

CBT-E en psychomotorische therapie, wij doen mee!

Psychomotorische therapie bij eetstoornissen volgens het Cognitive Behavioural Therapy Enhanced protocol

In steeds meer instellingen in Nederland waar eetstoornissen worden behandeld, wordt of gaat gewerkt worden volgens het *Cognitive Behavioural Therapy Enhanced*-protocol, kortweg CBT-E-protocol. Dit is een evidence-based behandelaanbod, ontwikkeld door professor Fairburn van het Centre of Research of Eating Disorders van de Universiteit van Oxford in Engeland. De focus van het CBT-E-protocol ligt op de behandeling van de door Fairburn beschreven in stand houdende mechanismen van de eetstoornis. Deze mechanismen vertonen veel overlap met de speerpunten, waarop psychomotorische therapie zich richt bij eetstoornissen. In dit artikel wordt de inzet van psychomotorische therapie in het CBT-E-protocol beschreven bij de behandeling van eetstoornissen.

**Marlies Rekkers, Marjon Voskamp, Sonja Schreurs,
Aurélië Nieuwenhuijse, Hanneke van der Heijden**

Inleiding

Cognitive behavioral therapy enhanced (CBT-E; Fairburn, 2008) wordt binnen de zorgstandaard eetstoornissen (Trimbos-instituut, 2017) beschreven als voorkeursbehandeling voor boulimia nervosa (BN) en lichte vormen van anorexia nervosa (AN). Uit meerdere onderzoeken blijkt CBT-E effectief te zijn bij het behandelen van eetstoornis-klachten (Dalle Grave, Calugi, El Ghoch, Conti & Fairburn, 2014; Dalle Grave, Satriana & Calugi, 2019; De Jong, Schoorl & Hoek, 2018; Fairburn et al., 2009; Fairburn et al., 2013). Eetstoornissen worden bij CBT-E benaderd vanuit een transdiagnostische visie. Deze visie gaat uit van de grote overeenkomsten en kleine verschillen tussen de verschillende typen eetstoornissen. De overeenkom-

sten zijn de in stand houdende mechanismen van de eetstoornis, zoals negatieve lichaamsbeleving, eetregels en compensatiegedrag, en een verstoorde emotieregulatie. De expressie van de eetstoornis kan echter door de tijd heen

Psychomotorische therapie richt zich bij eetstoornissen op lichaamsbeleving, emotieregulatie en beweeggedrag

verschuiven. Het CBT-E-protocol bestaat uit twintig sessies, en wanneer er sprake is van ernstig ondergewicht uit veertig sessies (Fairburn, 2008), die standaard worden uitgevoerd door een psycholoog. Beide versies bestaan uit vier fasen. In de eerste fase wordt gestart ('starting well') met het in kaart brengen van de eetstoornis en het opstellen van een persoonlijke probleemformulering. In deze fase ligt de nadruk op snelle gedragsverandering, met name gericht op het normaliseren van het eetpatroon. In de korte tweede fase wordt de voortgang geëvalueerd en

In dit artikel:

- CBT-E-behandeling voor eetstoornissen;
- speerpunten psychomotorische therapie bij eetstoornissen;
- raamwerk voor de inzet van psychomotorische therapie binnen CBT-E.

worden plannen gemaakt voor het hoofdgedeelte van de behandeling: fase drie. Fase drie bestaat uit een reeks sessies gericht op de mechanismen die het eetprobleem van de persoon in stand houden, doorgaans zijn dit de zorgen over lichaamsvormen en gewicht, de omgang met emoties, voedingsregels en compensatiegedrag. In fase vier verschuift de focus naar de toekomst. Er wordt gewerkt aan terugvalpreventie en het vasthouden van de veranderingen die zijn verkregen.

De inzet van psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie kent een uitgebreide behandeltraditie bij eetstoornissen en is opgenomen in de *Zorgstandaard Eetstoornissen* (Trimbos-instituut, 2017). Psychomotorische therapie richt zich bij eetstoornissen met name op de speerpunten lichaamsbeleving, emotieregulatie en beweeggedrag, dat opgevat kan worden als compensatiegedrag (Rekkers, Boerhout, Nieuwenhuijse & Bonekamp, 2019).

Er zijn de afgelopen jaren verschillende behandelprotocollen ontwikkeld met betrekking tot lichaamsbeleving en agressieregulatie (Rekkers & Van Gulik, 2018; Boerhout, Van Busschbach, Wiersma & Hoek, 2013; Keizer, Engel, Bonekamp & Van Elburg, 2018) en er lopen onderzoekslijnen gericht op de drie speerpunten.

Fase drie van het CBT-E-protocol van Fairburn (2008) leent zich bij uitstek voor het (aanvullend) inzetten van psychomotorische therapie, omdat de bovengenoemde speerpunten naadloos aansluiten bij de door Fairburn beschreven in stand houdende mechanismen van eetstoornissen.

Binnen verschillende specialistische instellingen voor eetstoornissen in Nederland, zoals GGNet Amarum, Emergis en GGZ Oost Brabant, wordt psychomotorische therapie al ingezet in CBT-E-behandelingen, zowel klinisch als poliklinisch. Dit artikel presenteert een raamwerk voor een psychomotorisch therapie aanbod binnen het CBT-E-protocol. Hierbij is het uitgangspunt om psychomotorische therapie standaard in te zetten in fase drie, wanneer de overwaardering van lichaam en gewicht behandeld wordt, en om psychomotorische therapie op indicatie in te zetten als blijkt dat een verstoorde emotieregulatie en/of overmatig beweeggedrag (compensatiegedrag) extra behandeling behoeven. In de volgende paragrafen wordt dit raamwerk uitgewerkt en geïllustreerd met praktijkvoorbeelden.

