

## **Psychomotorische groepstherapie voor jongeren (12-18 jaar) met Anorexia Nervosa, gericht op het vergroten van de motivatie voor behandeling, op psycho-educatie en op het herontdekken van het eigen lijf.**

---

A.G. Aarts, S. Appels, C. Houben (2015)

**Zorgprogramma** Kinder- en jeugdpsychiatrie, eetstoornissen.  
**Prototype werkwijze** In begin steunend, later meer focaal-inzichtgevend.

### **Probleemomschrijving**

#### *Probleem*

Patiënten met Anorexia Nervosa (A.N.) worden gekarakteriseerd door een beperkte energie-inname, resulterend in een laag lichaamsgewicht. Daarnaast spelen er een intense angst om dik te worden of aan te komen en een vertekend lichaamsbeeld (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Van jongeren (in de leeftijd van 12-18 jaar) met A.N. is bekend dat zij bang zijn voor verandering en dus voor behandeling (Beer & Tobias, 2011), de neiging hebben de ziekte te ontkennen en ambivalent zijn over de noodzaak van behandeling (Rekkers & Schoemaker, 2002; Trimbos instituut, 2006; Hötzel, Von Brachel, Schlossmacher & Vocks, 2013). Daarnaast vermijden jongeren met A.N. de confrontatie of exposure met het lichaam. Ze ervaren hun lichaam als vreemd, passief of een gevoelloos, dood object (depersonalisatie). De waarneming en interpretatie van signalen, die uit hun lichaam komen, zijn vaak verwaarloosd of onderdrukt (Probst, 1999).

#### *Spreiding*

Naar schatting lijden er in Nederland jaarlijks 5500 jonge vrouwen (15-29 jaar) aan A.N. en komen er per jaar circa 1.300 personen met A.N. bij (Trimbos Instituut, 2006). Volgens de criteria van de DSM-V wordt de lifetime-prevalentie geschat op 2-4% (Smink, van Hoeken & Hoek, 2013; Smink, van Hoeken, Oldehinkel & Hoek, 2014). De grootste risicogroep wordt gevormd door jonge vrouwen tussen de 12 en 25 jaar in geïndustrialiseerde landen. De vrouw:man-ratio wordt geschat op 10:1.

#### *Gevolgen*

Anorexia Nervosa behoort tot de psychiatrische ziekte met de hoogste mortaliteit. Ongeveer 15% van de patiënten overlijdt, waarvan een derde ten gevolge van suïcide en twee derde door ondervoeding (Trimbos instituut, 2006; Smink, van Hoeken & Hoek, 2013). Na meer dan 10 jaar is van de overlevenden 20% nog steeds als A.N.-patiënt te diagnosticeren en heeft 30% nog steeds last van restsymptomen (Trimbos instituut, 2006). Indien de ziekte in de puberteit begonnen is, in tegenstelling tot in de jongvolwassenheid, is de prognose voor herstel beter (Trimbos instituut, 2006; Beer & Tobias, 2011). Jongeren met A.N. krijgen, net als volwassen patiënten, te maken met fysieke gevolgen van ernstige ondervoeding (als hartfalen, amenorroe, osteoporose, menstruatiestoornissen). Daarnaast kunnen jongeren met A.N. stagneren in hun sociaal-emotionele ontwikkeling (Trimbos instituut, 2006) met negatieve gevolgen voor hun zelfbeeld. Zij verkeren in een fase van het leven, waarin de basis gelegd wordt van het zelfbeeld, het zelfvertrouwen en de identiteit. Dit alles verdient extra aandacht in de behandeling van jongeren met A.N..

### **Doelgroep**

Jongeren (12-18 jaar) met ernstig ondergewicht ten gevolge van A.N., Atypische A.N. of 'unspecified feeding or eating disorder' (APA, 2014), die niet gemotiveerd zijn voor behandeling en in de (pre)contemplatiefase verkeren (zie onderbouwing).

