
“Ik mag er zijn!”

*Effecten van behandeling op negatieve lichaamsbeleving bij eetstoornis
patiënten met obesitas*

Naam: Mirjam Koster

Studentnummer: 1008995

Begeleider: Fred Dijk

Beoordelaar: Jeanette Verhoeven

Datum: 24-06-2013

School: Hogeschool Windesheim

Opleiding: Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie

Voorwoord

Binnen het kader van mijn afstudeeropdracht voor de opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie, heb ik op mijn stageplaats PsyQ te Groningen, een onderzoek uitgevoerd op de afdeling eetstoornissen en obesitas.

Obesitas is op zichzelf een somatische aandoening en heeft andere uitgangspunten qua behandeling dan de doelgroep die ik binnen PsyQ bij de afdeling eetstoornissen en obesitas ben tegengekomen. Bij de obesitasgroep waar ik mee heb gewerkt, is obesitas een gevolg van de eetproblematiek van de patiënt. De insteek van de behandeling van de eetstoornis en obesitas is daardoor niet zozeer gericht op afvallen, maar op welzijn en gezond leven.

Patiënten met een eetstoornis met obesitas als gevolg, stuiten vaak op onbegrip vanuit de omgeving. *“Ben je te dik? Dan eet je toch gewoon minder”*. *“Overgewicht is je eigen schuld, dan moet je maar niet zo veel snoepen”*. Maar juist deze patiënten krijgen geen grip op hun overgewicht. Zowel de negatieve reacties uit de omgeving, als ook de emotionele problematiek welke aan de eetstoornis ten grondslag ligt, maakt dat de patiënt vaak een negatief beeld heeft over zichzelf, maar ook over het lichaam. Die negatieve kijk op het eigen lichaam, welke voortdurend terugkwam in de obesitasgroep tijdens de behandeling en het effect daarvan op het gedrag van de patiënt, heeft mij n aandacht getrokken en aanleiding gegeven tot verdere verdieping in het gedrag en de behandeling van een eetstoornis met obesitas als gevolg.

Het Trimbos instituut raadt in haar richtlijnen voor de behandeling van de eetstoornis en obesitas aan, om lichaamsgerichte interventies aan te bieden. De psychomotorische therapie is een lichaamsgerichte therapie. Vanwege de interventies op lichaam, beweging en zintuiglijkheid is deze therapie uiterst geschikt voor behandeling aan deze doelgroep. Om deze reden wordt binnen PsyQ psychomotorische therapie ingezet ter bevordering van de negatieve lichaamsbeleving.

Het positief beïnvloeden van lichaamsbeleving wordt ook wel gezien als een sleutelbegrip in de behandeling van de eetstoornis en het voorkomen van terugval. Echter, over de oorzaken en werking van interventies is nog veel onduidelijk, waardoor niet iedereen dezelfde mening heeft over de insteek van behandeling. Hierdoor raakte ik geïnteresseerd in de verschillende visies over behandeling en interventies bij deze doelgroep zo ook in de behandeling die worden geboden binnen PsyQ. Vanwege de onduidelijkheid omtrent interventies van negatieve lichaamsbeleving, heb ik in mijn onderzoek gekozen voor een effectmeting van het huidige behandelaanbod voor de obesitasgroep.

Zonder ondersteuning van een aantal personen had ik dit onderzoek niet kunnen uitvoeren. Ik wil daarom graag deze mogelijkheid aangrijpen om de volgende personen te bedanken: Marieke Dorthout, mijn stagebegeleider van de afdeling eetstoornissen PsyQ, voor de steun en begeleiding, de participanten van de obesitasgroep, voor het invullen van de vragenlijsten, Mia Scheffers, voor het op weg helpen op het gebied van lichaamsbeleving, Fred Dijk, voor de begeleiding en feedback vanuit de opleiding en ten slotte Ciska Wigt voor haar kritische blik.

Abstract

In this study the following question will be examined: *How does the existing treatment for the eating disorder obesity within PsyQ, affect the negative body image of these patients?* Body dysmorphic means what people think and feel about their bodies and what this means for their daily doing. A negative body image is frequently presented by patients with eating disorders. The judgment that the patient has about himself is more strongly influenced by body shape and body weight, compared to a person without an eating disorder. Negative body image is therefore often seen as a key concept in the treatment of eating disorders. According to the guidelines for eating disorders, based on clinical evidence, modules for the PMT are advised to treat the body dysmorphic. The current treatment program within PsyQ therefore, runs with PMT, CBT and Diet Management. However, there is not empirical data available about the impact of the interventions on negative body image in patients with eating disorders and obesity. This study does therefore an affect measurement regarding the treatment of this facet. 7 patients with an eating disorder and obesity participated on filling the Body cathexis scale and the lichaamsattitude vragenlijst before and after the treatment period of 20 weeks. The results show that the majority of the patients scored more positive on body image after following the current treatment program. What specific interventions, this positive outlook on their own bodies have increased is not clear as a result of this study. Also there can't be said whether it was the PMT which has this influence on the positive outcome or the other therapies. However this is interesting to know for future and improve the treatment for these patients.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Inleiding	5
Hoofdstuk 2	Theoretisch kader	7
2.1	Eetstoornis en obesitas	7
2.2	Lichaamsbeleving	8
2.3	Behandelingsinsteek	8
2.4	Behandeltraject:	9
	- Dieetmanagement	9
	- Cognitieve gedragstherapie	9
	- Psychomotorische therapie	10
	- Psychomotorische arrangementen	10
Hoofdstuk 3	Methode	12
3.1	Doelpopulatie	12
3.2	Onderzoekspopulatie	12
3.3	Onderzoeksdesign en variabelen	12
3.4	Instrumenten	12
3.5	Procedure	13
3.6	Statistisch programma	13
Hoofdstuk 4	Resultaten	14
4.1	Gegevens onderzoekspopulatie	14
4.2	Beschrijvende statistiek	14
4.3	Toetsende statistiek	15
Hoofdstuk 5	Conclusie	17
Hoofdstuk 6	Discussie	18
Hoofdstuk 7	Aanbevelingen	19
Literatuurlijst		20
Bijlagen		22

Inleiding

Aanleiding

In de westerse landen zijn er steeds meer mensen met overgewicht. Het aantal is dermate verontrustend dat de 'World Health Organisation' (WHO) intussen zelfs van een epidemie spreekt. Het RIVM schat dat vandaag de dag ongeveer 45% van de Nederlandse volwassen bevolking te zwaar is. Ongeveer 14% van de bevolking lijdt zelfs aan een ernstige vorm van overgewicht. Dit wordt obesitas genoemd (Daansen, 2005).

Obesitas verhoogt de kans op ziekten en kan de algemene kwaliteit van leven nadelig beïnvloeden. Naast de risico's voor de gezondheid, lijden mensen met obesitas onder stigmatisatie, discriminatie en vooroordelen. Dit heeft invloed op de emotionele ontwikkeling en het zelfbeeld. Vooral jonge meisjes en vrouwen zijn gevoelig voor een negatief zelfbeeld en het ontwikkelen van depressieve klachten, omdat zij niet aan het heersende schoonheidsideaal van de huidige maatschappij weten te voldoen (Daansen, 2005). De heersende beelden van het schoonheidsideaal zorgen ervoor dat mensen hun eigen lichaam gaan zien als een negatief onderdeel van zichzelf.