Overwaardering van lichaam en gewicht

In fase drie van het CBT-E-protocol wordt de overwaardering van lichaamsvormen en gewicht (*body image*) uitgewerkt in verschillende elementen, te weten: het identificeren van de over-evaluatie, het aanpakken van body checken, het vergelijken met anderen en vermijding, het uitdagen van 'dik voelen', het onderzoeken van de oorsprong van overwaardering van lichaam en gewicht en het versterken van andere domeinen van zelfevaluatie.

Binnen de CBT-E-behandeling bespreekt de psycholoog deze elementen met de patiënt en worden de elementen verder uitgewerkt door middel van huiswerkopdrachten. In de standaardversie CBT-E kunnen hier maximaal acht sessies aan besteed worden, waarbinnen echter ook de andere in stand houdende mechanismen aan bod moeten komen. Zoals Fairburn (2008) zelf aangeeft is de overwaardering van lichaam en gewicht een zeer belangrijke in stand houdende factor en wordt in dit artikel ervoor gepleit om voor de behandeling van de negatieve en/of verstoorde lichaamsbeleving standaard de expertise van psychomotorische therapie in te zetten in fase drie van het CBT-E-protocol. In de volgende subparagrafen worden de verschillende elementen kort beschreven en wordt aangegeven welke rol psychomotorische therapie hierin kan hebben.

Identificeren van de over-evaluatie

Bij het identificeren van de over-evaluatie is het de bedoeling dat patiënten gaan herkennen en erkennen, hoe sterk het beeld dat ze van zichzelf hebben wordt beïnvloed door (gedachtes over) hun lichaamsvormen en gewicht. Binnen de CBT-E wordt dit gedaan middels de cirkel van zelfwaardering (Jenkins, Hoste, Meyer & Blisset, 2011). De cirkel van zelfwaardering geeft informatie over de verhoudingen tussen diverse levensgebieden (sociaal, lichaam, werk, opleiding, sport et cetera), waar iemand zelfwaardering uit haalt. Psychomotorische therapie leent zich er goed voor om op een visuele wijze met behulp van materiaal inzichtelijk te maken hoe groot doorgaans het aandeel lichaamswaardering in de cirkel is. Verder kan de psychomotorisch therapeut vragenlijsten over lichaamsbeleving afnemen en bespreken om samen met de patiënt meer zicht te krijgen op de mate waarin de lichaamsbeleving verstoord en/of negatief is en wat voor invloed dit heeft op het dagelijks

Patiënten met een eetstoornis stellen dik voelen vaak gelijk aan dik zijn

leven. Daarnaast kan de associatie-oefening (Rekkers & Van Gulik, 2018) ingezet worden om patiënten op een speelse manier bewust te maken van de vaak eenzijdige visuele beleving van hun lichaam in tegenstelling tot de doorgaans veel bredere (bijvoorbeeld ook functionele) beleving van het eigen lichaam van gezonde mensen.

Praktijkvoorbeeld cirkel van zelfwaardering

Een patiënte tekent bij psychomotorische therapie de cirkel van zelfwaardering met krijt op de vloer. Ze gebruikt gekleurde pittenzakjes om de verschillende delen van de cirkel te vullen en te markeren. De patiënte weet dat ze veel waarde hecht aan haar gewicht en lichaamsvormen,

dus dit wordt een groot vlak, gevuld met veel rode pit-tenzakjes. Er is nog een klein beetje ruimte over voor haar werk (blauwe zakjes), sociale contacten (groene zakjes) en kinderen (gele zakjes). Als ze klaar is bekijkt de patiënte de cirkel op een afstand en is geschokt over hoeveel ruimte haar uiterlijk inneemt in de cirkel. Het maakt haar verdrietig, ze zou liever veel meer zelfwaardering willen ontleenen aan haar moederschap.

Body checken, vergelijken met anderen en vermijding

Bij dit element staat de aanpak van het controleren van het lichaam (body checken), het vergelijken met anderen en het vermijden centraal. Dit gedrag houdt namelijk de overwaardering van het lichaam en de negatieve lichaamswaardering in stand. Onder body checken wordt verstaan: het letterlijk voelen van lichaamsdelen, maar bijvoorbeeld ook het obsessief in spiegels of spiegelende oppervlakken kijken naar het eigen lichaam. Het stoppen van body checken is een hoofddoel, om daarmee belangrijke achterdeuren van de eetstoornis te kunnen sluiten (Fairburn, 2008). Bij het vergelijken met anderen wordt over het algemeen het eigen lichaam ten negatieve vergeleken met lichamen van anderen. En onder vermijding valt het vanwege het uiterlijk vermijden van sociale situaties, bepaalde kleding, spiegels en lichaamscontact.