#### *Indicatie*

Jongeren vertonen een of meerdere van de volgende kenmerken (Rekkers & Schoemaker, 2002):

- fysieke onrust en overmatige bewegingsdrang (excessief bewegen om af te vallen);
- niet in staat zijn om te ontspannen of rust te kunnen nemen;

- moeite hebben met het herkennen van spannings-/lichaamssignalen (signalen die fysiek gevoeld worden in en aan het lichaam);
- een negatieve lichaamsbeleving (fysiologische, cognitieve, affectieve en sociale ervaring en waarneming van het lichaam (Beer & Tobias, 2011; Rekkers & Schoemaker, 2002));
- een verstoord lichaamsbeeld (subjectieve waarneming van de eigen uiterlijke verschijning (Beer & Tobias, 2011; Jansen, Nederkoorn & Mulkens, 2005));
- een grote controlebehoefte en moeite om controle los te laten;
- ontkenning van hun eetstoornis;
- een negatief zelfbeeld (som van eigenschappen waarmee iemand zichzelf beschrijft en gevoelens die ze heeft over alles wat zij is of meent te zijn (Beer & Tobias, 2011)).

#### *Contra-indicaties*

Een acut psychotisch toestandsbeeld is een contra-indicatie voor deelname. Daarnaast dient bij zorgwekkende fysieke waarden (als zeer lage hartslag of te lage lichaamstemperatuur) een arts te bepalen of deelname mogelijk is. Een rolstoel of sonde zijn geen contra-indicatie voor deze interventie. Bij een IQ lager dan 80 dient de nadruk te liggen op de steunende fase en het ervaringsgericht werken en minder op het focaal-inzichtgevend werken.

#### *Selectie*

Na aanmelding door de hoofdbehandelaar wordt, ook als psychomotorische therapie (PMT) binnen de instelling onderdeel is van het standaard aanbod aan deze doelgroep, een individuele intake gepland. Hierin wordt uitgelegd wat PMT is en wat deze specifieke groepsinterventie inhoudt. Er worden een LAV (Lichaams Attitude Vragenlijst; Probst, van Coppenolle & Vandereycken, 1992) en BCS (Body Cathexis Scale; Baardman & de Jong, 1984) afgenomen om een beeld te krijgen van de jongere en de problematiek. Tevens wordt de motivatiefase vastgesteld middels motiverende gespreksvoering (RMI; Geller et al., 2008; Hötzel et al., 2013) en/of op basis van het klinische beeld (zie onderbouwing). Door het lage lichaamsgewicht kan de concentratie van de jongere zeer beperkt zijn, waardoor het nodig kan zijn de vragenlijsten in meerdere sessies af te nemen.

#### **Doelen**

Het belangrijkste doel van deze interventie is het vergroten van de intrinsieke motivatie voor de behandeling van A.N.. Hierbij onderscheiden we de volgende hoofd- en subdoelen:

##### *Hoofddoelen:*

- De jongere zit na afloop van de interventie in een hogere fase van de motivatiecirkel en is (meer) gemotiveerd om te gaan werken aan de A.N.-behandeling (Prochaska & DiClemente, 1992) (gemeten met de RMI en/of vastgesteld via het klinisch beeld);
- De jongere kan na psycho-educatie gevaren en nadelige gevolgen van de eetstoornis benoemen;
- De jongere is in staat gedachten en gedragingen (oa. controlebehoefte en bewegingsdrang) die gekoppeld zijn aan de eetstoornis te herkennen;
- De jongere kan in diverse bewegingsvormen het lichaam weer voelen (zoals kracht, warmte, lachen, opwinding).

##### *Subdoelen:*

- De jongere is in staat om, in plaats van te bewegen vanuit de drang om af te vallen, te bewegen vanuit plezier en dit verbaal en / of non verbaal kenbaar te maken (bijvoorbeeld glimlachen);
- De jongere herkent eigen motorische vaardigheden en individuele kwaliteiten (als goed zijn in gooien of vangen, goed zijn in dingen verzinnen);
- De jongere maakt via het bewegen contact met zichzelf zoals o.a. blijkt uit de inzet van kracht, durf, evenwicht, ontspanning;
- De jongere maakt via het bewegen contact met de andere jongeren zoals o.a. blijkt uit mimiek, oogcontact, toenadering, verbale uitingen, initiatiefname.

