atypische eetstoornissen valt bijvoorbeeld een eetstoornis niet anderszins omschreven. De diagnose van een eetstoornis kan verschuivingen vertonen, zo gaat anorexia nervosa (beperkend) na verloop van tijd vaak over in een mengvorm met eetbuien en braken en/of laxeren. Deze verschuivingen worden zichtbaar in figuur 1.1. Dit toont het relatieve karakter van een eetstoornis, die altijd onderhevig is aan veranderingen. Een strak afgebakend kader voor diagnose is daardoor niet mogelijk.



Figuur 1.1

(Vandereycken, 2008)

Evenals veel anderen psychische stoornissen gaat een eetstoornis vaak gepaard met andere vormen van psychopathologie, waaronder depressie, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verslavingen. In Nederland wordt aangenomen dat boulimia nervosa bij ongeveer 1 procent van de vrouwen voorkomt en anorexia nervosa bij ongeveer 0,2 procent van de vrouwen (Nevid et al., 2010).

1.2 Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa is een psychische stoornis van uithongering die ernstige gevolgen, zelfs de dood, tot gevolg kan hebben. Anorexia betekent ‘zonder verlangen naar (voedsel)’, wat een enigszins een verkeerde benaming is, aangezien mensen met anorexia nervosa zelden hun eetlust verliezen.

Anorexia nervosa kent een viertal diagnostische criteria (DSM-IV,1994):

1. Weigering om een gewicht te behouden gelijk aan of boven het minimale normale gewicht voor iemands leeftijd en lengte, bijvoorbeeld gewichtsverlies dat leidt tot een gewicht dat minder is dan 85 procent van het normale gewicht.
2. Een sterke angst om aan te komen of dik te worden, ondanks dat men mager is.
3. Een verstoord lichaamsbeeld waarbij het eigen lichaam, of een deel daarvan, als dik wordt waargenomen hoewel anderen diegene als mager waarnemen.
4. In het geval van vrouwen die hun eerste menstruatie hebben gehad, het uitblijven van drie of meer achtereenvolgende menstruele cycli*.

*Het vierde criteria staat echter ter discussie om de volgende redenen het criteria geldt enkel voor vrouwen, voor mannen wordt geen overeenkomstig kenmerk genoemd, het criteria kan niet vastgesteld worden in geval van gebruik van de pil of zwangerschap en bij jonge adolescenten blijft de menstruatie vaker uit zonder dat er sprake is van een afwijking (Vandereycken, 2008).

Er zijn twee subtypen van anorexia, een type met vreetbuien en braken en een beperkend type anorexia. Het eerste type wordt gekenmerkt door regelmatige eetbuien en braken en het tweede type doet dit niet. De twee typen worden ondersteund door verschillen in persoonlijkheidspatronen. Mensen met het eerste type hebben meestal problemen met betrekking tot impulscontrole, perioden van strenge controle worden afgewisseld met impulsief gedrag. Degenen met het beperkende type controleren hun dieet en lichaamsvorm heel strak, zelfs obsessief (Nevid et al., 2010).

1.3 Boulimia Nervosa

Boulimia komt uit het Griekse bous, wat os of koe betekent en limos, wat honger betekent. Het beeld dat door deze termen geschetst wordt, is er één van continu eten, zoals een koe die haar voedsel herkauwt. Boulimia wordt gekenmerkt door herhaalde episoden waarbij de cliënt grote hoeveelheden voedsel tot zich neemt, gevolgd door manieren om gewichtstoename te voorkomen. Deze manieren kunnen bestaan uit zelfopgewekt braken, laxeermiddelen, plaspillen, vasten of excessief sporten. Cliënten met boulimia hebben meestal een normaal gewicht, maar zijn overmatig bezorgd over hun lichaamsvorm en gewicht. Ze kennen meestal niet het streven naar extreme magerte zoals bij anorexia. Een eetbui gebeurt meestal alleen en in het geheim, cliënten zijn constant bezig met het verbergen van hun gedrag. Een eetbui gaat door totdat de cliënt uitgeput is, de maag pijnlijk is uitgerekt of tot het voedsel opraakt. Meestal volgen slaperigheid, schuldgevoel en depressie, maar aanvankelijk is de vreetbui plezierig, vanwege de vrijheid van dieetbeperkingen. De gemiddelde leeftijd waarop boulimia begint, is laat in de tienerjaren, als de bezorgdheid over lijnen en de ontevredenheid met de lichaamsvorm of het gewicht op hun hoogtepunt zijn. Ook boulimia wordt onderverdeeld in twee subtypen, het purgerende type en het niet-purgerende type. Het purgerende type is tijdens de episode van boulimia geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's. Het niet-purgerende type gebruikt tijdens de episode van boulimia andere inadequate compensatoire gedragingen, zoals vasten of overmatige lichaamsbeweging, maar is niet geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's (Nevid et al., 2010).

Diagnostische kenmerken van boulimia nervosa (DSM-IV,1994):

- A. Herhaalde episoden van vreetbuien (zich volstoppen), zoals blijkt uit:
 - 1. Het eten van een ongewoon grote hoeveelheid voedsel tijdens een periode van twee uur.
 - 2. Een gevoel van controleverlies over de voedselinname gedurende de episode.
- B. Regelmatig ongezond gedrag om gewichtstoename te voorkomen, zoals zelfopgewekt braken, misbruik van laxeermiddelen, plaspillen of darmspoelingen of door vasten of overmatig sporten.
- C. Gedurende een periode van ten minste drie maanden minimaal gemiddeld twee episoden per week van vreetbuien en ongezond compenserend gedrag om gewichtstoename te voorkomen.
- D. Hardnekkige overmatige bezorgdheid met de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht.
- E. De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens episodes van anorexia nervosa.

1.4 Eetstoornis Niet Anderszins Omschreven

Deze restgroep is in het DSM IV (1994) betiteld als eetstoornissen Niet Anderszins Omschreven. Hierbij ontbreekt één of meer sleutelkenmerken die behoren bij de typische eetstoornissen. Enkele voorbeelden van een eetstoornis niet anderszins omschreven:

- Iemand die aan alle kenmerken van anorexia nervosa voldoet, maar nog steeds een regelmatige menstruatie heeft.
- Iemand die aan alle kenmerken van anorexia nervosa voldoet, maar nog binnen de normale gewichtsgrenzen blijft (dit wordt vaak gezien bij obese cliënten die flink zijn afgevallen)

(Vandereycken, 2008)

1.5 Gewichtscontrole

Gemeenschappelijk voor alle cliënten met een eetstoornis is het feit dat deze cliënten op zoek zijn naar methoden om het gewicht onder controle te houden. In bovenstaande paragrafen worden al meerdere methoden genoemd die door deze cliënten gebruikt worden, bijvoorbeeld braken, misbruik van laxeermiddelen en overmatig bewegen. In hoofdstuk 2 zal verder ingegaan worden op het compensatiegedrag overmatig bewegen. Dit compensatiegedrag wordt vaak gebruikt door cliënten met het beperkende type anorexia nervosa, het niet purgerende-type boulimia nervosa en een eetstoornis niet anderszins omschreven. Dit omdat voor hen enkele compensaties uitgesloten zijn, zoals het gebruik van laxeermiddelen of braken.

Hoofdstuk 2 Overmatig bewegingsgedrag

2.1 Overmatig bewegingsgedrag

In de Nederlandse literatuur wordt de Engelse term 'hyperactivity' vertaald als hyperactiviteit, bewegingsdrang, rusteloosheid of als excessief of overmatig bewegen. Bij een groot deel van de cliënten met een eetstoornis is overmatige lichaamsbeweging een opvallend verschijnsel. Wanneer je kijkt naar de extreme fysieke toestand van het uitgehongerde lichaam is het verwonderlijk dat cliënten nog zo lang in staat zijn om te bewegen. Overmatige lichaamsbeweging kan bij cliënten met een eetstoornis niet los gezien worden van de gezondheid en de levensstijl die zij volgen. Het verschijnsel komt ook bij boulimia nervosa voor, maar is dan vaak veel minder opvallend dan bij anorexia nervosa. Ondanks dat dit gedrag reeds door Morton in 1689, Gull in 1874, Lasegue in 1873, Janet in 1903 zijn omschreven, bestaat er rond het symptoom nog veel onduidelijkheid. Het wordt niet aangehouden als primair diagnostisch criterium door de DSM-IV, tenzij het gaat om cliënten met boulimia nervosa van het niet-purgerende type. Vaak wordt er bij deze cliënten gezien dat er al een grote interesse was voor sportieve activiteiten voordat er een eetstoornis werd ontwikkeld. Deze activiteiten waren eerder echter een deel van het sociale leven, en worden dan vaak in afzondering en in het geheim uitgevoerd. Andere cliënten verrichten doelloze activiteiten die steeds vaker, sneller en langer achter elkaar uitgevoerd moeten worden. Door de positie die het bewegen en sporten krijgt, worden sociale contacten en ontspanning regelmatig verwaarloosd. Uiteindelijk komt de gezondheid van deze cliënten in gedrang door het onaangepast eetgedrag en het overmatig bewegen. Probst (1999) geeft aan dat het procentueel voorkomen van overmatig bewegingsgedrag bij cliënten met een eetstoornis door verschillende redenen moeilijk is te bepalen. Zo ontbreekt er een eenduidige definitie van het verschijnsel overmatig bewegen, is de grens tussen veel en te veel beweging moeilijk te bepalen, en verschillen de onderzoeksmethodes per onderzoek sterk. In dit onderzoek is de Exercise Dependence Questionnaire als richtlijn gebruikt om te kunnen bepalen wanneer er sprake is van overmatig bewegingsgedrag. Deze vragenlijst bepaalt de grens tussen 'normaal' en 'afhankelijk' van bewegen op basis van een cut-off score van ≥ 116 voor klinische relevantie (Bamber et al, 2000).

