ANOREXIA NERVOSA, JE EIGEN LICHAAM 'ZIEN'!

Literatuuronderzoek naar het inzetten van de psychomotorisch therapeutische (PMT) thema's gericht op de verstoorde lichaamsbeleving en het verstoorde lichaamsbeeld in de behandeling van anorexia nervosa.

Naam student
Esther Hesselink

Studentnummer
S1008706

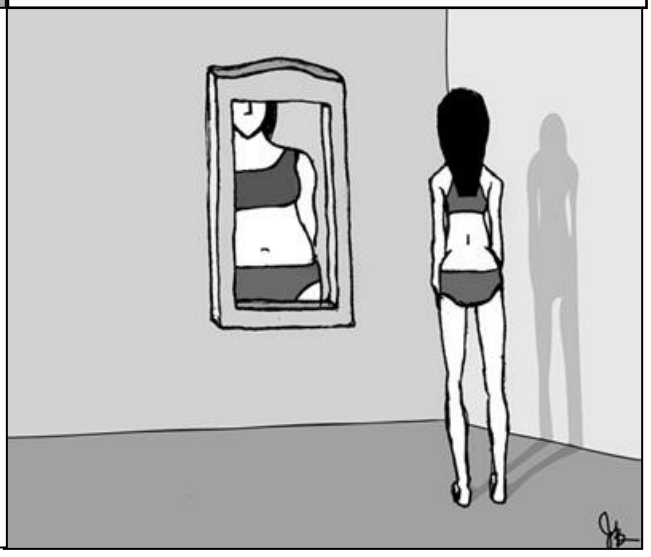
Klas
4PA

School en opleiding
Windesheim Hogeschool Zwolle, Psychomotorische therapie en bewegingsagogie

Naam begeleider
Gerald Riedstra

Naam beoordelaar
Ad van de Ven

Inleverdatum
13 juni 2012



VOORWOORD

Voor u ligt mijn scriptie die ik heb geschreven in het kader van mijn afstuderen voor de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie (PMT-BA) aan de Hogeschool Windesheim, afdeling School of Human Movement & Sports.

Deze scriptie gaat over de behandeling van de eetstoornis Anorexia Nervosa gericht po de verstoorde lichaamsbeleving en het verstoorde lichaamsbeeld en de inzet daarin van de zeven thema's die binnen de psychomotorische therapie worden gehanteerd.

In mijn omgeving zijn een aantal mensen met de eetstoornis anorexia nervosa, hierdoor raakte ik steeds meer geïnteresseerd in dit onderwerp. Ik werd aan het denken gezet, hoe ontwikkel iemand nou eigenlijk een eetstoornis, maar vooral hoe komt een patiënt met een eetstoornis er weer vanaf? Bij een patiënt met de eetstoornis anorexia nervosa komen een aantal items naar voren waar deze patiënten last in ervaren. Een aantal van deze items zijn; controle ergens over hebben (over eten), angst (om aan te komen), negatief of verstoord lichaamsbeeld, negatieve of verstoorde lichaamsbeleving, weinig zelfvertrouwen of zelfwaardering, moeite met seksualiteit, grote bewegingsdrang en erg perfectionistisch.
Tijdens mijn studie psychomotorische therapie en bewegingsagogie is er weinig aandacht besteed aan eetstoornissen en de behandeling daarvan. Daarom lijkt het mij interessant om twee items van de eetstoornis anorexia nervosa te verbinden aan de 7 PMT thema's en te onderzoeken welke behandelingsmogelijkheden er zijn binnen die thema's. Ik heb gekozen voor de items lichaamsbeeld en lichaamsbeleving. Hier heb ik voor gekozen, omdat een verstoord lichaamsbeeld een item is wat voor mij lastig te begrijpen is. Juist daarom is dit voor mij interessant. Het item lichaamsbeleving heb ik gekozen, omdat dit een bovenmatige invloed heeft op de zelfwaardering. Als deze lichaamsbeleving niet wordt behandelt is er een terugval te verwachten bij de patiënt (Rekkers, 2005).

Ik wil mijn scriptiebegeleider, Gerald Riedstra bedanken voor de feedback en inzichten tijdens het schrijven van deze scriptie. Ook wil ik anderen bedanken die mij tijdens deze periode hebben gesteund of geholpen.

Met vriendelijke groet,

Esther Hesselink
Juni 2012

SAMENVATTING

Doormiddel van een literatuuronderzoek wordt antwoord gegeven op de vraag: "Hoe en welke PMT thema's kan je inzetten bij de behandeling van anorexia nervosa gericht op het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving?".
Er wordt een verduidelijking gegeven van de begrippen 'anorexia nervosa', 'lichaamsbeeld' en 'lichaamsbeleving'. Het uiterlijk maakt bij patiënten met anorexia nervosa een veel groter deel uit van het totale zelfconcept dan bij mensen zonder eetstoornis. Een patiënt met anorexia nervosa beleefd zichzelf in haar hoofd, het zintuiglijke gevoel is vaak afgenomen door de daling van het gewicht. Hierdoor worden de zintuiglijke en lichamelijke prikkels niet meer goed waargenomen en verkeerd geïnterpreteerd. De algemene behandelstrategieën van anorexia nervosa worden beschreven, hierin worden vijf belangrijke punten in naar voren gehaald. In de psychomotorische therapie onderscheid Fellinger (2008) zeven psychomotorische thema's, deze thema's worden gekoppeld aan psychomotorische oefenvormen. De conclusie stelt dat het belangrijk is in de behandeling van patiënten met anorexia nervosa gericht op de verstoring in het lichaamsbeeld en van de lichaamsbeleving om stil te staan bij innerlijke ervaringen en de lichaamssignalen en bij het accepteren van het eigen lichaam. Hierin kan gebruik worden gemaakt van verschillende oefenvormen waarin de psychomotorische thema's lichaamsbeleving, relaxatie of vertrouwen naar voren komen.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord 2

Samenvatting 3

Inhoudsopgave 4

1. Inleiding 5

2. Methode 7

2.1 Inclusiecriteria 7

2.2 bronnen 7

2.3 Zoekstrategieën 7

3. Anorexia Nervosa 8

3.1 Eetstoornissen 8

3.2 Wat is anorexia nervosa 9

3.3 Symptomen en kenmerken van een patiënt met anorexia nervosa 10

3.4 Oorzaken van anorexia nervosa 11

4. Lichaamsbeeld en lichaamsbeleving bij een patiënt met anorexia nervosa 12

4.1 Het lichaamsbeeld 12

4.2 Het lichaamsbeeld van een patiënt met anorexia nervosa 13

4.3 De lichaamsbeleving 13

4.4 De lichaamsbeleving van een patiënt met anorexia nervosa 14

4.5 Algemene behandelstrategieën anorexia nervosa gericht op lichaamsbeeld en lichaamsbeleving 15

5. Psychomotorische therapie 19

5.1 Wat is psychomotorische therapie (PMT)? 19

5.2 De werkwijze in de psychomotorische therapie 19

5.3 De zeven psychomotorisch therapeutische (PMT) thema's 20

5.4 Wat zijn de bestaande psychomotorische aanpakken bij patiënten met anorexia nervosa gericht op de verstoring van het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving en hoe kunnen deze worden gekoppeld aan de psychomotorisch therapeutische (PMT) thema's? 22

6. Resultaten 26

7. Discussie 27

8. Conclusie 28

9. Aanbevelingen 29

Literatuurlijst 30

Bijlagen 33

1. INLEIDING

De eetstoornis Anorexia Nervosa is een stoornis die veel voorkomt in Nederland, er zijn circa 5.500 patiënten met Anorexia Nervosa per jaar in Nederland. Elk jaar komen er in Nederland ongeveer 1.300 patiënten met Anorexia Nervosa bij (Stichting Anorexia Bulimia Nervosa, 2008). Dit zijn vaak jonge mensen die in hun jonge jaren een ernstige psychiatrische ziekte ontwikkelen. Daarnaast is het zo dat Anorexia Nervosa behoort tot één van de psychische ziekten met het hoogste sterfte cijfer en de kans op overlijden voor mensen met Anorexia Nervosa is vijf keer zo groot als voor gezonde leeftijdsgenoten zonder Anorexia Nervosa (Nationaal Kompas, Sullivan, 1995*;* Harris & Barraclough, 1998). Door verdieping in dit onderwerp werd duidelijk dat behandeling heel belangrijk is voor patiënten met Anorexia Nervosa, vooral omdat deze stoornis het hoogste sterfte cijfer heeft onder de psychische ziekten. Binnen de behandeling van Anorexia Nervosa in de psychomotorische therapie valt veel winst te behalen, daarom is onderzoek hiernaar van belang.

Vanuit de literatuur zijn er een aantal belangrijke items die bij anorexia nervosa naar voren komen en waar een psychomotorisch therapeut zich op zou kunnen richten in de behandeling van een patiënt met deze eetstoornis: controle willen hebben (bv. over het eten) (Bloks, 2008), angst om aan te komen (Vervaet en de Jonge, 2002) , negatief of verstoord lichaamsbeeld(Nevid, Rathus en Greene, 2010), negatieve of verstoorde lichaamsbeleving (Rekkers & Schoemaker, 2002), weinig zelfvertrouwen of zelfwaardering (Rekkers & Schoemaker, 2002), angst voor seksualiteit (Rekkers & Schoemaker, 2002), sterke bewegingsdrang (Bloks, 2008).

Dit onderzoek wordt gericht op het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving van een patiënt met anorexia nervosa. Een patiënt met de eetstoornis anorexia nervosa heeft vaak een verstoord lichaamsbeeld, ze ervaren zichzelf meestal dikker dan dat ze in werkelijkheid zijn. Ze vinden het eigen lichaams niet mooi, daarom is dit lichaamsbeeld vaak negatief (Smeets, 2006). Ook de lichaamsbeleving is verstoord, patiënten hebben nog maar weinig contact met hun lichaamssignalen. Het honger- of verzadigingsgevoel wordt genegeerd of het hongergevoel wordt juist gewaardeerd als een vorm van kracht. Patiënten met deze eetstoornis zijn zich vaak ook niet meer bewust van de signalen die wijzen op vermoeidheid of spanning (de Haan, 2001).

Jansen (1998) beschrijft: "de verstoorde lichaamsbeleving wordt opgevat als een primair en essentieel aspect van de eetstoornis. Het verwerven van een realistische lichaamsbeleving is dan ook een belangrijk herstelcriterium". Zoals Jansen beschrijft is het verwerven van een realistische lichaamsbeleving een belangrijk herstelcriterium. Psychomotorische therapie wordt steeds vaker gebruikt in de behandeling gericht op een realistische lichaamsbeleving en lichaamsbeeld.

In dit onderzoek wordt de onderstaande hoofdvraag gesteld:
Hoe en welke PMT thema's kunnen worden ingezet bij de behandeling van anorexia nervosa gericht op het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving?

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden worden in het onderzoek de volgende deelvragen gesteld:

- Wat is de eetstoornis anorexia nervosa? En welke symptomen/kenmerken heeft een patiënt met deze eetstoornis?
- Wat is het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving van een patiënt met anorexia nervosa?
- Wat zijn de bestaande psychomotorische aanpakken bij patiënten met anorexia nervosa gericht op de verstoring van het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving?
- Wat zijn de zeven PMT thema's?

- Welke van de zeven psychomotorisch therapeutische thema's en op welke manier kunnen verbonden worden aan de behandeling van een patiënt met anorexia nervosa gericht op het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving?

In dit onderzoek wordt verheldering gegeven door een casus (Vera) die meeloopt om de beschreven literatuur te ondersteunen met een praktijkvoorbeeld.

Dit is een literatuuronderzoek naar het gebruik van de PMT thema's in de behandeling van anorexia nervosa gericht op het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving. De methode die gebruikt is voor dit literatuuronderzoek is te lezen in hoofdstuk twee. In hoofdstuk drie wordt er in gegaan op anorexia nervosa, onder andere de symptomen en kenmerken van een patiënt met anorexia nervosa worden besproken. De definitie van lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving en daarnaast het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving van een patiënt met anorexia nervosa worden besproken in hoofdstuk vier. In het vijfde hoofdstuk wordt in gegaan op de psychomotorische therapie, hier wordt de werkwijze besproken en wordt er in gegaan op de zeven PMT thema's. In hoofdstuk zes worden de resultaten beschreven. In de discussie wordt de kwaliteit van dit onderzoek beoordeeld en worden verbeterpunten genoemd. De conclusie beantwoordt de hoofdvraag en in de aanbeveling kan een mogelijke vraag voor vervolgonderzoek gegeven worden. Hierna volgt de literatuurlijst en dan de bijlagen met daarin de gebruikte lijst met psychomotorische oefenvormen.