Het body checken, vergelijken met anderen en het vermijden wordt binnen de CBT-E in huiswerkopdrachten geregistreerd. Psychomotorische therapie kan hierin aanvullen

Zich dik voelen kan fungeren als een manier om een moeilijke emotie niet te voelen

door het body checken, vergelijken met anderen en het vermijden zichtbaar en voelbaar te maken in de therapieruimte, met als doel de bewustwording van dit gedrag verder te vergroten en vervolgens het body checken te begrenzen en het vergelijken en vermijden ten positieve te veranderen met behulp van gedragsexperimenten en lichaams-exposure. Voor de toepassing van lichaams-exposure kan gebruik worden gemaakt van (onderdelen uit) het protocol *Positieve lichaamsbeleving* (Rekkers & Van Gulik, 2018).

Dik voelen

Veel patiënten met een eetstoornis voelen zich dik en stellen dik 'voelen' vaak gelijk aan dik 'zijn' ongeacht het gewicht of de lichaamsvorm (Fairburn, 2008). Het dik voelen kan leiden tot minder (willen) eten en compensatiegedrag, wat de eetstoornis in stand houdt. Binnen de CBT-E wordt er psycho-educatie gegeven over de verschillende

redenen waardoor men zich dik kan voelen (onder andere verzadiging en strakke kleding) en wordt het dik voelen geregistreerd. In de psychomotorische therapie kan extra psycho-educatie gegeven worden over 'het dik voelen' (Keizer et al., 2011; Keizer et al., 2013). Daarnaast kunnen binnen psychomotorische therapie interventies aangeboden worden die patiënten tegenbewijzen voor het dik zijn opleveren. Voorbeelden hiervan zijn de touwtjesoefening (Rekkers & Van Gulik, 2018; Sherman & Thompson, 2001), de hoepeltraining (Keizer et al., 2018) en lichaamsteekeningen. Tevens kan bij de psychomotorische therapie spelenderwijs ervaren worden hoe groot de omvang van het eigen lichaam is.

