

Invloed van ervaringsgericht leren op het zelfwaardegevoel van eetstoornispatiënten

Theoretisch kader en behandelwijze

Dorien Meeusen

Academiejaar 2009 – 2010

Afstudeerwerk ingediend voor het behalen van het
diploma Bachelor in de Voedings- en dieetkunde

Dankbetuiging

Hierbij wil ik iedereen bedanken die op één of andere manier heeft bijgedragen tot het tot stand komen van dit afstudeerwerk.

Graag zou ik mijn dank willen betuigen aan mijn promotor Rudy Heylen voor de begeleiding, raadgevingen en inspiratie die ik van hem mocht ontvangen. Ook wil ik mijn copromotor Lieve Pensaert bedanken voor de begeleiding, het richting geven en de buitengewone kans die ik van haar gekregen heb.

In het algemeen wil ik alle personen en instanties bedanken die mijn zoektocht naar literatuur vooruit geholpen hebben.

Ook bedank ik de casuspatiënten die bereid waren om met mij hun verhaal te delen; de deelnemers van de groeicursus voor het meewerken aan het onderzoek en de fantastische week.

Verder zou ik mijn dank willen betuigen aan iedereen die de tijd genomen heeft om de vragenlijst tweemaal in te vullen en aan Wim Bertels, Jana Vissers en Sofie Joossens voor het helpen bij de validatie hiervan.

Tot slot bedank ik mijn ouders van wie ik de kans kreeg deze studies te volgen en mijn vriend, broer en zus voor hun steun.

Frequent gebruikte afkortingen

AN	Anorexia Nervosa
BN	Boulimia Nervosa
BED	Binge Eating Disorder
CGT	Cognitieve gedragstherapie
GGG-schema	Gedachten-gevoelens-gedrag-schema
RS-NL	Resilience Scale
LAV	Lichaamsattitudevragenlijst

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	1
2.	Eetstoornissen: algemeen	3
2.1.	Oorzaak.....	3
2.2.	Behandelingen.....	3
2.3.	Ervaringsleren	5
2.3.1.	Kenmerken van ervaringsleren	6
2.3.2.	Ervaringsleren-cyclus van Kolb.....	8
2.3.3.	Studies omtrent de effectiviteit van ervaringsleren	8
2.3.3.1.	Overzichtsstudies	8
2.3.3.2.	Conclusie van studies omtrent de effectiviteit van ervaringsleren	10
3.	Literatuurstudie: oplossingsgerichte therapie	11
3.1.	Case-study: AN	12
3.1.1.	De oplossingsgerichte flowchart.....	14
3.1.2.	Het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente	14
3.1.3.	De coachingdans	15
3.1.4.	Het mandaat.....	17
3.1.5.	Gehanteerde tools	18
3.2.	Case-study : BN/BED	19
3.2.1.	De oplossingsgerichte flowchart.....	21
3.2.2.	Het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente	21
3.2.3.	De coachingdans	22
3.2.4.	Het mandaat.....	24
3.2.5.	Gehanteerde tools	24
3.3.	Andere vormen van therapie	25
4.	Zelfwaardering.....	26
4.1.	Het verband tussen zelfwaardering en zelfbeeld.....	27
4.2.	Het gedachten-gevoelens-gedrag-schema (GGG-schema).....	28
4.3.	Het ontstaan van een negatief zelfbeeld	28
4.4.	De invloed van het leefmilieu op het zelfwaardegevoel	29
4.5.	Het belang van verruimend denken.....	30
4.6.	De behoeftetheorie volgens Maslow in verband gebracht met de piramide van mentale vaardigheden	31
4.7.	De attributietheorie van B. Weiner	32
5.	Onderzoek: Momentane invloed van ervaringsleer op eetstoornispatiënten.....	33
5.1.	Doel.....	33
5.2.	Methode en materialen	33

5.3.	Resultaten	35
5.4.	Conclusie	39
6.	Invloed op lange termijn van ervaringsleren op eetstoornispatiënten	40
7.	Bevindingen omtrent de groeicursus op basis van ervaring	40
	Conclusie	42
	Samenvatting	43
	Summary	45
	Literatuurlijst.....	46
	Bijlagen	49

1. Inleiding

Dit afstudeerwerk vormt het sluitstuk van de opleiding Bachelor Voedings- en Dieetkunde aan de KHLeuven. Het onderwerp voor dit afstudeerwerk werd gekozen naar aanleiding van de groeicursus die georganiseerd werd in samenwerking met Outward Bound®. Het doel van dit afstudeerwerk is om te onderzoeken of de groeicursus, die gebaseerd is op de methodiek van het ervaringsleren, als een begeleidingsmethode voor eetstoornispatiënten gebruikt kan worden.

In april 2010 werd een groeicursus voor mensen met een eetstoornis georganiseerd. Om het mogelijke effect van deze vijfdaagse te kunnen meten was er nood aan een gevalideerde vragenlijst over zelfwaardering. Het doel van dit afstudeerwerk werd het ontwikkelen van een gevalideerde vragenlijst die nagaat of een ervaringsgerichte coaching met opvolging van een oplossingsgerichte begeleiding een invloed heeft op het zelfwaardegevoel van eetstoornispatiënten.

In dit werk worden verschillende behandelmogelijkheden bij eetstoornissen besproken. Ervaringsleren wordt gekaderd en de bewezen effecten hiervan worden aangehaald. Er wordt ingegaan op de oplossingsgerichte therapie en de coachingdans, zoals beschreven door L. Cauffman. Verder wordt de theorie van Prochaska en DiClemente als model voor gedragsveranderingen uitgewerkt. Deze theorieën en modellen worden aan de hand van twee case-studies besproken.