De WHO maakt onderscheid tussen vijf verschillende gewichtscategorieën waarbij een Body Mass Index van boven de 30 wordt gezien als obesitas. Obesitas wordt in de psychiatrie beschouwd als een somatische aandoening, wat ingedeeld is onder AS III binnen de DSM-IV-TR. Obesitas gaat vaak samen met een vreetbuienstoornis, welke binnen de DSM-IV-TR onder AS I klinische stoornissen valt. Indien obesitas tot significant psychisch lijden leidt, kan dit tevens onder AS I gedefinieerd worden.

Naast de vreetbuienstoornis zijn ook persoonlijkheidsstoornissen, welke plaatsvinden op AS II binnen de DSM-IV-TR, veel voorkomend in combinatie met obesitas. Voor het bepalen van de juiste behandeling is het belangrijk deze stoornissen te onderscheiden (Daansen, 2005).

Het onderzoek zal zich specificeren op de doelgroep obesitas gedefinieerd onder AS I of AS II. Bij patiënten met een eetstoornis obesitas is er vaak sprake van een verstoorde of negatieve lichaamsbeleving. In de behandeling van deze doelgroep komt het thema 'lichaamsbeleving' daardoor veelvuldig aan de orde. Onder lichaamsbeleving wordt verstaan hoe mensen voelen en denken over hun lichaam en wat dit betekent voor hun dagelijkse doen en laten. Daarnaast behoort ook lichaamsbewustzijn, het gevoel van contact met het eigen lichaam, tot de lichaamsbeleving. Volgens Probst (2002) wordt lichaamsbeleving gedefinieerd als een multidimensioneel psychologisch concept: "Een integratie van visuele en tactiele 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 over het eigen lichaam."

Over de negatieve beleving van het lichaam bij patiënten met obesitas zijn weinig empirische gegevens bekend. Door deze onduidelijkheden staat niet iedere therapeut positief tegenover de behandeling van de lichaamsbeleving. Volgens de richtlijnen voor eetstoornissen wordt echter op basis van klinische evidentie aangeraden om module uit de psychomotorische therapie in te zetten om de lichaamsbeleving te behandelen. Hierbij wordt de kanttekening gemaakt dat er nog nauwelijks onderzoek is gedaan naar de werkzaamheid van zowel specifieke lichaamsgerichte interventies als een meer gevarieerd psychomotorisch aanbod.

Probleemstelling

Volgens de richtlijnen van het Trimbos-instituut is er nog te weinig empirisch onderzoek gedaan naar de behandeling van de obesitas eetstoornis. Daardoor is het niet mogelijk krachtige aanbevelingen te doen voor de behandeling van deze obesitas eetstoornis. Binnen het huidige behandelaanbod van PsyQ voor de eetstoornis obesitas, bestaat er een vaste module waarin dieet-management, cognitieve gedragstherapie (CGT) en psychomotorische therapie (PMT) een plaats innemen. Naast dat het volgens het Trimbos-instituut niet mogelijk is krachtige aanbevelingen te doen voor de behandeling van obesitas, is het wel duidelijk dat er binnen de behandeling van eetstoornissen een lichaamsgerichte behandeling wordt aanbevolen. Binnen PsyQ is er wegens die aanbeveling gekozen voor PMT. In samenspraak met de overige behandelvormen is er binnen de PMT nadruk gelegd op de behandeling van de lichaamsbeleving. Onduidelijk is in hoeverre de bestaande interventies in de behandeling van de lichaamsbeleving bij deze patiënten effect hebben.

Doelstelling

Doormiddel van dit onderzoek wordt de bestaande behandeling voor de obesitasgroep gericht op de lichaamsbeleving onder de loep genomen. Zo wordt gekeken of de behandeling ook daadwerkelijk de gewenste effecten heeft, namelijk afname van de negatieve kijk op het eigen lichaam door patiënten met een eetstoornis obesitas na het volgen van de behandeling binnen PsyQ.

Vraagstelling

In hoeverre beïnvloedt het bestaande behandelprogramma van de eetstoornis obesitas binnen PsyQ de negatieve lichaamsbeleving van deze groep patiënten?

Leeswijzer

Het onderzoek begint met de vraagstelling die centraal staat in dit onderzoek, namelijk: *“In hoeverre beïnvloedt het bestaande behandelprogramma van de eetstoornis obesitas binnen PsyQ de negatieve lichaamsbeleving van deze groep patiënten”*. In hoofdstuk 2 en 3 vindt een verdere verdieping plaats van begrippen uit de vraagstelling en wordt de methode waarmee het onderzoek is gedaan nader toegelicht. Hoofdstuk 4 wordt gewijd aan de resultaten van het uitgevoerde onderzoek, waarna er in hoofdstuk 5 en 6 een verklaring wordt gegeven voor de resultaten waarbij er met een kritische blik wordt teruggekeken. In hoofdstuk 7 bevinden zich nog enkele aanbevelingen. In de bijlagen bevinden zich tot slot de vragenlijsten die de respondenten hebben ingevuld.

In dit hoofdstuk zullen de begrippen eetstoornis, obesitas, lichaamsbeleving, behandelingsinsteek en het behandeltraject verder worden toegelicht ter verduidelijking van de onderzoeksvraag.

2.1 Doelgroep eetstoornis en obesitas

In het onderzoek zal gesproken worden over de obesitasgroep. Obesitas is een somatische aandoening welke in de DSM-IV-TR classificatie plaats vindt op AS III. We spreken volgens de WHO van obesitas wanneer men een Body Mass Index (BMI) van boven de 30 heeft.

Tabel 1. BMI categorieën

BMI	Gewichtscategorie
<20	Ondergewicht
20 - 24,9	Normaal gewicht
25 – 29,9	Overgewicht
30 – 39,9	Obesitas
40 – 49,9	Morbide obesitas
50 – 59,9	Super obesitas
>60	Super super obesitas

In tabel 1 is per gewichtscategorie de bijbehorende BMI-waarde weergegeven. Zo is uit de tabel te lezen dat er bij een BMI van boven de 25 sprake is van overgewicht. Bij een BMI van boven de 30 wordt officieel gesproken van obesitas. De BMI-waarde wordt berekend middels de volgende formule: $\text{lengte} \times \text{lengte} / \text{gewicht}$.

De behandeling voor de obesitasgroep binnen PsyQ deeltijd in Groningen richt zich vooral op patiënten obesitas met een diagnose op AS I of AS II. Binnen de obesitasgroep zijn de voorkomende diagnoses een eetbuitstoornis of eetstoornis NAO (niet anderszins omschreven), welke plaatsvindt op AS I van de DSM-IV-TR, en de borderline persoonlijkheidsstoornis, welke plaatsvindt op AS II binnen de DSM-IV-TR.

De eetbuitstoornis wordt ook wel Binge Eating Disorder (BED) genoemd, wat valt onder de categorie van de ‘eetstoornis niet anderszins omschreven’. Een diagnostische categorie, die eetstoornissen met een duidelijke klinische ernst omvat, maar die niet voldoen aan de criteria voor anorexia nervosa (AN) of bulimia nervosa (BN) (American Psychiatric Association 2001). BED wordt steeds vaker als aparte stoornis gediagnostiseerd en al langer als zodanig behandeld, waardoor de stoornis mogelijk een aparte vermelding in de DSM-V krijgt.