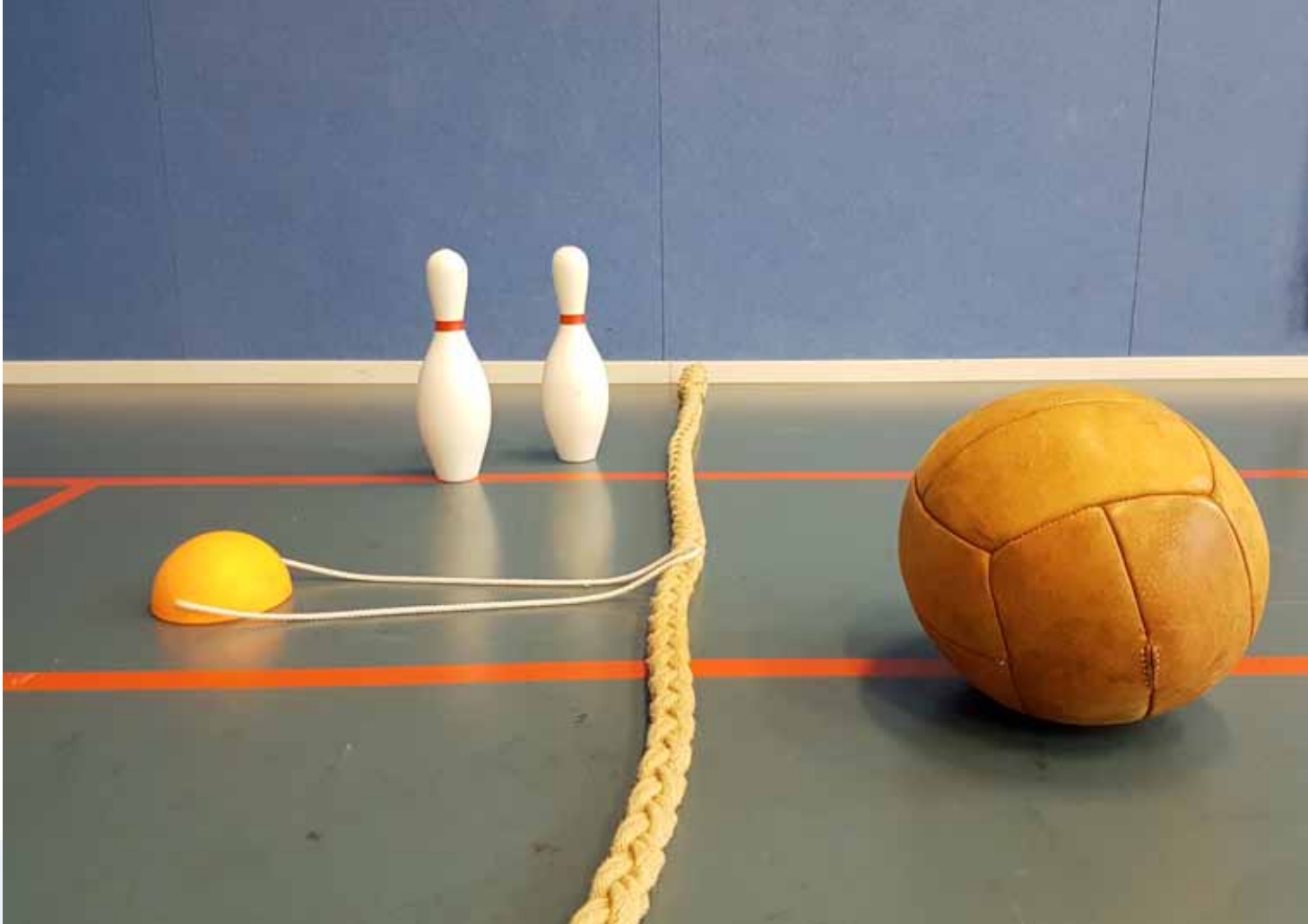
Praktijkvoorbeeld spelvorm dik voelen

In de psychomotorische therapie wordt de volgende opdracht gegeven door de psychomotorisch therapeut aan de negen groepsleden: "Ga samen op de aanwezige stoelen staan. We beginnen met zes stoelen en elke keer als het gelukt is, wordt er één stoel weggehaald." Na een aantal rondes wil een groepslid niet meer meedoen. Ze spreekt uit dat ze denkt er niet meer bij te passen, qua omvang van haar lichaam en dat de stoel haar gewicht, naast dat van anderen, niet kan houden. De groepsleden halen haar over om het toch te gaan doen. Ze ervaart tot haar verbazing dat het wel past en dat de stoel het kan houden. Na afloop is het betreffende groepslid verward over haar gedachten en gevoelens over eigen omvang en gewicht.

Belangrijk om te noemen is dat het dik voelen ook geduid kan worden als een signaal of vervanging voor mogelijk een andere emotie. Het dik voelen kan in deze context benoemd worden als een 'vervanggevoel'. Het dik voelen fungeert dan als het ware als een manier om een moeilijke/bedreigende emotie niet te voelen. Dit dik voelen voelt ook niet fijn, maar er is wel een oplossing voor, namelijk afval-len. Bij de paragraaf over het in stand houdende mechanisme 'verstoorde emotieregulatie' wordt hier verder op ingegaan.

De oorsprong van overwaardering van lichaam en gewicht

Bij dit element wordt binnen de CBT-E de oorsprong van de over-evaluatie van lichaam en gewicht onderzocht. Deze oorsprong geeft mogelijk (nieuwe) inzichten waarom de patiënt in het hier en nu zoveel met het eigen lichaam en gewicht bezig is. Psychomotorische therapie-interventies, gericht op het maken, zien en ervaren van een historisch overzicht zijn: een symbolische levenslijn maken met materiaal, een grafiek maken van het verloop van de lichaamsbeleving gedurende het leven, een anamnese afnemen gericht op lichaamsbeleving, of een patiënt een fotoboek laten maken over het eigen leven (Rekkers & Schoemaker, 2002; Rekkers & Van Gulik, 2018).



Symbolische levenslijn.

Praktijkvoorbeeld symbolische levenslijn

In zaal ligt een lang touw met materialen aan beide zijden. Het touw staat symbool voor de levenslijn, die loopt van nul jaar tot de huidige leeftijd van de patiënte. Aan weerskanten heeft de patiënte materialen neergezet, die fungeren als symbool voor belangrijke gebeurtenissen tijdens haar leven. De psychomotorisch therapeut en de patiënte lopen samen langs de levenslijn en staan bij de diverse materialen stil. Er staat een pion bij de leeftijd van zeventien jaar. Deze staat voor het overlijden van een vriendin. Ze heeft hier nooit over gepraat met anderen. Ter plekke merkt ze dat ze verdrietig wordt, maar ook een boos gevoel krijgt over het in de steek gelaten voelen door de vriendin. Als ze dit benoemt naar de therapeut, verdwijnt het verdriet en de boosheid naar de achtergrond en voelt ze zich opeens ontzettend dik. Het wordt zo duidelijk dat er nog een rouwtaak ligt en hoe moeilijk het is voor de patiënte om deze gevoelens toe te laten en niet te vervangen door 'dik voelen'.

Versterken andere domeinen van zelfevaluatie

Om de overwaardering van lichaam en gewicht te verkleinen kunnen andere domeinen van zelfevaluatie worden vergroot. Hierbij is het belangrijk dat iemand leert dat hij/zij meer is dan alleen het uiterlijk. In het CBT-E-protocol wordt bij dit element een plan gemaakt om nieuwe activiteiten te gaan ontdekken en op te pakken.

In de psychomotorische therapie kan in dit kader vooral aandacht besteed worden aan het verbreden van lichaamsbeleving. Dat wil zeggen, iemand kan het eigen lichaam ook waarderen op functionaliteit (functionele lichaamsbeleving) en lichaamscontact (tactiele lichaamsbeleving) (Rekkers & Van Gulik, 2018). Psychomotorische therapie-interventies kunnen in dit kader gericht zijn op het opdoen van positieve ervaringen met betrekking tot het functioneren van het lichaam, zoals het beleven van plezier, kracht en/of ontspanning tijdens sport-, spel- en dansvormen. Daarnaast kunnen positieve ervaringen met betrekking tot aanraken (bijvoorbeeld massagevormen) aangeboden worden om de lichaamsbeleving verder te verbreden.

Verstoorde emotieregulatie

Wanneer blijkt dat problemen in het verdragen en omgaan met lastige emoties een in stand houdend mechanisme is van de eetstoornis dan wordt ook dit in fase drie aangepakt. Het doel is: het verminderen van de invloed van lastige emoties op het eetgedrag en het ontwikkelen van helpende strategieën om te leren omgaan met lastige emoties. In het CBT-E-protocol komen hierbij de volgende drie stappen aanbod: psycho-educatie, registreren van lastige emoties en het bedenken van strategieën. Aangezien voor de laatste twee stappen de inzet van psychomotorische therapie een duidelijke meerwaarde kan hebben, zouden patiënten in fase drie verwezen kunnen worden naar

psychomotorische therapie specifiek gericht op emotieregulatie als aanvullend behandelaanbod tijdens het reguliere CBT-E-protocol. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies gericht op het herkennen van emoties sluiten immers goed aan bij het fysiek ervaren van de emoties en de behoefte aan actieve strategieën, die kunnen aanzetten tot een doorvoelde gedragsverandering (Rekkers & Boerhout, 2018).