Verder wordt er dieper ingegaan op het zelfwaardegevoel, hoe dit beïnvloed wordt door intrinsieke en extrinsieke factoren. Eveneens worden de verschillende aspecten van het zelfbeeld behandeld en gelinkt met het zelfwaardegevoel.

Vervolgens wordt het ontstaan van de vragenlijst en de resultaten ter validering hiervan uitgewerkt.

De link tussen deze verschillende aspecten is de groeicursus. In deze cursus die georganiseerd werd in samenwerking met Outward Bound® komen de elementen oplossingsgerichte coaching, ervaringsleren en de screening aan de hand van de vragenlijst samen. De eetstoornispatiënten die aan de groeicursus deelnamen, volgden en blijven verder opgevolgd via een oplossingsgerichte begeleiding, waarbij de diëtiste de basishouding van motivational interviewing aanneemt. Aan de hand van de vragenlijst wordt het zelfwaardegevoel van de eetstoornispatiënten gemeten, zowel voor als na de deelname aan de groeicursus.

Dit alles wordt in de volgende hoofdstukken beschreven en afgesloten met een conclusie en een samenvatting.

2. Eetstoornissen: algemeen

Er bestaan verschillende soorten eetstoornissen. In dit afstudeerwerk zal er vooral over Anorexia Nervosa (AN), Bouleimia Nervosa (BN) en Binge Eating Disorder (BED) gesproken worden.

Eetstoornissen is een problematiek waarmee voornamelijk westerse meisjes en vrouwen geconfronteerd worden. Predisponerende factoren zijn onder andere weinig zelfvertrouwen en een negatieve lichaamsbeleving. Vandaar dat er in dit werk vooral over het vrouwelijk geslacht gesproken wordt, ook al komen eetstoornissen eveneens bij jongens en mannen voor. [1]

2.1. Oorzaak

Het komt voor dat een eetstoornis ontwikkeld wordt, niet zozeer om af te slanken, maar door andere motieven. Zo kan het zijn dat iemand een eetstoornis ontwikkelt omdat zij hoopt zo meer zelfvertrouwen te verwerven, meer geaccepteerd en aardiger gevonden te worden door anderen. Het komt ook voor dat men bij aanvang van het vermageringsproces helemaal niet te dik is, maar dat men zich te dik voelt. Dit construct wordt door een eetstoornispatiënt gevormd, doordat ze slechts één aspect van haar persoonlijkheid in acht neemt (zie 4.5). Klinisch is het niet waarneembaar dat ze te dik zijn. Men stelt zich bij het afslanken geen grens voorop of men verlegt de grens steeds tijdens de vermageringsfase. [2]

2.2. Behandelingen

Een kenmerk van eetstoornispatiënten is een sterk uitgesproken lichaamsontevredenheid. Als behandeling van eetstoornissen wordt internationaal de cognitieve gedragstherapie (CGT) toegepast. Deze therapie richt zich voornamelijk op de onderhoudende factoren van de eetstoornis, zoals de verstoorde informatieverwerking, waaraan (gekleurde) gedachten en het (gestoorde) eetgedrag gekoppeld zijn. Eveneens worden bij CGT de oorzakelijke factoren behandeld. De CGT heeft als doel dat men objectiever naar zichzelf leert kijken in plaats van naar mensen uit de omgeving. Ook wordt er aangeleerd om beslissingen te nemen op basis van het maken van een balans, in tegenstelling tot zwart-wit redenering. Eveneens wordt er getracht om problemen op te lossen, in plaats van ze te vermijden. Er wordt geleerd om keuzes te maken, hoe om te gaan met kritiek en zichzelf te zijn in contact met anderen. Bij deze therapie wordt er

geleerd om vorm te geven aan de persoonlijkheid van de patiënt in plaats van de persoonlijkheid te vervangen door vorm te geven aan het uiterlijk. [2]

Bij de behandeling van eetstoornissen is het belangrijk niet enkel aandacht te besteden aan het eetgedrag, het gewicht en het lichamelijk herstel, maar ook aan het verbeteren van de lichaamsbeleving en zelfwaardering, evenals aan het herstel van sociale contacten. Een eetstoornis is immers meer dan enkel een probleem met voeding en gewicht en vindt zijn ontstaan door een interactie tussen psychologische, sociale en biologische factoren (zie 4). [3][4]

Er zijn verschillende preventiestrategieën voor eetstoornissen zoals media bewustwording; eigenwaarde en zelfvertrouwen; verbetering lichaamsbeleving; gezond en voldoende eten; gezond bewegen; sociale vaardigheden; oplossingsvaardigheden; e.a.. [2]

In dit werk wordt er dieper ingegaan op eigenwaarde en zelfvertrouwen.