Het hoofdkenmerk van de BED eetbuitstoornis is de aanwezigheid van eetbuien, tijdens welke de patiënt zeer snel grote hoeveelheden voedsel eet, vaak stiekem, en waarbij compenseergedrag zoals braken, laxeren of hyperactiviteit ontbreekt. Hoewel obesitas geen criterium is voor BED, bestaat er toch een sterke associatie tussen beiden. Wanneer obesen die niet aan de BED criteria voldoen, worden vergeleken met obese BED patiënten, valt op dat de laatst genoemde meer ernstige obesitas en meer eetstoornispsychopathologie (o.a. een grotere ontevredenheid over het lichaam en meer emotioneel eten) vertoont (Adriaens et al., 2009). Negatieve gevoelens als frustratie, woede, depressiviteit en angst, maar ook sociale situaties, bepaalde momenten van de dag of een bepaald soort voedsel, kunnen de eetbuien van de BED triggeren (Bilge Burçak Annagür., 2011).

De borderline persoonlijkheidsstoornis, welke tevens voorkomt in de obesitasgroep, wordt gekenmerkt door een reeks gedragsmatige, emotionele persoonlijkheidskenmerken. De kern is een diepgaand patroon van instabiliteit in relaties, het zelfbeeld en de stemming en een gebrek aan controle over impulsen (Jeffrey et al, 2012). Er bestaat een duidelijk verband tussen de borderline persoonlijkheidsstoornis en eetstoornissen. Dit heeft te maken met de instabiliteit van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Instabiliteit heeft bij mannen vaak een ander effect dan bij vrouwen. Mannen gaan eerder drugs of alcohol gebruiken, vrouwen krijgen daarin tegen vaker last van eetbuien.

Geslacht

De obesitasgroep van PsyQ bestaat enkel uit vrouwen. Vrouwen hebben in tegenstelling tot mannen een grotere kans op het ontwikkelen van een eetstoornis vanwege het verschil in kijk op het eigen lichaam. In het geval van de BED is 65% vrouw tegenover 35% man (Bilge Burçak Annagür, 2011). Voor mannen is het gevoel van fysieke effectiviteit belangrijk voor een positief zelfbeeld, voor vrouwen is het gevoel van fysieke aantrekkelijkheid van doorslaggevend belang. Dit verschil is al

aanwezig tijdens de kindertijd: jongens beschrijven hun lichaam als een instrument om hun omgeving te beheersen, terwijl meisjes hun lichaam beschrijven als een object om anderen te behagen. Dit zou het resultaat kunnen zijn van hoe de maatschappij het vrouwelijke lichaam presenteert, maar ook van hoe mensen (voornamelijk mannen) omgaan met vrouwen. Wanneer vrouwen zichzelf te dik vinden of afkeurend commentaar op hun gewicht krijgen, dan heeft dit niet alleen een negatief effect op hun lichaamswaardering maar ook op hun algemene zelfwaardering (Martijn et al., 2012).

2.2 Lichaamsbeleving

Volgens Probst (2002) wordt lichaamsbeleving gedefinieerd als een multidimensioneel psychologisch concept: “Een integratie van visuele en tactiele informatie en perceptie en interpretatie van signalen, die van binnenuit het lichaam komen met subjectieve ervaringen van lichaamsfuncties (zowel affectief als emotioneel) en met ideeën en opvattingen over het eigen lichaam.” Oftewel: onder lichaamsbeleving wordt verstaan hoe mensen denken en voelen over hun lichaam en wat dit betekent voor hun dagelijkse doen en laten. Daarnaast behoort ook lichaamsbewustzijn, het gevoel van contact met het eigen lichaam, tot de lichaamsbeleving.

Bij patiënten met een eetstoornis is er vaak sprake van een negatieve lichaamsbeleving. Het oordeel wat de patiënt over zichzelf heeft, wordt sterker beïnvloed door de lichaamsvormen en het lichaamsgewicht, in vergelijking met een persoon zonder eetstoornis.

2.3 Behandelingsinsteek

De behandeling binnen PsyQ heeft als gewichtsverlies niet als belangrijkste uitgangspunt. Immers, de meeste patiënten hebben reeds vele jaren nutteloze pogingen ondernomen om gewicht te verliezen, met het bekende resultaat dat juist het lichaamsgewicht steeds toeneemt. Het bekende jojo-effect. Het uitgangspunt van de behandeling moet daarom realistisch en haalbaar zijn omtrent dit doel. Er wordt bijvoorbeeld voorgesteld om een maximale afname van 10% van het totale gewicht als uitgangspunt te nemen. De sterke fixatie en obsessie rondom het gewicht wordt gepoogd te doen afnemen, door de sterke band tussen zelfvertrouwen en gewicht los te koppelen. De focus ligt daarom meer op het bevorderen van fysiek en psychisch welzijn. (Adriaens et al., 2009).

Over de behandeling van de negatieve lichaamsbeleving zijn twee verschillende basisopvattingen (Probst, 2001). De eerste opvatting zegt dat de negatieve lichaamsbeleving een primair en essentieel aspect is, waarbij wordt gepleit voor een aanpak van dit facet. De tweede opvatting is dat de negatieve lichaamsbeleving een secundair aspect is, dus dat de negatieve lichaamsbeleving het gevolg is van wat anders. Als dit laatste (de primaire stoornis van welke aard dan ook) is opgelost, wordt verondersteld dat het lichaamsbeeld spontaan normaliseert. Bovendien is het ook nog onduidelijk of deze negativiteit omtrent het lichaamsbeeld een voorbestemde, een tijdelijke of een bestendige factor is in de ontwikkeling van eetstoornissen.

In de praktijk wordt je, als therapeut bij de behandeling van patiënten met een eetstoornis obesitas, voortdurend geconfronteerd met de negatieve lichaamsbeleving van patiënten. Uit eerdere onderzoeken bij de doelgroep eetstoornissen is gebleken dat een resterende lichaamsonvrede, terugval voorspelt in de eetstoornis na een verder geslaagde behandeling (Keel et al., 2005). Tevens zeggen onder andere Inbody & Ellis (1985) en Vandereycken, Depreitere & Probst (1987) dat het negeren van dit therapie aspect, een van de redenen is waarom sommige behandelprogramma's op korte termijn falen (Probst 2001).

Fernández & Vandereycken (1994) onderscheiden twee specifieke therapeutische benaderingen van het behandelen van lichaamsbeleving. Een non-verbale benadering, bijvoorbeeld psychomotorische therapie, en een verbale benadering, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie. In Nederland worden de therapeutische interventies die gericht zijn op de behandeling van de lichaamsbeleving bij eetstoornissen, toegepast door psychomotorisch therapeuten, creatief therapeuten en cognitieve-gedragstherapeuten (richtlijneetstoornissen.nl).

PsyQ te Groningen kiest er voor om de negatieve lichaamsbeleving te behandelen middels psychomotorische therapie, een lichaamsgerichte therapie, in combinatie met cognitieve gedragstherapie, een verbale therapie.

2.4 Het behandeltraject

Het behandeltraject voor de obesitas eetstoornis binnen PsyQ bestaat uit drie fases. In de eerste fase, de dieetmanagementgroep, staat het vergroten van controle over de eetstoornis op de voorgrond. In fase twee, de obesitasgroep, staat het verkrijgen van inzicht in de emotionele problemen welke het eetgedrag in stand houden centraal. De derde fase, de verdiepende nazorggroep, bestaat uit het vasthouden van het behandelresultaat en omgaan met terugval.