Om emoties adequaat te kunnen registreren tijdens de tweede stap, is het belangrijk om deze emoties te herkennen (Derks, Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Om emoties te leren herkennen wordt in de psychomotorische therapie uitgegaan van verschillende niveaus van herkennen (Van de Blink, Dijk & Verschuur, 2019). Eerst wordt de aandacht gericht op het opmerken van lichaamssignalen en vervolgens worden deze signalen gekoppeld aan spanning en daarna gekoppeld aan emoties (Lane, Quinlan, Schwartz, Walker & Zeitlin, 1990). Het dik voelen, waarover eerder werd geschreven, kan hierbij ook aan bod komen en wordt gezien als een 'vervangevoel', waarmee wordt bedoeld dat het dik voelen gekoppeld is aan een lastige of bedreigende emotie, bijvoorbeeld boosheid, verdriet of angst. Voorbeelden van psychomotorische therapie-arrangementen en interventies gericht op het herkennen van lichaamssignalen en het koppelen van deze signalen aan spanning en emoties zijn: *controlled approach*, mindfulness, aandachtsoefeningen, balansoefeningen, werkvormen met ogen dicht en actieve werkvormen waarbij spierkracht en uithoudingsvermogen worden gebruikt.

De derde stap is het ontwikkelen van strategieën die kunnen worden ingezet bij lastige emoties om te voorkomen dat deze emoties veranderingen in het eten als gevolg hebben. De coping van patiënten met een eetstoornis voor spanning en lastige emoties is vaak gericht op het weg willen maken van deze gevoelens, wat zich uit in overmatig bewegen, eetgestoord gedrag en/of automutilatie (Truglia et al., 2006; Krug et al., 2008). Binnen de psychomotorische therapie kan gewerkt worden aan het onderzoeken en ervaren van gezonde copingvaardigheden en het leren om deze vaardigheden tijdig in te zetten. Hierbij wordt

Interventies kunnen gericht zijn op het opdoen van positieve ervaringen met betrekking tot het functioneren van het lichaam

onder meer gebruikgemaakt van actieve werkvormen waarbij spierkracht en uithoudingsvermogen worden gebruikt, mindfulness en interventies uit de dialectische gedragstherapie (Linehan, 1987) en de VERS-training (Freije, & Well, 2012; Trimbos-instituut, 2016).

Voor het adequaat reguleren van de emotie woede, die een groot aandeel blijkt te hebben in de eetpsychopathologie, is een psychomotorische therapiemodule ontwikkeld en onderzocht (Boerhout et al., 2013). Wanneer er sprake is van internaliserende woede, die zich kan uiten in eetgestoord en/of zelfdestructief gedrag, wordt in deze module geleerd om agressie op een gezonde manier naar buiten toe te richten. De module bestaat uit 'stamp-stoot-stem'-oefeningen. Uit onderzoek naar deze module blijkt dat het internaliseren van de agressie sterk vermindert en dat dit tevens een gunstig effect heeft op de eetstoornispathologie (Boerhout, Swart, Van Busschbach & Hoek, 2016; Boerhout, Swart, Voskamp, Troquete, Van Busschbach & Hoek, 2017). Ook deze module zou goed inzetbaar zijn als aanvullend behandelaanbod in de derde fase van het CBT-E-protocol.

Praktijkvoorbeeld boksoefening

In de zaal hangt een bokszak, één patiënte draagt bokshandschoenen en de therapeut staat naast haar om haar te ondersteunen. De patiënte begint voorzichtig te boksen. Ze vindt het spannend om haar kracht te laten zien, want het maakt haar angstig dat ze hier geen controle over heeft. Tijdens het boksen wordt er gewerkt met een op- en afbouw van kracht middels percentages van kracht: 25% - 50% - 75% - 100% - 75% - 50% - 25%. Door tijdens het boksen haar lichaamssignalen waar te nemen en te ervaren dat ze controle heeft, doordat ze kan op- en afbouwen, durft ze in de loop van de sessie steeds iets steviger te boksen. De patiënte maakt zelf de verbinding met de moeite van het uiten van boosheid, uit angst de controle te verliezen. Ze zou hiermee graag willen oefenen. Samen met de therapeut onderzoekt ze de mogelijkheden om haar boosheid te uiten, zowel fysiek als verbaal.

Overmatig beweeggedrag (compensatiegedrag)

Overmatig bewegen wordt binnen CBT-E beschreven als bewegen in buitensporige mate, ofwel in lichamelijke ofwel in psychosociale zin, of beide (Fairburn, 2008). Voorbeelden hiervan zijn het overmatig uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals lang staan of veel wandelen; het doen van een normale sportieve activiteit in extreme frequentie (dagelijks naar de sportschool gaan); of een abnormale manier van bewegen (in enorme hoeveelheden achter elkaar). In alle voorbeelden krijgt het bewegen doorgaans de voorkeur boven andere activiteiten en wordt er over fysieke grenzen heen gegaan. Fairburn (2008) maakt onderscheid tussen compenserend en niet-compenserend bewegen. Als het bewegen gericht is op het compenseren van het overeten, dan wordt ervan uitgegaan dat dit bewegen zal verminderen wanneer de patiënt in fase één van het CBT-E-protocol meer grip krijgt op het overeten. Mocht in fase twee blijken dat dit niet voldoende is verminderd, dan kan dit com-

pensatiegedrag in fase drie extra aangepakt worden. Als er echter sprake is van niet-compenserend bewegen is de link met eten minder groot en is er vaak sprake van een bepaalde routine of gewoonte, gekoppeld aan een functionele emotieregulatie.