Naast CGT bestaan er nog verschillende behandelingen voor de aanpak van eetstoornissen. Voorbeelden zijn een ambulante behandeling, psychodiagnostiek, individuele therapie, groepstherapie, partnersgesprek, familietherapie, non-verbale therapie¹, zelfhulpboeken, e.a. Er wordt aangeraden om jeugdige patiënten met AN, eventueel na het bereiken van gewichtsherstel in een klinische behandeling, te behandelen met een vorm van systeemtherapie². Bij volwassen patiënten met AN, opteert men voor een vorm van ambulante psychotherapie, na het bereiken van gewichtsherstel in een klinische behandeling. [5]

Er zijn dus tal van behandelingen voor mensen met eetstoornissen, maar ze zijn niet allemaal even effectief. Veel patiënten genezen nooit. De duur van de ziekte is gemiddeld 7,5jaar, 40 tot 60% van alle gevallen kent een gunstig verloop en bij 1/3 is een eetstoornis chronisch. Het is belangrijk dat de behandeling noch te vroeg, noch te laat gestart wordt. Wanneer er te vroeg met de behandeling begonnen wordt, kan een eetstoornis in de hand gewerkt worden, doordat dit als iets bijzonder aanzien zal worden. Als de behandeling te laat start, is het moeilijker om het gedrag van de patiënt

¹ Non-verbale therapie is elke behandelvorm die niet via gesprekken te werk gaat. Het probleem wordt aangepakt door het doen van oefeningen, of met creatieve uitingsvormen. Het uiten van gevoelens en het veranderen van negatieve beelden over zichzelf en het lichaam staan hierin centraal.

² Systeemtherapie = gezinstherapie

te veranderen. De kans op herstel is theoretisch 100% als de behandeling binnen het jaar gestart wordt.

Men is nog steeds bezig met het zoeken naar andere therapieën om eetstoornissen te behandelen. Zo wordt in 2010 voor de eerste maal een groeicursus georganiseerd door twee diëtisten, L. Pensaert en E. Velghe, in samenwerking met Outward Bound®. Deze groeicursus wordt gegeven tijdens een vijfdaagse. De doelgroep die de twee diëtisten voor ogen hebben zijn volwassen vrouwen, aangezien de bestaande therapieën zich vooral richten op jongere patiënten. De overige voorwaarden waaraan de deelnemers moeten voldoen is dat ze aan een chronische eetstoornis lijden en dat ze hiervoor reeds in ambulante multidisciplinaire behandeling zijn. Om de effectiviteit van datgene dat men tijdens de vijfdaagse met Outward Bound® tracht te bereiken efficiënter te maken, dient men ook na deze week nog therapie te blijven volgen. Tijdens de vijfdaagse met Outward Bound® zal getoetst worden of ervaringsleer een invloed heeft op deze patiënten met eetstoornissen. De aandacht zal niet zozeer liggen op het wijzigen van het eetgedrag of het gewicht van de patiënten. Er worden allerlei opdrachten, buiten het gewone kader van deze mensen, aangeboden. Deze activiteiten worden gevolgd door reflectiegesprekken met de bedoeling een verbetering van hun zelfwaardegevoel te bekomen. Dit zal nagegaan worden aan de hand van een gevalideerde vragenlijst die de patiënten zowel voor als na de groeicursus dienen in te vullen.

2.3. Ervaringsleren

Over wat ervaringsleren is, bestaat veel onduidelijkheid. Ervaringsleren is leren door of uit ervaringen. Het kan omschreven worden als het verwerven van kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes, ontstaan door eigen ondervinding tijdens een belevenis. [6][7]

Ervaringsleer wordt gebruikt voor een diversiteit aan projecten, zoals ook voor de groeicursus in samenwerking met Outward Bound®. Het doel van de organisatie Outward Bound® is om mensen te helpen bij zelfontplooiing, zowel in hun relaties met anderen, als op persoonlijk en professioneel vlak. Aan de hand van outdoor ervaringsleren zullen de deelnemers intense ervaringen opdoen. Deze ervaringen worden vervolgens in een reflectiegesprek geanalyseerd om na te gaan wat en hoe het zich voltrok en wat men daaruit kan leren. De deelnemers, in dit geval patiënten met een eetstoornis zullen dus eerst zelf ervaren en vervolgens daaruit leren. [6][7][8]

2.3.1. Kenmerken van ervaringsleren

De basisveronderstelling van ervaringsleren is dat leren gekoppeld is aan de directe, concrete ervaring. Persoonlijke hier-en-nu ervaringen vormen de vertrekbasis van het leerproces. Behalve begripsvorming gaat het ook om het zelf doen, om het zelf in levende lijve te ondervinden. Ervaren wordt hier als een holistisch proces gezien dat de mens in zijn geheel (mentaal, fysiek, emotioneel en cognitief) betreft. [9]

Ervaringsleer is gericht op persoonsvorming, zowel inter- en intrapersonlijke vorming staan centraal in het ervaringsleren. Aan de hand van ervaringsleer wordt o.a. het zelfwaardegevoel, het (zelf)vertrouwen en het zelfinzicht gestimuleerd. [8][9]

Het is belangrijk dat het nieuwe, geleerde gedrag geïntegreerd wordt in het dagdagelijkse leven. Ervaringsleren beoogt 'deep learning', een duurzame integratie van datgene dat geleerd werd, zodat het geleerde deel gaat uitmaken van de persoon zelf. [9]

Het is van belang dat wat men leert door ervaringsleer verankerd wordt in het dagelijkse leven. Reflectie en bewustwording spelen hierbij een cruciale rol. Ervaringen uit het verleden worden zo verbonden met het hier-en-nu en met de toekomst. [9]

Het leerproces van de lerende staat centraal bij ervaringsleer. Het is de lerende en niet de begeleider die de doelstellingen en het tempo van het leerproces bepalen. Bij ervaringsleer wordt er ruimte voor initiatief, keuzes en verantwoordelijkheid van de lerende gecreëerd. De lerende bepaalt zelf zijn grenzen, hij mag zelf bepalen of hij al dan niet aan de opdracht deelneemt. [8][9][10]