De onderzoeksvraag richt zich op de effectiviteit van het behandelaanbod uit fase twee, de obesitasgroep, vanwege het inzetten van interventies voor de beïnvloeding van de lichaamsbeleving in deze fase. In fase twee bestaat het interdisciplinaire team uit een diëtiste, gezondheidszorg psycholoog en een psychomotorisch therapeut. Het behandelaanbod bestaat daarbij uit de volgende drie onderdelen: dieetmanagement, cognitieve gedragstherapie en psychomotorische therapie. De drie onderdelen worden na elkaar aangeboden. De frequentie wat betreft de onderdelen is één keer per week een half uur dieetmanagement, een uur cognitieve gedragstherapie en een uur psychomotorische therapie. De totale duur van fase twee bedraagt 20 weken.

Dieet management

Deelname aan de dieetmanagement groep is de eerste stap in de behandeling van de eetproblematiek. De doelstelling is het normaliseren van het eetpatroon en zicht krijgen op de factoren die de eetstoornis in stand houden. Tijdens de groepssessies wordt de patiënt gewogen, zodat de patiënt kan ervaren dat er met een normaal eetpatroon een gezonder gewicht kan worden bereikt en behouden. De patiënt houdt ook een eetdagboek bij waarin wordt bijgehouden wat en op welke tijdstippen de patiënt eet en wat hiervoor de aanleiding heeft kunnen zijn. De patiënt krijgt advies hoe ze daarmee om kunnen gaan en hoe ze een gezond eetpatroon kunnen realiseren.

Cognitieve gedragstherapie

Een basispremissie van de cognitieve gedragstherapie (CGT) is dat gedachten en gevoelens beïnvloedt kunnen worden. Gevoelens zweven niet. Ze zijn verankerd in cognitieve processen (gedachten). Iedereen verklaart feiten volgens interpretaties. Verkeerde interpretaties van ervaringen (bijvoorbeeld over het lichaam) worden cognitieve fouten genoemd, omdat ze onlogisch, onbewezen, overdreven of verkeerd zijn. Als een cognitieve fout eenmaal een gewoonte wordt, kun je je eraan vastklampen, zelfs al word je geconfronteerd met tegengestelde bewijzen. Het is duidelijk dat zulke fouten een grote invloed kunnen hebben op de lichaamsbeleving. Daarom is het op de eerste plaats belangrijk deze cognitieve fouten te herkennen, de patiënten er op attent te maken en strategieën te ontwikkelen op deze fouten te herstructureren (Probst, 2001).

Cognitieve gedragstherapie binnen de bestaande behandeling

De cognitieve gedragstherapie wordt gegeven door een gezondheidszorg-psycholoog. Er wordt gewerkt met thema's aan de hand van het boek 'leven met obesitas' van P. Daansen (2005). Bij de start van de groep ligt de nadruk met name op de motivatie voor een blijvende leefstijlverandering. Daarmee wordt bedoeld: een normaal eet- en bewegingspatroon. Een groot deel van de bijeenkomsten bestaat echter uit cognitieve gedragstherapie, waarbij het vooral draait om de patiënt inzichten te geven in gedachtenpatronen die van invloed zijn op gevoel en gedrag. Er wordt de patiënt handvatten aangereikt om deze gedachtenpatronen te veranderen, opdat ook het gedrag van de patiënt verandert.

Doelen binnen de cognitieve gedragstherapie zijn: inzicht verwerven in de betekenis van voedingspatronen/ levensstijl en dit op een positieve wijze kunnen beïnvloeden, stimuleren van een positieve lichaamsbeleving en toename van zelfvertrouwen en eigenwaarde en ontwikkelen van zelfcontrolemaatregelen met betrekking tot eten.

Psychomotorische therapie

Het doel van psychomotorische therapie (PMT), zoals geformuleerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT), luidt: "Het tot stand brengen van een gedragsverandering of tenminste een bijdrage te leveren daaraan en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen". De PMT biedt een veilige plek om te experimenteren met ander gedrag. Ook kunnen nieuwe ervaringen op het gebied van denken en voelen opgedaan worden.

“Tijdens de PMT krijgt men de gelegenheid om leerervaringen en correctieve emotionele belevingen op te doen.” De PMT hanteert als middelen hiervoor het lichaam, beweging en zintuiglijkheid. (PMTinfosite). Het lichaam, beweging en zintuiglijkheid spelen weliswaar in iedere therapie een rol, maar in de PMT krijgen ze een primaire rol toebedeeld (Probst, 2001).

De strategieën van behandeling binnen de PMT komen vooral neer op (her)ontdekken, bewust worden en oefenen en ervaren van alternatieve gedachten, gevoelens en gedrag, het maken van keuzes en nemen van eigen beslissingen en stil durven staan bij allerlei – over het algemeen- als negatief beleefde gevoelens. Interventies die hierop aansluiten zijn onder andere: Informatie geven, bekrachtigen, confronteren, begrenzen, uitdagen en stimuleren (Schoemaker, 2000).

Psychomotorische therapie binnen behandeling voor de obesitasgroep:

De uitgangspunten van de PMT voor de obesitasgroep zijn: lichaamsbeleving (zelfbeeld, lichaamsbeeld en zelfvertrouwen) en bewegingsgedrag. Er wordt gebruik gemaakt van ervaringsgerichte oefeningen. De nadruk ligt op het (leren) ervaren van lichaamssignalen en tevens het leren accepteren van het eigen lichaam. Doelen binnen deze twee uitgangspunten zijn: plezier krijgen in bewegingsactiviteiten, uitbreiden van bewegingsactiviteiten, ontwikkelen en aanleren van een gezond bewegingspatroon, verbeteren van lichaamsbeleving, lichaamsacceptatie en zelfbeeld, en werken aan thema's als: grenzen leren stellen, assertiviteit, loslaten van controle, ontspanning, omgaan met boosheid.

Om deze doelen aan bod te laten komen is er binnen de PMT gekozen voor telkens een blok van twee weken. Dit betekent: de eerste twee weken beweging, dan twee weken lichaamsbeleving, gevolgd door twee weken het thema grenzen. De thema's beweging en lichaamsbeleving komen steeds terug. De samenstelling van andere genoemde thema's kunnen wisselend zijn door hetgeen wat de groep aandraagt.

Psychomotorische arrangementen

Er is tijdens de PMT behandeling gebruik gemaakt van verschillende arrangementen wat betreft de beïnvloeding van de negatieve lichaamsbeleving, namelijk: spiegelexposure, mindfulness bodyscan, lichaamstekening en her-conditionering lichaamsdelen. De patiënten zijn gezamenlijk als groep aanwezig bij alle arrangementen. Het is wisselend welk aandeel de patiënt heeft gehad in het arrangement. Het ene arrangement is voor de ene patiënt namelijk meer van belang dan voor de andere patiënt. Hieronder zijn enkele korte toelichtingen gegeven wat betreft de inhoud van deze arrangementen.

Spiegelexposure

Spiegelexposure is volgens bekende principes uit de gedragstherapie te beschouwen als een vorm van exposure met responspreventie. Dat wil zeggen door blootstelling aan een als angstig beleefde stimulus (het lichaam), terwijl de actietendens (het vermijden) opgeheven wordt (de patiënt blijft naar zichzelf kijken in de spiegel), waarna de angst uiteindelijk zal uitdoven (Smit et al., 2009).

