

“Alles onder controle”

Perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid bij vrouwen met een eetstoornis



Student	Saskia van Dijk S1015430
Begeleiding Beoordeling	Krista van Berkel Mia Scheffers
School:	Hogeschool Windesheim (School of Human Movement and Sports)
Opleiding:	Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie
Datum:	27 Mei 2011

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven door Saskia van Dijk, 4^e jaars student Bewegingagogie en Psychomotorische therapie aan Hogeschool Windesheim te Zwolle.

In dit 4^e jaar heb ik mijn eindstage gelopen binnen de eetstoorniskliniek van Emergis te Kloetinge. Deze scriptie is tot stand gekomen in het kader van mijn eindstage voor een onderzoek met betrekking tot een module. Dit betrof de module “Alles onder controle”. Een module die gaat over perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid bij vrouwen met een eetstoornis.

Ik vond het interessant om te onderzoeken of, en op welke manier deze module een bijdrage kon leveren aan het verkrijgen van inzicht in deze thema's bij cliënten met een eetstoornis.

Ten eerste wil ik Aurélie Nieuwenhuijse, mijn stagebegeleidster & psychomotorisch therapeut en Sophie Pollock, de psycholoog bedanken voor hun begeleiding en medewerking. Samen hebben we een oplossing kunnen bedenken hoe we de module toch nog binnen het tijdperk van mijn scriptieperiode tot een goed einde konden brengen.

Verder wil ik met name Krista van Berkel, mijn scriptiebegeleider bedanken voor de steun die zij mij gaf om dit product tot een goed einde te brengen.

Graag bedank ik het team omdat ik de mogelijkheid gekregen heb om met deze cliënten te werken, en natuurlijk ook de cliënten zelf. Zij hebben op vrijwillige basis aan dit onderzoek meegewerkt.

Tenslotte wil ik ook mijn familie, vriend, schoonfamilie, vrienden en medestudenten bedanken voor de steun tijdens het maken van dit onderzoek.

Saskia van Dijk
Mei 2011

Samenvatting

De PMT module “Alles onder controle” richt zich op perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid bij vrouwen in de leeftijd van 15-46 jaar met een eetstoornis. Met dit onderzoek is het effect van het krijgen van inzicht na het volgen van de module gemeten. Deze module wordt al een aantal jaren aangeboden binnen de PMT.

In de module ‘Alles onder controle’ komen drie thema’s aan bod.

1. Perfectionisme: neiging om excessief hoge standaarden te stellen voor zichzelf
2. Controledwang: ervaren van gebrek aan controle in het dagelijks leven
3. Overmatige verantwoordelijkheid: zich verantwoordelijk voelen voor het geluk of ongeluk van anderen.

Om het effect van de module te kunnen meten is gebruik gemaakt van een zelfontwikkelde vragenlijst, gebaseerd op de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman, et al. 1989), en een vragenlijst over perfectionisme (Karsten, 2006).

De resultaten laten zien dat de cliënten na het volgen van de module minder controle behoeftig zijn en het verantwoordelijkheidsgevoel is afgenomen. Het perfectionisme is echter toegenomen, een effect wat niet verwacht werd. Dit resultaat kan echter ook gezien worden als dat de cliënten meer inzicht hebben gekregen in hun perfectionisme.

Met de verzamelde gegevens zijn aanbevelingen opgesteld voor de psycholoog en de psychomotorisch therapeut.

Inhoud

1.	Inleiding.....	5
2.	Theoretisch kader.....	6
2.1	Doelgroep.....	6
2.2	Themabeschrijving.....	8
2.3	Module “Alles onder controle”	9
3.	Methode.....	11
4.	Resultaten	12
5.	Discussie.....	15
6.	Conclusie	16
7.	Aanbevelingen.....	17
8.	Literatuurlijst	18
9.	Bijlagen.....	20
9.1	Toestemmingsformulier	20
9.2	Vragenlijst perfectionisme (Karsten, 2006)	21
9.3	Zelfontwikkelde vragenlijst.....	22
9.4	Kwalitatieve vragenlijst.....	25
9.5	Resultaten per cliënt	28

1. Inleiding

Binnen de kliniek van Emergis wordt er binnen de psychomotorische therapie (PMT) regelmatig met modules gewerkt. De module "Alles onder Controle" is er hier één van. Het is een module die zich richt op perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid. Dit zijn veelvoorkomende thema's bij vrouwen met een eetstoornis (Fairburn e.a, 1999). De module wordt één á twee keer per jaar aangeboden door een psycholoog en een psychomotorisch therapeut. In de module komen zowel theorie als praktijksituaties aan bod.

Door de module "Alles onder controle" aan te bieden wordt er verondersteld dat cliënten deze thema's gaan herkennen in het dagelijkse leven, en hier mogelijk gedragsveranderingen op toe kunnen passen.

Omdat de module al enkele jaren wordt toegepast, weet men dat deze module invloed heeft op de cliënten met een eetstoornis die deze module volgen. Deze bevindingen zijn gebaseerd op de praktijkervaring en de mondelinge feedback die de therapeuten ontvangen hebben. Er is echter nog geen specifiek onderzoek gedaan naar deze module.

Met dit onderzoek wordt het effect van de module 'Alles onder controle' bij cliënten met een eetstoornis gemeten. Kan deze module een bijdrage leveren aan inzicht in de genoemde thema's en hoe worden deze toegepast in het dagelijks leven?

Daarnaast wordt de kwaliteit van de module "Alles onder controle" gemeten. Wat vinden de cliënten ervan? Ervaren ze het als een aanvulling?

Met de verzamelde gegevens wordt als eindproduct een rapport opgesteld voor de psycholoog en de psychomotorisch therapeut, zodat zij specifieke richtlijnen op papier krijgen voor wat betreft deze module. Wat levert het de cliënten op en waar liggen mogelijke verbeterpunten.

Mogelijk dat ze met de onderzoeksresultaten de module meer kunnen promoten, en specifieker uit kunnen leggen aan cliënten wat deze module met eerdere vrouwen met een eetstoornis gedaan heeft en waar deze invloed op heeft gehad.

Met al deze gegevens is de volgende vraagstelling tot stand gekomen

- Zorgt de module "alles onder controle" voor het krijgen van inzicht in perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid bij cliënten met een eetstoornis die binnen Emergis in behandeling zijn?

In hoofdstuk 1 wordt u geïnformeerd over de aanleiding, de probleemstelling en de vraagstelling van dit onderzoek. Vervolgens komt hoofdstuk 2. Hierin worden de gegevens vanuit de literatuur omschreven, informatie over eetstoornissen en een theoretisch kader voor de thema's perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid. Een beschrijving van het onderwerp, de methode die is toegepast, het verloop hiervan en de methode van dataverwerking worden beschreven in hoofdstuk 3. Hierna worden de gevonden resultaten kenbaar gemaakt in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 zal bestaan uit een reflectie over de methode, resultaten en de uitvoering hiervan in dit onderzoek. Uiteindelijk volgt de conclusie in hoofdstuk 6. Het onderzoeksverslag eindigt met aanbevelingen in hoofdstuk 7 en de literatuurlijst en bijlagen in hoofdstuk 8 en 9.

2. Theoretisch kader

2.1 Doelgroep

Omdat dit onderzoek betrekking heeft op vrouwen met een eetstoornis wordt er toegelicht wat deze stoornissen inhouden.

Eetstoornissen betreffen in het algemeen stoornissen in het doen en denken rond eten. Kenmerkend voor eetstoornissen zijn een sterke preoccupatie met eten en gewicht en een verstoord lichaamsbeeld. In de huidige versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR* (DSM IV-TR; American Psychiatric Association, 2006), een van de twee internationaal gehanteerde psychiatrische classificatiesystemen, worden drie eetstoornissen onderscheiden: anorexia nervosa, bulimia nervosa en de 'eetstoornis niet anderszins omschreven' (NAO).

Anorexia nervosa (307.1)

Bij anorexia nervosa is er sprake van een weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht. Cliënten met anorexia nervosa zijn meestal extreem vermagerd. Bij anorexia nervosa worden twee subtypen onderscheiden: het beperkende type dat niet purgeert (zelfopgewekt braken of misbruik van laxantia, diuretica of klysma's) en geen eetbuien heeft en het type dat eetbuien heeft en/of purgeert.