Wanneer er sprake is van overmatig compenserend bewegen wordt aangeraden het bewegen te registreren en ver-

Wanneer er sprake is van overmatig compenserend bewegen wordt aangeraden het bewegen te registreren

volgens strategieën en technieken te gebruiken om patiënten aan te moedigen tot gezond bewegen (Dalle, Calugi & Marchesini, 2008; Grave, 2009; Touyz, Hay & Noetel, 2017).

In de aanpak van overmatig bewegen kan, op indicatie, in fase drie het door psychomotorisch therapeuten gebruikte vierfasenmodel, zoals beschreven in het *Handboek Eetstoornissen* (Rekkers & Boerhout, 2018), toegepast worden. Hierbij wordt in de eerste fase, naast het invullen en bespreken van vragenlijsten met betrekking tot bewegingsdrang en motivatie, psycho-educatie over gezond bewegen gegeven om zo meer inzicht in het probleem te creëren. In fase twee worden voor- en nadelen van het beweeggedrag geïnventariseerd en vindt er registratie plaats van de bewegingsactiviteiten. In fase drie staat het maken van een plan centraal, waarmee toegewerkt kan worden naar een gezond bewegingspatroon. In de daarop volgende actiefase zijn de psychomotorische interventies met name gericht op: plezier ervaren in het bewegen in plaats van de focus hebben op calorieën verbranden, kennis maken en experimenteren met sociaal sporten in plaats van solitair sporten en de balans ervaren in bewegen en ontspanning. Tot slot maken de psychomotorisch therapeut en de patiënt samen een terugvalpreventieplan.

Praktijkvoorbeeld Sporten in verschillende 'versnellingen'

De patiënte en de psychomotorisch therapeut kiezen samen een sportieve activiteit. Het wordt badminton. Voor zij gaan overspelen, gooien ze met een dobbelsteen. De vlakken van de dobbelsteen staan voor zes verschillende intensiteitsniveaus, waarbij één staat voor heel rustig overspelen en zes voor zeer intensief overspelen. Door de dobbelsteen te volgen wordt de patiënte zich bewust van haar eigen handelen. Ze merkt dat ze normaal altijd op niveau zes beweegt en het heel lastig vindt om op een rustiger manier te bewegen. Iedere drie minuten wordt opnieuw met de dobbelsteen gegooid. De psychomotorisch therapeut neemt tussendoor tijd om samen met patiënte lichaamssignalen waar te nemen door vragen te stellen

als: "Wat merk je met betrekking tot je ademhaling of je spierspanning of je temperatuur?" De patiënte merkt hoe moeilijk ze deze lichaamssignalen kan voelen en dat ze hier normaal gesproken aan voorbij gaat. Aan het eind van de activiteit wordt de koppeling gemaakt naar bewegen in het dagelijks leven en bedenken patiënte en therapeut samen een haalbare huiswerkopdracht om te oefenen met meer balans te creëren in intensief en ontspannend bewegen.

Conclusie

De inzet van psychomotorische therapie binnen of in combinatie met CBT-E is om meerdere redenen van meerwaarde. De overwaardering van lichaam en gewicht (lichaamsbeleving) is volgens Fairburn (2008) een zeer belangrijk in stand houdend mechanisme en als er te weinig of geen adequate behandeling voor wordt geboden, kan dit leiden tot terugval in de eetstoornis (Keel, 2010; Steinhausen, 2009). Psychomotorische therapie standaard inzetten in fase drie van het CBT-E-protocol zal het behandelen van de lichaamsbeleving versterken, temeer omdat er binnen de psychomotorische therapie, door onderzoek onderbouwde, behandelinterventies zijn ontwikkeld op het gebied van lichaamsbeleving, zoals bijvoorbeeld het Protocol Positieve lichaamsbeleving (Rekkers & van Gulik, 2018) en de Hoepelinterventie (Keizer et al., 2018). Daarnaast kan het ervaringsgericht werken van de psychomotorische therapie soms beter aansluiten, andere perspectieven bieden of effectiever zijn dan verbale therapie; niet alleen als het over lichaamsbeleving gaat, maar ook wat betreft de twee andere door Fairburn (2008) beschreven in stand houdende factoren: verstoorde emotieregulatie en compensatiegedrag.

Voor zowel emotieregulatie als compensatiegedrag zou psychomotorische therapie op indicatie ingezet kunnen worden als aanvullend aanbod in fase drie van het CBT-E-protocol. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies sluiten goed aan bij het enerzijds leren herkennen van lichaamssignalen gekoppeld aan emoties en anderzijds bij het praktisch oefenen met adequate regulatiestrategieën. De door Boerhout et al. (2013) ontwikkelde module agressieregulatie is hier een mooi voorbeeld van. Als overmatig beweeggedrag ingezet wordt als compensatiegedrag kan in fase drie het door psychomotorisch therapeuten gebruikte vierfasenmodel (Rekkers & Boerhout, 2018) toegepast worden.