Mindfulness bodyscan

Mindfulness wordt ook wel gedefinieerd als ‘milde open aandacht’. Dit kan beschouwd worden als een ideale tegenhanger van de harde manier waarop vrouwen met een eetstoornis over hun eigen lichaam oordelen, en van de negatieve aandacht die ze schenken aan de lichaamsdelen die zij als negatief beleven, wat een sobere stemming als gevolg heeft. Doormiddel van de bodyscan van mindfulness wordt de patiënt gevraagd om in gedachten langs de lichaamsdelen te gaan en hier zonder oordeel met een milde open aandacht bij stil te staan. In tegenstelling tot denkprocessen uit de cognitieve therapie waarbij het doel het veranderen van deze denkprocessen is, ligt in de mindfulness de nadruk op bewustwording en de patiënt aanleren hoe zich te verhouden tot deze gedachten en gevoelens (Smit et al., 2009).

Lichaamstekening

De lichaamstekening is een arrangement waarbij patiënten door middel van het inkleuren van de omtrek van hun eigen lijf waardering geven aan lichaamsdelen (Schoemaker, 2000). Het gaat bij de lichaamstekening om het beeld wat de patiënt van zichzelf tekent of schetst binnen de context van therapie welke een belangrijke bijdrage leveren aan de bespreekbaarheid van lichaamsbeleving en lichamelijkheid.

Herconditionering lichaamsdelen

De conditionerende arrangementen draaien om het leren associëren van het lichaam met positieve stimuli. Zo wordt in therapie bijvoorbeeld gevraagd om één lichaamsdeel te kiezen en deze gedurende een bepaalde tijd positief te beschrijven. Het arrangement kan iedere keer in zowel tijd als in toename van meerdere lichaamsdelen worden uitgebreid. Wat er uiteindelijk aan bij draagt dat de patiënt positief wordt geconditioneerd omtrent (uiteindelijk) het gehele lichaam.

Methode

In dit hoofdstuk zullen de doelpopulatie, onderzoekspopulatie, onderzoeksdesign en onderzoeksvariabelen, instrumenten, procedure en het statistisch programma worden toegelicht.

3.1 Doelpopulatie

De doelpopulatie van dit onderzoek zijn alle eetstoornis obesitas patiënten binnen de instelling PsyQ te Groningen. Er zal een doelgerichte steekproef plaatsvinden, waarbij de populatie zal worden geselecteerd uit het patiënten dossier en voldoen aan de kenmerken van obesitas met een DMS-IV-TR AS I of AS II diagnose.

3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie zal bestaan uit zeven vrouwelijke patiënten binnen de instelling PsyQ te Groningen, in de leeftijd van 34 t/m 54 jaar met een Nederlandse afkomst. De participanten zijn patiënten met een DSM-IV-TR AS I of AS II classificatie en obesitas, deze groep wordt aangeduid met een BMI van boven de 30.

3.3 Onderzoeksdesign en onderzoek variabelen

Het soort onderzoek wat is gedaan, is een beschrijvend onderzoek. De afhankelijke variabele in dit onderzoek is de lichaamsbeleving, onafhankelijke variabelen zijn leeftijd, diagnose en BMI.

3.4 Instrumenten

Het onderzoeksinstrument bestaat uit een vragenlijst voor het meten van de lichaamsbeleving bij psychiatrische patiënten. De vragenlijst die gebruikt wordt is de *Lichaamsattitudevragenlijst (LAV)*. Deze vragenlijst is ontwikkeld door Probst, Van Coppenolle en Vandereycken (1998) en meet de houding en gevoelens ten opzichte van het eigen lichaam. De vragenlijst bestaat uit twintig items die op een zes-puntsschaal worden gescoord. De vragenlijst is eetstoornis specifiek. Het is een betrouwbaar, valide en tevens gebruiksvriendelijk instrument. De lijst heeft vier subschalen bestaande uit: waardering lichaamsomvang, waardering vertrouwdheid lichaam, confrontatie lichamelijk voorkomen en spiegel en uiterlijk. Vanwege de subschalen is de LAV wellicht ook interessant voor andere groepen patiënten.

Behalve de LAV, wordt er binnen het onderzoek tevens gebruik gemaakt van de *Body Cathexis Scale (BCS)*. Deze vragenlijst, ontwikkeld door Secord en Jourard (1953) en vertaald en bewerkt door Baardman & De Jong (1984), is wellicht de door psychomotorisch therapeuten meest gebruikte vragenlijst. Oorspronkelijk is de BCS ontwikkeld binnen het unidimensionele gedachtengoed. Vanuit multidimensioneel perspectief zou je kunnen stellen dat de BCS een subdimensie van lichaamsbeleving meet, namelijk lichaamswaardering. Secord en Jourard (1953), definieerden 'body-cathexis als de mate van tevredenheid of ontevredenheid met verschillende lichaamsdelen of lichaamsprocessen. De auteurs werkten vanuit een stoornis overstijgend perspectief. Er zijn twee Nederlandse versies van de BCS ontwikkeld, namelijk een 53- item versie en een 32-item versie (Baardman & De Jong, 1984). De versie met 53 items is valide en betrouwbaar (Baardman & De Jong 1984, Baardman, 1987), de verkorte versie is niet nader onderzocht. Recent hebben Basten & Dorthout (2006) in het kader van hun onderzoeksstage de betrouwbaarheid, validiteit en dimensionaliteit van een 40-item 'Body-Cathexis-Schaal' onderzocht. Zij hebben voor deze 40 item vragenlijst gekozen omdat deze internationaal veel gebruikt blijkt te worden, waardoor een betere vergelijking van onderzoeksresultaten mogelijk is. Verder is de indruk dat naast het gebruik voor wetenschappelijk onderzoek dit document ook vaak gebruikt wordt in de intakefase van een PMT behandeling om met de patiënt in gesprek te komen over zijn of haar lichaamsbeleving (Scheffers, Rekkers & Bosscher, 2006). In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van de 40-item vragenlijst waarbij op een 5-puntsschaal kan worden gescoord. De beide vragenlijsten zijn geformuleerd in de vorm van schaalvragen. De psychometrische eigenschap die gemeten wordt is de lichaamsbeleving van mensen met een eetstoornis obesitas.

3.5 Procedure

De onderzoekster heeft het onderzoek zelfstandig ontworpen en uitgevoerd waarbij ze de vragenlijsten tweemaal heeft afgenomen bij de obesitas eetstoornis patiënten en dus gebruik heeft gemaakt van een voor- en nameting. De eerste afname was bij de start van de behandeling en de tweede afname was aan het eind van de behandeling. De deelnemers zijn van tevoren ingelicht over het onderzoek en hebben schriftelijke toestemming gegeven voor deelname. De participanten hebben de vragenlijsten zelfstandig ingevuld. De vragenlijsten zijn binnen een tijdsbestek van zes maanden afgenomen.

3.6 Statistisch programma

De data van het onderzoek zijn verwerkt aan de hand van het statistische computerprogramma SPSS (Statistical Products and Service Solutions).

Resultaten

De resultaten van het onderzoek worden in dit hoofdstuk verder toegelicht. Er zal nader bekeken worden of al dan niet sprake is van invloed van de behandeling op de negatieve lichaamsbeleving.