Criteria volgens DSM IV-TR:

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

Beperkende type: Tijdens de huidige episodes 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).

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

Bulimia Nervosa (307.52)

Bulimia nervosa wordt gekenmerkt door eetbuien waarbij in korte tijd een zeer grote hoeveelheid voedsel wordt geconsumeerd, afgewisseld met pogingen om de gevolgen van de eetaanvallen voor het gewicht tegen te gaan. Ook hierin worden twee typen onderscheiden: het purgerende type en het niet-purgerende type. Het niet-purgerende type vertoont in de regel geen purgeergedrag, maar gebruikt ander inadequaar compensatoir gedrag voor de eetbuien, zoals vasten of extreme lichaamsbeweging.

Criteria volgens DSM IV-TR:

- A. Recidiverende episodes van vreetbuien. Een episode wordt gekarakteriseerd door beide volgende:
 - 1. Het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten.
 - 2. Een gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet).
- B. Recidiverend inadequaats compensatoir gedrag om gewichtstoename te voorkomen zoals zelfopgewekt braken; misbruik van laxantia, diuretica of klysma's of andere geneesmiddelen; vasten; of overmatige lichaamsbeweging.
- C. De vreetbuien en de inadequate compensatoire gedragingen komen beide gemiddeld ten minste tweemaal per week gedurende drie maanden voor.
- D. Het oordeel over zichzelf wordt in onevenredige mate beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht.
- E. De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens episodes van anorexia nervosa.

Purgerende type: Tijdens de huidige episode van bulimia nervosa is betrokkene geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's.

Niet-purgerende type: Tijdens de huidige episode van bulimia nervosa heeft betrokkene andere inadequate compensatoire gedragingen getoond zoals vasten of overmatige lichaamsbeweging, maar is niet geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's.

Eetstoornis niet anderszins omschreven (307.50)

De eetstoornis-NAO is een categorie voor patiënten die meestal een aantal overeenkomstige, maar niet alle, kenmerken van de eerder genoemde meer specifieke eetstoornissen hebben. Deze laatste categorie komt in deze richtlijn niet apart aan bod. In het kader van de richtlijn kunnen patiënten met een eetstoornis-NAO naar gelang de aard van de symptomatologie worden gerangschikt onder de anorexia nervosa of bulimia nervosa.

De categorie 'eetstoornis Niet Anderszins Omschreven' dient voor eetstoornissen die niet voldoen aan de criteria van enige specifieke eetstoornis. Tot de voorbeelden behoren:

- 1. Bij vrouwen wordt voldaan aan alle criteria van anorexia nervosa, behalve dat betrokkene regelmatig menstrueert.
- 2. Aan alle criteria van anorexia nervosa wordt voldaan, behalve dat, ondanks significant gewichtsverlies, het huidige lichaamsgewicht van betrokkene binnen de normale grenzen blijft.
- 3. Aan alle criteria van bulimia nervosa wordt voldaan behalve dat de vreetbuien en de inadequate compensatie mechanismen voorkomen in een frequentie van minder dan tweemaal per week of met een duur van korter dan drie maanden.
- 4. Het geregeld tonen van inadequate compensatoire gedragingen na het eten van kleine hoeveelheden voedsel bij iemand met een normaal lichaamsgewicht (bijvoorbeeld zelfopgewekt braken na het eten van twee koekjes).
- 5. Herhaald kauwen op en het uitspugen van, maar niet doorslikken van grote hoeveelheden voedsel.
- 6. Vreetbuien-stoornis ('Binge-eating disorder'): recidiverende episodes van vreetbuien in afwezigheid van het geregeld tonen van inadequate compensatoire gedragingen die karakteristiek zijn voor bulimia nervosa.

2.2 Themabeschrijving

In de module 'Alles onder controle' komen drie thema's aan bod namelijk, perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid. Deze thema's zullen hieronder vanuit de theorie toegelicht worden. Een punt van aandacht is dat deze thema's met elkaar in verbinding staan en elkaar hierin kunnen overlappen.

Perfectionisme wordt gedefinieerd als de neiging om excessief hoge standaarden te stellen voor zichzelf, om standvastig te moeten voldoen aan deze standaarden en overdreven kritische zelfevaluaties te maken (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1991; Shafran & Mansell, 2001). Perfectionisten definiëren hun zelfwaarde in termen van het al dan niet bereiken van deze hoge standaarden (Burns, 1980).

Perfectionistisch denken en handelen zijn sterk verweven met de kernsymptomen van eetstoornissen (Goldner, Cockell, & Srikameswaran, 2002). Er wordt hierbij verondersteld dat perfectionisme en eetstoornissen gerelateerd zijn door twee onderliggende processen: drang naar goedkeuring en controledrang (Hewitt, Flett, & Ediger, 1995).

Verschillende studies hebben aangetoond dat perfectionisme, gemeten met de Eating Disorder Inventory, significant gerelateerd was aan bulimia en anorexia nervosa (Bardone-Cone et al., 2007; Joiner, Heatherton, Rudd, & Schmidt, 1997; Sherry, Hewitt, Besser, McGee, & Flett, 2004).

Obsessieve persoonlijkheidstrekken, en een extreme behoefte aan controle is volgens Fairburn, Cooper, Doll, en Welsh (1999) een centraal kenmerk voor een eetstoornis. Het gaat vaak vooraf aan de ontwikkeling van de eetstoornis, vooral aan anorexia nervosa (Jacobi et al, 2004).

Een idee dat vaak terugkomt in theoretische modellen over perfectionisme en eetstoornissen is dat perfectionistische individuen een gebrek aan controle ervaren in hun dagelijkse leven (Goldner et al, 2002). Ze voelen zich zelden in staat om hun hoge standaarden en idealen in het echte leven waar te maken.

Een mogelijk mechanisme ter bescherming van het gevoel van eigenwaarde is 'compenseren', waarbij men zichzelf een ijzeren discipline, strakke zelfcontrole en planning oplegt.

Bij eetstoornispatiënten reflecteert deze compensatie zich in het controleren van eetgedrag en gewicht via gewichtscontrole (bijv. restrictie, braken), om zo een gevoel van controle te krijgen over de eigen belevingswereld (Hamacheck, 1978).

Evers (2005) concludeert "vrouwen met een eetstoornis zijn er altijd voor anderen, maar staan nauwelijks stil bij wat ze zelf willen". Ze zijn geneigd alle schuld naar zich toe te trekken, voelen zich niet zelden ook verantwoordelijk voor het geluk of ongeluk van anderen. Ze gaan stelselmatig aan zichzelf voorbij omdat ze altijd klaarstaan voor de ander en zichzelf daarbij compleet wegcijferen. Doordat ze zich verantwoordelijk voelen voor al het leed op de wereld, wordt het gevoel dat ze falen steeds sterker. Ze denken dat ze niets waard zijn, ervaren weinig controle (Tichelaar, 2009).

2.3 Module “Alles onder controle”

De module “Alles onder controle” vindt op woensdag van 13:30 – 15:00 uur plaats en omvat negen sessies. Hieronder zal schematisch de inhoud van de module weergegeven worden.

Sessie	Thema	Inhoud
1	Perfectionisme	Cognities mbt perfectionisme / overeising 100 % eisen → jezelf tegenvallen → negatieve selftalk (negatief zelfbeeld, faalangst, depressie) → deze negatieve gevoelens afweren door ... → 100% eisen 70-80% eisen → kunnen gehaald worden → positieve selftalk --? Accepteren van het niveau waarop je ontspannen doelen kunt realiseren. Flashcard: - Ontspannen 70-80% nastreven levert vaak meer op dan krampachtig 100% Ervaringsgerichte oefening - Jongleren Huiswerk - Registratieformulier perfectionisme
2	Perfectionisme	Huiswerk bespreken Beelden en verhalen - Miss perfect - Windsurfen naar Griekenland Ervaringsgerichte oefening - Schotse sprong. Daarbij bij iedere beurt aangeven of het touw hetzelfde, lager of hoger moet. Huiswerk - Registratieformulier perfectionisme - Registratieformulier excuses maken
3	Perfectionisme	Huiswerk bespreken 70-80% regeling - Excuses maken Ervaringsgericht oefening - Basketbal met fouten kaartjes Huiswerk 70-80% eisen - Expres een opvallende, maar niet schadelijke fout maken
4	Controledwang	Cognitieve therapie m.b.t. controledwang - Fundamentele onzekerheid van het leven niet kunnen verdragen → Vooruitdenken, voorbereiden, ‘indekken’ → Gevoel van controle (pseudo controle!) → Werkelijkheid verloopt anders → Conclusie: ik moet nog beter voorbereiden, vooruitdenken enz. Controledwang - Situatie ingaan vanuit controle → situatie ingaan vertrouwend op creativiteit/mogelijkheden een passend antwoord (<100%) te geven Flashcard - Het leven is onzeker, zowel in positieve als in negatieve zin. De meeste onvoorspelbare negatieve gebeurtenissen kan ik het hoofd bieden, andere zal ik moeten accepteren. Van positieve onvoorspelbare zaken mag ik genieten. Ervaringsgerichte oefening - Jezelf achterover laten vallen, de ander vangt je op. Huiswerk - Op avontuur gaan.