2. METHODE

De methode van dit onderzoek is een literatuuronderzoek. Dit literatuuronderzoek is gericht op welke psychomotorisch therapeutische (PMT) thema's in gezet kunnen worden en hoe deze kunnen worden ingezet bij de behandeling van patiënten met anorexia nervosa gericht op het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving. Het doel van dit literatuuronderzoek is het antwoord geven op de onderzoeksvragen, waardoor ook de hoofdvraag beantwoord kan worden.

2.1 INCLUSIECRITERIA

Bij het zoeken naar artikelen zijn er een aantal criteria geformuleerd. De artikelen die hier niet aan voldoen zijn van het onderzoek uitgesloten. Er is gebruik gemaakt van de volgende criteria:

- De artikelen zijn Nederlands- of Engelstalig.
- De artikelen zijn grotendeels recent.
- De artikelen/ boeken hebben betrekking op anorexia nervosa.
- De artikelen/ boeken hebben betrekking op psychomotorische therapie.
- De artikelen/ boeken hebben betrekking op lichaamsbeleving of lichaamsbeeld.

2.2 BRONNEN

Voor de bronnen zijn verschillende databanken gebruikt. Deze databanken zijn opgevraagd via Windesheim Hogeschool (mysite.windesheim.nl) en via Universiteit Twente (utwente.nl/ub/). De gebruikte databanken zijn:

- Tijdschrift voor psychotherapie
- Vakbibliotheek BSL
- PiCarta
- Directieve therapie
- Google Scholar
- HBO-kennisbank

Naast deze databanken is er ook gebruik gemaakt van de volgende internetsites:

- www.trimbos.nl
- www.richtlijneetstoornissen.nl
- www.eetstoornis.info
- www.eetstoornis.net
- www.pmtinfosite.nl
- www.nationaalkompas.nl
- www.nvpmt.nl
- www.sabn.nl

2.3 ZOEKSTRATEGIEËN

De zoekwoorden en trefwoorden die gebruikt zijn, die zijn in eerste instantie opgesteld aan de hand van de hoofdvraag en deelvragen, namelijk:

- Eetstoornissen (en lichaamsbeeld, lichaamsbeleving)
- Anorexia Nervosa
- Anorexia (en lichaamsbeeld, lichaamsbeleving)
- Lichaamsbeleving (verstoorde, gestoorde, negatieve)
- Psychomotorische therapie (en anorexia nervosa, eetstoornissen, lichaamsbeeld, lichaamsbeleving)
- Lichaamsbeeld (verstoorde, negatieve, gestoorde)

Na onderzoek bleken er nog andere termen te zijn én werd er gebruik gemaakt van Engelse termen:

- Psychomotore therapie
- Video confrontatie methode
- Eetonderzoek
- Spiegeloefening
- Body Image
- Body awareness
- Body perception
- Psychomotor therapy

Naast het gebruik van de zoektermen is er ook gebruik gemaakt van literatuurlijsten van artikelen om op deze manier meerdere artikelen over dit onderwerp te vinden.

3. ANOREXIA NERVOSA

3.1 EETSTOORNISSEN

Met het begrip eetstoornis wordt gedoeld op een stoornis in het denken, voelen en handelen rondom eten. Als iemand een eetstoornis heeft, dan ga die gene op een andere manier met voedsel en eten om dan dat normaal is. Er is een verschil tussen eetstoornissen; of iemand eet enorme hoeveelheden of iemand lijnt extreem, soms is het ook een afwisseling van beide. Dit verstoorde eetgedrag kan leiden tot overgewicht of tot ernstig ondergewicht, maar ook bij een normaal gewicht kan een ernstige eetstoornis voorkomen. Bij een eetstoornis heeft eten niet meer de normale betekenis van voeding voor het lichaam, het wordt vooral gebruikt als controlemiddel, als straf, als verdoving voor gevoelens, als afleiding voor spanning of als troost. Alles wat iemand met een eetstoornis doet, wordt beheerst door eten. Patiënten met een eetstoornis denken bijna de hele dag aan eten. Het eetgedrag is verstoord, maar daarnaast zijn ze ook voordurend bezig met hun lichaam(somvang) en met het gewicht (Bloks, 2008).
Net zoals bij veel andere psychische stoornissen gaan eetstoornissen vaak samen met andere vormen van psychopathologie (comorbiditeit), bijvoorbeeld angststoornissen, affectieve stoornissen, obsessieve compulsieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (SABN - Richtlijneetstoornissen). Er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende eetstoornissen: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa en de eetbuienstoornis. Eetstoornissen hebben verstrekkende gevolgen. Een patiënt met een eetstoornis kan vaak niet meer werken of studeren omdat ze de hele dag alleen nog maar met eten en gewicht bezig is. Hierdoor worden de sociale contacten en situaties waarin eten een rol speelt moeilijker. Etentjes en feestjes kunnen ze gaan vermijden. Ook hebben patiënten met een eetstoornis minder energie voor contacten met anderen en voelen ze zich vaak lusteloos en moe (Vervaet en de Jonge, 2002).
Als iemand reageert op vervelende gevoelens of gebeurtenissen door het eetgedrag te veranderen, dan zou er een eetstoornis ontwikkeld kunnen worden.

> *Vera (18 jaar) heeft de eetstoornis anorexia nervosa (1.70m lang en 45 kilo, BMI is 16). Ze studeert HBO verpleegkunde en zit in haar eerste jaar. Ze vindt het steeds moeilijker om zich op haar schoolwerk te concentreren. Ze is eigenlijk de hele dag bezig met eten; Hoeveel ga ik eten? Hoe zorg ik dat ik iets niet hoef te eten? Ik moet het wel eerst het eten afwegen voor ik het eet! Vera heeft een aantal vriendinnen, maar vind het steeds lastiger om hier mee af te spreken. Samen eten met anderen dat gaat ze echt niet doen! Alleen thuis bij haar ouders, daar zal het wel moeten. Ook het handballen in haar team gaat steeds moeilijker, ze moet blijven presteren, maar ze is zo snel moe!*

3.2 Wat is anorexia nervosa

Anorexia nervosa volgens het Zakwoordenboek der Geneeskunde: "Meest bij jonge vrouwen voorkomende aandoening behorend tot de eetstoornissen, gekenmerkt door een door psychische factoren bepaalde weigering het lichaamsgewicht op peil te houden, ofwel door gewichtsverlies ofwel door een periode van groei onvoldoende in gewicht toe te nemen, angst voor gewichtstoename of dik worden bij een bestaand ondergewicht, stoornis in de beleving van lichaamsgewicht en lichaamsvorm, ontkenning van het te lage lichaamsgewicht, bij meisjes na de menarche het uitblijven van tenminste drie menstruele cycli" (Jochems en Joosten, 2006).

Het woord anorexia komt van het Griekse an-, dit betekend 'zonder' en orexia, dit betekend 'een verlangen naar'. Anorexia betekent dus 'zonder verlangen naar (voedsel)'. Deze benaming klopt niet helemaal, mensen met anorexia verliezen namelijk bijna nooit hun eetlust (Nevid, Rathus en Greene, 2010). Anorexia Nervosa is een symptoom van de onderliggende problemen.

Anorexia Nervosa valt onder de categorie eetstoornissen op As 1 in de DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2007). In figuur 1 worden de kenmerken van anorexia nervosa weergegeven:

A. Weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht (bijvoorbeeld gewichtsverlies dat leidt tot het handhaven van het lichaamsgewicht op minder dan 85 procent van het te verwachten gewicht; of het in de periode van groei niet bereiken van het te verwachten gewicht, het geen leidt tot een lichaamsgewicht van minder dan 85 procent van het te verwachten gewicht).

B. Intense angst in gewicht toe te nemen of dik te worden, terwijl er juist sprake is van ondergewicht.

C. Stoornis in de manier waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm beleeft, onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht of lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf, of ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht.

D. Bij meisjes, na menarche, amenorroe, dat wil zeggen de afwezigheid van en minste drie achtereenvolgende menstruele cycli. (Een vrouw wordt geacht een amenorroe te hebben als de menstruatie alleen volgt na toediening van hormonen (bijvoorbeeld oestrogenen).

Specificeer het type:
Beperkende type: Tijdens de huidige episode van anorexia nervosa is betrokkene niet geregeld bezig met vreetbuien of laxeren (dat wil zeggen zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's).

Vreetbuien/purgerende type: Tijdens de huidige episode van anorexia nervosa is betrokkene geregeld bezig met vreetbuien of purgerende maatregelen (dat wil zeggen zelf opgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's).

Figuur 1: De kenmerken van anorexia nervosa volgens de DSM IV-TR.

3.3 Symptomen en kenmerken van een patiënt met anorexia nervosa

Tijdens de opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie wordt er gebruik gemaakt van het LECS model. Er wordt gebruik gemaakt van de L (lichamelijk) E (emotioneel) C (cognitief) S (sociaal) indeling om gedrag in kaart te brengen (Hekking, 2007).
Aan de hand van de casus Vera wordt een beeld geschetst hoe het ziektebeeld anorexia nervosa er op de verschillende aspecten van LECS uit kan zien, dit wordt duidelijk gemaakt in tabel 1.

Lichamelijk	Emotioneel
- Vera is sterk vermagerd, ze heeft ondergewicht. - Vera heeft amenorroe, ze menstrueert al meer dan 3 maanden niet meer. - Vera heeft lanugo beharing, fijn en donzig haar als reactie om onderkoeling tegen te gaan. - Vera heeft moeite om ´s nachts te gaan slapen en in slaap te komen. - Doordat Vera regelmatig overgeeft nadat ze heeft gegeten , heeft ze een tekort aan natrium, kalium en calcium. - Vera heeft erg veel last van haar uitval. - Vera is hyperactief, ze wil veel bewegen om calorieën te verbranden en gewicht te verliezen. - Vera´s darmfunctie is vertraagd, hierdoor heeft ze moeite met de ontlasting.	- Vera´s leven wordt beheerst door gevoelens van schaamte, angst, walging en schuldgevoelens. - Vera vindt het erg moeilijk om om te gaan met kritiek. - Vera hecht veel waarde aan de verwachtingen van anderen en heeft grote behoefte om gewaardeerd te worden. - Ze voelt zich vooral depressief en ziet veel dingen negatief. Ze moet echt haar best doen om vrolijk te doen, dat kost veel energie. - Vera heeft last van spanningen en irritaties. - Vera ziet zichzelf dikker dan dat ze is, ze heeft een verstoorde lichaamsbeleving,. - Ze is dwangmatig, ze mag bijvoorbeeld pas eten nadat al het eten precies is afgewogen.
Coginitief	**Sociaal**
- Vera is geobserdeerd door voeding. - Ze heeft grote angst om te eten en om het opgenomen voedsel binnen te houden. - Vera is bang om aan te komen en dik te worden. - Vera heeft last van concentratieproblemen en kan zich daarom moeilijk concentreren op haar studie. - Vera vindt zichzelf dik en lelijk. - Ze heeft grote behoefte aan structuur. - Ze telt alle calorieën die ze eet. - Ze eet volgens een vast ritueel, eerst al het eten afwegen. - Vera heeft een verstoorde lichaamsbeleving en een verstoord lichaamsbeeld.	- Vera is prestatie gericht en perfectionistisch. - Vera stelt zich verantwoordelijk en behulpzaam op ten opzichte van haar ouders. - Ze probeert ruzies te vermijden. - Ze heeft steeds minder contact met vrienden en kennissen, omdat ze zo druk is met eten. - Vera vindt zichzelf minder belangrijk. - Vera heeft veel behoefte aan warmte, geborgenheid en veiligheid. - Vera heeft een grote wilskracht, daardoor lukt het haar ook om weinig te eten.