Ervaringsleren houdt in dat het om een open programma gaat. De begeleider gaat aan de slag met wat er zich op dat ogenblik in de groep aandient. Het ervaringsleerprogramma behoort flexibel te zijn, rekening houdend met de noden en thema's die in de groep leven. [8][9]

Verder heeft ervaringsleer een duidelijk proceskarakter. De activiteit en het eindresultaat zijn van minimaal belang, het is het proces van zowel de groep als van de individuen dat centraal staat. De taak van de begeleider bestaat erin om het proces in goede banen te leiden en te ondersteunen. [9]

De intensiteit van de ervaringen is eveneens een essentieel kenmerk van ervaringsleer. Ervaringen moeten beklijven. De opdrachten moeten uitdagend³ en haalbaar zijn, zodat een succeservaring mogelijk is. Opeenvolgende mislukkingen kunnen immers erg demotiverend zijn. Het is niet noodzakelijk om een succeservaring te bereiken voordat men iets leert. Men kan eveneens inzichten verwerven uit het falen of weigeren van deelname aan een activiteit. [8][9]

Een niet-alledaagse context is niet noodzakelijk voor ervaringsleer, maar het stimuleert wel het leerproces. Het onbekende of onvoorspelbare bevordert de gedragsverandering. Het onvoorspelbare haalt mensen uit hun evenwicht. Men kan niet terugvallen op gekend gedrag, waardoor de persoonlijke probleemaanpak zichtbaarder wordt. Het onbekende daagt eveneens uit om ongekende capaciteiten van zichzelf te verkennen en aan te spreken. [11]

De natuur wordt vaak gebruikt als niet-alledaagse context, waarin er geen alledaagse activiteiten zoals grotverkenning, een trektocht, klimmen e.a. worden gedaan. De deelnemers participeren in handelingen die ze niet gewoon zijn te verrichten. Ze worden geconfronteerd met situaties die ze nog nooit eerder meemaakten, waardoor ze zichzelf beter leren kennen. Na de activiteiten wordt er gereflecteerd over wat er allemaal gebeurd is. Tijdens het reflectiegesprek kunnen eventuele conflicten uitgepraat worden en krijgt iedereen de kans om over ervaringen en gevoelens te praten. [8]

Tijdens de activiteiten leert men heel wat bij over zichzelf. Men doet dingen die men misschien nooit voor mogelijk hield, of men ontplooit zich tot iemand waarop anderen kunnen steunen. Hierbij wordt er gewerkt aan persoonlijkheidskenmerken zoals zelfbeeld, zelfvertrouwen en de manier waarop men met anderen omgaat. [8]

Tijd is een belangrijke factor in ervaringsleer. Leren is een proces dat tijd vraagt, zeker omdat ervaringsleren diepgaand leren en integratie beoogt. Groepsdynamica is eveneens van belang bij ervaringsleer. Groepsdynamische processen oefenen veel invloed uit. Het hangt van groep tot groep af hoever je op één dag vordert in het leerproces. [8][9]

³ Met uitdagende opdrachten wordt hier bedoeld: grensverleggende opdrachten, niet zozeer fysiek, maar op inter- en intrapersoonlijk gebied.

2.3.2. Ervaringsleren-cyclus van Kolb

Kolb stelt ervaringsleren voor als een continu en cyclisch proces, dat geen vast begin en eindpunt heeft (bijlage 1). Vier belangrijke "momenten" volgen elkaar op. De beweging van het ene naar het andere "moment", het omzetten van, vormt de essentie van het ontwikkelingsproces. Iedereen heeft bepaalde ervaringen die men zelf actief meemaakt. Vervolgens wordt er over deze ervaring nagedacht, wordt er geobserveerd hoe deze situatie aangepakt werd. Deze observaties worden geïnterpreteerd en er worden conclusies uit getrokken. Aan de hand van de conclusies kunnen nieuwe strategieën bedacht worden. Met deze nieuwe manier van denken kan er actief geëxperimenteerd worden. [8]

2.3.3. Studies omtrent de effectiviteit van ervaringsleren

In 2008 is er een literatuurstudie gedaan over Nederlandstalig onderzoek naar de effecten van 'outdoor'-programma's, zoals Outward Bound®. Hieruit bleek dat 'outdoor education' een positieve invloed heeft op diverse persoonskenmerken zoals zelfvertrouwen, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid. [8]

De effecten die *binnen de Nederlandstalige literatuur* omschreven werden zijn allemaal matig positief. Vrijwel nergens worden er negatieve effecten beschreven. Er is dus reden om aan te nemen dat outdoor-programma's nuttig zijn. [8]

Over het algemeen blijken 'outdoor education'-programma's een laag tot gemiddeld positief effect op het zelfbeeld en de persoonlijke kenmerken en vaardigheden te hebben.