5	Controledwang	Huiswerk bespreken Voorbeelden t.a.v. controledwang ▪ Bejaarden reis t.o.v. avonturen reis Cognitieve therapie m.b.t. controledwang/onvermogen om onzekerheid te verdragen herhalen. Flashcard herhalen. Ervaringsgerichte oefening ▪ Aanbel oefening Huiswerk ▪ Op avontuur gaan
6	Controledwang	Huiswerk bespreken Beelden en verhalen m.b.t. controledwang ▪ Huiswerk tot diep in de nacht en nog een onvoldoende ▪ Gokker voor fruitautomaat Risk-talking ▪ Onvoorbereid situaties ingaan ▪ Gewoontehandelingen eens heel anders doen ▪ Andere weg kiezen dan je gewend bent te nemen Ervaringsgericht oefening ▪ In 2-tal; elkaar niet zien, de één vertelt hoe haar slaapkamer eruit ziet, de ander tekent deze Huiswerk ▪ Op avontuur gaan
7	Overmatige verantwoordelijkheid	Cognitieve therapie ▪ Ik moet dit zelf doen, anders zal het niet of niet goed gebeuren → neemt alles op schouders → anderen worden (Gedwongen) passief → ziet anderen als onverantwoordelijk en tot niets in staat Flashcard ▪ Als ik iedereen het werk uit handen neem, doe ik straks alles alleen. Door meer 'achterover te leunen' kan ik ontdekken wat anderen kunnen en of ze zich verantwoordelijk voelen voor hun deel van de taak Ervaringsgerichte oefening ▪ 1 groep bouwt parcours, anderen lopen het parcours geblinddoekt (kunnen doorheen zien), andere moeten groep verbaal vanuit het midden van de zaal begeleiden Huiswerk ▪ Voor wie is de verantwoordelijkheid?
8	Overmatige verantwoordelijkheid	Bespreking huiswerk Herhaling cognitieve therapie en flashcard Ervaringsgerichte oefening ▪ Ballon hooghoudend doorgeven de ene kant op, de andere kant op wordt een blokje doorgegeven Huiswerk ▪ In situaties waarin je geneigd bent alles op je schouders te nemen ○ Delegeren ○ Observeren wat anderen doen (wat kunnen ze, hoe verantwoordelijk gedragen ze zich?)
9	Aanvullende thema's	Actieve vs Passieve agressie Ervaringsgerichte oefening ▪ Rollenspel Evalueren module

Om de effectiviteit van de module te kunnen meten voor wat betreft het verkrijgen van inzicht in perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid is er een onderzoek nodig.

3. Methode

Het onderzoek heeft betrekking op zeven cliënten. Het zijn vrouwen tussen de 15-46 jaar die lijden aan een eetstoornis en in behandeling zijn binnen de afdeling eetstoornissen van Emergis te Kloetinge. Vijf vrouwen hebben van hun hoofdbehandelaar het advies gekregen om de module te gaan volgen en twee vrouwen hebben dit in overleg gedaan, zij wilden graag deze module volgen maar moesten hiervoor wel toestemming hebben van hun hoofdbehandelaar.

In eerste instantie zou er gebruik worden gemaakt van bestaande vragenlijsten die betrekking hebben op de betreffende thema's. Hier was echter geen toegang en bevoegdheid voor. De psycholoog, die ook aanwezig is bij de module, gaf tijdens een overleg aan nog een vragenlijst in haar bezit te hebben. Dit betrof een zelfontwikkelde vragenlijst die gebaseerd is op de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman, et al. 1989). De psycholoog heeft voor deze vragenlijst gekozen omdat de Y-BOCS om dwang gaat. Perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid zijn thema's die allemaal dwangmatig worden toegepast door cliënten met een eetstoornis. De psycholoog heeft de vragenlijst op een eerder moment vertaald naar het Nederlands, en omgezet naar de thema's van de module.

Er is een extra vragenlijst voor perfectionisme bijgevoegd (Karsten, 2006). Deze vragenlijst beschrijft stellingen uit het dagelijks leven waarop gescoord kan worden. De cliënt betreft de vragenlijst op zichzelf. Een voorbeeld hiervan is "ik ben bang om fouten te maken". De cliënt kan zich afvragen of deze stelling 'meer waar' of 'minder waar' van toepassing is op zichzelf. De scores van 'meer waar' worden bij elkaar opgeteld. Hierbij is ervan uitgegaan dat wanneer je tussen de 8 en 16 punten scoort de persoon er waarschijnlijk baat bij heeft minder perfectionistisch te zijn. Bij een score van 16 of hoger staat vermeld dat het perfectionisme de verkeerd kant op gaat en de persoon er baat bij heeft om het perfectionisme te gaan relativeren.

Om antwoord te kunnen geven op de vraagstelling is er een voor en nameting gedaan aan de hand van deze nieuw ontwikkelde vragenlijst. Aan het begin van de eerste sessie hebben de cliënten uitleg over het onderzoek gekregen en is er gevraagd of zij op vrijwillige basis mee wilden werken aan dit onderzoek.

Aan het eind van de laatste sessie hebben de cliënten dezelfde vragenlijst ingevuld voor een vergelijking met de eerste meting. Omdat met de verzamelde gegevens een rapport opgesteld wordt voor de psycholoog en de psychomotorisch therapeut wat deze module met de cliënten doet en waar ze mogelijk iets kunnen veranderen is er bij de nameting een extra vragenlijst toegevoegd. Dit betreft een zelfgemaakte kwalitatieve vragenlijst, die de kwaliteit meet van de module. Vragen als "denk je dat deze module een nuttige bijdrage levert aan jou behandeling? En waarom?" en "op welke gebieden heeft deze module mogelijk effect op jou gehad?" komen hierbij aan de orde.

De gegevens die verkregen zijn tijdens de metingen zijn in Word ingevoegd d.m.v. staafdiagrammen. Per vraag is te zien wat de cliënten scoren. Door per vraag twee staafdiagrammen te gebruiken (de voor,- en nameting) is in één oogopslag te zien waar de verschillen liggen in deze metingen.

4. Resultaten

Klinische kenmerken

Cliëntnummer	Geslacht	Leeftijd	Diagnose
Cliënt I	Vrouw	23 jaar	Anorexia Nervosa
Cliënt II	Vrouw	18 jaar	Anorexia Nervosa
Cliënt III	Vrouw	17 jaar	Anorexia Nervosa
Cliënt IV	Vrouw	46 jaar	Anorexia Nervosa
Cliënt V	Vrouw	15 jaar	Anorexia Nervosa
Cliënt VI	Vrouw	17 jaar	Anorexia Nervosa
Cliënt VII	Vrouw	27 jaar	Anorexia Nervosa