#### **Beschrijving van de interventie-aanpak**

##### *Opzet van de interventie*

Deze interventie wordt gestart zo snel mogelijk na de start van de behandeling (zowel klinisch, dag-klinisch als poliklinisch) en na de individuele PMT-intake. De duur van de interventie bedraagt 12 sessies van elk 60 minuten.

### *Inhoud van de interventie*

In de beginfase (sessies 1 t/m 4) mag er door het ernstig ondergewicht nog weinig bewogen worden door de jongere zelf (om verder gewichtsverlies te voorkomen) en wordt er dan ook geen/nauwelijks bewegingsinzet van de jongere zelf gevraagd. De jongere wordt bewogen door de therapeut of een andere jongere uit de groep, opdat de jongere went aan normaal cq. gezond bewegen en zich bewust wordt van het lichaam. In de beginfase ligt de nadruk op ervaringsgerichte strategieën, waarbij de therapeut steunt, motiveert, stimuleert en structureert. De interventies in deze fase zijn gericht op de bewustwording van gedrag, gevoelens en gedachten en het naar buiten brengen hiervan. De onderliggende thema's zijn: veiligheid, bewogen en verzorgd worden en voelen.

In het vervolg (sessies 5 t/m 12) is er door toename van het gewicht en met gewenning aan de therapie meer eigen inzet van de jongere mogelijk en neemt de intensiteit van bewegen toe. Als de werkvormen intensiever worden, leert de jongere meer voor zichzelf te zorgen. In deze fase wordt er naast ervaringsgericht, ook meer focaal-inzichtgevend gewerkt. De jongere wordt zich bewuster van eigen gedrag en heeft enige motivatie tot verandering. De thema's in deze fase zijn: controle (loslaten), leiden-volgen en ontspanning.

### *Rol therapeut*

De therapeut heeft een basisattitude, waarbij de jongere gevolgd, positief bekrachtigd en gesteund wordt. De therapeut geeft psycho-educatie over de verschillende hier boven genoemde thema's en de koppeling met de eetstoornis. De therapeut zal zoveel mogelijk uitgaan van hetgeen de jongere wil en daar expliciet naar vragen. Echter, de therapeut moet grenzen stellen wanneer er sprake is van bewegingsdrang en dit samen met de jongere bespreken. Dit kan een proces van bewustwording zijn. Daarnaast dient de therapeut bij jongeren met A.N. én andere psychische problematiek (als affectieve stoornis, angststoornis, obsessieve compulsieve stoornis of persoonlijkheidsstoornis) of jongeren die een ernstig trauma hebben meegemaakt, alert te zijn op spanningssignalen bij aanraking en nabijheid.

### *Factoren die het probleem in stand houden*

Van eetstoornissen is bekend dat ze veroorzaakt worden door een combinatie van meerdere factoren. Zowel sociale, culturele als familiale risicofactoren kunnen aanwezig zijn, maar de etiologie is onbekend (Trimbos Instituut, 2006; Beer & Tobias, 2011). Een negatief zelfbeeld, een sterke controlebehoefte en perfectionisme worden gezien als factoren, die de kans op de ontwikkeling van een eetstoornis vergroten. Daarnaast kunnen ingrijpende gebeurtenissen de stoornis luxeren.

De eetstoornis wordt door veel jongeren gezien als een belangrijk houvast, iets waar ze controle over hebben. Dun zijn en controle hebben is het belangrijkste wat er is. Honger en vermoeidheid worden als plezierig gelabeld en de jongere is niet meer in staat om te zien hoe dun ze is (Violettes, Samuelian-Massat, Valero & Beliard, 2006). De angst om deze controle en eigen regels op te moeten geven is zo groot, dat ze bereid zijn om alle andere wensen en zelfs het leven zelf op te geven als dat nodig is (Violettes et al, 2006). Dit maakt dat de motivatie om te veranderen gering is en ontkenning van de stoornis veel voorkomt. Dit belemmert het herstel en de motivatie om in behandeling te gaan (Rekkers & Schoemaker, 2002).