2.3.3.1. Overzichtsstudies

De grootste Nederlandstalige overzichtsstudie was die van Hattie en medewerkers (1997). Hieruit werden positieve effecten voor leiderschapsvaardigheden en voor bepaalde componenten van het zelfbeeld, namelijk: onafhankelijkheid, zelfvertrouwen, zelfredzaamheid en zelfkennis gevonden. Bij de follow-up van het onderzoek werd aangegeven dat de positieve effecten op het zelfbeeld bleven groeien. [8]

Cason en Gillis (1994) onderzoeken in hun overzichtsstudie het effect van 'outdoor education' op adolescenten. Een groot deel van deze studies maakten ook deel uit van het onderzoek van Hattie en medewerkers, waardoor de resultaten gelijklopend zijn. Cason en Gillis benadrukten het belang van de duur van de programma's en de leeftijd van de deelnemers. Hoe langer de programma's duren en hoe jonger de deelnemers zijn, hoe groter de effecten zijn. Eveneens werd er in hun studie aangehaald dat de effecten van methodologisch zwakkere studies groter waren dan die van methodologisch sterkere studies en dat de resultaten van gepubliceerde studies groter waren dan deze van ongepubliceerde studies. [8]

De vragenlijst over zelfwaardering, die opgesteld werd voor het meten van het effect van de groeicursus in samenwerking met Outward Bound[®], is eveneens een effectonderzoek. Deze groeicursus, was een vijfdaagse, wat reeds als lang beschouwd kan worden. Dit onderzoek kan in de toekomst verbeterd worden door met een aantal zaken rekening te houden. De methodiek dient voldoende beschreven te worden, zodat er meer mogelijkheid is tot het analyseren van de verschillende variabelen. Een goede, gedetailleerde omschrijving van het programma⁴, kan toekomstig onderzoek verrijken. [8]

Het effectonderzoek van de groeicursus kan eveneens verbeterd worden indien er meer deelnemers zijn. Er dient ook rekening gehouden te worden met de individuele verschillen tussen de deelnemers. Niet iedereen heeft evenveel baat bij hetzelfde programma. Het is belangrijk te onderzoeken wat bij wie past om zo efficiënt mogelijk te werken. [8]

In de verschillende studies werden diverse persoonskenmerken nagegaan, in dit afstudeerwerk wordt enkel de invloed op factoren omtrent het zelfbeeld besproken.

In verschillende onderzoeken was zelfvertrouwen één van de onderzochte factoren. Zowel Geudens (1993), Kerver en Van Stegeren (1992), Keulen (1991), Mulder (1962), Van Damme (2003), Van Hondel en Van Putte (1970) en Vettenburg (1991) namen een toename van het zelfvertrouwen op het einde van een 'outdoor education programma' waar. Behalve het onderzoek van Keulen en van Van Damme, zijn de 'outdoor programma's' in samenwerking met Outward Bound[®] gebeurd. Elke studie had een

⁴ Programma: filosofie, type activiteiten, instructiemethodes, weer, omgeving, groepsgrootte, e.a.

andere doelgroep en er is ook verschil in de duur van de cursus. Maar hun resultaat op het zelfvertrouwen komt overeen. [8]

Zowel Van Dame (2003), Van Garsse (1993) als Overlaet (1988) namen een positieve evolutie in het zelfbeeld waar. Van Damme stelt dat de deelnemers bij follow-up optimistischer waren. Hij spreekt in dit verband van een verhoogd psychosociaal welbevinden. Keulen (1991) zag een toename in zelfkennis en Van Welzenis (1991) constateerde een positieve evolutie in de identiteitsontwikkeling. [8]

2.3.3.2. Conclusie van studies omtrent de effectiviteit van ervaringsleren

Uit deze verschillende studies kan geconcludeerd worden dat er na outdoor programma's een positief effect op o.a. het zelfvertrouwen, zelfbeeld en zelfkennis waarneembaar is. [8]

Er worden echter een aantal bedenkingen gemaakt bij deze positieve resultaten. Van Garsse en Van Welzenis geven aan dat de transfer naar het dagelijkse leven niet goed lukt. Van Garsse schrijft dit toe aan het te grote verschil tussen de opdrachten en de realiteit van het dagelijkse leven. Eveneens beamen meerdere auteurs (Van Garsse, Van Welzenis, Vettenburg) dat niet iedereen evenveel voordeel haalt uit de outdoor programma's. [8]

De studies die hier samengebracht werden vertonen tekorten in hun validiteit. De meeste studies beschikken niet over een controlegroep en de enkele die dit wel hebben, gebruiken deze op een wetenschappelijk bedenkelijke manier. Vele studies, zoals ook de groeicursus, gebruiken een zelfgemaakte vragenlijst die meestal niet opgenomen is in de studie waardoor het niet mogelijk is de waarde ervan in te schatten. [8]

3. Literatuurstudie: oplossingsgerichte therapie

In de literatuurstudie zal er verder ingegaan worden op oplossingsgerichte therapie, aangezien deze vorm van therapie door diëtisten gehanteerd kan worden in een multidisciplinaire behandeling.

Bij oplossingsgerichte therapie vertrekt men van wat goed gaat, van wat werkt. Men graaft niet in het verleden, maar richt zich op de toekomst en is geïnteresseerd in het einde van de probleemcyclus. Er wordt vanuit gegaan dat elke betrokkene inzichten in zich draagt die gebruikt kunnen worden om tot oplossingen te komen. Aangezien het therapeutisch resultaat vooral wordt bereikt door de sessies die de patiënt thuis doet – wat tijd vraagt – is oplossingsgerichte therapie niet mogelijk zonder dat de patiënt dit wenst. [12][13][14]

Onbewust worden de principes van het oplossingsgericht management frequent gebruikt in het dagelijkse leven. Toch heeft men de neiging om problemen met ingewikkelde analyses aan te pakken. Ook al zit de basis van het succes vaak in kleine, simpele en voor de hand liggende zaken. [15]

Het is belangrijk dat de diëtiste een therapeutische relatie heeft met de patiënt. Een hulpmiddel dat deze samenwerking kan bevorderen is het 'Brugs model' een stroomschema van de therapeutische relatie (bijlage 2). Aan de hand van deze flowchart kan de hulpverlener zich een aantal vragen stellen om de therapeutische relatie te analyseren. De Brugse flowchart onderscheidt vier relaties. De vrijblijvende- , de zoekende- , de consulterende- en de expertrelatie. [1][12]

De voorbijganger heeft geen vraag om geholpen te worden, hij/zij wordt gestuurd door iemand anders. De relatie tussen de diëtiste en de patiënt is vervolgens van vrijblijvende aard.