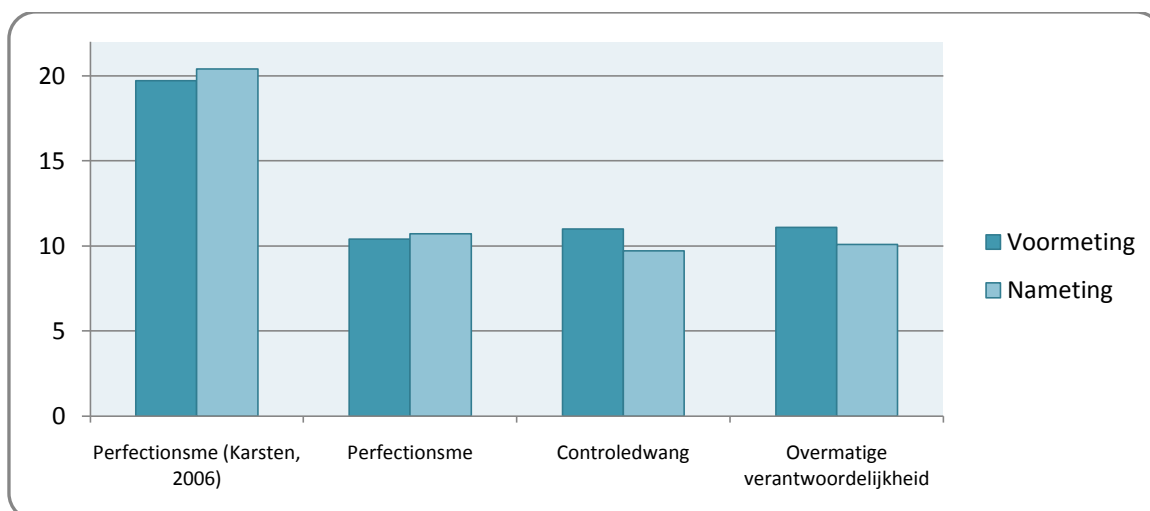
Kwantitatieve resultaten

De resultaten van het onderzoek zijn grafisch weergegeven, zodat alles inzichtelijk wordt.

In figuur 1 zijn de resultaten van alle vragenlijsten verwerkt. Deze gegevens zijn verkregen door eerst de resultaten per cliënt te verwerken (zie bijlage 9.5) om vervolgens een totaalbeeld te kunnen schetsen.

De extra toegevoegde vragenlijst over perfectionisme (Karsten, 2006) is als eerste af te lezen. Deze vragenlijst beschrijft stellingen uit het dagelijks leven waarop gescoord kan worden. De minimum score per cliënt is 0, de maximale score is 24.

Voor de meting van perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid is een zelfontwikkelde vragenlijst gebruikt die gebaseerd is op de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman, et al. 1989). De minimum score per cliënt is 0, de maximale score is 14.



Figuur 1 Totaaloverzicht vragenlijsten

In de grafische weergave zijn zowel stijgingen als dalingen waar te nemen. Op de vragenlijst over perfectionisme Karsten (2006) is er een stijging te zien van 0,7 punten. Op de voormeting scoorden de cliënten gemiddeld 19,7 punten, op de nameting was dit 20,4.

Eenzelfde stijging wordt waargenomen voor het aspect perfectionisme van de vertaalde vragenlijst van Goodman et al. (1989). Er is een stijging te zien van 0,3 punten. Op de voormeting scoorden de cliënten gemiddeld 10,4 punten, op de nameting was dit 10,7.

Bij controledwang is een daling te zien van 1,3 punten. Op de voormeting scoorden de cliënten gemiddeld 11,1 punten, op de nameting was dit 9,7. Eenzelfde daling wordt waargenomen voor het aspect overmatige verantwoordelijkheid. Er is een daling te zien van 1 punt. Op de voormeting scoorden de cliënten gemiddeld 11,1 punten, op de nameting was dit 10,1.

Kwalitatieve resultaten

Hieronder zal het verkregen inzicht, voortgekomen uit de kwalitatieve vragenlijst per cliënt weergegeven worden.

Cliënt I

Cliënt I heeft zich in overleg met haar hoofdbehandelaar aangemeld voor deze module. Ze vindt dat de module een bijdrage geleverd heeft aan haar proces. Ze erkent last te hebben van haar perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid. Met name door de praktisch gerichte oefeningen en het huiswerk heeft deze cliënt meer inzicht in haar 'problematiek gekregen. Ook heeft de cliënt geleerd dat ze fouten mag maken. Het was fijn om met verschillende afdelingen door elkaar deze module te volgen, dit kon een verfrissende werking hebben. De cliënt vond deze module fijn omdat ze herkenning had bij groepsgenoten, er ruimte was om te oefenen en om ervaringen met elkaar te delen. De houding en attitude van de therapeuten was goed. Als verbeterpunten voor deze module heeft de cliënt het volgende genoteerd:

- Vaste tijden afspreken, het zorgt voor veel onrustig als je niet weet hoe laat het ongeveer klaar is.

Cliënt II

Cliënt II is opgedragen door haar hoofdbehandelaar. De cliënt vindt dat de module past bij haar probleem, maar heeft er niets van geleerd. Het was vaak te moeilijk toe te passen in haar eigen leven. Deze cliënt denkt dat de module een bijdrage kan leveren in de behandeling van andere cliënten met een eetstoornis, maar zal hem niet aanraden wegen bovengenoemde (de moeilijkheid en toepasbaarheid). De groepssamenstelling was geen pretje voor deze cliënt, het was er moeilijk dat er zoveel verschillen waren. Deze cliënt heeft toch nog wat positiefs uit deze module weten te halen, dat was het contact met de meiden onderling. De houding en attitude van de therapeuten was goed. Als verbeterpunt voor deze module heeft de cliënt het volgende genoteerd:

- Minder lang, meer actie.

Cliënt III

Cliënt III heeft een doorverwijzing van haar hoofdbehandelaar gehad. Ze zou zelf ook voor de module gekozen hebben omdat de onderwerpen die aan bod komen herkenbaar voor haar zijn. De module heeft op alle drie de thema's voor inzicht bij zichzelf gezorgd. Om deze reden zou ze de module ook aanraden bij overige cliënten. De cliënt vond het onprettig in haar optiek de enige te zijn met 'overgewicht'. Hierdoor heeft ze zich soms wat onzeker gevoeld. De gesprekken onderling, waarbij veel herkenning was bij en van de andere meiden vond ze prettig. Ze kreeg het idee dat ze niet de enige was die over bepaalde zaken een bepaalde gedachten had. Deze cliënt heeft geen verbeterpunten voor de module en vond dat de therapeuten vriendelijke, gezellig en goed waren.

Cliënt IV

Cliënt IV heeft zich in overleg met haar hoofdbehandelaar aangemeld voor deze module. Ze geeft aan de module al eens eerder gevolgd te hebben en er veel van opgestoken te hebben. "Je leert er iedere keer weer van". Normaal gesproken zou deze module een bijdrage geleverd hebben aan de behandeling, maar doordat het erg rommelig en chaotisch was is dit niet gelukt. Hierna geeft de cliënt aan het onprettig gevonden te hebben dat er afzeggingen geweest zijn van 1 of meerdere therapeuten, vaak cliënten te laat waren, er onduidelijkheden waren en het erg chaotisch was.

Cliënt V

Cliënt V is doorverwezen door haar behandelaar. Ze geeft aan dat de module past bij haar problemen maar de module niet zal aanraden, ondanks dat ze vindt dat het wel een mogelijke bijdrage zou kunnen leveren aan een groepsgenoot omdat, het saai was en zij haar gedachten niet bij de module kon houden. Toch heeft de module enig effect gehad, ze heeft iets wat inzicht in haar problemen gekregen. Als verbeterpunt voor deze module heeft de cliënt het volgende genoteerd:

- Kortere sessie, het duurde te lang.

Cliënt VI

Cliënt VI heeft een doorverwijzing van haar hoofdbehandelaar gehad. Ze zou zelf niet voor deze module gekozen hebben omdat ze dacht dat de behandelde thema's niet op haar van toepassing waren. Wanneer een groepsgenoot last zou hebben van één van de behandelde thema's zou ze de module aanraden. Zelf geeft ze aan het idee te hebben dat de module geen bijdrage geleverd heeft in haar behandeling omdat de meeste dingen niet van toepassing op haar waren. Ze heeft wel inzicht gekregen in soorten agressie die er zijn. Het was lastig om met ouderen in één groep te zitten. De module duurde naar haar mening te lang, er werd veel gepraat en er was weinig erkenning. Ze vond de praktijkopdrachten erg leuk. De houding en attitude van de therapeuten waren goed, er was begrip en een luisterend oor. Als verbeterpunten voor deze module heeft de cliënt het volgende genoteerd:

- Meer over agressie terug laten komen.