### *Factoren die via deze interventie worden behandeld*

In deze interventie staat het vergroten van de motivatie voor A.N.-behandeling centraal.

### *Verantwoording vanuit de praktijk en theorie*

De motivatiefasen van Prochaska en DiClemente (1992) worden als uitgangspunt genomen. Het motiveringsproces kent 5 fasen:

1. Precontemplatie/ voorstadium
2. Contemplatie / overweging
3. Preparatie/ beslissing
4. Actie
5. Handhaving/ volhouden

Bij elke fase horen specifieke aandachtspunten en interventies. Aangezien dit product zich op de eerste twee fasen richt, zullen deze verder beschreven worden.

In de eerste fase, de precontemplatiefase, ontkent de jongere het probleem ("ik heb geen probleem") en heeft geen interesse in verandering. De therapeut gaat in op de visie van de jongere zelf, valideert en geeft voorlichting over de stoornis. Er wordt uitgelegd dat de angst voor gewichtstoename en voedselinname versterkt wordt door vermijding (Beer & Tobias, 2011). Het is van belang, dat in deze fase de stoornis geduid wordt en betekenis krijgt d.m.v. psycho-educatie (Trimbos Instituut, 2006).

Motiverende gespreksvoering is dan ook onontbeerlijk tijdens deze interventie, met als doel om te komen tot ziektebesef en -inzicht en om gedragsverandering bij cliënten op gang te brengen.

In de tweede fase, de contemplatiefase (ook wel de fase van de overweging genoemd) is er bereidheid tot zelfonderzoek ("heb ik een probleem?"). Deze fase richt zich op het versterken van de betrokkenheid bij verandering en op het ontwikkelen van een plan om de verandering te realiseren. De jongere bekijkt korte en lange termijn effecten van het hebben van een eetstoornis; maakt een balans op van de voor- en nadelen van de eetstoornis. De jongere is nog ambivalent en twijfelt. Aandacht voor het verkennen van de ambivalentie, het bewust worden van gedachten en gedragingen voortkomend uit de eetstoornis en het uitlokken van taal gericht op verandering, is van belang in deze fase (Miller & Rollnick, 2008). Naast het vergroten van de motivatie en het geven van psycho-educatie wordt ook het aandacht geven aan het lichaam en het opdoen van ervaringen met het lichaam als belangrijk onderdeel van de A.N.-behandeling genoemd (Vanderlinden, Buis, Pieters & Probst, 2007; Jansen et al., 2013). Bij jongeren met een eetstoornis is de lichaamsbeleving verstoord. Rosen (1990) beschrijft drie symptomen, te weten:

1. gestoorde perceptie van de lichaamsomvang: lichaamsmaten en omvang worden overschat;
2. negatieve lichaamsbeleving: ontevredenheid met bepaalde delen van het lichaam;
3. vermijdingsgedrag of compensatoir gedrag.

Jongeren met een eetstoornis weten over het algemeen dat ze te mager zijn, maar ervaren of voelen dit anders. Ze wantrouwen objectieve normen en ontwikkelen hun eigen standaarden ("mijn dijen mogen elkaar niet raken"). Daarnaast kunnen ze hun lichaam (of een deel ervan) ervaren als een vreemd, passief en gevoelloos/dood object. Ze hebben een gebrek aan vertrouwen in hun eigen lichaam en hebben negatieve gedachten hierover. Waarnemingen en interpretaties van signalen uit het lichaam worden verwaarloosd of genegeerd (Probst, 1999). Rekkers en Schoemaker (2002) beschrijven dat het lijfelijk voelen en ervaren andere (neutralere en/of positievere) cognities op kunnen roepen. Daarnaast worden door het lijfelijk ervaren het eigen gedrag en de beleving inzichtelijker.

#### *Werkzame elementen*

Probst (1999) noemt drie aanknopingspunten en een viertal doelstellingen, waarop de PMT in zou kunnen spelen:

- de gestoorde lichaamservaring, waarbij de patiënt opnieuw voeling moet krijgen met het lichaam, het lichaam opnieuw moet ontdekken en leren ervaren;
- de hyperactiviteit, het reguleren van impulsen en spanning (bijv. bewegingsdrang);
- de vrees om de controle te verliezen, leren genieten van het lichaam, plezier beleven aan beweging;
- verbeteren van de sociale interacties, patiënten moeten leren om met hun lichaam te communiceren en lichaamstaal te gebruiken.