Vera

Tabel 1: indeling op LECS (Vervaet en de Jonge, 2002), (Bloks, 2008), (de la Rie en Libbers, 2004) en (Abraham en Llewellyn-Jones, 2008)

3.4 Oorzaken van anorexia nervosa

De eetstoornis anorexia nervosa heeft oorzaken op sociaal-cultureel, biologisch, psychosociaal en gezinsgebied. In tabel 2 wordt weergegeven dat vooral op sociaal-cultureel en psychosociaal gebied het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving van belang is (Nevid, Rathus en Greene, 2010).

Sociaal-culturele factoren	Biologische factoren	Psychosociale factoren	Gezinsfactoren
Maatschappelijke druk op jonge vrouwen om aan een onrealistisch beeld te voldoen	Verstoorde neurotransmitter-huishouding.	Ontevredenheid over het eigen lichaam.	Conflicten omtrent onafhankelijkheid.
Belang dat aan het uiterlijk wordt gehecht bij het definiëren van de vrouwelijke rol in de maatschappij.	Genetische factoren.	Cognitieve vertekening (perfectionistisch en dichotoom = zwart/wit denken).	Gebrek aan koestering en steun.
		Strak of extreem dieet.	Gezinsconflict.

Tabel 2: Oorzaken anorexia nervosa

Vera heeft zelf het idee dat de eetstoornis is ontstaan toen ze steeds onzekerder werd over haar lichaam, ze vond zichzelf te dik en niet mooi genoeg. In die tijd gingen ook haar ouders scheiden. Ze denkt dat het een combinatie is geweest van die twee factoren.
Volgens Vera is de oorzaak dus een psychosociale- en gezinsfactor.

4. LICHAAMSBEELD EN LICHAAMSBELEVING BIJ EEN PATIËNT MET ANOREXIA NERVOSA

4.1 HET LICHAAMSBEELD

Om te beginnen een begrijpbare verduidelijking van het begrip lichaamsbeeld: Het lichaamsbeeld gaat over hoe iemand het lichaam waarneemt. Over de voorstelling die iemand heeft over de vormen en de afmetingen van het lichaam. Om een goed lichaamsbeeld te kunnen vormen heb je goed functionerende zintuigen nodig, zodat de afmetingen goed waargenomen en juist ingeschat kunnen worden (Rekkers en Schoemaker, 2002).

In de literatuur zijn er verschillende manieren waarop het lichaamsbeeld beschreven wordt, dit komt omdat het begrip regelmatig samen valt met bijvoorbeeld de begrippen lichaamsschema, lichaamsbeleving, zelfbeeld, zelfwaardering, zelfbeleving of lichaamswaardering. Hieronder vindt u de omschrijving van het begrip lichaamsbeeld van Woertman, Jansen, Tamboer en Bos.

Woertman (1994) vat in haar studie 'Beelden van een lichaam' het begrip lichaamsbeeld op als een multi-dimensioneel psychologisch concept dat mensen hebben over hun eigen lichaam. Zij maakt op grond van theoretische uitgangspunten onderscheid in de volgende vier dimensies:

1. Het feitelijke of objectieve lichaam (objectieve maatstaven als leeftijd, lengte en gewicht).
2. Het beleefde lichaam (de beleving van het lichaam als lelijk of mooi, waardevol of waardeloos).
3. Het sociale lichaam (het functioneren in sociale rollen zoals man-vrouw, moeder-vader).
4. Het ideale lichaam ('zo zou ik willen zijn' – model).

Jansen (1998) beschrijft lichaamsbeeld als volgt: "Met lichaamsbeeld wordt grofweg bedoeld: de voorstelling die iemand zich maakt van zijn eigen lichaam. Daarbij speelt de objectieve fysieke verschijning uiteraard een rol, maar ook allerlei gevoelens, ideeën en opvattingen over het eigen lichaam maken het mentale plaatje".

Tamboer (1994) maakt duidelijk dat er alleen over lichaamsbeelden gesproken kan worden en niet over één lichaamsbeeld. Dit zijn tijd- en plaats afhankelijke interpretaties van wat het lichaam is en behoort te zijn.

Het lichaamsbeeld bepaalt een belangrijk deel van het beeld dat wij over onszelf hebben. Het lichaam wordt ervaren als een uitdrukking van het zelf. Het lichaamsbeeld verwijst naar de manier waarop iemand naar zijn lichaam kijkt en de wijze waarop hij denkt dan anderen naar hem kijken (Bos, Valkenburcht, Maycer, Steenhuis en Derks, 2005).

Na deze verschillende omschrijvingen, kan het lichaamsbeeld worden samengevat als:
Het lichaamsbeeld is een multi-dimensioneel psychologisch concept en kan worden omschreven als de voorstelling die iemand maakt van het eigen lichaam, die plaats-, tijd- en ideaalbeeld afhankelijk is en wat erg van belang is voor het beeld dat iemand van zichzelf heeft en wat hij/zij denkt dat anderen van hem/haar hebben.

4.2 Het lichaamsbeeld van een patiënt met anorexia nervosa

Het uiterlijk maakt bij patiënten met een eetstoornis een veel groter deel uit van het totale zelfconcept dan bij mensen van dezelfde leeftijd zonder eetstoornis (Woertman & van den Brink, 2008).
Mensen met eetstoornissen laten herhalingsgedrag zien, een voorbeeld hiervan is vaak op de weegschaal staan of regelmatig in de spiegel kijken. Hierdoor wordt de lichaamsomvang over gewaardeerd en wordt het nog belangrijker. Vaak worden mensen met een eetstoornis steeds negatiever over hun lichaam. Ze worden extreem kritisch en richten zich alleen op de negatieve kanten van zichzelf en hun lichaam. Het perfectionisme ten opzichte van het ideaalbeeld wordt steeds groter en beheerst het leven.
Ondanks dat het lichaamsbeeld bij patiënten met anorexia nervosa is verstoord, blijkt de mate van verstoring minder groot te zijn dan dat vroeger werd aangenomen. De patiënt die extreem mager is, ziet zichzelf ook zo. De visuele zintuiglijke waarnemingen op zich zijn niet verstoord (Rekkers en Schoemaker, 2002).

> *Vera heeft een obsessie voor de weegschaal, ze moet elke dag twee keer op de weegschaal staan. Vera hecht veel waarde aan hoeveel ze weegt, als ze teveel weegt dan gaat ze extra bewegen en eet ze minder. In de spiegel kijken vermijdt ze juist, ze vindt zichzelf lelijk en wil graag afvallen om slanker en mooier te worden. Als ze zichzelf op wil maken of haar haar wil doen, dan maakt ze gebruik van een heel klein spiegeltje waarin ze zichzelf niet helemaal kan zien.*

4.3 De lichaamsbeleving

Onder lichaamsbeleving verstaat Probst (2001) in navolging van Bielefeld: *"Alle individuele en sociale, affectieve en cognitieve, bewuste en onbewuste ervaringen".*

De lichaamsbeleving omvat de gevoelens die het lichaam oproept. Het gaat om de appreciatie die je hebt voor het eigen lichaam en de mate waarin je je in je eigen lichaam thuis voelt.
"De lichaamsbeleving bestaat uit ten minste twee relatief onafhankelijke componenten" (Probst, 1997):

- Een perceptuele component (het schatten van de eigen lichaamsbreedte met daarbij de perceptiestoornissen en het verschil met het ideale beeld).
- Een attitudecomponent (het affect, de gedachten en de het gedrag tegenover de eigen lichaamsbreedte en het eigen voorkomen).

Je lichaamsbeleving is dus een integratie van visuele en tactiele (de waarneming van prikkels van buiten af) informatie, waarneming en interpretatie van signalen die van binnen uit het lichaam komen, met eigen bevooroordeelde ervaringen van lichaamsfuncties (zowel affectief als emotioneel) en met ideeën en opvattingen (cognitief) over het eigen lichaam (Probst, 1997).

4.4 De lichaamsbeleving van een patiënt met anorexia nervosa

Een patiënt met anorexia nervosa beleeft zichzelf in haar hoofd, terwijl het lichaam erbij hangt als een ding. Het zintuiglijke gevoel zal afgenomen zijn door de daling van het gewicht. Die zintuiglijke en de lichamelijke prikkels worden daardoor niet meer goed waargenomen en verkeerd geïnterpreteerd (Rekkers en Schoemaker, 2002).

Rosen maakt onderscheid tussen drie symptomen die een rol spelen bij een verstoorde lichaamsbeleving bij een eetstoornis (Rekkers en Schoemaker, 2002):

- Een gestoorde perceptie.

De lichaamsmaten en omvang worden overschat door een vervormde perceptie van de lichaamsomvang. Patiënten zien niet dat ze een verkeerd beeld hebben van zichzelf.

- Negatieve lichaamsbeleving.

Patiënten die ontevreden zijn over bepaalde delen van het lichaam benoemen dit in termen van lelijk, vies en afstotelijk. De overtuiging is er dat deze delen dik en vet zijn. Ze blijven deze negatieve houding gebruiken in hun denken, dat leidt tot een vicieuze cirkel. Dit leidt tot negatieve denkwijzen, zoals: 'andere mensen vinden mij niet aardig, omdat ik er niet aantrekkelijk uitzie'.

- Een stoornis in het gedrag.

Het gaat om vermijdingsgedrag (bijvoorbeeld het vermijden zichzelf in de spiegel te zien) of juist obsessief gedrag (bijvoorbeeld rituelen met betrekking tot kleding, sporten, vergelijken met anderen). Het gaat ook om fysiek gedrag om te compenseren (bijvoorbeeld purgeergedrag en hyperactiviteit).

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

- "Er is sprake van een onrealistische beoordeling van lichaamsvormen en lichaamsbreedte. Patiënten zijn niet in staat of onwillig om een realistisch oordeel te maken. Ze neigen ernaar om hun verschijning als normaal of (te) dik te beoordelen, terwijl er overduidelijk sprake is van ondergewicht".
- "Er bestaat een discrepantie tussen wat ze zien en wat ze voelen of ervaren. Over het algemeen weten patiënten maar al te goed dat ze te mager zijn, maar ervaren of voelen zij zich anders".
- "Er bestaat een wantrouwen ten aanzien van objectieve normen (grafieken, spiegels, weegschalen) en patiënten ontwikkelen hun eigen standaarden, zoals 'de binnenzijden van mijn dijen mogen elkaar niet raken als ik rechtop sta'".
- "Onrealistische en groteske idealen over hun lichaam worden nagestreefd en op een ziekelijke manier wordt naar magerheid en naar een skeletachtig voorkomen zonder vet gestreefd. In sommige gevallen is dit extreem mager zijn een bron van bewondering".

Vera vermijdt het om zichzelf helemaal in de spiegel te zien, ook is ze geobsedeerd door de weegschaal en gaat ze als ze teveel weegt extra bewegen om het te compenseren. Dit gedrag heeft te maken met een symptoom van Rosen (hierboven beschreven), een stoornis in het gedrag. Vera vindt zichzelf lelijk en hoe ze zich voelt weet ze niet goed. Vroeger kon ze dat altijd voelen, maar nu weet Vera niet of ze boos, verdrietig of vrolijk is. Veel mensen zeggen tegen haar dat ze zo dun in, zelf weet ze dat ook wel, maar ze voelt zich zo dik en lelijk!

4.5 Algemene behandelstrategieën anorexia nervosa gericht op het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving

Naar de behandeling van een verstoring in het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving bij patiënten met anorexia nervosa zijn weinig onderzoeken gedaan, in tegenstelling tot de hoeveelheid onderzoeken en artikelen over het ontstaan en de pathologie van de verstoorde lichaamsbeleving. De laatste decennia zijn er vanuit verschillende vakgebieden en van diverse theoretische achtergronden programma's ontwikkelt om de verstoorde lichaamsbeleving te behandelen(Rekkers en Schoemaker, 2002).

Fernández & Vandereycken (1994) onderscheiden twee specifieke therapeutische benaderingen van het behandelen van de verstoorde lichaamsbeleving. "Een non-verbale benadering, te weten psychomotorische therapie en een verbale benadering, te weten cognitieve gedragstherapie. In Nederland worden de therapeutische interventies die gericht zijn op de behandeling van de lichaamsbeleving bij eetstoornissen toegepast door psychomotorische therapeuten, creatief-therapeuten en cognitieve-gedragstherapeuten" (Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2006).