2.2 Kenmerken overmatig bewegingsgedrag

Overmatig bewegingsgedrag kent verschillende kenmerken. Zo wordt het bewegen door de cliënten ervaren als een verplichting, een drang. Wanneer zij niet bewegen zorgt dit vaak voor schuldgevoelens. Het bewegen wordt gebruikt om zich te kunnen ontladen. Gevoelens van boosheid, verdriet en frustratie worden vaak afgereageerd in het sporten. In het bewegen vervagen de grenzen, cliënten zijn vaak niet in staat om voor adequaat bewegingsgedrag te kiezen. Grenzen qua intensiteit en frequentie kunnen altijd opnieuw verlegd worden. Hierin zijn deze cliënten ook gedissocieerd van bijvoorbeeld gevoelens van vermoeidheid. Deze zijn niet meer waar te nemen. Daarnaast kan het bewegen aan gaan voelen als een drug, het wordt een middel om eten te kunnen compenseren. Positieve resultaten, zoals afvallen, worden dan een bevestiging van het middel waardoor het in stand gehouden wordt. Kenmerkend is ook de drang die deze cliënten innerlijk voelen, de drang naar bewegen is niet te onderdrukken. Constant is er een gevoel van gejaagdheid in deze cliënten aanwezig. In het gedrag van deze cliënten wordt ook het obsessieve-compulsieve karakter van overmatig bewegen duidelijk, het bewegen wordt vaak uitgevoerd via strakke schema's en patronen. Hier van afwijken wordt gevoeld als controleverlies. Overigens hoeven niet alle kenmerken aanwezig te zijn om te spreken van overmatig bewegingsgedrag, hierin bestaan verschillende gradaties (Probst, 1999).

2.3 Theorieën over overmatig bewegingsgedrag

Er bestaan verschillende theorieën over de rol van overmatig bewegingsgedrag binnen het ziekteproces. De biologische theorie verklaart dat een verhoging van lichamelijke activiteiten een onderdrukking van het hongergevoel veroorzaakt. De sociaal-culturele theorie zet de rol van het bewegen tegen de achtergrond van onze maatschappij, uiterlijk, gezondheid en bewegen zijn belangrijke pijlers van onze samenleving. Vanuit de psychoanalytische en fenomenologische theorieën wordt de drang naar bewegen verklaard als compensatie voor het gevoel van leegte, zelfonderschatting en ineffectiviteit. De cliënten proberen hun lichaam onder controle te houden door het uit te putten. De leertheoretische theorieën zien bewegen als vorm van bekrachtiging. Door het metabolisme te verhogen en het sneller verbranden van calorieën wordt vermagering tot stand gebracht en behouden. Op deze manier houden bewegen en afvallen elkaar in stand. Deze mogelijke verklaringen geven ook aan welke boodschap er achter dit symptoom schuil kunnen gaan (Probst, 1999).

2.4 Therapeutische aanpak van overmatig bewegingsgedrag

In de literatuur zijn verschillende onderzoeken terug te vinden die nadrukkelijk beweging voorschrijven als behandeling voor overmatig bewegingsgedrag. Beumont, Arthur, Russel & Touyz (1994) hebben een gecontroleerd progressief bewegingsprogramma geschreven voor de behandeling van overmatig bewegingsgedrag bij cliënten met een eetstoornis. De doelstelling van dit programma is het bevorderen van gezond bewegingsgedrag door educatie en oefeningen. Recreatief sporten om stress te verminderen en het corrigeren van niet-helpende gedachten die deze cliënten hebben rondom bewegen, sporten en gezondheid. Daarnaast kan bewegen gebruikt worden als beloning voor het aankomen in gewicht en deelname aan de behandeling. Dit bewegingsprogramma van Beumont is een belangrijke richtlijn voor verdere onderzoeken die op dit gebied zijn gedaan. Twee andere onderzoeken die gevonden zijn en overeenkomsten laten zien met het bewegingsprogramma van Beumont, zijn het onderzoek van Probst (1999) en van Bonekamp (2009). In het onderzoek van Probst wordt in de psychomotorische therapie gewerkt vanuit drie doelstellingen die gericht zijn op bewustwording van het lichaam, het ombuigen van overmatig bewegen naar een meer gecontroleerde vorm van bewegen en het doorbreken van sociaal isolement. Bij het bereiken van deze doelstellingen wordt gebruik gemaakt van bewegingsgeoriënteerde methodieken, lichaamsgeoriënteerde methodieken en psycho-educatie. Bewegen wordt ingezet als een positieve manier om met vrije tijd om te gaan en als mogelijkheid om in contact te komen met anderen. In het onderzoek van Bonekamp wordt gebruik gemaakt van een PMT activeringsgroep, waarin sociaal en recreatief bewegen op de eerste plek staat. Deze doelstelling wordt behaald door psycho-educatie, spelvormen, ontladingsoefeningen en het groepsgewijs bezig zijn met bewegen. Overeenkomsten die in deze drie onderzoeken terug te zien zijn op betrekking tot de therapeutische aanpak van overmatig bewegingsgedrag zijn; gebruik maken van recreatief sporten, inzetten van lichaamsgeoriënteerde en bewegingsgeoriënteerde methodieken, geven van psycho-educatie over gezond bewegen en een groepsgewijs aanbod.

Hoofdstuk 3 Psychomotorische Therapie

3.1 Psychomotorische therapie

“Psychomotorische therapie is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag” (Beroepsprofiel psychomotorische therapeut, 2009)

Onder psychische problematiek worden vier verschillende problemen verstaan, lichte psychosociale of ontwikkelingspsychologische problemen, ernstige psychiatrische stoornissen, psychosomatische problemen en psychische reacties op chronische ziektes en handicaps. Deze problemen worden op een methodische wijze behandeld. Dit betekent dat de therapeut op basis van diagnostische procedures tot een verantwoord behandelplan komt. De therapeut werkt doelgericht en is in staat om de gehanteerde werkwijze altijd te onderbouwen en verantwoorden. Het behandelplan wordt regelmatig geëvalueerd en kan bijgesteld worden. Psychomotorisch therapeuten beschikken over verschillende werkvormen die ingezet worden om de cliënt zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te zetten en stil te laten staan bij de betekenis van gedrag of de beleving van het eigen lichaam. Fahrenfort (1986) maakt hierbij een onderscheid tussen bewegingsgeoriënteerde methodieken en lichaamsgeoriënteerde methodieken. Bewegingsgeoriënteerde methodieken kennen hun oorsprong in het bewegingsonderwijs en de sport- en spelcultuur. Lichaamsgeoriënteerde methodieken zijn gericht op lichaamsbewustwording. (Beroepsprofiel psychomotorische therapeut, 2009)

3.2 Psychomotorische therapie op de afdeling Psychiatrie van het Antonius Ziekenhuis

Psychomotorische therapie op de afdeling Psychiatrie van het Antonius Ziekenhuis wordt ingezet als behandelvorm binnen een vijfdaagse behandelgroep voor cliënten met een eetstoornis. Voor deze cliënten is een behandelplan opgesteld waar op methodische wijze aan gewerkt wordt. De werkwijze van de psychomotorisch therapeut van deze afdeling heeft de meeste gelijkenis met de transformatieve strategie zoals die genoemd wordt in Hekking en Fellingner (2011). Het belangrijkste doel van de psychomotorische therapie is inzicht in oude, niet-werkende patronen en persoonlijkheidsverandering. Deze doelstelling wordt voornamelijk nagestreefd met behulp van lichaamsgeoriënteerde methodieken (Fahrenfort, 1986). Er wordt geen gebruik gemaakt van vakspecifieke diagnostiek of protocollen.

De psychomotorische therapie van de afdeling Psychiatrie van het Antonius Ziekenhuis intervenueert op bewegingsgedrag (denken, voelen en handelen) en dan vooral op het eetstoornistypische gedrag van cliënten. Bijvoorbeeld door betekenis te verlenen aan negatieve gedachten die ontstaan bij bewegen (confrontatie met bewegend lichaam, zwaarte, door aankomend gewicht er weer letterlijk meer zijn), uiting geven aan gevoelens van onrust en boosheid door constructieve manieren van bewegen (boksen etc.) en door gezamenlijk te bewegen in de zaal in plaats van individualistisch. Ten aanzien van het overmatig bewegingsgedrag wordt geïntervenieerd op bijvoorbeeld het omdraaien van irreële gedachten over bewegen naar reële gedachten over bewegen, het (opnieuw) leren ervaren van gevoelens van vermoeidheid en uitputting tijdens bewegen, en het meer adequaat handelen op onrust en drang naar bewegen (Probst, 1999 en Bonekamp, 2009). Beide doen interventies op denken, voelen en handelen om bepaald gedrag te verminderen. De psychomotorische therapie van de afdeling Psychiatrie van het Antonius Ziekenhuis richt zich meer op het eetstoornistypische gedrag van de cliënten en Probst (1999) en Bonekamp (2009) meer op het overmatig bewegingsgedrag van de cliënten. Het verschil dat hierdoor ontstaat is dat er tijdens de psychomotorische therapie van de afdeling Psychiatrie van het Antonius Ziekenhuis weinig specifieke interventies worden gedaan op het denken, voelen en handelen die kenmerkend zijn bij overmatig bewegingsgedrag.