4.1 Gegevens onderzoekspopulatie

De gegevens van de onderzoekspopulatie staat weergegeven in tabel 2. Te zien is dat drie van de vijf patiënten de diagnose BED hebben, één patiënt een eetstoornis NAO en één patiënt een borderline persoonlijkheidsstoornis met een eetstoornis NAO. Elke patiënt heeft een BMI van boven de 30 waarbij we spreken van obesitas. De patiënten bevinden zich in de leeftijd van 34 tot en met 47 jaar. Patiënt 1 en 2 zijn niet meegenomen in de resultaten omdat zij de nameting niet hebben ingevuld.

Tabel 2. Gegevens onderzoekspopulatie obesitasgroep

Patiënt	Diagnose	Leeftijd	BMI (bij start)
3	Binge Eating Disorder en obesitas	34	39,4
4	Eetstoornis NAO en obesitas	47	36,2
5	Binge Eating Disorder en obesitas	38	31,7
6	Borderline, eetstoornis NAO en obesitas	40	34,0
7	Binge Eating Disorder en obesitas	44	36,4

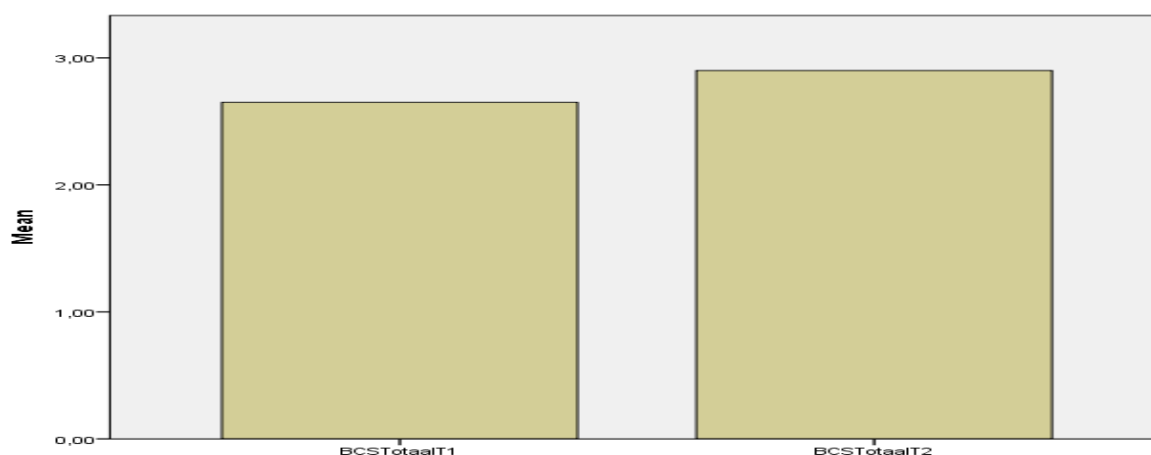
4.2 Beschrijvende statistiek

Uit de beschrijvende statistiek blijkt dat er per deelnemer positieve verschillen te zien zijn. In de tabel zijn meting 1 en 2 per subschaal weergegeven. In de linker kolom staan de patiënten. Bij iedere patiënt is er een daling te zien bij de uitkomsten van de subschalen, met uitzondering van patiënt 6 waarbij er bij de meting van de subschalen ‘confrontatie lichamelijk voorkomen’ en ‘spiegel en uiterlijk’ zelfs een lichte stijging te zien is.

Tabel 5: Resultaten van de 4 subschalen per patiënt

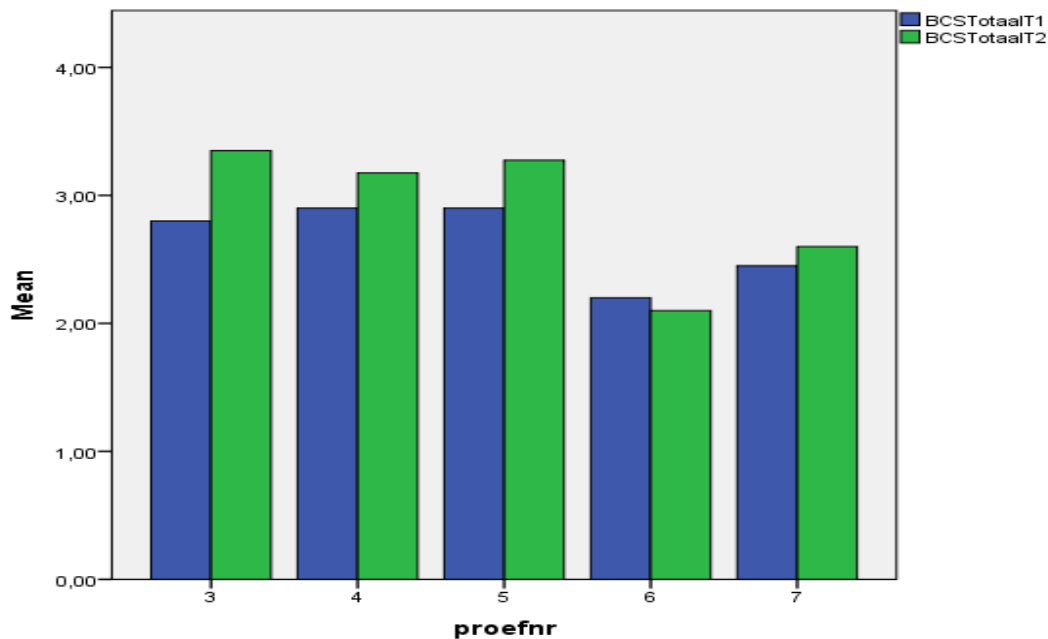
Patiënt	Waardering Lichaamsomvang		Waardering Vertrouwdheid Lichaam		Confrontatie Lichamelijk Voorkomen		Spiegel en uiterlijk	
	Meting 1	Meting 2	Meting 1	Meting 2	Meting 1	Meting 2	Meting 1	Meting 2
3	26	10	26	13	15	10	8	6
4	23	14	19	13	11	10	4	6
5	21	10	19	9	10	7	4	3
6	32	32	28	24	17	19	5	7
7	32	27	21	17	20	18	5	4

Het onderstaande figuur laat tevens zien dat er een duidelijk positieve stijging zichtbaar is in de nameting van de behandeling ten opzichte van de voormeting van de behandeling.



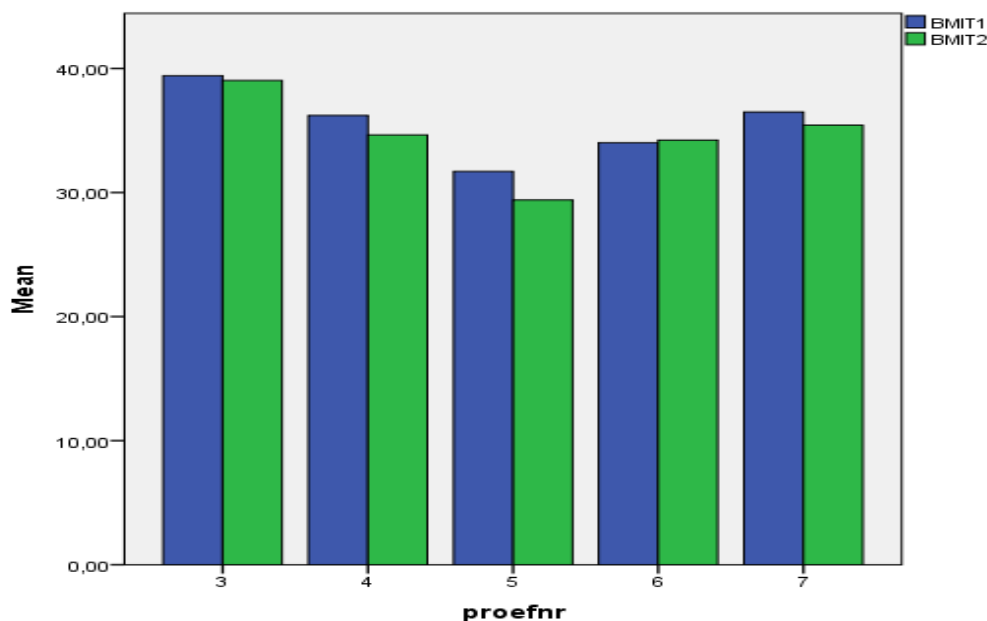
Figuur 1. Resultaten BCS onderzoekspopulatie als geheel voor- en nameting