Indien de patiënt een hulpvraag heeft, wordt er nagegaan of de hulpvraag werkbaar is of niet. Een patiënt met een onwerkbaar hulpvraag – dit houdt in dat de vraag niet voldoende concreet is en/of de doelstellingen niet voldoende helder zijn – wordt een zoeker genoemd.

De koper heeft een hulpvraag met duidelijk werkbaar doelstellingen, maar beschikt niet over de mogelijkheid om zijn resources of hulpmiddelen te gebruiken. De diëtiste dient

de patiënt van resources te voorzien zodat de patiënt deze kan gebruiken om het probleem op te lossen. De hulpverlener consulteert de patiënt.

De co-expert heeft een werkbare hulpvraag en bovendien is hij ook in staat om zijn eigen resources te gebruiken om zijn probleem op te lossen. De diëtiste dient de patiënt hierbij te steunen in het aanwenden van zijn eigen oplossingen.

Aan de hand van twee case-studies zal in deze literatuurstudie verder nagegaan worden hoe oplossingsgerichte therapie in de praktijk toegepast kan worden bij de behandeling van eetstoornissen.

De case-studies die besproken worden, zijn uit het leven gegrepen, ze zijn levensecht. Het spreekt voor zich dat vanwege discretie- en privacyredenen hier een fictieve naam gebruikt wordt.

3.1. Case-study: AN

Caroline is een vijftigjarige vrouw die aan AN lijdt. Met een gewicht van 43,8kg, heeft ze een BMI van 17,55kg/m². Ze is getrouwd en heeft twee kinderen. Caroline heeft altijd als bediende bij een bank gewerkt, maar omwille van gezondheidsredenen is ze tien jaar geleden gestopt met werken. Haar hobby's zijn o.a. boeken over eetstoornissen lezen, ze volgt computer- en fotografielessen en sinds vier jaar doet ze aan Tai chi. Caroline haar doel bestaat eruit om minder over voeding na te denken, meer bepaald minder bezig zijn met wat ze van zichzelf wel en niet mag eten.

Wat haar eetgewoonten betreft, heeft Caroline met haar diëtiste afgesproken hoeveel calorieën ze dagelijks zou moeten innemen. Aan de hand van een computerprogramma, dient Caroline elke dag in te geven wat ze eet. Hierbij worden de ingenomen calorieën door het programma berekend. De diëtiste kan dit van bij haar thuis uit volgen, zodat ze weet of Caroline het al dan niet goed doet. Voordat Caroline met dit programma leerde werken was ze veel minder bezig met het tellen van calorieën, wel noteerde ze voordien ook dagelijks wat ze at. Ze geeft aan dat dit programma haar een veilig gevoel geeft, omdat ze weet hoeveel ze eet, anderzijds wordt ze steeds geconfronteerd met hoeveel calorieën een bepaald voedingsmiddel bevat. Caroline heeft een laxermiddelenverslaving en heeft veel schrik om de ziekte van Alzheimer te krijgen. Haar angst om de ziekte van Alzheimer te krijgen maakt dat ze dagelijks het

voedingssupplement Memix3 neemt en ze af en toe een beperkt aantal walnoten eet als tussendoortje.

Op twintigjarige leeftijd heeft Caroline voor het eerst hulp gevraagd en gedurende enkele maanden een psycholoog geraadpleegd. In 1995 heeft ze besloten opnieuw een psycholoog te raadplegen, gevolgd door 2 korte opnames in de Broeders Alexianen te Tienen. De eerste opname was eind december 1998, de tweede opname was in januari 2001. Ze is sinds 10 jaar in begeleiding bij een diëtiste (sinds 1999).

Caroline geeft aan dat haar zelfwaardegevoel laag is. Dit komt doordat, in de ogen van Caroline, haar oudere zus respectvoller werd behandeld en opgevoed. In Caroline's beleving, kon haar oudere zus alles beter en kon zij niets goed doen. Caroline is een incestslachtoffer, die vijf jaar lang door een broer werd misbruikt. Haar ouders erkennen dit misbruik niet. De combinatie van deze zaken heeft er mede voor gezorgd dat Caroline niet veel zelfvertrouwen heeft.

Een bijkomende factor is dat haar moeder zwaarlijvig was en dat haar vader hier steeds kritiek op had. Haar moeder besloot om naar de Weight Watchers te gaan, waar Caroline mee naartoe ging, zelfs toen ze reeds een eetstoornis had.

Caroline heeft een laag zelfbeeld. Ze is trots op zichzelf wanneer ze naar de winkel kan gaan en aan al de lekkere producten kan weerstaan. Haar zelfwaardegevoel stijgt, omdat ze dan karakter toont. Dit zelfwaardegevoel heeft ze ook wanneer ze minder dan 1100kcal/dag kan nuttigen. Controle van haar voedingsinname is voor haar belangrijk.