De effectiviteit van de inzet van psychomotorische therapie binnen of in combinatie met het CBT-E-protocol, moet nog worden aangetoond, maar wordt op dit moment onderzocht bij GGNet Amarum. We hopen met dit artikel de meerwaarde van psychomotorische therapie binnen een CBT-E-behandeling te hebben laten zien en mogelijk hiermee zowel andere psychomotorisch therapeuten als CBT-E-behandelaren enthousiast te hebben gemaakt om hier ook mee te gaan werken en op effectiviteit te onderzoeken.

Literatuur

- Blink, M. van den, Dijk, F. & Verschuur, P. (2019). *Het BGM-boek*. Deventer: daM.
- Boerhout, C., Busschbach, J.T. van, Wiersma, D. & Hoek, H.W. (2013). Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 8(4), 241-253.
- Boerhout, C., Swart, M., Busschbach, J.T. van & Hoek, H.W. (2016). Effect of aggression regulation on eating disorder pathology: RCT of a brief body and movement oriented intervention. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 114-121.
- Boerhout, C., Swart, M., Voskamp, M., Troquete, N.A., Busschbach, J.T. van & Hoek, H.W. (2017). Aggression regulation in day treatment of eating disorders: Two-centre RCT of a brief body and movement-oriented intervention. *European Eating Disorders Review*, 25(1), 52-59.
- Dalle Grave, R., Calugi, S. & Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 346-352.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M. & Fairburn, C.G. (2014). Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: immediate and longer-term effects. *Frontiers in psychiatry*, 5, 14.
- Dalle Grave, R., Sartirana, M. & Calugi, S. (2019). Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *International Journal of Eating Disorders*, 52(9), 1042-1046.
- Derks, Y., Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2014). Emotionele gewaarwording. In: B. van Heycop ten Ham, M.L. Hulsbergen & E.T. Bohlmeijer (red.). *Transdiagnostische factoren*. Amsterdam: Boom.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Londen: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Palmer, R.L. & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour research and therapy*, 51(1), R2-R8.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M., . . . Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioural therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Freije, G.K. & Wel, B. van. (2012). Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS). In: T. Ingenhoven, A. van Reekum, B. van Luyn & P. Luyten (red.). *Handboek Borderline Persoonlijkheidsstoornis* (pp. 227-238). Utrecht: De Tijdstroom.
- Grave, R.D. (2009). Features and management of compulsive exercising in eating disorders. *The Physician and sportsmedicine*, 37(3), 20-28.
- Jenkins, P.E., Hoste, R.R., Meyer, C. & Blisset, J.M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 31, 113-121.
- Jong, M. de, Schoorl, M. & Hoek, H.W. (2018). Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a systematic review. *Current opinion in psychiatry*, 31(6), 436-444.

Over de auteurs

Dr. Marlies Rekkers is werkzaam als GZ-psycholoog en psychomotorisch therapeut in een eigen praktijk, met als specialisatie de behandeling van eetstoornissen. Op de RINO Amsterdam geeft zij de zesdaagse leergang eetstoornissen, waarbinnen het CBT-E-protocol als rode draad fungeert. Zij doet promotieonderzoek naar lichaamsbeleving bij eetstoornissen en is als onderzoeker verbonden aan het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim en de Universiteit Utrecht.

E: mrekkers@cs.com

Marjon Voskamp, MA psychomotorisch therapeut en junior onderzoeker. Ze werkt sinds twaalf jaar als psychomotorisch therapeut bij GGNet Amarum, TOPGGz gecertificeerd expertisecentrum voor eetstoornissen te Zutphen. Ze heeft diverse scholingen op het gebied van CBT-E gevolgd, een psychomotorisch therapie-aanbod voor lichaamsbeleving en emotieregulatie ontwikkeld voor de ambulante CBT-E behandelingen en is betrokken bij implementatie van CBT-E binnen Amarum. Bij Amarum is CBT-E de eerste behandelkeuze, met een ambulante, klinische en deeltijdaanbod.

E: marjon.voskamp@ggnet.nl

Sonja Schreurs, MA psychomotorisch therapeut. Ze werkt sinds tien jaar als psychomotorisch therapeut bij GGNet Amarum, TOPGGz gecertificeerd expertisecentrum voor eetstoornissen te Zutphen. Ze heeft diverse scholingen op het gebied van CBT-E gevolgd

en als lid van het inhoudelijk beleidsteam bijgedragen aan het implementeren van CBT-E in de kliniek en deeltijd. Bij Amarum is CBT-E de eerste behandelkeuze, met een ambulante, klinische en deeltijdaanbod. E: sonja.schreurs@ggnet.nl

Aurélië Nieuwenhuijse, MA psychomotorisch therapeut en PhD student. Ze werkt sinds negentien jaar als psychomotorisch therapeut bij Emergis, GGz instelling gespecialiseerd in eetstoornissen te Goes, waar CBT-E de eerste behandelkeuze is bij niet-langdurige eetstoornissen. Zij heeft binnen de instelling de scholing CBT-E gevolgd en sluit binnen de psychomotorische therapie aan bij deze methodiek. Zij doet promotieonderzoek naar bewegingsgedrag bij eetstoornissen en is als onderzoeker verbonden aan de kenniskring van het Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Windesheim en de Universiteit Utrecht.