Probst beschrijft in 1997 de term 'body-oriented therapie'(BOT). "BOT bevat alle vormen van psychotherapie die het lichaam centraal stellen om het psychisch functioneren te verbeteren. Wat al deze lichaamsgeoriënteerde therapieën bindt, is het gebruik van non-verbale technieken zoals relaxatietechnieken, Sensory Awareness-technieken, bewegingsvormen, sport- en spelvormen, bio-energeticaoefeningen, geleide fantasieoefeningen, rollenspel, videofeedback en spiegeloefeningen" (Rekkers en Schoemaker, 2002).De benaderingen van BOT worden gebruikt om patiënten primair te confronteren met lichaamsgerichte en/of bewegingsgerichte ervaringen, die naderhand besproken worden, of in de therapie zelf, of in een ander verbaal therapieonderdeel.

In het volgende tekst gedeelte zijn een aantal stukken dikgedrukt, hier wordt aan het eind van deze paragraaf verder op in gegaan.

Bloks (2008) beschrijft in zijn boek 'eetstoornissen en overgewicht' dat de behandelstrategieën van anorexia nervosa gericht op de verstoorde lichaamsbeleving vooral naar voren komen in de lichaamsgerichte therapie, hier bedoelt hij de psychomotorische therapie mee. Het belangrijkste doel van de psychomotorische therapie is om **een realistischere en positievere lichaamsbeleving** (belangrijk punt in de behandeling) te krijgen (Bloks, 2008). Ook Marlies rekkers beschrijft in haar boek (Rekkers en Schoemaker, 2002) dat doorgaans de psychomotorisch therapeut de gene is die het behandelingspakket gericht op het veranderen van de verstoorde lichaamsbeleving aanbiedt. Over de psychomotorische therapie wordt meer beschreven in hoofdstuk 5.

> *Vera heeft tijdens haar behandeling ook psychomotorische therapie gehad. Tijdens één van deze sessies gingen ze ontspanningsoefeningen doen, dit vond ze eerst maar vreemd omdat ze niet wist waarom ze dat deed. De therapeut legde uit dat ze met deze ontspanningsoefening haar verschillende lichaamsdelen ging aanspannen en ontspannen, hierdoor kan Vera zich beter bewust worden van haar lichaam en leert ze haar lichaam ook te ontspannen. Toen Vera een aantal keer deze oefeningen in therapie had gedaan merkte ze dat ze weer wat beter kon voelen in haar lichaam wat er gebeurde (bijvoorbeeld als ze moe is of ergens pijn heeft) en lukte het ook om thuis af en toe op deze manier te ontspannen.*

Er worden nog een aantal behandelstrategieën beschreven waarin aandacht wordt besteed aan het negatieve lichaamsbeeld en de negatieve lichaamsbeleving: in de directieve therapie, de cognitieve gedragstherapie, in de vrouwenhulpverlening, bij het bijhouden van een eetdagboek, in de haptotherapie en door gebruik te maken van dramatechnieken.

Volgens Else de Haan (2001) heeft het in het begin van de behandeling van een patiënt met anorexia nervosa in de directieve therapie geen zin om de negatieve lichaamsbeleving en het lichaamsbeeld te veranderen. Ze maakt duidelijk dat wanneer de patiënt zwaarder gaat worden, dat het dan een belangrijk gespreksonderwerp wordt. De directieve therapie is een vorm van psychotherapie, de therapeut werk niet volgens een vast patroon. Binnen de directieve therapie kunnen aanpakken uit verschillende therapieën gebruikt worden, zoals gedragstherapie of gezinstherapie. Directieve therapie richt zich op het behalen van concrete resultaten in korte tijd, er wordt weinig inzicht gegeven in het ontstaan van de klachten (www.therapiehulp.nl).
De directieve therapeut richt zich als eerst op **de opvattingen van patiënten over het lichaam, dit zonder commentaar. Het gaat dan om wat is te groot, wat is te klein, wat is dik of wat is net goed? Als vervolg kan de juistheid van deze opvattingen worden besproken. Er wordt in gegaan op de vergelijking die gemaakt kan worden met anderen** (belangrijk punt in behandeling), door naar de kledingmaat te vragen en dit te vergelijken met een klasgenoot. Ook wordt de aandacht meer naar buitengericht, de meeste patiënten met anorexia nervosa zijn namelijk alleen maar bezig met hoe ze er zelf uit zien. Ze kunnen een observatieopdracht krijgen, bijvoorbeeld om naar het strand te gaan en daar anderen te bekijken en te beoordelen op hun figuur. De therapeut maakt ook gebruik van foto's, de patiënt moet een foto mee nemen en wat ze hierop ziet, haar ervaringen hierbij, vertellen aan de therapeut. Het vervolg is dat de therapeut vraagt de foto zo objectief mogelijk te beschrijven, zo kan de patiënt leren objectiever naar zichzelf te kijken (De Haan, 2001).

Hoe iemand denkt of hoe iemand zich gedraagt vertelt veel over hoe die gene als persoon functioneert. Deze denk- en gedragspatronen zijn het uitgangspunt van de cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie die gericht is op verandering van het eetgedrag en van de lichaamsbeleving blijkt effectiever dan een gedragstherapie die uitsluitend gericht is op het eetpatroon (Fairburn, 1995).
In de behandeling van anorexia nervosa gaat de cognitieve gedragstherapie er vanuit dat uithongeringverschijnselen en dwangmatig gedrag een grote invloed heeft hoe de patiënt psychologisch functioneert. De therapie verloopt volgens twee wegen. Het eerste richt zich er op het gedrag dat verband heeft met haar gewicht zo laag mogelijk te houden (obsessie met gewicht, braken, uithongeren). De tweede weg behandelt psychologische thema's zoals zelfwaardering, zelfbeeld, perfectionisme of relaties (Vervaet & de Jonge, 2002). Via deze tweede weg komt de cognitieve gedragstherapie dus ook bij de thema's lichaamsbeleving en lichaamsbeeld. Lichaams- en zelfwaardering hangen voor patiënten met anorexia nervosa erg met elkaar samen (Bos, Verheggen & Beekman, 2006). De therapeut zal stap voor stap systematisch het complexe netwerk van **gedachten, gevoelens en beelden dat de patiënten over zichzelf hebben opsplitsen in werkbare punten: Hoe denk je over jezelf, over anderen in verband met; uiterlijk, werk, vrienden, intimiteit. Hoe voel je je over jezelf? Hoe zou je willen zijn?** (belangrijk punt in de behandeling) Enzovoort. De taak van de therapeut is de discrepantie op heffen tussen wat ze voelen en wat ze denken dat ze voelen. Ook kan de therapeut ongezonde, irrationele gedachten en opvattingen bij gevoelens zoals genieten, ontspannen en seksueel plezier ontdekken en rationeel maken. Op deze manier leren ze anders denken, dit gaat samen met gedragsverandering (Vervaet & de Jonge, 2002).

> *Vera vond de cognitieve gedragstherapie nuttig, ze is er achter gekomen dat er cognities zijn die echt niet bewust zijn. Deze cognities waren vooral gericht op eten en het lichaam. Ze bespraken een keer dat het eten van een snickers voor Vera leek alsof het drie warme*

maaltijden waren. En dat ze er ontzettend dik van zou worden. Vera leerde deze gedachten om te buigen in reëlere gedachten. Dat was heel moeilijk voor haar maar wel fijn.

Cash heeft in 1997 een praktisch ingesteld werkboek gemaakt dat zijn wortels vindt in de cognitieve gedragstherapie. Het bevat een achtstappen programma om te leren hoe negatieve lichaamsbeleving veranderd kan worden in een positievere lichaamsbeleving. Dit werkboek is niet geschreven specifiek voor patiënten met eetstoornissen, maar is goed bruikbaar in de klinische praktijk van eetstoornisprogramma's. Cash maakt gebruik van technieken van de cognitieve therapie, zoals desensitisatie (hierbij leer je langzaam wennen aan angstige situaties), met relaxatieoefeningen en spiegeloefeningen (Cash, 1997).

Bij de behandeling van anorexia nervosa wordt ook wel eens gekozen voor een seksespecifieke behandeling: Vrouwenhulpverlening. Er wordt dan behalve aan de functie van de anorexia ook aandacht besteed aan de socialisatie van vrouwen, de rolpatronen en de positie in hun omgeving en in de maatschappij. Belangrijke punten zijn het herkennen van gevoelens, en hiermee om leren gaan, zichzelf meer durven laten zien, autonomie, identiteit, zelfwaardering, zelfvertrouwen en de waardering en beleving van het eigen lichaam. De bedoeling van deze behandeling is **dat je de eetstoornis niet meer nodig hebt als oplossingstrategie voor problemen die ze als vrouw in de maatschappij ervaren** (belangrijk punt in behandeling).

In de behandeling van anorexia wordt bijna standaard gebruik gemaakt van het bijhouden van een eetdagboek. In zo'n dagboek wordt systematisch beschreven wat, hoeveel, wanneer en waar er gegeten wordt. Ook wordt erbij beschreven wat eraan vooraf ging en wat erop volgde. Extra bewegen en purgeergedrag worden ook beschreven. Door gebruik te maken van een eetdagboek kunnen verbanden tussen gebeurtenissen en eetgedrag duidelijker worden. Het eetgedrag en de gebeurtenissen daarom heen worden vaak besproken in een groep. Ook is er ruimte voor extra aantekeningen (bijvoorbeeld over de lichaamsbeleving, er kunnen ervaringen worden beschreven).Tijdens het bespreken wordt er regelmatig een koppeling gemaakt naar de psychomotorische therapie en wordt ook het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving erbij betrokken.

Cremer-Schutrups (1996) beschrijft de door haar ontwikkelde ambulante behandeling voor patiënten met anorexia nervosa op basis van haptotherapeutische uitgangspunten. "In de haptotherapie wordt het fundamentele syndroom van anorexia nervosa gezien als het volledig **ontbreken van integratie van de lichamelijkheid** (belangrijk punt in behandeling). Het is dan de bedoeling dat er een 'ontmoeting' tussen anorexia nervosa patiënt en therapeut wordt gecreëerd, waarbinnen de aanraking en het aangeraakt worden (het ervaren van aanraken) een grote rol spelen en waardoor het lichaamsbesef en de lichaamsbeleving van de patiënt met anorexia nervosa zich (weer) kunnen ontplooien" (Rekkers en Schoemaker, 2002).

Voordat Vera in behandeling ging voor haar eetstoornis heeft ze haptotherapie gevolgd. Dit was één keer in de week. Ze merkte dat ze hierdoor weer meer ging voelen in haar lichaam, maar het had verder geen diepgang in de anorexia zelf, dit was voor Vera dus niet genoeg.

In de behandeling van de verstoorde lichaamsbeleving wordt ook gebruik gemaakt van dramatechnieken. Jacobse (1993) onderscheidt vijf aspecten om de verschillende stadia te beschrijven. Die vijf aspecten worden spelenderwijs geoefend en ervaren en confronteren de patiënten met hun lichaamsbeleving en angst voor controleverlies (Rekkers en Schoemaker, 2002).

Naar voren komt bij de verschillende behandelstrategieën dat de ervaring belangrijk is. Het is belangrijk voor mensen met anorexia nervosa om het denken, voelen en handelen weer met elkaar in verbinding te brengen, dat kan door therapie die gebruik maakt van ervaringen.

De dikgedrukte stukken in bovenstaande tekst wijzen op belangrijke punten in de behandeling.
De vijf belangrijke punten die in de algemene behandeling van anorexia nervosa gericht op het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving naar voren komen, met daaronder beschreven waar het om gaat en wat een patiënt met anorexia nervosa ervoor moet kunnen:

- **'een realistischere en positievere lichaamsbeleving'**

Dit gaat om de ontwikkeling van een realistische en positieve lichaamsbeleving.
Wat moet een patiënt met anorexia hiervoor kunnen: objectief leren waarnemen.