(“Gedrag is denken, voelen en handelen”, Hekking en Fellingner 2011)

Methode

4.1 Onderzoeksgroep

Het onderzoek betrof bij T0, 12 cliënten (N=12) in de leeftijd van 19 tot 41 jaar met de diagnose Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa of een eetstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO) volgens de DSM-IV (1994). Deze cliënten waren tijdens het onderzoek allen in behandeling in het Antonius Ziekenhuis te Utrecht, afdeling Psychiatrie en Psychologie, vijfdaagse behandeling eetgericht. De cliënten namen tweemaal in de week verplicht deel aan de psychomotorische therapie, aangezien dit een vast onderdeel van hun weekprogramma is. Er is geen minimale of maximale BMI-grens gesteld in dit onderzoek. De cliënten zijn persoonlijk uitgenodigd voor deelname in dit onderzoek, alle cliënten die tijdens het onderzoek in behandeling waren hebben hun medewerking verleend. Van de 12 cliënten hebben drie cliënten de behandeling afgerond binnen de onderzoeksperiode en één cliënt heeft besloten om vroegtijdig te stoppen met de behandeling. Tijdens T1 waren er nog acht cliënten (N=8) over, waarvan vijf cliënten (zie tabel 2) een score van 116 of hoger hadden op de Exercise Dependence Questionnaire. De andere drie cliënten bewegen volgens een normaal, gezond patroon.

Tabel 2 Persoonkarakteristieken onderzoeksgroep

Cliënten:	M/V:	Leeftijd:	Diagnose:
Cliënt 3	V	21	Bulimia Nervosa, niet purgerend
Cliënt 4	V	25	Eetstoornis NAO
Cliënt 7	V	19	Anorexia Nervosa, beperkend type
Cliënt 9	V	42	Anorexia Nervosa, beperkend type
Cliënt 10	V	19	Anorexia Nervosa, beperkend type

4.2 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek is gekozen voor een experimenteel ontwerp gecombineerd met kwalitatieve gegevens, waarbij in het experimenteel ontwerp psychomotorische therapie de experimentele variabele is en de mate van overmatig bewegingsgedrag de effectvariabele. Het doel van het onderzoek was om een causaal verband aan te tonen tussen de aangeboden sessies psychomotorische therapie en het overmatig bewegingsgedrag. Met behulp van de kwalitatieve gegevens konden de kwantitatieve gegevens ondersteund worden. Het was niet mogelijk om een controlegroep op te stellen omdat alle cliënten verplicht zijn om deel te nemen aan het weekprogramma, waar dus ook psychomotorische therapie onder valt. De onderzoeksperiode is van 29 maart tot 22 mei of van 4 april tot 29 mei geweest.

4.3 Onderzoeksprocedure

Deelname aan dit onderzoek was voor de cliënten niet verplicht, uiteindelijk hebben alle cliënten die tijdens de onderzoeksperiode in behandeling waren hun medewerking verleend. De cliënten hebben op 29 maart of op 4 april drie vragenlijsten gekregen die zij tijdens de psychomotorische therapie direct hebben ingevuld. De cliënten moesten acht weken achtereenvolgend psychomotorische therapie gevolgd hebben om meegenomen te worden in dit onderzoek. Na deze acht weken (22 mei of 29 mei) werden de vragenlijsten opnieuw ingevuld. De resultaten van deze vragenlijsten zijn door middel van een semigestructureerd interview met de cliënten besproken.

4.4 Meetinstrumenten

In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van drie verschillende vragenlijsten, de Exercise Dependence Questionnaire (bijlage 1), de Obligatory Exercise Questionnaire (bijlage 2) en de Drive for Activity Questionnaire (bijlage 3). De Exercise Dependence Questionnaire is gericht op de afhankelijkheid van bewegen en wordt vertaald als de Lichaamsbeweging Afhankelijkheid Vragenlijst. De EDQ is ontwikkeld door Ogden, Veale & Summers (1997). De EDQ bestaat uit 29 items waarbij gebruik wordt gemaakt van een 7-punts Likertschaal (1=helemaal mee oneens en 7=helemaal mee eens). De cut-off score voor klinische relevantie ligt op ≥ 116 , wat wil zeggen dat dit de grens is tussen "normaal" en "afhankelijk" van bewegen (hiervoor is een gemiddelde score van tenminste 4 nodig op elk item). De Obligatory Exercise Questionnaire is gericht op de dwangmatigheid van bewegen en wordt vertaald als de Verplichte Lichaamsbeweging Vragenlijst. De QEQ is afgeleid van de Obligatory Running Scale van Blumenthal et al. (1985) en deze is bewerkt door Pasman en Thompson (1988). Pasman en Thompson hebben deze aanpassingen gemaakt om algemene uitspraken te kunnen doen over dwangmatig

bewegen. De OEQ bestaat uit 20 items waarbij gebruik wordt gemaakt van een 4-puntsschaal, waarbij 1=nooit en 4=altijd. Hoe hoger de score, hoe groter de verbondenheid van het individu met fysieke activiteit (maximaal 80 punten). En als laatste de Drive for Activity Questionnaire die gericht is op de bewegingsdrang en ook wel activiteitsvragenlijst genoemd wordt. De DAQ werd gebruikt tijdens de studie van Holtkamp (2003) om hyperactiviteit bij eetstoornissen te onderzoeken. Uit de studie van Gerritzen (2004) blijkt dat de Cronbach's Alpha 0.94 is. De DAQ bestaat uit 15 items waarbij gebruik gemaakt wordt van een 4-puntsschaal, waarbij 1=nooit en 4=altijd. De vragenlijst bevat vragen over sport en fysieke activiteit, waarbij zelfgerapporteerde niveaus van fysieke activiteit gemeten worden. Hoe hoger de totaalscore, des te groter is de aandrang tot fysieke activiteit, met een maximale score van 60.

Resultaten

Tijdens T0 scoren zes cliënten boven de cut-off score van 116 op de EDQ. Cliënt 3 met een score van 129, cliënt 4 met een score van 133, cliënt 7 met een score van 137, cliënt 9 met een score van 130, cliënt 10 met een score van 149 en cliënt 12 met een score van 143. De andere cliënten scoren met een gemiddelde van 78 punten onder de cut-off score van de EDQ. Op de OEQ heeft cliënt 3 een score van 50 punten, cliënt 4 een score van 47 punten, cliënt 7 een score van 52 punten, cliënt 9 een score van 50 punten, cliënt 10 een score van 37 punten en cliënt 12 een score van 58 punten. De andere cliënten scoren op de OEQ een gemiddelde van 32 punten. Op de DAQ behaalt cliënt 3 een score van 48, cliënt 4 een score van 47, cliënt 7 een score van 48, cliënt 9 een score van 45, cliënt 10 een score van 56 en cliënt 12 een score van 48. De andere cliënten scoren een gemiddelde van 32 punten op de DAQ. Al deze resultaten zijn terug te vinden in tabel 3.1.

Tabel 3.1

Resultaten T0				
Cliënten:	Score EDQ:	Score OEQ:	Score DAQ:	Opmerkingen:
Cliënt 1.	70	20	35	Normaal bewegingsgedrag
Cliënt 2.	78	36	26	Behandeling afgerond (in de onderzoeksperiode)
Cliënt 3.	129	50	48	Overmatig bewegingsgedrag
Cliënt 4.	133	52	47	Overmatig bewegingsgedrag
Cliënt 5.	82	24	26	Behandeling afgerond (in de onderzoeksperiode)
Cliënt 6.	71	20	22	Behandeling afgerond (in de onderzoeksperiode)
Cliënt 7.	137	52	48	Overmatig bewegingsgedrag
Cliënt 8.	72	41	33	Normaal bewegingsgedrag
Cliënt 9.	130	50	45	Overmatig bewegingsgedrag
Cliënt 10.	149	37	56	Overmatig bewegingsgedrag
Cliënt 11.	95	53	43	Normaal bewegingsgedrag
Cliënt 12.	143	58	48	Vroegtijdig gestopt met de behandeling

Tijdens T1 heeft cliënt 3 op de EDQ een score van 125 punten, cliënt 4 een score van 126 punten, cliënt 7 een score van 144 punten, cliënt 9 een score van 132 punten en cliënt 10 een score van 116 punten. Cliënt 12 heeft de behandeling vroegtijdig gestopt en kon tijdens T1 niet meer meegenomen worden. Alle cliënten scoren boven de cut-off score van 116 punten op de EDQ. In vergelijking met T0 laten de cliënten 3, 4 en 10 een daling zien in score op de EDQ, met respectievelijk een vermindering van 4, 7 en 33 punten. De cliënten 7 en 9 laten een stijging zien in score, met een vermeerdering van 7 en 2 punten. Op de OEQ wordt in vergelijking met T0 voor de cliënten 4, 7 en 9 een daling gemeten, deze daling neemt af met 4, 1 en 4 punten. Cliënten 3 en 10 stijgen op de OEQ met 1 en 5 punten. En als laatste de DAQ waar in vergelijking met T0 de cliënten 3 en 4 een daling laten zien, met beide 6 punten. Cliënten 7 en 9 blijven in score gelijk en cliënt 10 laat een stijging zien van 2 punten. Met behulp van de gemiddelden van T0 en T1 wordt er voor de onderzoeksgroep op de EDQ een daling van 7 punten gemeten, op de OEQ een daling van 0,6 punten en op de DAQ een daling van 2 punten. Al deze resultaten zijn terug te vinden in onderstaande tabel (3.2).