E: a.nieuwenhuijse@emergis.nl

Hanneke van der Heijden, psychomotorisch therapeut. Zij werkt sinds 2009 als psychomotorisch therapeut bij het Hoogspecialistisch Centrum voor Eetstoornissen, onderdeel van GGZ Oost Brabant, te Helmond. Hier wordt CBT-E klinisch, ambulante en in deeltijd aangeboden. In de deeltijdbehandeling van AN, BN en BED wordt CBT-E in groepsverband aangeboden.

E: ham.heijdevander@ggzoostbrabant.nl

- Keel, P.K. (2010). Update on Course and Outcome in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204.
- Keizer, A., Smeets, M.A.M., Dijkerman, H.C., Hout, M. van den, Klugkist, I., Elburg, A. van & Postma, A. (2011). Tactile body image disturbance in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 190(1), 115-120.
- Keizer, A., Smeets, M.A., Dijkerman, H.C., Uzunbajakau, S.A., Elburg, A. van & Postma, A. (2013). Too fat to fit through the door: first evidence for disturbed body-scaled action in anorexia nervosa during locomotion. *PLoS one*, 8(5), e64602.
- Keizer, A., Engel, M.M., Bonekamp, J. & Elburg, A. van (2018). Hoop training: a pilot study assessing the effectiveness of a multisensory approach to treatment of body image disturbance in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, doi:10.1007/s40519-018-0585-z
- Krug, I., Bulik, C., Vall-Liovera, O., Granero, R., Aguera, Z., Villerojo, C., . . . Fernández-Aranda, F. (2008). Anger expression in eating disorders: Clinical, psychopathological and personality correlates. *Psychiatry Research*, 161(2), 195-205.
- Lane, R.D., Quinlan, D.M., Schwartz, G.E., Walker, P.A. & Zeitlin, S.B. (1990). The Levels of Emotional Awareness Scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of personality assessment*, 55(1-2), 124-134.
- Linehan, M.M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 261.
- Rekkers, M. & Schoemaker, E. (2002). *Gewichtige lichamen. Eetstoornissen en lichaamsbeleving*. Leuven: Acco.
- Rekkers, M. & Gulik, S. van (2018). *Protocol Positieve lichaamsbeleving*. Amsterdam: Boom.
- Rekkers, M. & Boerhout, C. (2018). Psychomotorische therapie. In: G. Noordenbos & A.A. van Elburg (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 277-284). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rekkers, M., Boerhout, C., Nieuwenhuijse, A. & Bonekamp, B. (2019). Psychomotor interventions for eating disorders. In: J. de Lange, O. Glas, J. van Busschbach, C. Emck & T. Schreuwe (Eds.), *Psychomotor interventions for mental health* (pp. 133-161). Amsterdam: Boom.
- Sherman, R.T. & Thompson, R.A. (2001). How I Practice: The Rope Trick. *Eating Disorders*, 9(2), 173-176.
- Steinhausen, H.C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 225-242.
- Touyz, S., Hay, P. & Noetel, M. (2017). Is the neglect of exercise in anorexia nervosa research a case of "running out" of ideas or do we need to take a "LEAP" of faith into the future? *Journal of Eating Disorders*, 5, 35, doi:10.1186/s40337-017-0157-z
- Trimbos-instituut (2016). Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis I (VERS) Begeleidersmap- herziene versie 2016. Verkregen van <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1480-vaardigheidstraining-emotie-regulatie-stoornis-i-vers>.
- Trimbos-instituut (2017). *Zorgstandaard eetstoornissen*. Verkregen van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen/individueel-zorgplan-en-behandeling>.
- Truglia, E., Mannucci, E., Lassi, S., Rotella, C., Faravelli, C. & Ricca, V. (2006). Aggressiveness, anger and eating disorders: A review. *Psychopathology*, 39, 55-68.

Samenvatting

Cognitive behavioural therapy enhanced (CBT-E) wordt binnen de zorgstandaard eetstoornissen beschreven als de eerste behandelkeus voor boulimia nervosa en lichte vormen van anorexia nervosa. De speerpunten van psychomotorische therapie in de behandeling van eetstoornissen, lichaamsbeleving, emotieregulatie en bewegingsgedrag, sluiten naadloos aan bij de beschreven in stand houdende mechanismen binnen CBT-E. Het hoofdgedeelte van de behandeling volgens het CBT-E protocol leent zich bij uitstek voor de inzet van psychomotorische therapie. Hierbij is het uitgangspunt om psychomotorische therapie standaard in te zetten wanneer overwaardering van lichaam en gewicht een in stand houdende factor is en op indicatie als er sprake is van een verstoorde emotieregulatie en/of overmatig beweeggedrag (compensatiegedrag).

advertentie

RINO • amsterdam
opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

→ Een greep uit ons aanbod vaktherapie

Schematherapie bij mensen met een laag IQ
www.rino.nl/092 | 18 juni

Sensorische informatieverwerking in de praktijk van FloorPlay
www.rino.nl/236 | start 17 september

Bewegings- en lichaamsgeoriënteerde interventies
www.rino.nl/830 | start 28 oktober

ACT! voor gevorderden
www.rino.nl/1024 | 4 oktober 2021

Motiveren tot ACTiveren voor vaktherapeuten
www.rino.nl/1063 | 23 november 2021

Affectfobie therapie (AFT) en vaktherapie
www.rino.nl/1083 | zie website

Overige cursussen die door het register vaktherapie geaccrediteerd zijn
www.rino.nl/accreditaties/register-vaktherapie

www.rino.nl