- **'de opvattingen van patiënten over het lichaam, zonder commentaar. Het gaat dan om wat is te groot, wat is te klein, wat is dik of wat is net goed? Als vervolg kan de juistheid van deze opvattingen worden besproken. Er wordt in gegaan op de vergelijking die gemaakt kan worden met anderen'**

Dit gaat om het beoordelen van het eigen lichaam en de vergelijking met anderen.
Wat moet een patiënt met anorexia hiervoor kunnen: Zichzelf en anderen durven bekijken.

- **'gedachten, gevoelens en beelden dat de patiënten over zichzelf hebben opsplitsen in werkbare punten: Hoe denk je over jezelf, over anderen in verband met; uiterlijk, werk, vrienden, intimiteit. Hoe voel je je over jezelf? Hoe zou je willen zijn?'**

Dit gaat om gedachten en gevoelens over de patiënt zelf.
Wat moet een patiënt met anorexia hiervoor kunnen: Herkennen van innerlijke ervaringen / lichaamssignalen en dit kunnen beschrijven.

- **'dat je de eetstoornis niet meer nodig hebt als oplossingstrategie voor problemen die ze als vrouw in de maatschappij ervaren'**

Dit gaat om de verandering van meisje tot vrouw.
Wat moet een patiënt met anorexia hiervoor kunnen: Kennis hebben van de normale lichamelijke en psychische veranderingen bij het puber of (jong)volwassen worden.

- **'ontbreken van integratie van de lichamelijkheid'**

Dit gaat om het belang kennen van lichamelijkheid en weet hebben van het lichaam.
Wat moet een patiënt met anorexia hiervoor kunnen: Het bewust worden en accepteren van het lichaam.

5. PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE

5.1 WAT IS PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE (PMT)?

Als psychomotorisch therapeut wordt er gewerkt met mensen met psychische problemen en deze worden behandeld doormiddel van bewegings- en lichaamservaringen. Als een psychomotorisch therapeut vergeleken wordt met en psycholoog, dan praat een psycholoog vooral over gedrag, gevoel en gedachten. Een psychomotorisch therapeut gebruik bewegings- en lichaamservaringen om de gedachten, het gevoel en het gedrag verder te onderzoeken. Binnen de PMT wordt er veel gesproken over denken (gedachten), voelen (het gevoel) en handelen (het gedrag) (NVPMT, 2009).

In het beroepsprofiel van de NVPMT (2009) wordt psychomotorische therapie als volgt omschreven: "Psychomotorische therapie is het behandelen van mensen met psychische problemen door middel van interventies gericht op lichaamservaringen en/of het handelen in bewegingssituaties. Het doel van psychomotorische therapie is gedragsverandering tot stand brengen of tenminste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te veranderen".
Verduidelijking van de termen uit bovenstaande definitie:
Met *psychische problematiek* worden lichte psychosociale of ontwikkelingspsychologische problemen, ernstiger psychiatrische stoornissen, psychosomatische problemen en (secundaire) psychische reacties op chronische ziekten en handicaps bedoeld.
Methodisch werken betekent dat de therapeut op basis van diagnostische procedures tot een verantwoord behandelplan komt, waarbij de doelstellingen en de werkwijze duidelijk beschreven zijn en geëvalueerd of bijgesteld kunnen worden.
Psychomotorisch therapeuten gebruiken veel verschillende werkvormen om de cliënt in beweging te laten komen en stil te laten staan bij de betekenis van bewegingsgedrag. Het is hierbij mogelijk dat men zich alleen maar richt op het bewegen of de lichaamsbeleving *(interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag)*, maar vaak zijn beiden aan de orde (NVPMT 2009).

5.2 DE WERKWIJZE IN DE PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE

De psychomotorische therapie creëert een veilige plek om te kunnen experimenteren met ander gedrag. Er kunnen nieuwe ervaringen worden opgedaan op het gebied van denken, voelen en handelen. In de psychomotorische therapie wordt gebruik gemaakt van drie cyclisch samenhangende behandelstrategieën, ook wel behandelmodaliteiten genoemd. Deze modaliteiten zijn oefenen, ervaren en ontdekken en worden uitgelegd in tabel 3 (Fellinger en Sietsma, 2011).

Oefenen	Ervaren	Ontdekken
Binnen deze modaliteit oefent de cliënt nieuwe vaardigheden. Het is belangrijk dat de cliënt zich nieuw gedrag eigen maakt. De therapeut zorgt voor de structuur en veiligheid voor de cliënt. Van belang is dat de cliënt in contact blijft met de omgeving en/of het lichaam. Het accent hierbij ligt op het hier-en-nu.	De cliënt leert experimenteren met ander gedrag en het effect van dit andere gedrag voor zichzelf en zijn omgeving. Het is belangrijk dat de therapeut een veilige sfeer creëert, zodat de cliënt steeds meer zelf kan gaan structureren. Een belangrijk doel is dat de cliënt zicht krijgt op het eigen gedrag.	Centraal in de modaliteit ontdekken staan de onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties, intra-psychische conflicten die verwijzen naar een trauma. De cliënt krijgt de mogelijkheid te ontdekken waar dit trauma vandaag komt en welke invloed deze conflicten/het trauma heeft op de huidige problemen. Nu beperken de conflicten nog het sociaal functioneren van de cliënt.

TABEL 3: UITWERKING MODALITEITEN

De werkvormen waar gebruik van wordt gemaakt binnen de psychomotorische therapie kunnen worden onderverdeeld in bewegingsgeoriënteerde methodieken en in lichaamsgeoriënteerde methodieken.

Als er gewerkt wordt met bewegingsgeoriënteerde methodieken dan worden bewegingssituatie zo gecreëerd dat ze betekenisvol worden voor de persoon of groep, hierbij staat de bewegingssituatie en de ervaringssituatie centraal. Het is gericht op de interactie, actief worden en het verrichten van inspanning en er wordt gebruik gemaakt van activiteiten die hun oorsprong kennen in het bewegingsonderwijs en de sport- en spelcultuur. Dit kunnen activiteiten in teamverband zijn of individuele activiteiten. Een aantal voorbeelden: voetbal, atletiek, skaten, klimmen, stoeispelen en zwemmen. Hierin gaat het erom dat er betekenis wordt verleent aan wat iemand doet. Bijvoorbeeld: Hoe voert iemand een activiteit uit (langzaam, snel, actief, samen of alleen) en wat betekent dat? Als iemand het in een activiteit ergens niet mee eens is, wordt hier dan iets van gezegd? Of laat deze persoon het gebeuren? Wat betekent dit voor deze persoon in het dagelijks leven?

Lichaamsgeoriënteerde methodieken hebben als uitgangspunt het feit dat het bewegen en de lichamelijkheid altijd samenhangen met het totale functioneren van de persoon, zijn heden, zijn verleden en zijn relatie met zijn omgeving. De lichamelijke verschijningsvorm is de presentatie van de persoon in zijn wereld. De therapievormen binnen deze lichaamsgeoriënteerde methodieken gaan in op het lichamelijk ervaren van de persoon. Er wordt uitgegaan van dat alle ervaringen die een persoon opdoet belevingen met zich meebrengen. In deze belevingen gaat het om emoties en ze hebben een lichamelijke component. Het gaat om de lichamelijke ervaringen van jezelf ten opzichte van de omgeving (Verschuur, 2007). Een aantal voorbeelden: Sensory Awareness, delen uit de Mindfulness Based Stress Reduction ofwel stressreductie door aandachttraining, werken met spiegels en video, relaxatiemethoden en ademhalingsoefeningen.
In de psychomotorische therapie worden de methodieken vaak in combinatie gebruikt, op deze manier kan de integratie van denken, voelen en handelen bevorderd worden.

> *Vera heeft een aantal keer psychomotorische therapie gehad. Hierin heeft ze voor de spiegel gestaan en moest ze naar zichzelf kijken. Eerst durfde ze dit helemaal niet, het was al zolang geleden dat ze zichzelf helemaal in de spiegel had gezien. Toch heeft ze het gedaan en de keren daarna lukt het haar ook steeds beter om naar zichzelf te kijken. Ze moest iets neutraal of moois noemen wat ze in de spiegel zag, dit vond ze erg lastig, Vera vindt zichzelf niet mooi. Uiteindelijk noemde ze haar handen, ze heeft lange slanke vingers.*

5.3 De zeven psychomotorisch therapeutische (PMT) thema's

In de vraagstelling van dit onderzoek gaat het over de zeven PMT thema's en welke er ingezet kunnen worden bij de behandeling van anorexia nervosa gericht op het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het belangrijk om te weten wat de zeven PMT thema's zijn.
De zeven PMT thema's worden geformuleerd om het hele psychosociale leven op een rij te zetten en daarmee de mogelijke psychosociale problemen.
Deze zeven thema's "dekken" het hele psychosociale terrein af.

Fellinger (2008) onderscheid de zeven psychomotorisch therapeutische thema's:

1. Motorische instrumentele sensibiliteit (M.I.S.)

De gevoeligheid van iemand voor het materiële, voor de voorwerpen (het andere) om hem heen. Gevoel hebben voor hardheid, zachtheid, afstand van / tot de dingen. Voorbeeld: 'Als je op koopzondag met een grote tas door het centrum van de stad loopt, dan bots je soms tegen anderen op, omdat je even wat minder M.I.S. had met die grote tas die je bij je hebt'. Mensen die vanwege een bepaalde psychopathologie teveel naar binnen gekeerd zijn, zijn ook minder in contact met hetgeen om hen heen. Hierbij kan M.I.S. een zinvol doel zijn. Een ander doel is het verkennen van de beweegmogelijkheden.

2. Motorische sociale sensibiliteit (M.S.S.)

De gevoeligheid die iemand heeft voor de sociale context om hem heen. Dus, voor de ander om hem heen. Belangrijk hierbij is het maken van contact met anderen, samenwerken met anderen, de afstand en nabijheid die je inneemt ten opzichte van anderen. Gebruik maken van sociale grenzen, nee kunnen zeggen, assertief kunnen zijn, leiding nemen/geven/volgen, rekening houden met en wachten op elkaar, luisteren naar elkaar en elkaar verdragen.

3. Ruimte

Dit gaat om het (durven) gebruiken van ruimte, het bewegen door de ruimte, het delen van ruimte, het creëren van een eigen plek en het opeisen van ruimte. Ruimte is daarbij een plek, een plaats en een speelveld. Als er een probleem is omtrent ruimte en de hiervoor genoemde aspecten, dan kan je op basis hiervan een doel formuleren.

4. Kracht

Er wordt bezig gegaan met bijvoorbeeld het doseren van kracht, het leveren van kracht, het durven bieden van kracht, het bewegen met minder kracht. De handigheid om te leren bij kracht is, om controle te kunnen hebben over de kracht die je wilt gebruiken tijdens je handelen. Het is zinvol om een doel rondom kracht te maken als er teveel, te weinig of op een ongecontroleerde manier gebruik wordt gemaakt van kracht. Een doel rondom kracht kan gericht zijn op het durven inzetten van kracht en de expressie daarbij. Ook kan het doel gericht zijn op activering.

5. Lichaamsbeleving

Het gaat om datgene dat iemand aan het lijf kan beleven, voelen, waarnemen en betekenis kan geven tijdens het bewegen en het handelen. Het kan gaan over negatieve lichaamsbeleving, onbekende lichaamssignalen, het lichaam tonen, het lichaam beter leren kennen of het lichaam (en/of emoties) te voelen. Een doel kan zijn om de mogelijkheden van het lichaam beter te leren kennen of om het lijf opnieuw te leren waarnemen.

6. Vertrouwen

Dit gaat over het vertrouwen in zichzelf en over vertrouwen in de ander/het andere. Het vertrouwen kan te veel zijn, te weinig zijn, of zich begrenzen op een bepaald gebied. Boeiend hierbij is waarop voor iemand vertrouwen of wantrouwen gebaseerd is. Een doel hierbij kan zijn het verkennen van de mate van vertrouwen in eigen lijfelijk kunnen.

7. Relaxatie

Binnen relaxatie gaat het om ontspanning, dit heeft te maken met het wel / niet / meer / minder ontspannen zijn. Het kunnen ontspannen, weten wanneer spanning / ontspanning goed of slecht voor iemand is, het toepassen van ontspanningstechnieken, het ervaren van spanning en ontspanning, het controle hebben over de eigen spanning en ontspanning en weten wat iemand doet ontspannen. Een doel hierbij is het verkennen van het weten wat voor iemand ontspannend is.