Tabel 3.2

Resultaten T0 en T1						
Cliënten:	EDQ T0:	EDQ T1:	OEQ T0:	OEQ T1:	DAQ T0:	DAQ T1:
Cliënt 3	129	125	50	51	48	42
Cliënt 4	133	126	52	48	47	41
Cliënt 7	137	144	52	51	48	48
Cliënt 9	130	132	50	46	45	45
Cliënt 10	149	116	37	42	56	58
Groepsgemiddelde	135,6	128,6	48,2	47,6	48,8	46,8

Er is in dit onderzoek gekozen om bovenstaande resultaten (tabel 3.2) procentueel weer te geven, omdat dit een duidelijkere weergave vormt van het dalen, gelijk blijven of stijgen in scores. Deze weergaves zullen verder gebruikt worden in dit onderzoek. Voor de EDQ zijn de scores gedeeld door 2,03, voor de OEQ zijn de scores gedeeld door 0,8 en voor de DAQ zijn de scores gedeeld door 0,6. In tabel 3.3 zijn de weergaves terug te vinden van de EDQ, in tabel 3.4 de weergaves van de OEQ en in tabel 3.5 de weergaves van de DAQ.

Tabel 3.3

Exercise Dependence Questionnaire			
Cliënten:	T0:	T1:	Vershil:
Cliënt 3	63,5 %	61,6 %	-1,9 %
Cliënt 4	65,1 %	62,1 %	-3,0 %
Cliënt 7	67,5 %	70,9 %	+3,4 %
Cliënt 9	64,0 %	65,0 %	+1,0 %
Cliënt 10	73,4 %	57,1 %	-16,3 %
Onderzoeksgroep	66,8 %	63,3 %	-3,5 %

Tabel 3.4

Obligatory Exercise Questionnaire			
Cliënten:	T0:	T1:	Vershil:
Cliënt 3.	62,5 %	63,8 %	+1,3 %
Cliënt 4.	65,0 %	60,0%	-5,0 %
Cliënt 7.	65,0 %	63,8 %	-1,3 %
Cliënt 9.	62,5 %	57,5 %	-5,0 %
Cliënt 10.	46,3 %	52,5 %	+6,2 %
Onderzoeksgroep	60,3 %	59,5%	-0,8 %

Tabel 3.5

Drive for Activity Questionnaire			
Cliënten:	T0:	T1:	Vershil:
Cliënt 3.	80,0 %	70,0%	-10,0 %
Cliënt 4.	78,3 %	68,3 %	-10,0 %
Cliënt 7.	80,0 %	80,0 %	gelijk
Cliënt 9.	75,0 %	75,0 %	gelijk
Cliënt 10.	93,3 %	96,7 %	+3,4 %
Onderzoeksgroep	81,3 %	78,0 %	-3,3 %

De resultaten die zijn gemeten in de drie verschillende vragenlijsten zijn besproken met de onderzoeksgroep in een semigestructureerd interview (bijlage 4). Dit om met deze kwalitatieve gegevens de kwantitatieve gegevens te kunnen ondersteunen. Een samenvatting van deze interviews hieronder:

Cliënt 3 geeft aan meer rust te hebben dan twee maanden geleden, heeft meer concentratie voor laagintensieve activiteiten zoals lezen. Dit is duidelijk terug te zien in de daling op de DAQ. Heeft nog vele angstgedachten over het verminderen van haar aantal bewegingsuren. Verwacht dan onmiddellijk aan te komen of dat haar conditie afneemt. Is deze gedachten op dit moment aan het uitdagen binnen cognitieve therapieën. Dit is ook terug te zien in haar resultaten, de EDQ is gedaald en de OEQ licht gestegen. De dwangmatigheid rondom bewegen is nog zichtbaar en voelbaar aanwezig.

Cliënt 4 is gedaald in alle drie de vragenlijsten, zit ook in het einde van haar behandeling. Ziet zelf de veranderingen in haar gedrag rondom sporten en bewegen. Aan het begin van de behandeling joeg de gedachte van een hele dag stil zitten in het ziekenhuis haar al angst aan, heeft deze gedachten nu helemaal niet meer. Ook haar gedachten over sporten zijn realistischer geworden, snapt nu dat vijf minuten meer of minder bewegen niet direct invloed heeft op haar gewicht of lichaam. Kan daarnaast beter naar haar lichaam luisteren, past haar tempo bijvoorbeeld aan tijdens mooi/warm weer. Gebruikt sporten/bewegen nog wel eens als compensatie, maar ervaart het steeds minder als last.

Cliënt 7 laat op de EDQ een opvallende stijging zien van 3,4%, zij is de enige die zo sterk gestegen is op deze vragenlijst. Geeft zelf aan dat zij komend jaar naar de ALO gaat, heeft daarom haar sporturen opgebouwd. Wil ook perse naar de ALO omdat zij daar gericht zijn op de resultaten (heeft CALO toelating afgewezen). De daling van de OEQ zou verklaard kunnen worden doordat deze cliënt de enige is waarbij het sociale stuk van sport/bewegen een belangrijke rol lijkt te spelen. Bijna elke cliënt met overmatig bewegingsgedrag kiest voor individuele sporten. Deze cliënt turnt en kent daarvan veel van haar vriendinnen. Kent zowel het plezierig sporten als het dwangmatig sporten. Erkent zelf ook dat zij, ondanks dat ze aan het einde van haar behandeling is, nog lang niet klaar is. Kan nog weinig ruimte geven aan het mogen voelen van emoties, heeft nog weinig andere handvatten om haar onrust aan te gaan.

Cliënt 9 laat al jaren een stabiel beeld zien in haar eetstoornis en de compensaties die daarbij horen. Is op de OEQ gedaald, herkent zelf ook dat het bewegen iets minder dwangmatig voor haar wordt. Heeft hier meer realistische gedachten over. Maar is zichzelf daarnaast nog heel bewust dat zij sporten/bewegen gebruikt als positieve beloning en dat er veel irritatie ontstaat wanneer zij hier in gehinderd wordt.

Cliënt 10 laat een opvallende daling zien op de EDQ, 16,3%. Deze daling is te verklaren doordat zij nu helemaal gestopt is met sporten, dit in afspraak met de afdeling (vanwege ernstig ondergewicht). In de resultaten is duidelijk zichtbaar dat zij zich hier aan houdt, dit in tegenstelling tot vele andere cliënten die toch stiekem blijven sporten. Op de OEQ en DAQ is een stijging te zien, deze stijging is te verklaren doordat deze cliënt nog vele dwanggedachten heeft over bewegen. Mag per dag een half uur met de hond wandelen, wanneer de hond al uitgelaten is, houdt dit haar niet tegen en zal een andere manier zoeken om toch aan dat half uur bewegen te komen. Gebruikt geen andere compensaties. Het stoppen met bewegen zal er voor zorgen dat zij enorm zal aankomen (angstgedachte).

Discussie

Door ziekte, afwezigheid, bezinning of ernstig ondergewicht heeft niet elke cliënt 16 sessies psychomotorische therapie gevolgd. Voorwaarde om meegenomen te worden binnen dit onderzoek was het in behandeling zijn in de eetgerichte groep op de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Antonius Ziekenhuis te Utrecht (locatie Overvecht) tussen 29 maart en 29 mei. Het feit dat niet elke cliënt evenveel sessies psychomotorische therapie heeft gevolgd kan van invloed zijn op de resultaten. Daarnaast is deze vijfdaagse behandelgroep een doorlopende groep, waarin cliënten vier tot zes maanden zitten, om vervolgens een ander behandeltraject in te stromen of bijvoorbeeld werk, school te hervatten. Hierdoor zaten sommige cliënten al langer in de groep dan anderen. Het langer of korter volgen van psychomotorische therapie (en andere therapieën) kan van invloed zijn geweest op de resultaten. Dit (doorlopend) systeem zorgt er ook voor dat de onderzoeksgroep uit een klein aantal personen (vijf) bestaat. De onderzoeksgroep is gemengd, er zitten zowel cliënten in die gediagnosticeerd zijn met anorexia nervosa, boulimia nervosa en een eetstoornis niet anderszins omschreven. Deze verschillende diagnoses kunnen aanleiding zijn tot verschillende resultaten. Naast deze onderzoeksgroep is er in dit onderzoek geen controlegroep aanwezig, omdat elke cliënt die een eetgerichte behandeling volgt ook psychomotorische therapie in het programma heeft. Hierdoor kon er geen onderscheid gemaakt worden tussen het wel of niet volgen van psychomotorische therapie. Voor een volgend onderzoek zou dit wel aan te raden zijn. Doordat psychomotorische therapie op deze afdeling ingebed is in een multidisciplinair team, kunnen andere factoren die bijdragen aan het herstel niet uitgesloten worden. De vragenlijsten zijn door de cliënten zelf ingevuld, hierdoor is niet goed te controleren of zij de vragenlijsten naar waarheid hebben ingevuld. Rondom het thema overmatig bewegen hangt nog regelmatig een sfeer van ontkenning en leugens, de uitkomsten zijn dus niet geheel betrouwbaar. Daarnaast was degene die het onderzoek uitvoerde ook regelmatig de therapeut van deze eetgerichte groep, de cliënten kunnen om deze reden in de interviews en vragenlijsten sociaal wenselijk gedrag hebben laten zien. Een aanbeveling in volgend onderzoek zou bijvoorbeeld het gebruik zijn van een stappenteller of video-observatie.