Cliënt VII

Cliënt VII heeft op advies van haar behandelaar en met instemming van zichzelf deelgenomen aan de module. Ze zou er zelf ook voor gekozen hebben aangezien er veel herkenbare onderwerpen aan de orde kwamen. Ze zou de module niet aanraden aan groepsgenoten, maar heeft wel het idee dat het bij andere cliënten met een eetstoornis zou bijdragen. Ze heeft enigszins het idee te hebben dat deze module een bijdrage levert in haar behandeling, maar niet genoeg om volledig 'vrij' te kunnen zijn. Het opent haar ogen en ze is bewuster geworden van haar eigen gedrag. De module heeft het meeste effect gehad op haar controledwang en perfectionisme. De herkenbare onderwerpen en herkenning bij anderen vond ze prettig aan deze module. De houding en attitude van de therapeuten was prettig, ze hadden een open houding. Als verbeterpunten voor deze module heeft de cliënt het volgende genoteerd:

- Minder lang(dradig), tijdsafspraken.
- Meer praktische oefeningen.
- Therapeuten eerder inspringen bij te lange stiltes.
- Sessies wat actiever houden.

5. Discussie

Zorgt de module "alles onder controle" voor het krijgen van inzicht in perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid bij cliënten met een eetstoornis die binnen Emergis in behandeling zijn?

De meetresultaten laten een stijging zien op het gebied van perfectionisme en een daling op het gebied van controledwang en overmatige verantwoordelijkheid.

Een stijging op het gebied van perfectionisme kan gezien worden als dat de cliënt door het volgen van de module meer perfectionistisch is geworden. Eigenlijk het tegenovergestelde van wat er bereikt had moeten worden met de module. Het kan echter ook zijn dat de cliënt zich meer bewust is geworden van haar eigen perfectionisme door het volgen van deze module (zoals ook aangegeven is in de kwalitatieve evaluatie). Hierdoor scoort de cliënt op de nameting hoger dan op de voormeting. Deze twee verschillende wijzen van inzicht krijgen, maakt dat het lastig is om hier een duidelijke conclusie aan te verbinden.

Een daling op het gebied van controledwang en overmatige verantwoordelijkheid kan gezien worden als dat de cliënt door het volgen van de module minder controlebehoefte is geworden en minder verantwoordelijkheidsgevoel heeft. Hetgeen wat ook bereikt had moeten worden met de module.

Een factor die mogelijk van invloed geweest is, is dat deze groep wat minder gemotiveerd was vergeleken met de andere groepen die eerder deze module gevolgd hebben. Het zou er mee te maken kunnen hebben dat vier cliënten zijn doorverwezen door hun hoofdbehandelaar en drie cliënten dit in overleg gedaan hebben met hun hoofdbehandelaar. Wellicht dat het voor de cliënten die doorverwezen zijn als een soort 'moeten' ervaren hebben, of dat het volgen van de module te vroeg geweest is in hun behandeling.

De module kan verschillende effecten teweeg brengen, afhankelijk van het proces van de cliënt. Voor de één kan het zijn dat ze bewust wordt van het gedrag, en voor de ander dat er gedragsverandering kan plaatsvinden omdat ze al bewust is van haar gedrag voor aanvang van de module. Beide zijn natuurlijk goed, waardoor er met deze module op meerdere vlakken resultaten te bereiken zijn.

Het is moeilijk te stellen wanneer de timing voor deze module het best is, aangezien het proces van iedere cliënt verschillend is. De module zal vermoedelijk het best aansluiten bij cliënten die enig inzicht in hun eetstoornis hebben en voor de behandeling willen gaan. Doordat meerdere cliënten in het begin van de behandeling zitten en hierin nog niet over voldoende inzicht beschikken van het ziektebeeld en daarbij nog niet geheel open staan voor verandering, kan dit enig effect gehad hebben over het verkrijgen van inzicht in de thema's die bij de module aan bod komen, en dus effect hebben op de resultaten van het onderzoek.

Verder was er geen continuïteit in de therapie. Door afwezigheid van de therapeuten is de module een aantal keer niet of in een andere samenstelling doorgedaan. Het leerproces van de cliënt zou hierdoor beïnvloed kunnen zijn, waardoor de cliënt de module anders ervaren heeft.

Wanneer er een vervolg op dit onderzoek zou plaatsvinden, moet er rekening gehouden worden met de continuïteit van aanwezigheid van therapeuten en het behandelingsproces waar de cliënt momenteel in verkeerd. Psychomotorisch therapeut, psycholoog en de hoofdbehandelaar moeten dit beter op elkaar afstemmen aangezien de cliënt vaak individuele therapieën volgt bij eerder genoemde en een ieder hier een eigen beeld van heeft. Verder zou er een kritische blik geworpen kunnen worden op de vertaalde vragenlijsten, omdat deze nog niet eerder onderzocht zijn op betrouwbaarheid en validiteit.

6. Conclusie

Het onderzoek van de module “Alles onder controle” is uitgevoerd bij zeven vrouwen in de leeftijd van 15-46 jaar met een eetstoornis. Allen zijn in behandeling binnen de eetstoorniskliniek.

Er zijn drie vragenlijsten gehanteerd in dit onderzoek die hebben geresulteerd in een samenstelling van grafieken. Er is hierbij onderscheidt gemaakt tussen twee kwantitatieve vragenlijsten (Y-BOCS, Goodman, et al. 1989, Karsten, 2006) en één kwalitatieve vragenlijst (Nieuwenhuijse, 2010).

Op basis van de resultaten van de verrichte metingen kan er geconcludeerd worden dat de module “Alles onder controle” een bijdrage kan leveren in het verkrijgen van inzicht in de thema’s perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid bij de behandeling van vrouwen met een eetstoornis.

Er zijn echter meerdere interpretaties over het verkrijgen van inzicht in de thema’s van perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid.

Uit de kwantitatieve gegevens blijkt dat wanneer er een stijging van perfectionisme waar te nemen is, verondersteld zou kunnen worden dat de cliënt meer inzicht verkregen heeft in haar eigen gedrag en meer houvast ervaart aan haar perfectionisme.

Bij daling van de score van controledwang en overmatige verantwoordelijkheid kan verondersteld worden dat cliënt inzicht verkregen heeft in haar eigen gedrag en hierdoor minder controlebehoefte is geworden en minder verantwoordelijkheidsgevoel heeft en zo losser wordt en spontaner kan reageren.

Uit de kwalitatieve evaluaties blijkt dat de cliënten meer inzicht verkregen hebben in de bewustwording van hun eigen gedrag op de thema’s perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid.

7. Aanbevelingen

Via de kwalitatieve evaluatie hebben de cliënten de volgende aanbevelingen gedaan:

- Vaste tijden afspreken, het zorg voor veel onrust als je niet weet hoe laat het ongeveer klaar is.
- Duidelijke afspraken maken. Hierbij denkend aan;
 - Hoelang duurt een sessie?
 - Wanneer zijn de sessies?
 - Wat te doen bij afmelden en te laat komen?
- Wanneer de sessie te lang duur is het lastig om zo lang de concentratie erbij te houden.
- Meer praktische oefeningen
- Meer afwisseling tussen praktijk en theorie, hierdoor wordt de module wat actiever
- Zorgen voor vaste therapeuten, die alle sessies aanwezig zijn, wanneer het niet duidelijk is wie, wanneer aanwezig is wordt dit als rommelig en chaotisch ervaren.
- Wanneer er te lange stiltes vallen, de therapeuten eerder in laten springen.
- De toepasbaarheid is lastig, dus meer de cliënten erbij betrekken en samen naar persoonlijke voorbeelden zoeken.
- Meer aanvullende thema's. Het aanvullende thema agressie werd prima ontvangen.

Een aantal van de verbeterpunten vanuit de cliënten kunnen enigszins in twijfel genomen worden. Veel verbeterpunten zijn af te leiden aan de besproken thema's perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid. Cliënten willen graag weten hoe het er voor staat (controle). Dit zijn juist punten waar de therapeuten gebruik van kunnen maken bij het geven van de module.

Ook zijn er aanbevelingen te doen voor vervolgonderzoek:

Er zou een kritische blik geworpen kunnen worden op de vertaalde vragenlijsten. De betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijsten zijn nog niet eerder onderzocht.