5.4 Wat zijn de bestaande psychomotorische aanpakken bij patiënten met anorexia nervosa gericht op de verstoring van het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving en hoe kunnen deze worden gekoppeld aan de psychomotorisch therapeutische (PMT) thema's?

In de algemene behandelstrategieën, zoals u heeft kunnen lezen in paragraaf 4.5, komt het ervaringsgericht werken (lichaams- of bewegingsgericht) naar voren als belangrijk punt in de behandeling van anorexia nervosa gericht op het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving. In de psychomotorische therapie wordt gebruik gemaakt van ervaringsgerichte oefeningen, dit kan dus een belangrijke therapie zijn in deze behandeling.

De belangrijkste behandelpunten in de behandeling van anorexia nervosa gericht op de verstoring in het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving staan beschreven in paragraaf 4.5.

In het kort nog even de doelen om deze belangrijke behandelpunten te bereiken:

- Objectief leren waarnemen.
- Zichzelf en anderen durven bekijken.
- Herkennen van innerlijke ervaringen / lichaamssignalen en dit kunnen beschrijven.
- Kennis hebben van de normale lichamelijke en psychische veranderingen bij het puber of (jong) volwassen worden.
- Het bewust worden en accepteren van je lichaam.

In de psychomotorische therapie zijn verschillende oefenvormen die gericht zijn op het veranderen en verbeteren van de verstoring in de lichaamsbeleving en het lichaamsbeeld bij patiënten met anorexia nervosa. De uitwerking van deze oefenvormen kunt u vinden in bijlage 1.
Deze oefenvormen worden gekoppeld aan de punten die van belang zijn in de algemene behandeling van anorexia nervosa gericht op het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving en worden gekoppeld aan de PMT thema's. Er zijn ook oefeningen die bij meerdere punten naar voren komen. In onderstaande tabellen wordt dus weergegeven welke PMT thema's naar voren komen en hoe (door welke oefenvormen) deze gebruikt kunnen worden.

Objectief leren waarnemen

Oefenvorm/arrangement	Koppeling aan belangrijk punt in de algemene behandelstrategie	Koppeling aan PMT thema('s)
Kleding exposure, spiegelconfrontatie, videoconfrontatie, fotoconfrontatie	Dit zijn oefeningen waarbij een confrontatie is met het eigen lichaam en waarbij de patiënten leren zichzelf objectief waar te nemen.	Lichaamsbeleving
Lichaamstekeningen en de touwtjes oefening	Dit zijn oefeningen gericht op het ontwikkelen van een realistisch lichaamsbeeld, daarvoor moeten ze zichzelf objectief leren waarnemen.	Lichaamsbeleving Vertrouwen (in zichzelf dat de patiënt die tekening/dat touw kan maken)
Kopiëren van elkaars lichaamshouding	Gericht op het objectief waarnemen van de ander.	Lichaamsbeleving
Lichaams exposure via heteroconfrontatie	Het objectief leren waarnemen komt naar voren door het kijken naar lichamen of beelden van anderen.	Lichaamsbeleving
Sensory awareness	Het objectief leren waarnemen van de verschillende lichaamsdelen.	Lichaamsbeleving Relaxatie (leren wat voor de patiënt ontspannend is en leren ontspannen)

Zichzelf en anderen durven bekijken

Oefenvorm/arrangement	Koppeling aan belangrijk punt in de algemene behandelstrategie	Koppeling aan PMT thema('s)
Kleding exposure, spiegelconfrontatie, videoconfrontatie, fotoconfrontatie	Het bekijken van zichzelf doormiddel van spiegel, video en foto's. Ook het bekijken van zichzelf in verschillende kledij (haar, make-up) hoort hierbij.	Lichaamsbeleving
Kopiëren van elkaars lichaamshouding	Anderen bekijken om de lichaamshouding te kunnen kopiëren.	Lichaamsbeleving
Vormen met lichaamscontact	Anderen durven bekijken, omdat ze nodig zijn binnen de oefenvorm.	M.S.S. (Volgt of leidt de patiënt) Ruimte (durft de patiënt ruimte in te nemen op andere en ten opzichte van andere) Kracht (het kracht gebruik van de patiënt gericht op zichzelf. Lichaamsbeleving Vertrouwen (In de ander)
Lichaams exposure via heteroconfrontatie	Anderen bekijken en beoordelen.	Lichaamsbeleving

Herkennen van innerlijke ervaringen / lichaamssignalen en dit kunnen beschrijven

Oefenvorm/arrangement	Koppeling aan belangrijk punt in de algemene behandelstrategie	Koppeling aan PMT thema('s)
Ademhalingsoefening, progressieve relaxatie, body scan, sensory awareness, haptotherapie, mindfulness	Ademhalings- of ontspanningsoefeningen die gericht zijn op het herkennen van innerlijke ervaringen en lichaamssignalen.	Lichaamsbeleving Relaxatie (ontspanning) Vertrouwen (in de therapeut, mag therapeut aanraken?)
Positieoefening	Het aannemen van verschillende posities, hierin je innerlijke ervaringen en lichaamssignalen leren herkennen en kunnen beschrijven.	Lichaamsbeleving Ruimte (durft de patiënt ruimte en positie in te nemen ten opzichte van de helper)
Kopiëren van elkaars lichaamshouding	Bewust worden van de gedachten en gevoelens bij de verschillende houdingen.	Lichaamsbeleving
Verbeeldingsoefening	Voelen wat er gebeurd in het lichaam tijdens deze oefening, dus het herkennen van lichaamssignalen en innerlijke ervaringen.	Lichaamsbeleving Vertrouwen (in zichzelf dat patiënt zich iets kan en mag verbeelden)
Lichaamsmetamorfose	Het lichaam durven voelen, innerlijke ervaringen en lichaamssignalen.	Lichaamsbeleving
Catastrofetheater	Het herkennen van de innerlijke ervaringen, bijvoorbeeld angsten en die uitspelen in een rollenspel.	Lichaamsbeleving
Eettafel van vroeger	Een fantasieoefening opzoek naar je innerlijke ervaringen om de functie en betekenis te onderzoeken.	Lichaamsbeleving

Kennis hebben van de normale lichamelijke en psychische veranderingen bij het puber of (jong) volwassen worden

Oefenvorm/arrangement	Koppeling aan belangrijk punt in de algemene behandelstrategie	Koppeling aan PMT thema('s)
Fotoconfrontatie (meenemen van oude foto's)	Zicht krijgen op de veranderingen van je lichaam eerder in je leven.	Lichaamsbeleving
Positieoefening	Onderzoeken welke rol lichamelijke veranderingen	Lichaamsbeleving

	speelde in het leven van de patiënt, combineren met de normale ontwikkeling.	Ruimte
Briefwisseling met beladen lichaamsdeel	Brief sturen naar lichaamsdeel waar patiënt moeite mee heeft. Vervolg is brief terugsturen, hier is kennis van de normale ontwikkeling voor nodig.	Lichaamsbeleving
Psycho-educatie lichaamsbeleving	Educatie over normale lichamelijke veranderingen in verschillende levensfases. Kennis over de negatieve gevolgen van lijnen voor het lichaam.	Lichaamsbeleving

Het bewust worden en accepteren van het lichaam

Oefenvorm/arrangement	Koppeling aan belangrijk punt in de algemene behandelstrategie	Koppeling aan PMT thema('s)
Kleding exposure, spiegelconfrontatie, videoconfrontatie, fotoconfrontatie	Het bewust worden en accepteren van het lichaam confrontatie met zichzelf.	Lichaamsbeleving
Lichaamstekeningen en de touwtjes oefening	Het bewust worden van de vormen van het lichaam door het schatten van je breedte, grootte en het ervaren van de werkelijke breedte, grootte.	Lichaamsbeleving Vertrouwen
Progressieve relaxatie en body scan	Het bewust worden van het lichaam door gebruikt te maken van ontspanning en er echt bij stil te staan.	Lichaamsbeleving Relaxatie
Kopiëren van elkaars lichaamshouding	Bewust worden van de gedachten en gevoelens bij bepaalde houdingen. Bewust worden van het lichaam	Lichaamsbeleving
Verbeeldingsoefening	Zich bewust worden wat er bij een fantasieoefening in het lichaam gebeurd.	Lichaamsbeleving Vertrouwen
Lichaamsmetamorfose	Bewust worden als het lichaam anders is/voelt.	Lichaamsbeleving
Briefwisseling met beladen lichaamsdeel	Bewust bezig zijn met lichaam en het accepteren.	Lichaamsbeleving
Thuiskomen in je lichaam	Bewust met je lichaam bezig zijn, het accepteren.	Lichaamsbeleving
Vormen met lichaamscontact	Gewenning aan en acceptatie van het eigen lichaam.	M.S.S., Ruimte, Kracht, lichaamsbeleving, vertrouwen
Sensory awareness, haptotherapie, mindfulness	Het bewust worden van het lichaam en het accepteren van dit lijf.	Lichaamsbeleving Relaxatie

TABEL 4: DE KOPPELING VAN PSYCHOMOTORISCH THERAPEUTISCHE OEFENINGEN AAN PMT THEMA'S DE BELANGRIJKSTE PUNTEN UIT DE ALGEMENE BEHANDELSTRATEGIEËN

De psychomotorisch therapeutische oefeningen zijn het meest gericht op twee belangrijke punten uit de algemene behandelstrategieën 'het herkennen van innerlijke ervaringen / lichaamssignalen en dit kunnen beschrijven' en 'het bewust worden en accepteren van het lichaam'.

In tabel 5 is te vinden welke en hoeveel oefenvormen gekoppeld zijn aan de PMT thema's.

Thema	Welke oefeningen	Hoeveel oefen-vormen
M.I.S.	Bij geen van de oefeningen komt de motorische instrumentele sensibiliteit specifiek naar voren.	0
M.S.S.	Bij de oefening 'vormen met lichaamscontact' komt de motorische sensibiliteit naar voren. Volgt de patiënt in deze oefening, of neemt de patiënt de leiding? Bewaart de patiënt afstand ten opzichte van anderen, of komt de patiënt dichtbij?	1
Ruimte	Bij de 'positieoefening' komt het thema ruimte naar voren. Durft de patiënt ruimte	2

	en positie in te nemen ten opzichte van de helper. Ook bij de oefening 'vormen met lichaamscontact' komt het thema ruimte naar voren, hier gaat het om de ruimte in nemen ten opzichte van de ander en op de ander (met lichamelijk contact).	
Kracht	In de oefening 'vormen met lichaamscontact' komt het thema kracht naar voren. Het gaat om het gebruik van kracht ten opzichte van de ander en kan de patiënt wat ze aan kan inschatten qua krachtgebruik.	1
Lichaams-beleving	Bij alle oefeningen komt het thema lichaamsbeleving naar voren.	23
Vertrouwen	Het thema vertrouwen komt in de oefeningen 'lichaamstekeningen' en 'touwtjes oefening' naar voren, het gaat om vertrouwen in zichzelf dat ze die tekening kunnen maken en dat touwtje goed neer kunnen leggen. Ook komt het thema naar voren bij de 'verbeeldingsoefening', het gaat om vertrouwen in zichzelf, dat de patiënt zich iets mag en kan verbeelden. In de 'vormen met lichaamscontact' komt vertrouwen in de ander aan de orde, vertrouwt de patiënt het om op iemand te gaan zitten. In 'haptotherapie' gaat het om vertrouwen in de therapeut, vertrouwt de patiënt het als de therapeut hem/haar aanraakt.	5
Relaxatie	In relaxatie komen de 'ademhalingsoefening', 'de progressieve relaxatie', 'de lichaamsscan', 'sensory awareness', 'haptotherapie' en 'mindfulness' naar voren. Hierin gaat het om leren ontspannen en ontdekken wat voor de patiënt ontspannen is.	6

TABEL 5: VOORKOMEN PMT THEMA'S IN DE VERSCHILLENDE PMT OEFENVORMEN.