Conclusie

De onderzoeksgroep toont de resultaten die weergegeven zijn in tabel 4.1

Tabel 4.1

Resultaten			
Groep – Stoornis – Cliënt:	EDQ:	OEQ:	DAQ:
Onderzoeksgroep	-3,5 %	-0,8 %	-3,3 %
Cliënten met eetstoornis NAO en Boulimia Nervosa	-2,7 %	-1,9 %	-10,0 %
Cliënten met Anorexia Nervosa	-3,9 %	0	+1,0 %
Cliënt 3	-1,9 %	+1,3 %	-10,0 %
Cliënt 4	-3,0 %	-5,0 %	-10,0 %
Cliënt 7	+3,4 %	-1,3 %	gelijk
Cliënt 9	+1,0 %	-5,0 %	gelijk
Cliënt 10	-16,3 %	+6,2 %	+3,4 %

Met behulp van bovenstaande resultaten en de interviews die afgenomen zijn na afname van de vragenlijsten, kan er een antwoord gegeven worden aan de hand van de onderzoeksvraag. Het antwoord wordt gegeven met behulp van de volgende verdeling; onderzoeksgroep, stoornis en individuele cliënt.

Vraagstelling:

Welke effect heeft het volgen van twee sessies psychomotorische therapie per week op de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Antonius Ziekenhuis te Utrecht op het compensatiegedrag overmatig bewegen, bij cliënten van de eetgerichte groep van de intensieve vijfdaagse behandeling?

Bij de onderzoeksgroep is een positief resultaat gemeten op alle drie de vragenlijsten, op de EDQ wordt een daling gezien van 3,5%, op de OEQ een daling van 0,8% en op de DAQ een daling van 3,3%. Dit betekent dat het overmatig bewegen dus op alle drie de gebieden is gedaald, wat betreft de afhankelijkheid van bewegen, de dwangmatigheid rondom bewegen en de drang naar bewegen. Psychomotorische therapie lijkt dus een positief effect te hebben op het compensatiegedrag van deze cliënten. Wat hierbij wel vermeld moet worden is dat geen enkele cliënt onder de cut-off score van 116 op de EDQ is gedaald, wat betekent dat alle cliënten van de onderzoeksgroep nog steeds overmatig bewegingsgedrag vertonen.

Wanneer de resultaten verder bekeken worden is er een verschil op te merken tussen de cliënten die gediagnosticeerd zijn met boulimia nervosa en een eetstoornis niet anderszins omschreven, en de cliënten die gediagnosticeerd zijn met anorexia nervosa. Cliënt 3 is gediagnosticeerd met boulimia nervosa en cliënt 4 met een eetstoornis niet anderszins omschreven. Zij laten een duidelijke daling zien op alle drie de vragenlijsten en nemen daarbij eigenlijk het grootste deel van de positieve effecten die worden gezien bij de onderzoeksgroep voor hun rekening. De cliënten met anorexia nervosa, cliënten 7, 9 en 10, laten daarentegen alleen een daling zien op de EDQ. Op de OEQ scoren zij gelijk en op de DAQ stijgen zij zelfs met 1,0%.

Een conclusie die aan de hand van deze resultaten getrokken kan worden is dat psychomotorische therapie op de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Antonius Ziekenhuis een positief effect heeft op de *afhankelijkheid van bewegen*, ongeacht met welke eetstoornis de cliënt is gediagnosticeerd. Dit betekent dat er bijvoorbeeld minder irritatie optreedt als er niet gesport of bewogen kan worden, dat er realistischere gedachten ontstaan rondom de effecten van bewegen of dat de drang om het eten te compenseren gedaald is.

Een tweede conclusie die getrokken kan worden is dat psychomotorische therapie een positief effect heeft op de *dwangmatigheid en de drang naar bewegen* bij cliënten die gediagnosticeerd zijn met boulimia nervosa of een eetstoornis niet anderszins omschreven. Zij lijken voldoende effect te kunnen halen uit de niet geprotocolleerde werkwijze die gehanteerd wordt door de psychomotorische therapeut van de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Antonius Ziekenhuis om deze verschijnselen te kunnen verminderen. De cliënten met anorexia nervosa laten op deze laatste twee vragenlijsten, gericht op *dwangmatigheid en drang naar bewegen*, echter weinig effect zien of zelfs een stijging van de resultaten. De invloed van niet geprotocolleerde psychomotorische therapie is op deze twee gebieden van overmatig bewegingsgedrag te laag om verandering op te laten treden.

Een interpretatie die gedaan zou kunnen worden vanuit de resultaten en de interviews zou het feit kunnen zijn dat de cliënten te veel eigen verantwoordelijkheid en ruimte hebben binnen de psychomotorische therapie. Wanneer cliënten er voor kiezen (bewust of onbewust) om hun gevoelens en emoties te blijven onderdrukken, ook rondom het overmatig bewegen, dan zal er vanuit de niet geprotocolleerde werkwijze die gehanteerd wordt weinig verandering plaats vinden.

Wanneer er wordt gekeken naar de individuele resultaten, wordt duidelijk dat cliënt 4 de meest positieve effecten heeft ondervonden van psychomotorische therapie op het overmatig bewegingsgedrag. Wanneer dit samen wordt bekeken met het interview van cliënt 4 dan kunnen er een aantal voorwaarden worden gesteld die van belang zijn in het behalen van deze resultaten. Deze voorwaarden zijn; langdurige behandeling, inbrengen van persoonlijke thema's, durven toelaten van emoties en deze betekenis geven en motivatie om oude patronen te veranderen. Deze onderdelen, die terugkomen in de psychomotorische therapie van de afdeling Psychiatrie en Psychologie, zijn van positief effect op het overmatig bewegingsgedrag. Een andere cliënt die de aandacht trekt, is cliënt 10, in de resultaten van deze cliënt wordt een daling gezien op de EDQ met 16,3%. Deze cliënt is volledig gestopt met sporten. Dit opgelegd verbod lijkt voor onrust te zorgen die zich uit in meer drang en dwangmatigheid. Het verbod op het ene gebied heeft negatieve gevolgen op de andere twee gebieden. Dit verbod wordt opgelegd door de psycholoog van de afdeling, maar lijkt geen aanbeveling te zijn om het overmatig bewegen te verminderen. Ook cliënt 7 valt op, deze cliënt is bijna aan het eind van de behandeling, maar laat nog een stijging zien op de EDQ met 3,4%. In het interview wordt duidelijk dat dit samengaat met de toelating voor de ALO en de erkenning dat deze cliënt nog weinig andere handvatten heeft om de onrust en drang aan te gaan.

Terugkomend op de verwachtingen in de inleiding over protocollair werken versus niet protocollair werken. Blijkt dat de verwachting dat cliënten te weinig worden gegrepen in een niet geprotocolleerde werkwijze vooral geldt voor cliënten met anorexia nervosa. Protocollair werken lijkt voor deze groep de aanbeveling te zijn. Cliënten met boulimia nervosa en een eetstoornis niet anderszins omschreven zijn echter in staat om de vormen die zij aangereikt krijgen in een niet geprotocolleerde werkwijze te gebruiken om het compensatiegedrag overmatig bewegen te verminderen. Bij deze groep is er eigenlijk geen sprake van versus, maar kunnen beide werkwijzen aansluiten in de behandeling van overmatig bewegen.

Samenvattend blijkt dat psychomotorische therapie dus voornamelijk een positief effect heeft op de *afhankelijkheid naar bewegen*. Minder irritatie, meer reële gedachten en te drang om te compenseren door middel van bewegen daalt. Daarnaast lijkt er een opvallend verschil te zijn tussen de cliënten met anorexia nervosa en de cliënten met boulimia nervosa of een eetstoornis niet anderszins omschreven. De cliënten met boulimia nervosa of een eetstoornis niet anderszins omschreven behalen ook positieve effecten met behulp van psychomotorische therapie wanneer het gaat om *de dwangmatigheid of drang naar bewegen*. De niet geprotocolleerde werkwijze die gehanteerd wordt in het Antonius Ziekenhuis is bruikbaar bij deze groep cliënten. De cliënten met anorexia nervosa laten op deze twee gebieden weinig tot geen positieve effecten zien. Een aanname die aan de hand van deze resultaten gedaan kan worden is het feit dat deze cliënten te veel ruimte en eigen verantwoordelijkheid krijgen binnen de psychomotorische therapie om deze onderwerpen niet aan te gaan. Een voorzichtige theoretische onderbouwing voor dit verschil in beide eetstoornissen zou de gezinscontext kunnen zijn. Cliënten met boulimia nervosa zijn vaak opgegroeid in een gezin met een gebrekkige organisatie en openlijke meningsverschillen, cliënten met anorexia nervosa vaak in een gezin met grote cohesie en conflictvermijding (Norré, 1998). Vanuit de persoonlijke ontwikkeling zou dit één van de verklaringen kunnen zijn waarom cliënten met boulimia nervosa beter om kunnen gaan met ruimte en eigen verantwoordelijk dan cliënten met anorexia nervosa. Deze niet geprotocolleerde werkwijze biedt de cliënten met anorexia nervosa dan te weinig structuur om *de dwangmatigheid en drang naar bewegen* te kunnen verminderen.

Aanbevelingen

De doelstelling van het onderzoek was het zicht krijgen op de effecten die het volgen van twee sessies psychomotorische therapie per week op de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Antonius Ziekenhuis te Utrecht op het verminderen van het compensatiegedrag overmatig bewegen, bij cliënten van de eetgerichte groep heeft.

Gezien de conclusie zou het een aanbeveling kunnen zijn om voor de cliënten met anorexia nervosa een groep te starten die specifiek gericht is op overmatig bewegen. Op deze manier wordt er voor deze cliënten meer structuur geboden om dit verschijnsel aan te gaan en te verminderen. Een aantal onderzoeken hebben het positieve effect van een dergelijke groep aangetoond. Bijvoorbeeld het onderzoek in Rintveld (Centrum voor eetstoornissen), zij hebben onderzocht welk effect een PMT activeringsgroep heeft op het overmatig bewegingsgedrag bij jeugdige patiënten met anorexia nervosa (Bonekamp, 2009). Dit zijn enkele citaten vanuit dit onderzoek:

“Er is een significant verschil ($Z = -2,37$; $p = .018$) tussen de afhankelijkheid van bewegen voorafgaand aan de Activeringsgroep en na afloop van de Activeringsgroep. Bij de 7 participanten was er 7 keer sprake van een lagere score op de nameting van de EDQ”.