Wanneer er toegang is tot de EDI-II, zou er mogelijk gebruik gemaakt kunnen worden van deze bestaande, betrouwbare en valide vragenlijst.

Doordat de uitkomsten van dit onderzoek verschillend geïnterpreteerd kunnen worden, is het aan te bevelen dit onderzoek voort te zetten. Wel zou ik de nadruk leggen op de verdieping van perfectionisme, controledwang en overmatige verantwoordelijkheid bij de cliënt. Hiermee bedoel ik te onderzoeken in hoeverre er werkelijk voldoende inzicht en diepgang verkregen is als dat de cliënten suggereren.

Ook zou er gedacht kunnen worden aan een grotere onderzoekspopulatie en een controlegroep,

8. Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2006). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bakker, E. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg / druk 1*. Paperback
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 384-405
- Boone, L., Soenend, B., & Braet, C., Universiteit Gent. Perfectionisme en eetstoornissen. Een kritische analyse van het begrip perfectionisme in relatie tot eetstoornissen, 3, 14. Verkregen op 15 Maart, 2011 via <https://biblio.ugent.be/input/download?func=downloadFile&fileId=1151879>
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: New American Library
- Evers, A., Mulder, S. (2002, Mei). 35 en anorexia. Verkregen op 13 mei, 2011 via http://www.siskamulder.nl/reportages/repo_anorexia.htm
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476
- Frost, R. O., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1991). The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 469-489.
- Goldner, E. M., Cockell, S. J., & Srikaneswaran, S. (2002). Perfectionism and eating disorders. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Red.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 319-340). Washington DC: American Psychological Association
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 46:1012-1016, 1989).
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: a Journal of Human Behavior*, 15, 27-33.
- Harinck, F. (2009). *Basisprincipes praktijkonderzoeken*. Garant
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorders attitudes, characteristics and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 317-326
- Hoencamp, E., Haffmans, J., Loon van, J. (2008). *Psychiatrie een inleiding*. (6^e editie). Paperback
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., et al. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. (Review). *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.
- Joiner Jr., T. E., Heatherton, T. F., Rudd, M. D., & Schmidt, N. B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 145-153
- Karsten, C. (2006, December). Vragenlijst perfectionisme. Verkregen op 15 Maart, 2011 via www.carienkarsten.nl/word/Vragenlijst%20perfectionisme.doc
- Multidisciplinaire richtlijn: Richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen (2006), 17-20, 48
- Nieuwenhuijse, A. (2009). Kwalitatieve vragenlijst zelfontwikkeld.
- Psychologische controle, perfectionisme en eetstoornissen. Verkregen op 15 Maart, 2011 via http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/392/978/RUG01-001392978_2010_0001_AC.pdf
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Besser, A., McGee, B. J., & Flett, G. L. (2004). Self-oriented and socially inventory perfectionism subscale. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 69-79

- Soenens, B., Nevelstijn, W., Vandereycken, W., De betekenis van perfectionisme bij eetstoornissen: een vergelijkend onderzoek , 711
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848
- Tichelaar, R. (2009, Augustus 4). Spiritueel perfectionisme. Verkregen op 13 mei, 2011 via http://www.spiritueelchristen.nl/content/Spiritueel_perfectionisme
- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman, et al. 1989). Verkregen op 15 Maart, 2011 via <http://www.brainphysics.com/ybocs.php>

9. Bijlagen

9.1 Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier vertrouwelijk

Door ondertekening van dit formulier bevestig ik:

Achternaam :
Voornaam :
Geboorte datum :

Ik, ondergetekende, geef toestemming voor het gebruik voor onderzoek gekoppeld aan een scriptie van de medische en psychologische gegevens in mijn medisch dossier, die voorafgaand, tijdens, en na mijn module "Alles onder controle" worden/zijn verzameld.

Ik ga er mee akkoord dat deze gegevens gebruikt worden voor publicatie(s). De opslag, verwerking en rapportage van de onderzoeksgegevens gebeurt anoniem, dus zonder dat mijn naam wordt vermeld.

Ik heb voldoende informatie gekregen over de aard en het doel van het onderzoek en wat er van mij wordt verwacht.

Ik heb begrepen wat deze toestemmingsverklaring voor mij inhoudt.

Mijn deelname is vrijwillig en dus ben ik op ieder moment vrij om mijn medewerking in te trekken, zonder opgave van reden, en zonder consequenties voor mijn behandeling.

Wanneer er onduidelijkheden over de verzamelde gegevens bestaan, kan er contact met mij worden opgenomen.

Handtekening deelnemer

.....

Plaats en datum

.....

Handtekening onderzoeker

Saskia van Dijk
Psychomotorisch therapeut i.o.

Plaats en datum

Kloetinge 16 Maart 2011

¶ Als het onderzoek is afgerond, wil ik graag op de hoogte gebracht worden van de resultaten van dit onderzoek.

9.2 Vragenlijst perfectionisme (Karsten, 2006)

	<i>Meer waar</i>	<i>Minder waar</i>
Ik verwacht van mezelf in alles het beste te zijn		
Ik raak achter op m'n werk, doordat ik er langer over doe dan anderen		
Doordat ik twijfel, doe ik er lang over om beslissingen te nemen		
Ik moet er altijd op en tot verzorgd uitzien		
De kwaliteit van mijn prestatie is belangrijker dan het doel		
Als ik een fout maak, verlies ik het respect van anderen		
Als ik niet alles perfect doe, vind ik mezelf waardeloos		
Anderen vinden mij een controlefreak		
Ik wil dat iedereen mij ziet zitten, ook al weet ik dat dat onmogelijk is.		
Ik ben bang om fouten te maken		
Ik heb voortdurend kritiek op mezelf, kraak mezelf af		
Delegeren gaat me moeilijk af, ik voel me altijd voor alles verantwoordelijk		
Ik voel vooral plezier als ik iets gepresteerd heb		
Ik heb nooit genoeg tijd om alles te doen wat ik wil doen		
Eigenlijk ben ik nooit tevreden		
Ik kan niets gewoon doen, ben altijd fanatiek		
De druk komt niet van buiten, ik zet mezelf voortdurend onder druk		
Ik eis steeds meer van mezelf		
Ik ben er trots op dat ik dingen voor elkaar krijg, die anderen voor onmogelijk houden		
Het kost me steeds meer moeite iedereen tevreden te houden		
Ik kan me alleen maar ontspannen als ik veel van mezelf gevraagd heb		
Ik voel me vaak overbelast en zelden lekker in mijn vel		
Een knagend stemmetje van binnen zegt dat het nooit goed genoeg is.		
Zelfs als ik weet dat ik moet loslaten en ontspannen, lukt me dat niet		
Ik twijfel aan alles wat ik doe		

Voor de score 'meer waar' rekent u 1 punt, 'minder' waar 0 punten.

Als u onder de 8 scoort, is perfectionisme een positieve bron. Scoort u tussen de 8 en de 16 dan hebt u er waarschijnlijk baat bij minder perfectionistisch te zijn. Vanaf 16 en hoger gaat het perfectionisme de verkeerde kant op en heeft u er baat bij uw perfectionisme te relativeren.

9.3 Zelfontwikkelde vragenlijst

Gebaseerd op de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman, et al. 1989).

Perfectionisme

Het perfecte lichaam willen hebben, zelfkritisch zijn, hoge eisen aanhouden voor jezelf bijv. wat betreft studie, werk, sociale contacten en eetgedrag.

1. Hoe perfectionistisch bent u?

- | | | | |
|---|---|---------|--------------------------|
| 0 | = | Niet | |
| 1 | = | Weinig | Af en toe ben ik zo |
| 2 | = | Matig | Regelmatig ben ik zo |
| 3 | = | Ernstig | Bijzonder vaak ben ik zo |

2. In welke mate bent u overtuigd van de noodzaak van uw perfectionisme?

- | | | | |
|---|---|---------|---|
| 0 | = | Niet | Ik ben er van overtuigd dat het ook wel goed komt zonder mijn perfectionisme |
| 1 | = | Weinig | |
| 2 | = | Matig | Ik denk meestal dat het ook wel goed komt zonder mijn perfectionisme |
| 3 | = | Ernstig | Soms denk ik dat het goed komt zonder mijn perfectionisme maar vaak ook niet
Ik ben er ernstig van overtuigd dat het niet goed komt als ik niet perfectionistisch zou zijn |

3. In welke mate probeert u zich te verzetten tegen uw perfectionisme, er niet aan toe te geven?

- | | | |
|---|---|---|
| 0 | = | Ik verzet mij altijd; of: het is zo onbeduidend aanwezig dat verzet niet nodig is |
| 1 | = | Ik probeer meestal weerstand te bieden |
| 2 | = | Ik doe enige poging tot verzet |
| 3 | = | Ik geef bijna altijd toe aan mijn neigingen zonder pogingen te ondernemen mij er tegen te verzetten |
| 4 | = | Ik geef mij volledig en altijd over aan mijn neigingen |

4. In hoeverre belemmert uw perfectionisme u bij het dagelijkse leven en uw functioneren (werk, studie, sociale contacten...)?