6. RESULTATEN

Vanuit tabel 5 (paragraaf 5.4) komt naar voren welke en hoeveel psychomotorische oefenvormen er gekoppeld kunnen worden aan de PMT thema's. In bijlage 1, tabel 7 zijn deze psychomotorische oefenvormen te vinden met daarbij de doelen.
In tabel 6 is het aantal psychomotorische oefenvormen die naar voren komen in de thema's schematisch neergezet.

Thema	M.I.S.	M.S.S.	Ruimte	Kracht	Lichaamsbeleving	Vertrouwen	Relaxatie
Aantal oefeningen die voorkomen	0	1	2	1	23	5	6

TABEL 6: HET AANTAL OEFENINGEN GERICHT OP DE PMT THEMA'S.

Hieruit blijkt dat er zes thema's van de psychomotorische therapie in gezet kunnen worden in de behandeling van anorexia nervosa op het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving. Deze zes thema's zijn:

1. Motorische sociale sensibiliteit (M.S.S)
2. Ruimte
3. Kracht
4. Lichaamsbeleving
5. Vertrouwen
6. Relaxatie

Het PMT thema lichaamsbeleving wordt het meest ingezet in de behandeling van anorexia nervosa gericht op het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving. De thema's relaxatie en vertrouwen zijn thema's die in vergelijking met de andere thema's ook relatief veel naar voren komen. De thema's motorische sociale sensibiliteit, ruimte en kracht komen 1 of 2 keer naar voren. Het thema instrumentele sensibiliteit komt helemaal niet naar voren.

De manier waarop je de verschillende psychomotorisch therapeutische thema's in kunt zetten is door gebruik te maken van verschillende psychomotorische oefenvormen.

Vanuit de algemene behandelstrategieën zijn een aantal belangrijke punten naar voren gekomen. Aan deze vijf belangrijke punten zijn verschillende psychomotorische oefenvormen gericht op de verstoorde lichaamsbeleving en het verstoorde lichaamsbeeld gekoppeld. Er komen twee van de vijf belangrijke punten naar voren waar de meeste oefenvormen aan gekoppeld zijn, dit zijn:

1. 'het herkennen van innerlijke ervaringen / lichaamssignalen en dit kunnen beschrijven'.
2. 'het bewust worden en accepteren van het lichaam'.

7. DISCUSSIE

Een literatuuronderzoek brengt beperkingen met zich mee. Het onderzoek is gebonden aan de beschikbare bronnen over anorexia nervosa gericht op de verstoring in het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving in de psychomotorische therapie. De literatuur die beschikbaar is over verschillende oefenvormen binnen de psychomotorische therapie is niet allemaal wetenschappelijk onderzocht.

In dit onderzoek is er een onderverdeling gemaakt qua oefenvormen en de koppeling naar de psychomotorische thema’s. Ook is er een keuze gemaakt voor de vijf belangrijkste punten uit de algemene behandelstrategieën. Het zou zo kunnen zijn dat iemand anders gekozen zou hebben voor een andere onderverdeling of andere punten belangrijker vond.

Een aantal psychomotorische thema’s worden niet of weinig ingezet, dit komt doordat ik geen specifieke koppeling kon maken met de psychomotorische oefeningen. Ook kwam er vanuit deze thema’s geen doel naar voren wat ik specifiek kon koppelen of terug kon vinden in de oefenvormen van de psychomotorische therapie.

8. Conclusie

Anorexia Nervosa is een eetstoornis die het meest voorkomt bij jonge vrouwen en wordt gekenmerkt door weigering het lichaamsgewicht op peil te houden, door gewichtsverlies, door angst om aan te komen of dik te worden, door een verstoord lichaamsbeeld, een verstoorde lichaamsbeleving, door ontkenning van het te lage lichaamsgewicht en bij meisjes het uitblijven van tenminste drie menstruele cycli. De behandeling door een psychomotorisch therapeut is gericht op het behandelen van mensen met psychische problemen doormiddel van interventies die gericht zijn op lichaamservaringen en/of het handelen in bewegingssituaties.
In de algemene behandelstrategieën gericht op de verstoring in het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving van patiënten met anorexia nervosa komt de psychomotorische therapie, cognitieve gedragstherapie, directieve therapie, vrouwenhulpverlening, gebruik maken van een eetdagboek, haptotherapie en een vorm van dramatherapie naar voren. Hierin komt ook naar voren dat het belangrijk is voor mensen met anorexia nervosa om het denken, voelen en handelen weer met elkaar in verbinding te brengen, dit kan door een vorm van therapie die gebruik maakt van ervaringen. In deze algemene behandelstrategieën komen vijf belangrijke punten naar voren waar een doel aan is gekoppeld, deze doelen zijn: objectief leren waarnemen, zichzelf en anderen durven bekijken, herkennen van innerlijke ervaringen / lichaamssignalen en dit kunnen beschrijven, kennis hebben van de normale lichamelijke en psychische veranderingen bij het puber of (jong)volwassen worden en het bewust worden en accepteren van het lichaam.

Een psychomotorisch therapeut kan gebruik maken van de zeven PMT thema's. De zeven PMT thema's worden geformuleerd om het hele psychosociale leven op een rij te zetten en daarmee de mogelijke psychosociale problemen. Deze zeven thema's "dekken" het hele psychosociale terrein af. De 7 PMT thema's zijn: Motorische instrumentele sensibiliteit (M.I.S.), motorische sociale sensibiliteit (M.S.S.), ruimte, kracht, lichaamsbeleving, vertrouwen en relaxatie.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:
Hoe en welke psychomotorisch therapeutische thema's kunnen worden ingezet bij de behandeling van anorexia nervosa gericht op het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving?

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat er zes psychomotorische thema's kunnen worden ingezet in de behandeling van anorexia nervosa gericht op het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving. Binnen deze zes thema's zijn er wel drie die weinig aan bod komen. De drie psychomotorische thema's die wel relatief veel naar voren komen zijn: Lichaamsbeleving, relaxatie en vertrouwen.

Belangrijke behandeldoelen in de behandeling van het verstoord lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving bij anorexia nervosa zijn her herkennen van innerlijke ervaringen/lichaamssignalen en dit kunnen beschrijven en het bewust worden en accepteren van het lichaam. De belangrijkste psychomotorische thema's die naar voren komen in de psychomotorisch therapeutische behandeling van patiënten met anorexia nervosa gericht op het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving zijn lichaamsbeleving, relaxatie en vertrouwen. De manier waarop je deze thema's kunt inzetten is door gebruik te maken van verschillende psychomotorische oefenvormen.

In de behandeling van patiënten met anorexia nervosa gericht op de verstoring in het lichaamsbeeld en van de lichaamsbeleving is het volgens dit onderzoek belangrijk stil te staan bij innerlijke ervaringen en lichaamssignalen en bij het accepteren van het lichaam. Dit kan gedaan worden door gebruik te maken van oefenvormen waarin de psychomotorische thema's lichaamsbeleving, relaxatie of vertrouwen in naar voren komen.

9. AANBEVELINGEN

Ten eerste kan naar aanleiding van dit onderzoek kan worden aanbevolen om in de behandeling van anorexia nervosa gericht op de verstoorde lichaamsbeleving en het verstoorde lichaamsbeeld gebruik te maken van de psychomotorische thema’s lichaamsbeleving, relaxatie en vertrouwen.

Ten tweede wordt aanbevolen meer wetenschappelijk onderzoek te doen naar de effectiviteit van de oefenvormen gericht op de verstoorde lichaamsbeleving en het verstoorde lichaamsbeeld bij anorexia nervosa. Dit zorgt ervoor dat er niet teveel uit ervaringen wordt gesproken, maar vanuit bewezen effecten.

Ook kan worden aanbevolen om praktijk onderzoek te doen naar het gebruik van de zeven PMT thema’s in het werkveld, in hoeverre wordt hier gebruik van gemaakt en wat zou het meer op kunnen leveren.

LITERATUURLIJST

- **Abraham, S. en Llewellyn-Jones, D.. Vertaald door: Drost-Plegt, T.A. (2008).** *Eetstoornissen, De Feiten.* **Houten: Bohn Stafleu van Loghum.**

- **American Psychiatric Association (2001).** *DSM IV-TR.* **Amsterdam: Pearson.**

- **Bergsma, Ad en van Petersen, Korina (2002).** *Psychologie van A tot Z, ruim 4000 begrippen op alle terreinen van de psychologie.* **Utrecht: Uitgeverij Spectrum.**

- **Bloks, Hans (2008).** *Eetstoornissen en overgewicht; Herkenning, behandeling, beheersing.* **Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.**

- **Boersma, Rob R.B. (2004). Anorexia Nervosa; De rol van de psychosomatisch werkende fysiotherapeut in de diagnostiek en behandeling van lichamelijkheid en het bewegend functioneren.** *Hogeschool van Amsterdam, instituut voor fysiotherapie en het IPT (Instituut voor Psychosomatische Therapie), 2004.* **47 pagina's.**

- ***Bos, Arjan E.R., Valkenburcht, Istvan G., Maycer, Birgit, Steenhuis, Ingrid H.M. & Derks, Daantje (2005). De weerspiegeling van het uiterlijk in het zelf: lichaamswaardering, zelfwaardering en sociale vergelijking.*** *Nederlands tijdschrift voor de psychologie, 60 (2005),* ***pagina 78-87.***

- **Bos, Arjan E. R., Verheggen, Theo & Beekman, Kim S. (2006). Sekseverschillen in lichaamswaardering, zelfwaardering en eetpathologie bij adolescenten.** *Kind en Adolescent, 27 (2006),* **p. 233-242**.

- **Cash, T.F. (1997).** *The body image workbook. An 8-step program for learning to like your looks.* **Oakland: New Harbinger Publications.**

- **Exterkate, Cecile, Berends, Tamara & van Driel, Inge (2009). Werken aan terugvalpreventie bij anorexia nervosa. Richtlijnen, behandeling en APK.** *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice, jaargang 09, nummer 3.* **Pagina 4-6.**

- ***Fairburn, C.G., Norman, P.A. & Welch, S. L. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the longterm effects of three psychological treatments****. Archives of General Psychiatry, 52.* **Pagina 304-312.**

- **Fellinger, Pauline & Sietsma, Luuk (2011). BAPMT 1 Behandelstrategieën PMT CALO.** Blackboard Windesheim.

- **Fellinger, Pauline (2008). Bewegingsthema's (PMT-thema's) een toelichting.** *School of human movement and sports, Windesheim Hogeschool Zwolle.* **2 pagina's.**

- **Fernández, Fernando & Vandereycken, Walter. (1994)**. **Influence of Video Confrontation on the Self-Evaluation of Anorexia Nervosa patients: A Controlled Study.** *Eating Disorders, 2,* **Pagina 135-139**.

- **de Haan, Else (2001). De ambulante behandeling van anorexia nervosa.** *Directieve therapie, 21 (maart 2001).* **Pagina 15-35.**

- **van Hattum, M. & G. Hutschemaekers, G. (2007).** *In Beweging, De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie.* **Utrecht: Trimbos-Instituut.**

- **Hekking, Paul (2007).** *Hand-outs WTV BPT. Studentenhandleiding WTV 3e jaar 2011.*

- **Jansen, Anita en Elgersma, Hermien (2007).** *Leven met een eetstoornis.* **Houten: Bohn Stafleu van Loghum.**

- **Jansen, A. (1998). Lichaamsbeeld therapie.** In: Jansen, A. & Meijboom, A. (red.). Behandelingsstrategieën bij bulimia nervosa. Houten\Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, reeks Cure & Care Development.