“Duidelijk wordt dat de patiënten op alle aspecten van het overmatige bewegingsgedrag veranderd zijn; scores op de nameting waren lager dan scores op de voormeting. Hierdoor wordt zichtbaar dat het overmatige bewegingsgedrag is afgenomen tijdens de periode van de interventie. Er is een uitzondering op te merken bij de OEQ; 1 patiënte heeft na afloop hoger gescoord dan bij de voormeting”.

Het resultaat van bovenstaand onderzoek toont aan dat een PMT groep die gericht is op overmatig bewegen, positieve resultaten kan boeken. In een volgend onderzoek zou een dergelijke groep gestart kunnen worden, met een controlegroep die deze therapie niet volgt, op deze manier zou er onderzocht kunnen worden of een PMT groep gericht op overmatig bewegen een aanvulling zou kunnen zijn op het bestaande programma van de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Antonius Ziekenhuis.

Een aanbeveling die meer past bij het niet protocollair werken van de psychomotorisch therapeut van de afdeling Psychiatrie van het Antonius Ziekenhuis zou het toepassen van werkzame interventies vanuit geprotocolleerde behandelingen zijn. Bijvoorbeeld het aanbieden van psycho-educatie over gezond bewegen en sporten, om meer reële gedachten te vormen over dit onderwerp, het (opnieuw) leren ervaren van gevoelens van vermoeidheid en het meer adequaat handelen wanneer het gaat om bewegen. Enkele interventies op het denken, voelen en handelen rondom het overmatig bewegingsgedrag zouden kunnen zorgen voor de structuur die nodig is om dit gedrag te kunnen verminderen.

.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association, 1994. *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders IV*. Amsterdam, Pearson Assessment and Information.

Bonekamp, J., 2009. *Onderzoek naar het effect van een PMT activeringsgroep op de verandering van overmatig bewegingsgedrag bij jeugdige patiënten met anorexia nervosa*. Rintveld, centrum voor eetstoornissen, Zeist, pagina 1-26.

Delfos, M., 2002. *De lijn kwijt – behandeling van anorexia, boulimia en obesitas*. Nieuwegein, Hentenaar boek.

Harinck, F., 2009. *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Antwerpen - Apeldoorn, Garant.

Hekking, P en Fellingier, P., 2011. *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam, Boom.

Know mo, 2009. *Addiction Measures List, Exercise Dependence Questionnaire*, verkregen op 11 juni 2012, via http://www.knowmo.ca/capacity/addictionmeasures/addictionmeasureslist/10-1231/Exercise_Dependence_Questionnaire_EDQ.aspx

Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapeuten, 2009. *Beroepsprofiel psychomotorische therapeut*.

Nevid, J., Rathus, S., en Greene, B., 2010 (3de druk). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam, Pearson Education.

Norré J., Vandereycken, W., 1998. *Ambulante behandeling van eetstoornissen*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.

Probst, M., Vanderlinden, J., Vandereycken, W., en Coppenolle, H., 1999. Over bewegingsdrang en psychomotorische therapie bij anorexia nervosa patiënten. *Directieve therapie*, 19, pagina 260-275.

Stuurgroep eetstoornissen Nederland, 1998. 9. *Specifieke interventies 9.3 lichaamsbeleving*, verkregen op 6 januari 2012, via http://www.richtlijneetstoornissen.nl/index.php?id=1&action=details&articles_id=55&categories_id=9

Vandereycken, W., 2008 (2^e herziene druk). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht:De tijdstroom.

Vandereycken, W., 1978. Magerzucht en bewegingsdrang – de betekenis van hyperactiviteit bij anorexia nervosa (deel I). *Tijdschrift voor psychiatrie*, 20, pagina 61-78.

Vandereycken, W., 1978. Magerzucht en bewegingsdrang – de betekenis van hyperactiviteit bij anorexia nervosa (deel II). *Tijdschrift voor psychiatrie*, 21, pagina 135-151.

BIJLAGE 1: EXERCISE DEPENDENCE QUESTIONNAIRE (EDQ)

Lichaamsbeweging Afhankelijkheid Vragenlijst
Exercise Dependence Questionnaire (EDQ)
Ogden, J., Veale, D. & Summers, Z.

We zouden graag willen weten hoeveel je beweegt. Beschouw 'lichaamsbeweging' als 'iedere gestructureerde activiteit waardoor je hartslag omhoog gaat', bijvoorbeeld hardlopen, fietsen, aerobics, gewichtstraining en maak de volgende zin af:

Ik beweeg per week uur.

Onderstaand zie je een aantal stellingen die zijn gebruikt om de attitude van mensen ten opzichte van lichaamsbeweging te beschrijven. Beoordeel bij iedere stelling in hoeverre het je eigen houding ten opzichte van lichaamsbeweging weergeeft in de laatste maand, door middel van het omcirkelen van het juiste cijfer. Gebruik hierbij de volgende schaal:

Sterk mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 Sterk mee eens

1	Mijn mate van lichaamsbeweging maakt me moe op school	1	2	3	4	5	6	7
2	Na lichaamsbeweging voel ik me gelukkiger over mijn leven	1	2	3	4	5	6	7
3	Als ik niet aan lichaamsbeweging kan doen, voel ik me prikkelbaar	1	2	3	4	5	6	7
4	De rest van mijn leven moet ik aanpassen rond mijn lichaamsbeweging	1	2	3	4	5	6	7
5	Na lichaamsbeweging voel ik me minder angstig	1	2	3	4	5	6	7
6	Ik doe aan lichaamsbeweging om er aantrekkelijk uit te zien	1	2	3	4	5	6	7
7	Ik mis soms tijd op school om aan lichaamsbeweging te doen	1	2	3	4	5	6	7
8	Na lichaamsbeweging voel ik me een beter mens	1	2	3	4	5	6	7
9	Als ik niet aan lichaamsbeweging kan doen, voel ik me geërgerd	1	2	3	4	5	6	7
10	Ik doe aan lichaamsbeweging om andere mensen te ontmoeten	1	2	3	4	5	6	7
11	Ik heb er een hekel aan om niet in staat te zijn om aan lichaamsbeweging te doen	1	2	3	4	5	6	7
12	Ik doe aan lichaamsbeweging om mezelf bezig te houden.	1	2	3	4	5	6	7
13	Als ik niet aan lichaamsbeweging kan doen, dan kan ik niet met mijn leven omgaan	1	2	3	4	5	6	7
14	Ik doe aan lichaamsbeweging om mijn gewicht te beheersen	1	2	3	4	5	6	7
15	Ik heb weinig energie voor mijn partner, familie en vrienden.	1	2	3	4	5	6	7
16	Dun zijn is het belangrijkste in mijn leven	1	2	3	4	5	6	7
17	Ik voel me schuldig over de hoeveelheid lichaamsbeweging die ik doe	1	2	3	4	5	6	7

18	Ik doe aan lichaamsbeweging om gezond te zijn	1 2 3 4 5 6 7
19	Na lichaamsbeweging voel ik me dunner	1 2 3 4 5 6 7
20	De hoeveelheid dat ik aan lichaamsbeweging doe, is een probleem geworden	1 2 3 4 5 6 7
21	Ik maak de beslissing om minder aan lichaamsbeweging te doen, maar kan me hier niet aan houden	1 2 3 4 5 6 7
22	Ik doe iedere week ongeveer evenveel aan lichaamsbeweging	1 2 3 4 5 6 7
23	Na lichaamsbeweging voel ik me meer positief over mezelf.	1 2 3 4 5 6 7
24	Mijn wekelijkse bewegingspatroon herhaalt zich.	1 2 3 4 5 6 7
25	Mijn bewegingspatroon belemmert mijn sociale leven	1 2 3 4 5 6 7
26	Ik doe aan lichaamsbeweging om me fit te voelen.	1 2 3 4 5 6 7
27	Mijn lichaamsbeweging verpest mijn leven.	1 2 3 4 5 6 7
28	Ik doe aan lichaamsbeweging om hartziekten en andere ziektes te voorkomen	1 2 3 4 5 6 7
29	Als ik niet aan lichaamsbeweging kan doen, dan mis ik het sociale leven	1 2 3 4 5 6 7

BIJLAGE 2: OBLIGATORY EXERCISE QUESTIONNAIRE (OEQ)

Verplichte Lichaamsbeweging Vragenlijst
Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ)
Thompson, J. K. & Pasman, L.