In hoeverre belemmert uw perfectionisme u in/bij uw sociaal functioneren of bij/in het vervullen van uw taken/verplichtingen, bijvoorbeeld op het werk of op school. Zijn er dingen die u niet meer doet vanwege uw perfectionisme?

- | | | | |
|---|---|---------|--|
| 0 | = | Niet | |
| 1 | = | Weinig | Geringe hinder, mijn dagelijkse doen en laten wordt er niet echt door beïnvloed |
| 2 | = | Matig | Mijn dagelijkse doen en laten wordt er door verstoord maar het is nog steeds beheersbaar |
| 3 | = | Ernstig | Het veroorzaakt een grote mate van verstoring van mijn dagelijkse doen en laten |
| 4 | = | Extreem | Mijn hele doen en laten wordt er ernstig door verstoord |

Controledwang

Controle gaat over dingen sturen waar je geen controle over hebt, zoals gedachten, gevoelens en bepaalde omstandigheden. Structuur behoevend. Als ik het op mijn manier doe, dan gaat het goed.

5. Hoe controle behoeftig bent u?

- | | | | |
|---|---|---------|--------------------------|
| 0 | = | Niet | |
| 1 | = | Weinig | Af en toe ben ik zo |
| 2 | = | Matig | Regelmatig ben ik zo |
| 3 | = | Ernstig | Bijzonder vaak ben ik zo |

6. In welke mate bent u overtuigd van de noodzaak van uw behoefte aan controle?

- | | | | |
|---|---|---------|---|
| 0 | = | Niet | Ik ben er van overtuigd dat het ook wel goed komt zonder mijn behoefte aan controle |
| 1 | = | Weinig | Ik denk meestal dat het ook wel goed komt zonder mijn behoefte aan |
| 2 | = | Matig | controle
Soms denk ik dat het goed komt zonder mijn behoefte aan controle maar |
| 3 | = | Ernstig | vaak ook niet
Ik ben er ernstig van overtuigd dat het niet goed komt als ik niet controle behoeftig zou zijn |

7. In welke mate probeert u zich te verzetten tegen uw behoefte aan controle, er niet aan toe te geven?

- | | | |
|---|---|---|
| 0 | = | Ik verzet mij altijd; of: het is zo onbeduidend aanwezig dat verzet niet nodig is |
| 1 | = | Ik probeer meestal weerstand te bieden |
| 2 | = | Ik doe enige poging tot verzet |
| 3 | = | Ik geef bijna altijd toe aan mijn neigingen zonder pogingen te ondernemen mij er tegen te verzetten |
| 4 | = | Ik geef mij volledig en altijd over aan mijn neigingen |

8. In hoeverre belemmert uw behoefte aan controle u bij het dagelijkse leven en uw functioneren (werk, studie, sociale contacten...)?

In hoeverre belemmert uw behoefte aan controle u in/bij uw sociaal functioneren of bij/in het vervullen van uw taken/verplichtingen, bijvoorbeeld op het werk of op school. Zijn er dingen die u niet meer doet vanwege uw perfectionisme?

- | | | | |
|---|---|---------|---|
| 0 | = | Niet | |
| 1 | = | Weinig | Geringe hinder, mijn dagelijkse doen en laten wordt er niet echt door |
| 2 | = | Matig | beïnvloed
Mijn dagelijkse doen en laten wordt er door verstoord maar het is nog |
| 3 | = | Ernstig | steeds beheersbaar
Het veroorzaakt een grote mate van verstoring van mijn dagelijkse doen en |
| 4 | = | Extreem | laten
Mijn hele doen en laten wordt er ernstig door verstoord |

Overmatige verantwoordelijkheid

Je wilt alles zelf doen. Je neemt de verantwoordelijkheid op je. Je wilt hem zelfs het liefst ook overnemen van andere mensen.

9. Hoe verantwoordelijk bent u?

- | | | | |
|---|---|---------|--------------------------|
| 0 | = | Niet | |
| 1 | = | Weinig | Af en toe ben ik zo |
| 2 | = | Matig | Regelmatig ben ik zo |
| 3 | = | Ernstig | Bijzonder vaak ben ik zo |

10. In welke mate bent u overtuigd van de noodzaak van uw overmatige verantwoordelijkheid?

- | | | | |
|---|---|---------|--|
| 0 | = | Niet | Ik ben er van overtuigd dat het ook wel goed komt zonder mijn overmatige verantwoordelijkheid |
| 1 | = | Weinig | Ik denk meestal dat het ook wel goed komt zonder mijn overmatige verantwoordelijkheid |
| 2 | = | Matig | Soms denk ik dat het goed komt zonder mijn overmatige verantwoordelijkheid maar vaak ook niet |
| 3 | = | Ernstig | Ik ben er ernstig van overtuigd dat het niet goed komt als ik niet overmatig verantwoordelijk zou zijn |

11. In welke mate probeert u zich te verzetten tegen uw overmatige verantwoordelijkheid, er niet aan toe te geven?

- | | | |
|---|---|---|
| 0 | = | Ik verzet mij altijd; of: het is zo onbeduidend aanwezig dat verzet niet nodig is |
| 1 | = | Ik probeer meestal weerstand te bieden |
| 2 | = | Ik doe enige poging tot verzet |
| 3 | = | Ik geef bijna altijd toe aan mijn neigingen zonder pogingen te ondernemen mij er tegen te verzetten |
| 4 | = | Ik geef mij volledig en altijd over aan mijn neigingen |

12. In hoeverre belemmert uw overmatige verantwoordelijkheid u bij het dagelijkse leven en uw functioneren (werk, studie, sociale contacten...)?

In hoeverre belemmert uw overmatige verantwoordelijkheid u in/bij uw sociaal functioneren of bij/in het vervullen van uw taken/verplichtingen, bijvoorbeeld op het werk of op school. Zijn er dingen die u niet meer doet vanwege uw perfectionisme?

- | | | | |
|---|---|---------|--|
| 0 | = | Niet | |
| 1 | = | Weinig | Geringe hinder, mijn dagelijkse doen en laten wordt er niet echt door beïnvloed |
| 2 | = | Matig | Mijn dagelijkse doen en laten wordt er door verstoord maar het is nog steeds beheersbaar |
| 3 | = | Ernstig | Het veroorzaakt een grote mate van verstoring van mijn dagelijkse doen en laten |
| 4 | = | Extreem | Mijn hele doen en laten wordt er ernstig door verstoord |

9.4 Kwalitatieve vragenlijst

(zelfontwikkeld)

1. Ik heb zelf voor deze module gekozen JA NEE
Zo ja waarom, zo nee waarom niet?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
2. Ik ben door mijn behandelaar doorverwezen JA NEE
3. Had je zelf gekozen voor de module Alles onder controle als het niet geadviseerd was door de
therapeut of je behandelaar?
Zo ja waar, zo nee waarom niet?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
4. Zou je deze module aanraden aan één van je groepsgenoten? En waarom?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
5. Denk je dat deze module een nuttige bijdrage lever aan jouw behandeling? En waarom?
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Denk je dat deze module mogelijk een bijdrage kan leveren in de behandeling van andere cliënten met een eetstoornis?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Op welke gebieden heeft deze module mogelijk effect op jou gehad?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Wat vond je van de samenstelling van de groep? Hierbij kun je denken aan;

- Groepsgrootte
- Verschillende afdelingen door elkaar

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Wat vond je onprettig aan deze module

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Wat vond je prettig aan deze module

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Heb je ideeën of verbeterpunten voor deze module?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12. Wat vond je van de houding en attitude van de therapeut. Wat zijn volgens jou verbeterpunten?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13. Overige opmerkingen

.....