De verwachtingen van Caroline inzake de groeicursus zijn opbouw en ervaren. Dit zijn thema's waar Caroline aan wil werken. De vijfdaagse zou dan zeker bijdragen tot haar 'groei'. Caroline vindt het moeilijk om alles thuis achter te laten, mede omwille van haar dwangmatig handelen, meer specifiek controledwang. Vijf dagen alles loslaten zal voor haar een grote overwinning zijn. Ook wat het eten betreft, geeft ze aan dat het voor haar niet gemakkelijk zal zijn.

3.1.1. De oplossingsgerichte flowchart

In oplossingsgerichte therapie bevindt Caroline zich in de consulterende relatie. Ze heeft een werkbare hulpvraag, maar geen toegang tot de hulpmiddelen. Ze komt om zicht op de hulpbronnen te 'kopen'. Het is belangrijk dat ze hierbij gemotiveerd wordt om de aanwezige resources correct te gebruiken. Er is immers een oplossing denkbaar. Caroline wil en moet er in blijven geloven dat ze kan genezen. Momenteel zit ze vast, de oorzaak hiervan kan gezocht worden in wat ze in het verleden meegemaakt heeft. Dit in acht genomen, is er nog steeds sprake van een denkbare oplossing. Caroline's hulpvraag is duidelijk, ze wilt een ongecomplexiseerd leven kunnen leiden en ongedwongen spontaan kunnen eten. [15]

Het gaat hier om een werkbare hulpvraag. De doelstelling van Caroline is duidelijk. Door de steun en het advies van haar psycholoog en diëtiste en aan de hand van opdrachten is het mogelijk om stapsgewijs een oplossing te bieden aan Caroline. [15]

Caroline heeft hulpbronnen ter beschikking, zoals bijvoorbeeld het computerprogramma. Ze hanteert dit ook en dit kan haar effectief helpen om haar fysieke toestand te verbeteren, maar het probleem zelf zit dieper. Haar voedingsgewoonten zijn slechts een symptomatische uiting van het oorspronkelijke probleem. Caroline gaat dus naar haar diëtiste en psycholoog om andere hulpbronnen te 'kopen'. [15]

Dit alles maakt dat er besloten kan worden dat Caroline in de consulterende relatie zit. [15]

3.1.2. Het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente

Volgens het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente bevindt Caroline zich in de voorbereidingsfase. Caroline is reeds in behandeling bij een psycholoog en een diëtiste, maar angst en controledrang weerhouden haar om tot de actiefase over te gaan.

In oplossingsgericht perspectief wordt weerstand beschouwd als kostbare informatie waar rekening mee gehouden moet worden. Het is belangrijk dat er nagegaan wordt hoe de weerstand kan omgezet worden tot motivatie en men de patiënt kan begeleiden in deze faseovergang. Het doel hierbij is om de weerstand om te vormen tot coöperatie. Het feit dat de patiënt, in dit geval Caroline, weerstand vertoont door het aantal

calorieën niet op te drijven, is een signaal dat ze niet helemaal mee is. Het is de taak van zowel Caroline's diëtiste als haar psycholoog om hier correct mee om te gaan, zodat er coöperatie tot stand komt. De diëtiste tracht dit te bereiken door mee te gaan met de weerstand, de angsten te benoemen en samen te bekijken welke stap mogelijk is. Ook tijdens de groeicursus zal er meegegaan worden met de weerstand die de patiënten vertonen. [16]

3.1.3. De coachingdans

Bij oplossingsgerichte therapie is flexibiliteit en maatwerk in de behandeling belangrijk. Hiervoor kan men gebruik maken van de acht stappen van de coachingdans. De eerste stap is het vaste startpunt, de andere stappen zijn vrij te gebruiken. De coachingdans wordt hier toegepast op de relatie tussen Caroline en haar diëtiste.

De huidige situatie wordt hier vertaald naar de coachingdans of zevenstappendans. De volgorde waarin de diëtiste bij oplossingsgerichte therapie de zeven stappen doorloopt, wordt bepaald door wat op dat moment het nuttigst lijkt voor de patiënt. De enige stap die vast ligt, is contact leggen, hiermee begint de dans steeds. Alle andere stappen zijn vrij te zetten. [17][18]

Het startpunt, namelijk contact leggen, is volbracht, aangezien Caroline tien jaar in behandeling is bij haar diëtiste. De context is verhelderd tijdens de eerstvolgende gesprekken met de diëtiste. [18]

Voor het item van het formuleren van de doelen werden gedurende deze begeleiding reeds meerdere malen doelen gesteld en bijgesteld. Soms werden ook tussendoelen geformuleerd. Één van de doelen die Caroline is overeengekomen met haar voedingsdeskundige, is aan de hand van het computerprogramma haar dagelijkse voedingsinname nagaan. Concreet werden het aantal calorieën dat Caroline dagelijks dient in te nemen bepaald door de diëtiste. Momenteel wordt er naar 1100kcal per dag gestreefd. [17][18]

De diëtiste helpt Caroline resources en uitzonderingen te ontdekken. Bij het oplossingsgerichte model wordt er namelijk vanuit gegaan dat iedere patiënt over resources beschikt. Aangezien Caroline tien jaar in behandeling is bij haar huidige diëtiste, stelde de diëtiste in het verleden gerichte vragen om toegang te krijgen tot haar interne hulpmiddelen. De diëtiste heeft hierbij aandacht voor datgene dat reeds goed

gaat bij Caroline. Resources kunnen gevonden worden in uitzonderingen op het probleemgedrag. Door het stellen van de juiste vragen gaat de diëtiste na of er zich uitzonderingen voorgedaan hebben in Caroline's eetgewoonten. Uitzonderingen vormen immers een ideale toegangspoort om verder te gaan in de richting van oplossingen. [17][18][19]