Behalve de resultaten van de onderzoekspopulatie in het geheel, zijn in figuur 2 tevens de resultaten weergegeven van de BCS per patiënt. Hierin valt bij bijna iedere patiënt een stijging waar te nemen. Echter, ook bij het gebruik van dit meetinstrument, blijkt opnieuw dat er bij patiënt 6, wel een daling te zien is wat betreft negatieve lichaamsbeleving.



Figuur 2. Resultaten 1^e en 2^e meting BCS per patiënt

Wanneer er wordt gekeken naar de beschrijvende resultaten van de BMI in figuur 3, is er bij vier van de vijf patiënten een daling te zien wat betreft het BMI. Bij patiënt 5 is het BMI zelfs zo afgenomen dat de BMI-waarde zich net onder de grens van obesitas bevindt. De patiënt had voor de behandeling namelijk een BMI van 31.7, en na de behandeling een BMI van 29.4. Daarnaast laten de patiënten 3, 4 en 7 een lichte daling van het BMI-gehalte zien. Patiënt 6 laat echter een lichte stijging zien in het BMI. Deze patiënt had voorafgaand aan de behandeling een BMI-waarde van 34,0 en na de behandeling kwam zij uit op een BMI-waarde van 34,3.



Figuur 3. Resultaten 1^e en 2^e meting BMI per patiënt

4.3 Toetsende statistiek

Resultaten

Bij de berekening van de resultaten is gekozen voor de non-parametrische test, vanwege de niet normaal verdeelde data.

Resultaten Lichaamsattitudevragenlijst (LAV)

Uit onderstaande output (tabel 3) van SPSS blijkt aan de hand van de 'Wilcoxon matched-pair signed rank test', dat er geen significant uitkomst gevonden is ten aanzien van de lichaamsattitudevragenlijst. Onder de lichaamsattitudevragenlijst vallen alle subschalen van deze vragenlijst. Aan de hand van deze gegevens kunnen er geen uitspraken gedaan worden over het effect in de populatie, aangezien het significantie niveau 0.068 betreft.

Tabel 3: Output Wilcoxon-pair signed rank test LAV voor- en nameting

Vergelijking	Toetsing	Significantie niveau
Median of differences between LAV 1 and LAV 2 equals 0	Wilcoxon matched-pair signed rank	.068

In tabel 4 zijn de uitkomsten van de Wilcoxon matched- pair signed rank toets weergegeven per subschaal van de lichaamsattitudevragenlijst. Per subschaal is het significantieniveau weergegeven. Wat blijkt is dat ook per subschaal geen significante uitkomst gevonden wordt. Er kunnen dus geen uitspraken worden gedaan over het effect van de behandeling op lichaamsbeleving in de populatie, gemeten aan de hand van de lichaamsattitudevragenlijst.

Tabel 4: Resultaten Wilcoxon matched paired test per subschaal

Uitkomsten subschalen LAV		
Subschalen	Toetsing	Significantieniveau
Waardering lichaamsomvang	Wilcoxon matched-pair signed rank test	.068
Waardering vertrouwddheid lichaam	Wilcoxon matched-pair signed rank test	.345
Confrontatie lichamelijk voorkomen	Wilcoxon matched-pair signed rank test	.176
Spiegel en uiterlijk	Wilcoxon matched-pair signed rank test	.890

Resultaten Body Cathexis Scale (BCS)

In onderstaande tabel zijn de uitkomsten weergegeven van de Wilcoxon matched-pair signed rank test. Hieruit blijkt dat er tevens geen significant effect is gevonden ten aanzien van de meting met de Body Cathexis Scale. Aan de hand van deze gegevens kunnen er geen uitspraken gedaan worden over het effect in de populatie, vanwege het significantie niveau van 0.080.

Tabel 6: Output Wilcoxon-pair signed rank test BCS voor- en nameting

Vergelijking	Toetsing	Significantie niveau
Median of differences between BCS 1 and BCS 2 equals 0	Wilcoxon matched-pair signed rank test	.080

Conclusie

Hieronder worden de hoofdpunten uit het onderzoek met de gegeven resultaten geïnterpreteerd en aan de hand daarvan worden conclusies getrokken

In dit onderzoek is het effect van de bestaande behandeling op de negatieve lichaamsbeleving bij patiënten met een eetstoornis en obesitas onderzocht. De behandeling bestond uit dieetmanagement, cognitieve gedragstherapie en psychomotorische therapie, waarbij er binnen de psychomotorische is ingespeeld op de negatieve lichaamsbeleving. Hierbij zijn de volgende arrangementen aan bod gekomen: lichaamstekening, spiegelexposure, mindfulness bodyscan, herconditionering lichaamsdelen.

De lichaamsbeleving is zowel aan het begin van de behandelperiode gemeten als na afloop van de behandeling, waarbij er gebruik gemaakt is van twee verschillende vragenlijsten. De Body Cathexis Scale en de Lichaamsattitude vragenlijst.

In de beschrijvende statistiek is te zien dat de inzet van de behandeling bij de onderzochte obesitasgroep een positief verschil laat zien op de negatieve lichaamsbeleving bij vier van de vijf patiënten. Bij één van de patiënten is echter een stijgende negatieve lichaamsbeleving te zien.

Uit de toetsende statistiek blijkt echter dat er geen significant effect gevonden is, bij de vergelijking van de voor- en nameting.

Discussie

In dit hoofdstuk wordt er gereflecteerd op het uitgevoerde onderzoek en een kritische beschouwing gegeven wat betreft de methode, resultaten en uitvoering van het onderzoek

In dit onderzoek is het effect van de bestaande behandeling op de negatieve lichaamsbeleving bij patiënten met een eetstoornis en obesitas onderzocht. Voor het onderzoeken van deze vraag, is gebruik gemaakt van twee meetinstrumenten: de LAV en de BCS, welke de patiënt zelfstandig heeft mogen invullen. Waar en in wiens bijzijn de patiënt de vragenlijst heeft ingevuld is niet duidelijk, dit kan echter wel degelijk invloed hebben gehad wat betreft de resultaten omdat de context erg bepalend kan zijn.

De patiënten hebben een wisselend aandeel gehad binnen de PMT arrangementen voor de beïnvloeding van negatieve lichaamsbeleving. Hierdoor komt niet eenduidig naar voren wat de precieze invloed is van de arrangementen op de patiënten.