De interventie wordt aangeboden in een groep, zodat jongeren herkenning en steun bij elkaar kunnen vinden. Daarnaast kunnen de jongeren in de groep direct oefenen met het contact leggen met anderen (Rekkers & Schoemaker, 2002).

#### **Randvoorwaarden en kosten uitvoering van de interventie-aanpak**

##### *Uitvoering*

De PMT vindt plaats in een volledig ingerichte sportzaal, voorzien van afgeschermdde ramen en deuren om privacy en veiligheidsgevoel te kunnen waarborgen. Het is wenselijk om de temperatuur in de zaal te kunnen verhogen, zodat de jongeren niet afkoelen. De zaal dient rolstoeltoegankelijk te zijn. Er wordt gebruik gemaakt van diverse schommels, hangmatten, grote trampoline, sport- en spelmateriaal, balanceermaterialen, warme en zachte dekens, matjes en kussens.

Deze interventie moet ingebed zijn in de gehele A.N.-behandeling van de jongere. Vandaar dat zorgvuldige afstemming met het team, liefst wekelijks, van belang is. Bij poliklinische behandeling is het belangrijk om regelmatig met ouders en eventuele andere behandelaren af te stemmen. Een ondersteunend systeem bevordert het effect van de interventie.

##### *Opleiding en competenties*

De behandeling wordt gegeven door een ervaren psychomotorisch therapeut. Specifieke bijscholing en intervisie op het gebied van eetstoornissen is noodzakelijk. De therapeut is bekend met motiverende gesprekstechnieken en kan deze toepassen.

##### *Kosten van de interventie*

Per week is er een groepsessie van 60 minuten gedurende 12 weken. Elke sessie dient voorbereid te worden, materiaal dient te worden klaar gezet en opgeruimd (20 minuten per week per groep), de wekelijkse rapportage per jongere dient vooraf gelezen te worden en na afloop wordt voor elke jongere een rapportage gemaakt (samen 15 minuten per jongere). In een (dag)klinische setting is (twee-)

wekelijks multidisciplinair overleg wenselijk (10 min per jongere). Daarnaast zal er met enige regelmaat een individuele behandelbespreking plaatsvinden (gemiddeld 1 uur per 6 weken).

De kosten van de interventie per jongere hangen af van de groepsgrootte.

|                  | directe tijd per jongere | indirecte tijd per jongere                    | totaal  |
|------------------|--------------------------|---|---------|
| bij 4 deelnemers | $12 \times 60 : 4 = 180$ | $12 \times 20 : 4 + 12 \times 25 + 120 = 480$ | 660 min |
| bij 8 deelnemers | $12 \times 60 : 8 = 90$  | $12 \times 20 : 8 + 12 \times 25 + 120 = 450$ | 540 min |

Er zijn geen specifieke materiaalkosten, aangezien er gebruik gemaakt wordt van gangbare materialen uit de sportzaal.

#### *Kwaliteitsbewaking*

De vragenlijsten die bij de intake worden afgenomen, worden aan het einde van de interventie nogmaals afgenomen om veranderingen bij de patiënt vast te stellen. Daarnaast kan via motiverende gespreksvoering voor en na de interventie (RMI; Geller et al., 2008; Hötzel et al., 2013) de (voortgang in de) motivatiefase van de patiënt worden vastgesteld. De uitkomsten op deze metingen vormen de input voor het evalueren en bewaken van de kwaliteit van deze interventie.

#### **Subtypen**

Deze interventie is beschreven als groepstherapie voor jongeren. Comorbiditeit en de samenstelling van de groep (qua leeftijd) kunnen redenen zijn om deze interventie individueel aan te bieden. Voor kinderen (5-12 jaar) met een eetstoornis is deze interventie passend te maken door de werkvormen toe te spitsen op de leeftijd. De nadruk ligt bij kinderen nog meer op het ervaren en bevestigen en minder op het inzichtgevend werken.