- **Jochems, A. A. F. en Joosten, F.W.M.G. (2006).** *Zakwoordenboek der Geneeskunde 28ste druk. Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg.* **Uitgever: Drs. P.J.M. Meijer-Sasse.**

- **Karen Farchaus Sein and Colleen Corte (2003). Reconceptualizing Causative Factors and Intervention Strategies in the Eating Disorders: A shift From Body Image tot Self-Concept Impairments.** *Elsevier; Archives of Psychiatric Nursing, Vol. XVII, No. 2 (April), 2003:* **pp 57-66.**

- **Key, A., George, C.L. & Beattie, D. (2002) Body Image Treatment Within an Inpatient Program for Anorexia Nervosa: The Rol of Mirror Exposure in the Desensitization Process.** *Eating Disorders, 31.* **Pagina 185-190.**

- **de Lange, J.en Bosscher R.J. (2008).** *Psychomotorische therapie in de praktijk.* **Amsterdam: Uitgeverij Boom.**

- **Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2006). Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen.** *Uitgever: Trimbos-instituut in opdracht van Landelijke Stuurgroepen Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ.*

- **Nevid, Jeffrey S., Rathus, Spencer A. en Greene, Beverly. Nederlandse bewerking: Hoencamp, Erik, Haffmans, Judith en van Loon, Josine (2010).** *Psychiatrie een inleiding 6e editie.* **Amsterdam: Pearson Education Benelux.**

- **NVPMT (2009). Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut.** Nederlandse Vereniging PsychoMotorische Therapie. **17 pagina's.**

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

- **Probst, Michel, Vanderlinden, Johan, Vandereycken, Walter & van Coppenolle, Herman (1999). Over bewegingsdrang en psychomotorische therapie bij anorexia nervosa patiënten.** *Directieve therapie, 19 (september 1999).* **Pagina 260-275.**

- **Rekkers, M.E. (2005). Opvallen of afvallen? Spiegel- en video-exposure ter versterking van positieve lichaamsbeleving bij patiënten met eetstoornissen.** *In J. De Lange & R. Bosscher (red.), Psychomotorische therapie in de praktijk. (pp.25-42)***. Nijmegen: Cure & Care Publishers**

- **de la Rie, Simone en Libbers, Liesbeth (2004).** *Zie mij voor vol aan, wegwijzer voor behandeling van eetstoornissen.* **Amsterdam: Uitgeverij SWP**

- **Rushford, N., & Ostenmeyer, A. (1997). Body image disturbances and their change with video feedback in anorexia nervosa.** *Behaviour Research and Therapy, 35.* **Pagina 389-398.**

- **Scheffers, M., Rekkers, M.E. & Bosscher, R. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving?** *Tijdschrift voor vaktherapie***, 4, 21-29.**

- **Smeets, Monique (2006). Lichaam en Perceptie: Wat kan en moet de neuropsycholoog hiermee? Stoornis in het lichaamsbeeld bij anorexia nervosa.** *Nederlandse vereniging voor Neuropsychologie. Voorjaarsconferentie 2006, Vrijdag 7 april 2006, Universitair Medisch Centrum Utrecht.*

- **Vervaet, Myriam en de Jonge, Stefanie (2002).** *De Veilige Hel; Hoe anorexia en bulimia nervosa ontstaan en behandeld kunnen worden.* **Antwerpen/Amsterdam: Uitgeverij Houtekiet.**

- **Woertman, Liesbeth & van den Brink, Femke (2008). Seks doe je met je lichaam; Wat is de relatie tussen anorexia nervosa, lichaamsbeeld en seksualiteit?** *Tijdschrift voor seksuologie, 32 (2008),* **pagina 115-119***.*

Internet

- www.trimbos.nl
- www.richtlijneetstoornissen.nl
- www.eetstoornis.info
- www.sabn.nl
- www.eetstoornis.net
- www.pmtinfosite.nl
- www.nvpmt.nl
- www.nationaalkompas.nl
- www.eetonderzoek.nl

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Rekkers en Schoemaker (2002) en Boersma (2004) beschreven verschillende psychomotorisch therapeutische of psychosomatisch fysiotherapeutische (die gebruikt kunnen worden in de psychomotorische therapie) oefeningen gericht op de aanpak van het verstoorde lichaamsbeeld en de verstoorde lichaamsbeleving van patiënten met anorexia nervosa:

Nr.	Naam	Oefening	Doel(en)
1	Kleding- exposure	Oefenen met moeilijke en/of andere kleding (vb. vrouwelijker, bloter, strakker)	Meer stabiele lichaamsacceptatie. Verandering van het lichaam blijven volgen, gewenning.
2	Spiegel-confrontatie (statisch, dynamisch, spiegeldagboek)	Statisch: stilstaan en zichzelf in spiegel bekijken. Dynamisch: Bewegingsarrangement voor de spiegel. Spiegeldagboek: Op welke wijze gaat patiënt met spiegels om.	Confrontatie met eigen lichaam. Zichzelf kunnen bekijken in de spiegel. Irreële belevingsaspecten ter discussie stellen.
Wetenschappelijk bewijs: "Lichaams-exposure met behulp van spiegeloefeningen kan leiden tot verbetering van tevredenheid over het eigen lichaam en tot afname van lichaamsangst en vermijdingsgedrag met betrekking tot het eigen lichaam" (Key, George & Beattie, 2002).			
3	Video-confrontatie (statisch, dynamisch)	Statisch: opname stilstaan. Dynamisch: bewegingsarrangementen worden openomen en achteraf bekeken.	Confrontatie/acceptatie eigen lichaam. Reëlere inschatting maken eigen lichaam. Verandering verstoorde perceptie.
Wetenschappelijk bewijs videoconfrontatie: "Na een videoconfrontatie feedbacksessie nemen patiënten met een eetstoornis zichzelf realistischer waar, worden affectieve reacties op het eigen lichaam normaler en wordt het eigen lichaam minder vergeleken met dat van anderen" (Rushford & Ostenmeyer, 1997). "Videoconfrontatie heeft als effect dat patiënten met anorexia nervosa hun lichaam realistischer (dunner en actiever) beoordelen. Of dit een blijvend effect is, is niet onderzocht" (Fernández & Vandereycken, 1994). "De videoconfrontatie blijkt vaak een krachtige confrontatie te zijn voor patiënten met anorexia nervosa die hun vermagering minimaliseren of ontkennen. Op deze manier werkt zij als katalysator in het therapeutisch proces" (Probst, 2002). "Videoconfrontatie kan positieve effecten hebben bij patiënten met anorexia nervosa, mis deze methode geïntegreerd is in een bredere therapeutische context, dat wil zeggen deel uitmaakt van een breder non-verbaal therapeutisch aanbod" (Probst, 1997) en (Rekkers & Schoemaker, 2002)			
4	Foto-confrontatie (foto's maken, bestaande foto's, van andere mensen)	Maken: foto's maken van hele lichaam. Bestaande foto's: mee nemen en levensloop van lichaam visueel maken. Andere mensen: Foto's bekijken.	Verandering lichaam volgen. Zicht krijgen op je lichaam eerder in je leven. Bewust worden van invloed en rol van de media en cultuur op beleving van eigen lichaam.
5	'Visual size estimation': Lichaams-tekeningen	Lichaamstekening maken op ware grootte, beleving en realiteit worden vergeleken. Associaties op lichaamsdelen opschrijven en tekenen die niets met het uiterlijk te maken hebben.	Ontwikkelen van reële perceptie van eigen lichaam. Negatieve cognities over eigen lichaam neutraliseren en/of positief beïnvloeden.

6	'Visual size estimation': Gebruik van touw	Vormgeven lichaamsmaten en omvang door gebruik van touw en vergelijken in termen van beleving, wens en realiteit	Ontwikkelen realistisch lichaamsbeeld. Onderscheid maken in zien, denken en voelen over het lichaam.
Wetenschappelijk bewijs:		" 'Visual size estimation' oefeningen kunnen gebruikt worden om irreële cognities ten aanzien van lichaamsbeleving uit te dagen en bij te stellen" (Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2006).	
7	Ademhalings-oefeningen	Ontspannen door een rustige buikademhaling.	Bewust worden ademhaling. Ontspanning.
8	Progressieve relaxatie	Het aanspannen en ontspannen van verschillende lichaamsdelen	Voelen van je lichaam. Positief of neutraal beschrijven van beleefde lichaamsdelen.
9	Lichaamsscan / bodyscan	Er wordt een reis door het lichaam gemaakt. Je scant vanaf je tenen tot aan je kruin.	Bewustwording van innerlijke sensaties / lichaamssignalen.
10	Positie- oefening	Helper symboliseert de eetstoornis, gaat op plek zitten. Patiënt neemt verschillende posities in op diverse afstanden en in allerlei houdingen.	Onderzoeken welke rol, functie, effect de eetstoornis speelt in het leven van de patiënt.
11	Kopiëren van elkaars lichaams-houding	De favoriete houding van elkaar kopiëren en de ander vertellen wat gedacht en gevoeld wordt bij die houding.	Bewust worden van disfunctionele automatische gedachten en deze leren bijstellen en veranderen.
12	Verbeeldings-oefening	Voelen wat er gebeurt met het lichaam als door middel van een geleide fantasieoefening de verbeelding van de patiënt gestimuleerd wordt om zich heel lelijk of juist heel mooi te voelen.	Leren om te voelen met het lichaam, zowel fysieke als meer emotionele gevoelens.
13	Lichaams-metamorfose	Met behulp van materiaal verschillende lichamen (dik, dun, zwaar, licht, groot, klein) voelen.	Lichaam durven voelen, zowel de fysieke sensaties als de emotionele sensaties.
14	Catastrofe theater	Rollenspel waarin de ergste angsten met betrekking tot lichaamsbeleving letterlijk worden uitgebeeld en uitgespeeld.	Functie en betekenis van de verstoorde lichaamsbeleving onderzoeken, leren kennen en een plek kunnen geven.
15	Eettafel van vroeger	Door middel van een geleide fantasieoefening terug naar de eettafelsituatie van het gezin van herkomst en deze herinneringen uitspelen in rollenspel.	Functie en betekenis van de eetstoornis en verstoorde lichaamsbeleving onderzoeken, leren kennen en een plek kunnen geven.
16	Briefwisseling met beladen lichaamsdeel	Patiënt een brief laten schrijven naar een lichaamsdeel waar patiënt veel moeite mee heeft, patiënt in rol van lichaamsdeel brief terug laten sturen.	Gewenning en acceptatie van eigen lichaam.
17	Thuiskomen in je lichaam	Geleide fantasieoefening waarbij het lichaam symbolisch wordt vergeleken met een huis en de patiënt gestimuleerd wordt tot het openen van symbolische deuren die uiteindelijk leiden naar de 'lichaamskamer'.	Het kunnen verdragen van het eigen lichaam.
18	Vormen met lichaamscontact	Stoelendans met levende stoelen. Tikkertje met lichaamsdelen. Met afnemend aantal lichaamsraakvlakken met de grond als groep een afstand overbruggen.	Gewenning aan en acceptatie van eigen lichaam en gewenning aan het aanraken van dat van anderen.
19	Lichaams-exposure via	Er wordt naar lichamen of beelden van anderen gekeken. Naar een video kijken of naar foto's van	Anders naar andere vrouwen/mensen kijken.

	hetero-confrontatie	andere vrouwen en aangeven welke lichaamsdelen de patiënt van deze vrouwen lelijker vindt dan die van zichzelf en waarom.	
20	Sensory awareness	Door het bewust intern en extern voelen het lichaam zintuiglijk verkennen. Aandacht richten op zo positief mogelijke woorden en zinnen beschrijven van beleefde lichaamsdelen.	Herkennen van gevoelens en waarnemen van de relaties tussen lichamelijke sensaties. Het positief of neutraal beschrijven van enkele beleefde lichaamsdelen.
21	Haptotherapie	Als therapeut affectieve bevestiging geven door aanraken. Veilige basis geven voor herkennen, beleven en uiten van gevoelens.	Ontplooien lichaamsbeleving en lichaamsbesef. Integratie van het lijfelijke weten met het verstandelijke weten.
22	Mindfulness	Met aandacht bij je lichaam zijn, zonder te oordelen. Bewustzijn van wat er gebeurd en in contact zijn met wat je daarbij ervaart.	Het accepteren van innerlijke ervaringen en lichaamssignalen.
23	Psycho- educatie en lichaams-beleving	Informatie en voorlichting over de verandering van meisje tot vrouw. Informatie over lichaamsbeleving.	Educatie over normale lichamelijke veranderingen in verschillende levensfases. Kennis over de negatieve gevolgen van lijnen voor het lichaam.

TABEL 7: OEFENVORMEN EN ARRANGEMENTEN BINNEN DE PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE GERICHT OP DE AANPAK VAN HET VERSTOORDE LICHAAMSBEELD EN DE VERSTOORDE LICHAAMSBELEVING VAN PATIËNTEN MET ANOREXIA NERVOSA (REKKERS EN SCHOEMAKER, 2002 EN BOERSMA 2004).