Uit de beschrijvende statistiek blijkt dat er bij vier van de vijf patiënten een daling is omtrent negatieve lichaamsbeleving. Dit is dus een positieve uitkomst. Bij één van de patiënten is er echter een stijgende negatieve lichaamsbeleving te zien. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de BMI-waarde van deze patiënt in de nameting hoger is dan bij de voormeting. Dit betekent dat deze patiënt is aangekomen in gewicht in tegenstelling tot de rest van de patiënten uit de onderzoekspopulatie. Gezien de literatuur is het zeer aannemelijk dat dit in verband staat met de negatief gescoorde resultaten op gebied van negatieve lichaamsbeleving bij deze patiënt. Het oordeel wat de patiënt heeft over zichzelf, wordt namelijk sterker beïnvloed door de lichaamsvormen en het lichaamsgewicht in vergelijking met een persoon zonder eetstoornis. Dit betekent echter wel dat de behandeling, welke de splitsing van deze sterke band tussen zelfvertrouwen en gewicht beoogt los te koppelen, geen effect heeft gehad op deze patiënt. Wat opvalt, is dat deze patiënt in tegenstelling tot de andere een borderline persoonlijkheidsstoornis diagnose heeft. Het zou kunnen zijn dat de behandeling omtrent de lichaamsbeleving bij deze doelgroep minder goed aanslaat. Duidelijkheid over dit facet valt echter niet te geven, waardoor dit verder onderzocht zou moeten worden.

Er is geen significant effect gevonden waardoor er geen uitspraken kunnen worden gedaan in de populatie wat betreft het effect van de behandeling op negatieve lichaamsbeleving. Een oorzaak hiervan kan zijn dat er gebruik is gemaakt van een geringe steekproefomvang. Het onderzoek kan hierdoor niet als representatief worden beschouwd voor de populatie eetstoornis en obesitas.

Daarnaast is er tevens uitval geweest van de participanten, wat er voor heeft gezorgd dat de onderzoekspopulatie nog beperkter is geworden. De onderzoekspopulatie van de obesitasgroep bestond namelijk uit zeven patiënten waarbij er twee patiënten zijn afgevallen wegens het enkel invullen van de vragenlijsten van de voormeting. Zij hebben nagelaten de vragenlijst van de nameting in te vullen, waardoor de bestaande onderzoekspopulatie is beperkt tot vijf patiënten. Dit heeft ervoor gezorgd dat er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de populatie omdat de steekproefomvang niet representatief is.

In de PMT is er veel inzet geweest van arrangementen en interventies wat betreft de beïnvloeding van de negatieve lichaamsbeleving. Echter, welke arrangementen of interventies een positieve effect op de negatieve lichaamsbeleving hebben doen stijgen, is niet duidelijk geworden naar aanleiding van dit onderzoek. Tevens valt niet te zeggen of de positieve uitkomst te wijten valt aan de inzet van de arrangementen en interventies door de PMT of door de interventies van de andere twee betrokken therapieën (dieet management en cognitieve gedragstherapie) in deze fase van de behandeling. Het is wél te zien dat de combinatie van de verschillende arrangementen en interventies in de tweede fase van de behandeling een grotendeels positieve uitwerking hebben op de negatieve lichaamsbeleving van deze obesitasgroep.

Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden enkele aanbevelingen gedaan voor in de praktijk en voor vervolgonderzoek

Om tot uitspraken te komen die representatief zijn voor de populatie wat betreft de werking van dit bestaande behandelaanbod omtrent de negatieve lichaamsbeleving voor de populatie eetstoornis met obesitas, valt aan te raden een vervolgonderzoek te doen met een grotere onderzoekspopulatie.

Vanwege de negatieve uitkomst bij één van de patiënten valt aan te raden om onderzoek te doen naar het effect van deze behandeling voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en obesitas, om de invloed van de borderline persoonlijkheidsstoornis op de negatieve lichaamsbeleving en obesitas in kaart te brengen.

Naar aanleiding van het onderzoek wordt niet duidelijk welke therapeutische behandelingsinterventies hebben bijgedragen aan de positieve resultaten. Ook naar aanleiding van de literatuur kan hierover geen duidelijkheid worden gegeven. Voor een vervolgonderzoek zou het interessant zijn om enkel te kijken naar de werkzaamheid van interventies op de negatieve lichaamsbeleving van het psychomotorische aanbod, zonder de bijdrage van cognitieve gedragstherapie en dieetmanagement.

Literatuur

- Adriaens, A., Pieters, G., Vancampfort, D., Probst, M., & Vanderlinden, J. (2009). 'Een cognitief gedragstherapeutisch programma voor patiënten met obesitas en binge eating disorder: korte termijn resultaten'. *Tijdschrift Directieve therapie*, 29, 112-126.
- American Psychiatric Association. (2001).,DSM-IV-TR, 4th ed., (G.A.S. Koster van Groos, vert.) Amersfoort: Drukkerij Wilco (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2000)
- Baarda, B., Goede, de M., & Dijkum, van C. (2011). *Basisboek Statistiek met SPSS*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, E., Buuren, van H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Bilge Burçak Annagür (2011) Binge eating disorder and Obesity. *European Journal of General Medicine*, 8(4),348-351.
- Daansen, P.J. (2005). *Leven met Obesitas*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jansen A. (2004). Boekbespreking: Gewichtige lichamen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46, 458 – 459.
- Jeffrey S. Nevid, Spencer A., Rathus & Beverly Greene.,(2012) *Psychiatrie een inleiding*. Pearson Benelux B.V.
- Keel, P.K., Dorer D.J., Franko, D.L., Jackson, S.C., & Herzog, D.B. (2005) Post remission predictors of relapse in women with eating disorders. *American Journal of psychiatry*, 162, 2263-2268.
- Martijn, C., Alleva, J., & Jansen, A. (2012). 'Help ik ben zo lelijk!'. *De Psycholoog*, 10-18.
- PMT info site (2013). *Wat is Psychomotorische Therapie*. Geraadpleegd juni 2013, op <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>
- Probst, M. (2001). *De rol van lichaamsbeleving in de psychomotorische therapie bij patiënten met eetstoornissen*. Leuven: Cure & Care publishers. 63-90.
- Probst, M. (2002) Lichaamsbeleving. In: Vandereycken W, Noordenbos G (red.). *Handboek eetstoornissen*. pp 233-248). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rekkers, M. Schoenmaker, E. (2002). *Gewichtige lichamen. Lichaamsbeleving en eetstoornissen*. Leuven: Acco.
- Richtlijn eetstoornissen (2013). *Specifieke interventies lichaamsbeleving*. Geraadpleegd juni 2013, op http://www.richtlijneetstoornissen.nl/index.php?id=1&action=first_item&categories_id=8
- Scheffers, M., Rekkers, M., & Bosscher, R.(2006) 'Hoe meet ik lichaamsbeleving?' *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 21-30.
- Schoemaker, E., (2000) 'PMT met binge-eating disorder (ver)wenprogramma voor cliënten met ernstig overgewicht' *Psychomotorische therapie module*.
- Smit.T., Offringa. C., Kramer. H. (2009) 'Mindful spiegel exposure bij eetstoornissen' *Tijdschrift Directieve therapie*, 29, 93-11.

Vandereycken, Depreitere & Probst (1987) body-oriented therapy for anorexia nervosa patients.
American Journal of psychotherapy, 2, 252-259.

Bijlagen

Uitgehaald betaalde vragenlijsten LAV en BCS.