**NB:** over dit product hebben de auteurs (allen psychomotorisch therapeuten ervaren in het werken met deze doelgroep) consensus verkregen met de werkveldgroep Kinder- en Jeugdpsychiatrie, de werkveldgroep Eetstoornissen (vertegenwoordigd door S. van Gulik, werkzaam als psychomotorisch therapeut met deze doelgroep), J. ter Riet en C. Smit (beiden als psychomotorisch therapeut werkzaam met deze doelgroep).

#### **Literatuur**

- American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM- 5 Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Baardman, I., & de Jong, J.G. (1984). Het meten van de lichaamswaardering. *Bewegen en Hulpverlening*, 1(1), 28-41.
- Beer, R., & Tobias, K. (2011). *Cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een eetstoornis, eten zonder angst*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Geller, J., Brown, K. E., Zaitsoff, S. L., Menna, R., Bates, M. E., & Dunn, E. C. (2008). Assessing readiness for change in adolescents with eating disorders. *Psychological Assessment*, 20(1), 63-69.
- Hötzel, K., von Brachel, R., Schlossmacher, L., & Vocks, S. (2013). Assessing motivation to change in eating disorders: a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 1(38). <http://www.jeatdisord.com/content/1/1/38>
- Jansen, A., Nederkoorn, C., & Mulkens, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 183-196.
- Jansen, A., & Mulkens, S. (2011). Cognitieve therapie bij eetstoornissen en obesitas. In: Bogels, S.M., & van Oppen, P. (Red.), *Cognitieve therapie: theorie en praktijk* (pp.357-388). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jansen, A., Voorwinde, V., Hoebink, Y., Rekkers, M., Martijn, C., & Mulkens, S. (2013). Ontevreden over uw lichaam? Voor de spiegel! En dan? Exposure aan wat eigenlijk? *Gedragstherapie, Tijdschrift voor Gedragstherapie & Cognitieve Therapie*, 2, 57-67.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2008). *Motiverende gespreksvoering; een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekklesia.
- Probst, M. (1999). Psychomotorische therapie bij anorexia nervosa en boulimia nervosa: een mogelijke benadering. In: Bloks, J.A., van Furth, E.F., & Hoek, H.W. (Red.), *Behandelingsstrategieën bij anorexia nervosa* (pp.80-94). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Probst, M., van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1992). De Lichaams-attitude-vragenlijst (LAV) bij patiënten met eetstoornissen: onderzoeksresultaten. *Bewegen en Hulpverlening*, 4, 286-299.
- Prochaska, J.O., & DiClemente C.C. (1992). The transtheoretical model of change. In: Norcross, J.C., & Goldfield, M.R. (Red.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 300-334). New York: Basic books.
- Rekkers, M., & Schoemaker, E. (2002). *Gewichtige lichamen, lichaamsbeleving en eetstoornissen*. Leuven: Acco.
- Rosen, J.C. (1990). Body-image disturbances in eating disorders. In: Rekkers, M., & Schoemaker, E. (2002). *Gewichtige lichamen, lichaamsbeleving en eetstoornissen* (pp. 50-52). Leuven: Acco.
- Smink, F.R.E., van Hoeken, D., & Hoek, H.W. (2013). Epidemiology, course and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 543-548.
- Smink, F.R.E., van Hoeken, D., Oldehinkel, A.J., & Hoek, H.W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619.
- Trimbos instituut (2006). *Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen, diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. <http://www.ggzrichtlijnen.nl>.
- van 't Hof, S. (2003). Meer labels dan feiten. *De psycholoog*, 136-137.
- Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G., & Probst, M. (2007). Which elements in the treatment of eating disorders are necessary ingredients in the recovery process? A comparison between the patients and therapists view. *European Eating Disorders review*, 15, 357-365.
- Vialettes, B., Samuelian-Massat, C., Valero, R., & Beliard, S. (2006). The refusal of treatment in anorexia nervosa, an ethical conflict with three characters: "the girl, the family and the medical profession". *Diabetes & Metabolism*, 32, 306-311.