Richtlijnen:

Hieronder staat een aantal uitspraken over sportgewoonten. Omcirkel het getal dat weergeeft hoe vaak een uitspraak op jou van toepassing is:

1 – NOOIT	2 – SOMS	3 – MEESTAL	4 – ALTIJD
1. Ik doe dagelijks aan sport.			1 2 3 4
2. Ik doe één/meerdere van de volgende soorten sport: wandelen, joggen / lopen of gewichtheffen.			1 2 3 4
3. Ik sport meer dan drie keer per week.			1 2 3 4
4. Ik voel mij schuldig wanneer ik niet sport.			1 2 3 4
5. Soms heb ik geen zin om te sporten, maar verplicht ik mijzelf en doe ik het toch.			1 2 3 4
6. Mijn beste vrienden sporten graag.			1 2 3 4
7. Wanneer ik een sportsessie mis, ben ik bezorgd dat mijn lichaam niet meer in vorm zal zijn.			1 2 3 4
8. Wanneer ik een sportsessie heb gepland op een bepaald tijdstip en iets onverwachts doet zich voor (zoals een vriendin die op bezoek komt of huiswerk dat ik dringend nog moet doen), dan zal ik die dag niet gaan sporten.			1 2 3 4
9. Als ik een geplande sportsessie gemist heb, zal ik dat de volgende dag compenseren.			1 2 3 4
10. Het is mogelijk dat ik een dag niet sport zonder enige reden.			1 2 3 4
11. Soms heb ik de behoefte om twee keer per dag te sporten, ook al ben ik een beetje moe.			1 2 3 4
12. Als ik het gevoel heb dat ik te veel gegeten heb, zal ik dit gevoel proberen te compenseren door meer te sporten.			1 2 3 4
13. Als ik een geplande sportsessie gemist heb, voel ik mij gespannen, geïrriteerd of depressief.			1 2 3 4
14. Soms heb ik het gevoel dat mijn gedachten afdwalen naar sporten.			1 2 3 4

15. Ik heb al dagdromen gehad over sporten. 1 2 3 4
16. Ik houd aantekeningen bij over mijn sportprestaties,
zoals hoe lang ik sport, hoe ver of snel ik ren. 1 2 3 4
17. Ik heb me al eens dolblij of zeer gelukkig gevoeld
tijdens of na een sportsessie. . 1 2 3 4
18. Ik drijf mijzelf vaak tot het uiterste. 1 2 3 4
19. Ik heb al eens gesport toen dit mij eigenlijk werd afgeraden
(bijv. door de dokter, ouders, vriendin, enz.) 1 2 3 4
20. Ik zal aan andere sporten doen als het niet mogelijk is
mijn normale sport uit te oefenen. 1 2 3 4

BIJLAGE 3: DRIVE FOR ACTIVITY QUESTIONNAIRE (DAQ)

Activiteitsvragenlijst

Drive for Activity Questionnaire (DAQ)

Toelichting:

Hieronder vind je een aantal uitspraken over lichamelijke activiteit.

De lijst bevat 15 uitspraken. Het is de bedoeling dat je voor elke uitspraak aangeeft hoe dikwijls die uitspraak van toepassing is op jou. Je doet dit door het cijfer te omcirkelen dat dat het beste weergeeft. Er zijn geen goede of slechte antwoorden. Probeer er niet te lang over na te denken: meestal is je eerste indruk de beste.

		<i>Nooit</i>	<i>Soms</i>	<i>Meestal</i>	<i>Altijd</i>
	(omcirkel het getal in het juiste vakje → → →)				
1.	Rustig stilzitten is heel moeilijk voor mij.	1	2	3	4
2.	Ik voel in mijn lichaam een gejaagdheid.	1	2	3	4
3.	Na het eten heb ik de neiging om veel te bewegen.	1	2	3	4
4.	Overdag ben ik zeer actief.	1	2	3	4
5.	Ik heb schuldgevoelens als ik niet elke dag lichamelijke inspanningen heb gedaan.	1	2	3	4
6.	Wanneer ik geen bezigheid heb, voel ik mij gespannen.	1	2	3	4
7.	In sport of lichamelijke inspanningen wil ik mijn eigen prestatie overtreffen.	1	2	3	4
8.	Ik voel een drang om te bewegen.	1	2	3	4
9.	Rusten is voor mij tijdverlies.	1	2	3	4
10.	Ik moet voortdurend iets te doen hebben.	1	2	3	4
11.	Ook al heb ik geen zin, toch verplicht ik mij om te oefenen of te sporten.	1	2	3	4
12.	Ik beweeg om calorieën te verbranden.	1	2	3	4
13.	Ik voel me pas rustiger als ik voldoende heb bewogen of geoefend.	1	2	3	4
14.	Ik voel de drang om met iets bezig te zijn.	1	2	3	4
15.	Ik blijf liever staan dan zitten.	1	2	3	4

BIJLAGE 4: FORMAT INTERVIEW

1. Zou jij op dit moment, zonder kennis van de resultaten, aan kunnen geven of je verwacht dat de mate van overmatig bewegingsgedrag gedaald, gelijk gebleven of gestegen is?

Gedaald – Gelijk gebleven – Gestegen

2. Wat is/zijn de reden(en) waarom jij verwacht dat het overmatig bewegingsgedrag gestegen, gelijk gebleven of gedaald is?
3. Zou jij op dit moment, nu jij kennis hebt over de resultaten, een aanname kunnen doen over de resultaten van de vragenlijst?

(Extra vraag wanneer vraag 1 en vraag 3 niet in antwoord overeenkomen)

4. Wat zou volgens jou de reden kunnen zijn dat het antwoord van vraag 1 niet overeenkomt met het antwoord van vraag 3?

BIJLAGE 5: SAMENVATTING INTERVIEWS MET CLIËNTEN VAN DE EETGERICHTE GROEP (VOORBEREIDEND WERK)

Cliënt S.

Al op vroege leeftijd (rond de 13 jaar) fanatiek gaan sporten, rond de drie uur per dag. Dit waren vooral individuele sporten als skaten en zwemmen. Sport zette zij toen al in om minder emoties te voelen maar het leuk vinden had nog wel de overhand. Vanaf vorig jaar is zij het sporten echt op een andere manier gaan inzetten, gelijktijdig met de eetstoornis. Het sporten was niet leuk meer maar werd ingezet om calorieën te verliezen en emoties niet te voelen. De bewegingsdrang uitte zich door overmatig sporten en onnodig herhaalde bewegingen (trap lopen, bewegen tijdens zitten enzovoort). Het grote verschil met gewoon sporten is voor haar het feit dat het niet leuk meer is, het sporten moet. Heeft binnen therapie wel afspraken gemaakt over sporten, het verminderen van sporten, maar is nooit volledig gestopt met sporten. Op dit moment sport zij nog steeds, hardlopen, twirling en fitness. Op dit moment voelt sporten als 50% leuk en 50% als drang. Het moeten sporten ervaart zij als vervelend, maar aan de ander kant is het calorieverlies en het minder voelen van emoties ook heel prettig. Dus op de vraag of zij op dit moment van haar bewegingsdrang af wil kan zij niet echt een antwoord geven. Heeft de bewegingsdrang wel ingebracht bij PMT, hebben het toen over de onderliggende emoties gehad. Merkt wel dat wanneer zij zich goed voelt de bewegingsdrang minder wordt. Nog altijd zet zij de bewegingsdrang wel in bij rotte en/of moeilijke momenten. Wanneer er een groep komt gericht op bewegingsdrang, dan zou zich aanmelden. Omdat het moeten toch als belasting wordt ervaren. Vind het nog steeds lastig om te bepalen wanneer ze moeten stoppen, is dat wanneer je moe bent of als je crosstrainer 200 kcal aangeeft? Wil in een spel altijd winnen. Ziet twirling niet als sport, daar wordt je niet echt moe van, is meer een hobby. Denkt nog steeds aan afvallen terwijl zij deze week de kliniek verlaat. Heeft haar emoties beter leren uiten.

Cliënt M.

Is nooit opgevoed met sporten, is sporten puur en alleen in gaan zetten als compensatiedrang. Het resultaat is bevredigend dus dan maakt de weg er naar toe niet zoveel uit. Herkent zich in dit gedrag, kan zich verliezen in situaties. Sport nu ongeveer 4 á 5 keer in de week, voor anderhalf uur. Doet dit nog steeds vanuit een dwangmatige manier. Heeft heel bewust gekozen om de bewegingsdrang niet binnen therapie in te brengen. Heeft alle andere dingen wel ingebracht, braken, eetbuien enzovoort. Maar het sporten bleef haar houvast. De eetbuien, het sporten en de eetbuien zijn allemaal reacties vanuit onrust. Doordat er meer aandacht is geweest voor deze onrust zijn de eetbuien en het braken gestopt. Wanneer ze onrust voelt bestrijdt zij dit nog steeds met overmatig bewegen. Ze wil ook nog niet dat dit van haar afgepakt wordt. Ziet zelf ook nog de plezierige kanten van het sporten, het sociale aspect de tijdsinvulling enzovoort. De 'moeten' kant ervaart zij als negatief. Zou hier meer naar haar eigen lichaam willen luisteren. Wanneer ze nu het aanbod krijgt van iets leuks doen met een vriendin of sporten, kiest ze voor het leuke, een aantal maanden geleden was hier nog geen sprake van geweest. Het sporten zorgt voor fijne gedachten, calorieverlies/lichaam vormen. Het niet sporten zorgt voor schuldige gedachten over het niet gaan. Hoopt dat de bewegingsdrang verminderd wanneer zij weer gaat werken, er is dan minder tijd om op te vullen. De sterkte van de bewegingsdrang is wel verminderd maar blijft toch nog redelijk sterk aanwezig omdat het haar manier is om onrust te bestrijden. Het uiten van haar emoties en gevoelens heeft vooral invloed gehad op andere gebieden. Zou zich aanmelden wanneer er meer aandacht komen voor de drang. Wanneer ze een sport zou moeten kiezen voor de leuk, zou zij niet weten wat het wordt. Heeft nooit gesport voor het plezier. Kan zich niet vinden in teamsporten, denk badminton en tennis wel leuk te vinden maar weet dat niet zeker. Zou de tijd in de gymzaal gebruiken voor sport en spel. Thema PMT: lichaamsbeeld, gedachten, wat is normaal sporten. Bewegingsdrang = moeten/dwangmatig.