.....

.....

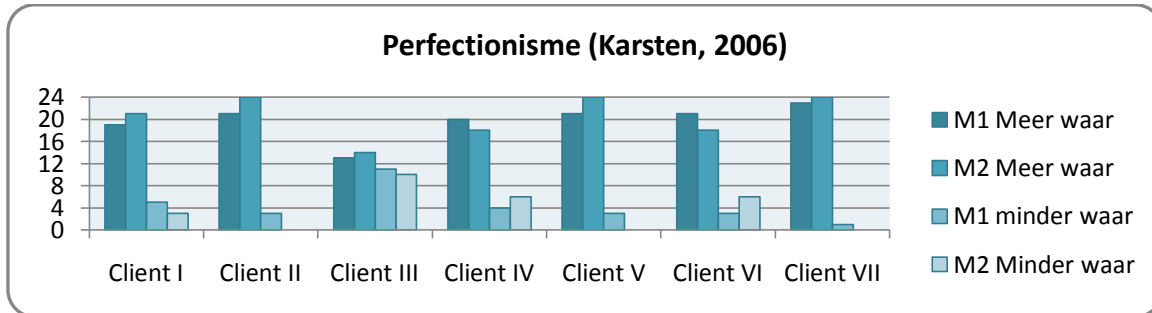
.....

.....

.....

Bedankt voor het invullen 😊

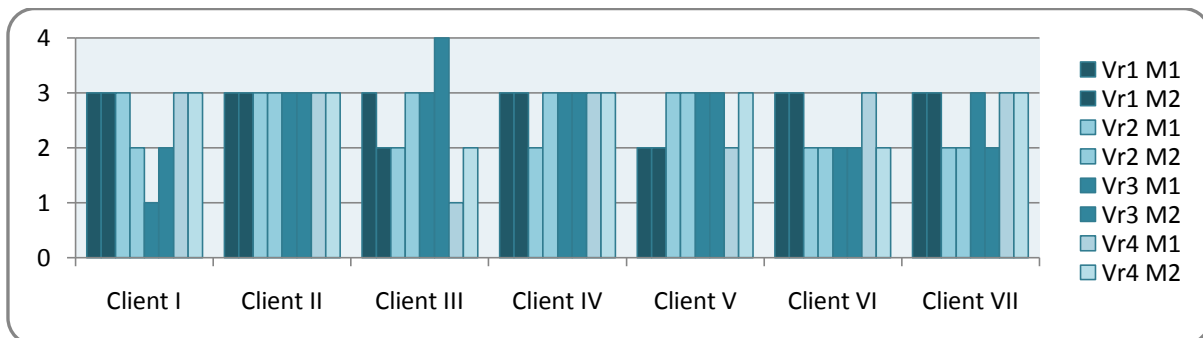
9.5 Resultaten per cliënt



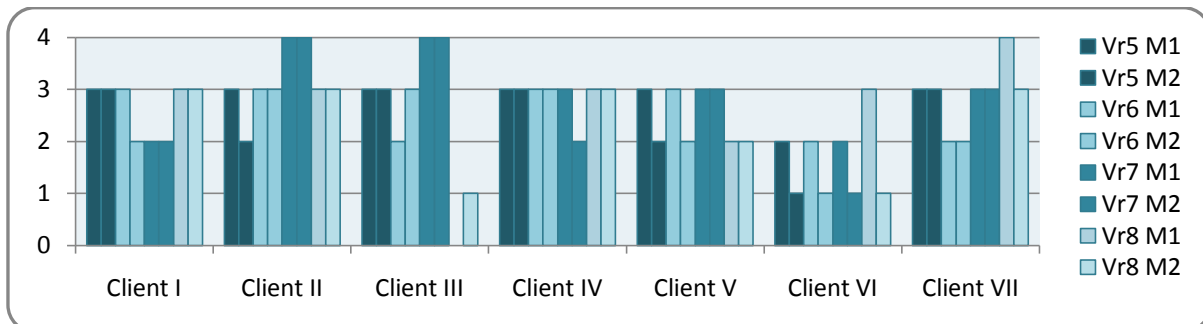
Figuur 2 Perfectionisme (Karsten, 2006)

In figuur 2 zijn de gegevens van de vragenlijst perfectionisme (Karsten, 2006) verwerkt. In figuur 3 zijn de resultaten van perfectionisme verwerkt. De gegevens van controledwang zijn in figuur 4 verwerkt en in figuur 5 zijn de verwerkte gegevens van overmatige verantwoordelijkheid terug te vinden. Voor alle figuren geldt Vr en het cijfer staat voor de vraag behorend bij de vragenlijst en M1 staat voor 'voormeting', M2 staat voor 'nameting'.

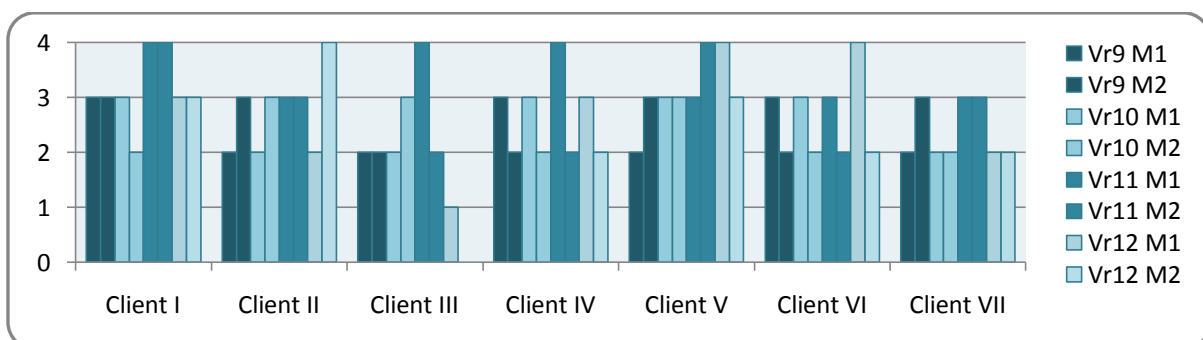
De minimum score is 0, de maximale score is 4.



Figuur 3 Perfectionisme



Figuur 4 Controledwang



Figuur 5 Overmatige verantwoordelijkheid

In figuur 6 staan de gegevens van figuur 2, 3 en 4 in woorden uitgeschreven. Hierop is in woorden en d.m.v. arceringen snel af te lezen welk effect de module gehad heeft op de cliënten.

Gelijke of hogere score: Cliënt kan het thema nog niet loslaten

Lagere score: Cliënt kan het thema loslaten

Vr.	Thema	Cliënt I	Cliënt II	Cliënt III	Cliënt IV	Cliënt V	Cliënt VI	Cliënt VII
1	Perfectionisme inzicht	Gelijk	Gelijk	Lager	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Gelijk
2	Perfectionisme noodzaak	Lager	Gelijk	Hoger	Hoger	Gelijk	Gelijk	Gelijk
3	Perfectionisme verzet	Hoger	Gelijk	Hoger	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Lager
4	Perfectionisme belemmering	Gelijk	Gelijk	Hoger	Gelijk	Hoger	Lager	Gelijk
5	Controledwang inzicht	Gelijk	Lager	Gelijk	Gelijk	Lager	Lager	Gelijk
6	Controledwang noodzaak	Lager	Gelijk	Hoger	Gelijk	Lager	Lager	Gelijk
7	Controledwang verzet	Gelijk	Gelijk	Gelijk	Lager	Gelijk	Lager	Gelijk
8	Controledwang belemmering	Gelijk	Gelijk	Hoger	Gelijk	Gelijk	Lager	Lager
9	Verantwoordelijkheid Inzicht	Gelijk	Hoger	Gelijk	Lager	Hoger	Lager	Hoger
10	Verantwoordelijkheid Noodzaak	Lager	Hoger	Hoger	Lager	Gelijk	Lager	Gelijk
11	Verantwoordelijkheid Verzet	Gelijk	Gelijk	Lager	Lager	Hoger	Lager	Gelijk
12	Verantwoordelijkheid belemmering	Gelijk	Hoger	Lager	Lager	Lager	Lager	Gelijk

Figuur 6 Totaal overzicht