Cliënt D. (cliënt 9 in dit onderzoek)

Ziet bewegingsdrang als het planmatig sporten, je moet ook wanneer je moe bent. Zet de bewegingsdrang in ter compensatie van eten. Wanneer zij zoveel heeft gesport, mag zij zoveel eten. Wanneer de eetgestoorde gedachten sterker worden, wordt de bewegingsdrang ook sterker. Heeft aan het begin van haar behandeling drie maanden niet gesport, is hier weinig tot geen onrust in tegengekomen. Haar lichaam was zo moe en kapot, dat ze het fijn vond dat iemand haar de regel heeft opgelegd dat zij niet mocht sporten. Ervaart nu wel onrust als zij niet kan sporten, kan deze onrust nergens anders in kwijt (legitiem). Zei eerder leuke dingen voor het sporten af. Is nu zo ver dat leuke dingen voor het sporten gaan, merkt daarbij wel dat ze dan meestal wel bedenkt wanneer ze dan kan sporten. Heeft in haar anorectische periode geen last gehad van bewegingsdrang, viel toen genoeg af door niet te eten. In haar boulimische periode is zij bewegingsdrang wel gaan gebruiken om niet aan te komen. Het dwangmatig sporten kwam gelijktijd met de eetstoornis. Daarvoor is zij altijd keeper geweest in een handbalteam, maar dat was vooral voor de gezelligheid, was liever lui dan moe. Maakte zich toen al wel heel druk over hoe ze het deed, was ontzettend onzeker over haar prestaties. Had het idee dat ze geen uitbinker was en dat anderen daarom over haar zouden oordelen. Tijdens de eetstoornis kwam het functionele gedeelte van sporten naar voren, afvallen/uitputting enzovoort. Sport was vanaf dat moment ook niet leuk meer. Het verschil met gewoon sporten is voor haar het planmatige. Heeft dus binnen cognitieve therapie afspraken gemaakt over het sporten, deze regels hielpen haar om de rust te pakken die zij nodig had. Merkt dat ze (mag nu eigen keuzes maken) weer meer vervalt in het plannen van eten en sporten. Heeft dit nog niet ingebracht in PMT, zag deze koppeling ook nog niet voor zich. Zou wel komen wanneer hier aandacht aan besteed zou worden. Zegt zelf dat sporten helpt om je hoofd leeg te maken, maar dat zij het niet inzet om emoties te ontwijken. Daar gebruikt ze andere manieren voor. Zou graag een vechtsport willen doen, maar is bang dat ze er niet moe genoeg van wordt of het niet kan (is een stijve hark zegt ze zelf). Zou dit wel zien als ontlading en ontspanning. Vind fitness eigenlijk helemaal niet leuk, is vooral functioneel, vind het lastig om de keus te maken voor een 'plezierige' sport. Sport ongeveer 3 uur in de week, wandelt ook nog drie uur in de week maar vind dit geen sport. Dat is beweging, dit telt ze dus ook niet mee met aantal uren beweging. Wandelt wel zo snel mogelijk en wordt onrustig wanneer het niet kan. Zit dus wel wat dwangmatigs achter. Ervaart de bewegingsdrang wel als negatief, omdat het moeten zo groot is. Wil wel graag blijven sporten voor de positieve effecten die het heeft.

Cliënt K. (cliënt 7 in onderzoek)

Koppelt bewegingsdrang en sporten van elkaar los. Vind turnen ontzettend leuk, ervaart dit ook als haar uitlaatklep. De bewegingsdrang ervaart zij meer in de crosstrainer en het moeten doen van haar buikspieroefeningen en oefening met gewichten. Moe zijn of geen zin hebben zijn geen excuses. Een blessure is de enige reden waarom je stopt met bewegen. Wil niet braken, kan ze niet, en laxeren heeft geen zin. Bewegen blijkt voor haar de handigste en snelste manier te zijn om af te vallen en eten te compenseren. Voelt wanneer ze sport meer ruimte om te eten, dan mag het ook. Heeft aan het begin van haar opname helemaal niet gesport, voelde toen niet als een probleem, het kon gewoon ook niet. Heeft later een opbouw afgesproken, maar hier houdt ze zich eigenlijk niet aan. Doet al weer volledig mee met de turntrainingen. Is binnen het turnen minder achteruit gegaan dan ze had verwacht, maar wil binnen een keer of 4 wel weer op haar oude niveau zitten. Wil naar de behandeling naar de ALO, ze wil ook specifiek naar de ALO omdat de druk van presteren hoger ligt. Heeft binnen therapie weinig gedaan aan de bewegingsdrang, voelt dit als haar houvast om zo min mogelijk aan te komen. Hoeft nu per week maar 3 ons aan te komen, wil het aankomen zo laag mogelijk houden. Is bang dat ze dan wat moet loslaten wat ze ergens ook prettig vindt. Heeft nog nooit een inbreng gehad bij PMT, weet niet of ze in PMT gelooft, mag eigenlijk van zichzelf ook niet geloven. Het is niet wetenschappelijk bewezen. Een ervaring zegt haar niet voldoende omdat die ook vervormd kan zijn. Is wel een gesprek met mij aangegaan omdat bewegingsdrang concreter klinkt, denkt er hierdoor meer mee te kunnen. Wil wel wat aan de bewegingsdrang doen omdat ze de druk en het moeten als negatief ervaart. Is binnen een groep dan veiliger dan individueel. Zegt emoties te kunnen uiten binnen sport. Wanneer ze bijvoorbeeld ruzie heeft met haar moeder, springt zij een aantal keer mee in de trampoline om te ontladen. Maar de beweging wordt vooral ingezet om niet teveel aan te komen. Heeft voor haar eetstoornis ook altijd heel veel gesport. De onrust die ze tegenkomt met het niet sporten, zorgt soms voor huilbuien die kunnen ontspannen.

Vind het in turnen prettig dat zij alleen aansprakelijk is voor haar functioneren, niemand kan het voor haar verpesten en zij kan het voor niemand anders verpesten. Turnt 2 á 3 keer in de week, elke avond buikspieroefeningen en oefeningen met gewichtjes, 1 keer in de week crosstrainer. Ging tijdens haar opname heel lang douchen, omdat zij niet mocht bewegen. Vind de crosstrainer geen knal aan, maar moet van zichzelf. Voor haar is breder worden door spieren geen probleem, spieren zijn mooi. Daarom ook de keuze voor krachtoefeningen. Wil alleen geen vet krijgen.

Clïënt D. (clïënt 4 in dit onderzoek)

Koppelt bewegingsdrang en sporten los van elkaar, sporten kan worden overgeslagen wanneer zij zich erg rot voelt, de bewegingsdrang kan niet genegeerd worden. Wanneer ze niet beweegt wordt de onrust groter, deze onrust zou anders bestreden worden met eten. Ze gaat niet sporten wanneer ze zich erg rot voelt, reactie is dan onder de dekens kruipen en de gordijnen dicht doen. Bewegingsdrang ziet zij als traplopen, wandelen, niet stil kunnen zitten enz. Heeft voor deze compensatiedrang gekozen omdat zij niet braakt. Ziet eten als iets wat er in gaat en dus ook weer verbrand moet worden. Bij braken heeft het lichaam al bepaalde stoffen tot zich genomen. Het weinig eten in combinatie met sporten is ook heel effectief. De bewegingsdrang is gelijktijd met de eetstoornis gekomen, rond zestienjarige leeftijd, toen had zij echt anorexia. Nu is ze 25 jaar en is het meer overgegaan in boulimia. De bewegingsdrang is meegegaan met alle ups en down die zij heeft gehad. Het verschil met gewoon sporten is het moeten. Ziet sporten wel als iets dat hoort bij iemand van haar leeftijd, je bent nog jong en je moet een gezonde leefstijl hebben. Heeft meer van dit soort 'zo hoort' het gedachten. Je hoort een huis te hebben, je hoort een relatie te hebben, je hoort een uitdagende baan te hebben enz. Heeft met de psycholoog afspraken gemaakt over het bewegen, zich hier onbewust niet aan gehouden. Is fel aangesproken op dit gedrag en probeert zich op dit moment aan de regels te houden. Op dit moment is de bewegingsdrang de manier om het aankomen in te perken, een veilige houvast. Heeft dit onderwerp nog nooit ingebracht bij PMT, nooit bewust over nagedacht dat het hier zou passen. Zou wel komen naar de groep. De bewegingsdrang hoort bij de eetstoornis en ze wil van de eetstoornis af. Er zit vooral veel onrust achter de bewegingsdrang, onrust die anders ingevuld wordt met eten. Zoekt zelf veel informatie over eten en sporten, schaaft dit onder interesse, lijkt naar mijn mening overmatig geïnteresseerd. Wanneer ze sport is dit voornamelijk cardio. Kracht zorgt voor spieren en spieren zorgt voor verdikking. Dit is lelijk bij haar, vind dit niet lelijk bij anderen. Heeft liever langere spieren waardoor ze slanker lijkt. Heeft altijd aan teamsport gedaan, is hiermee gestopt, maar zou er wel weer graag mee beginnen. Heeft vanuit functionele redenen voor fitness gekozen, de manier om zo snel en veel mogelijk af te vallen. Vind fitness eigenlijk helemaal niet leuk. Zou graag op salsa les gaan, maar dat is een te lage intensiteit. Je hartslag gaat niet genoeg omhoog. Loopt liever 20 minuten hard, dan drie uur wandelen. Zou dit wel kunnen naast haar werk, dan ben je al nuttig bezig geweest. Dan zou ze pas kunnen sporten voor de ontspanning denkt ze. De bewegingsdrang staat niet hoog op haar prioriteitenlijst. Lijkt dit af te schermen omdat het een veilige en handige manier is om nog enigszins de controle te houden.