De diëtiste geeft Caroline regelmatig een compliment over relevante zaken. Niet enkel op gebied van voeding, maar eveneens over haar persoonlijkheid en haar capaciteiten. Caroline wimpelt deze complimenten steeds af, terwijl het gemeente complimenten zijn. Vanuit de positieve visie bij oplossingsgerichte therapie is het geven van complimenten een kleine, maar essentiële stap. Het doel van deze complimenten is om Caroline vertrouwen in zichzelf te geven, om haar positief te leren kijken in plaats van haar aandacht te fixeren op haar eetstoornis. De complimenten die Caroline van de diëtiste krijgt zijn een belangrijke bekrachtiger voor haar gewenste gedrag. [17][18][20]

Om differentiatie aan te brengen kan de diëtiste gebruik maken van schaalvragen. Eetstoornispatiënten denken vaak in het alles-of-niets-principe of zwart-wit-denken. Om dit te vermijden kan er gebruik gemaakt worden van schaalvragen, zodat de patiënt in gradaties leert denken. Kleine stappen genieten immers de voorkeur om een probleem op te lossen, ze zijn beter werkbaar dan pogingen om het probleem in één keer op te lossen. De diëtiste heeft de tienpuntsschaal reeds toegepast bij Caroline. Ze heeft Caroline eens gevraagd hoeveel punten ze zichzelf geeft op tien inzake de vorige consultatie gemaakte werkpunten. Indien ze zichzelf volgende consultatie één punt meer gegeven had, ging de diëtiste na wat ze dan gedaan had om zichzelf dit punt toe te kennen. [17][18][20][21][22]

Caroline heeft van de diëtiste ooit de opdracht gekregen om haar beeld van een leven zonder eetstoornis op te schrijven, om een toekomstprojectie te maken. Het blad dat Caroline terugbezorgde aan de diëtiste was leeg. Ze kan zich geen beeld vormen van een leven zonder eetstoornis. Dit maakt het niet enkel zeer moeilijk, maar tegelijkertijd ook onmogelijk om een oplossing te bereiken. Vanuit therapeutisch kader is dit een alternatieve hulpvraag, namelijk werken om in staat te zijn om een positieve toekomstprojectie te kunnen zien (zie 4.5). [17][18]

3.1.4. Het mandaat

Om deze therapeutische relatie te onderhouden worden verschillende vaardigheden door de diëtiste gehanteerd. Deze vaardigheden worden op basis van het kompas en de coachingdans beschreven.

De diëtiste heeft Caroline's volmacht nodig voordat ze haar kan begeleiden. Bij het begin van een behandeling wordt steeds gestart met een initieel mandaat. Aangezien Caroline tien jaar in begeleiding is, heeft de diëtiste in haar geval reeds therapeutisch mandaat verworven. Het gaat hier om circulair mandaat, het mandaat is namelijk wederkerig tussen de diëtiste en Caroline. De diëtiste wil dit circulaire mandaat voortdurend verkrijgen en vergroten. De diëtiste is door Caroline als expert geaccepteerd. Deze expertpositie geeft haar de mogelijkheid om Caroline tot expert te benoemen, wat wil zeggen dat ze zelf in staat is om haar eigen taken met succes uit te voeren. De diëtiste is dus de expert wiens expertise erin bestaat dat zij haar patiënten tot expert kan verheffen. Dit leidt tot een steeds positiever draaiende spiraal, zowel voor de patiënt als voor de diëtiste. Het voortdurend op zoek gaan naar een vergroting van het circulaire mandaat is een kerneigenschap van oplossingsgerichte therapie. Samenwerking tussen de diëtiste en de patiënt staat hier centraal. De diëtiste is expert op het voedingsgebied, terwijl Caroline ervaringsexpert is in wat zij beleeft. Samen bereiken ze meer dan de som van hun respectievelijke expertise. [20][23]

Om het circulaire mandaat te vergroten, dient er een zo positief mogelijke werkrelatie opgebouwd te worden. Er is immers een werkrelatie nodig tussen de diëtiste en Caroline opdat de diëtiste een mandaat van Caroline kan verkrijgen. Er zijn verschillende manieren die de diëtiste kan toepassen om het circulaire mandaat te vergroten. De diëtiste sluit aan bij wat er reeds goed gaat bij Caroline. In een probleemsituatie zijn er immers altijd elementen te vinden waarop constructief verder gebouwd kan worden. Caroline haar huidige energie-inname bedraagt 1100kcal. Dit gaat reeds goed en wordt gebruikt om op verder te bouwen, de energie-inname wordt geleidelijk opgedreven. De diëtiste is eveneens attent voor uitzonderingen en resources in Caroline's eetpatroon. Deze kunnen gebruikt worden om tot oplossingen te komen. De diëtiste stelt zichzelf ten opzichte van Caroline niet op als expert. Ze staat naast Caroline, niet boven Caroline en dat benadrukt ze ook. Verder toont de diëtiste empathie voor haar, waardoor Caroline zich begrepen voelt en het circulaire mandaat zal vergroten. [20]

Bij het formuleren van doelstellingen moet er rekening gehouden worden met het verworven mandaat. In Caroline's geval heeft de diëtiste een mandaat verworven, maar

dit wil niet zeggen dat ze 'carte blanche' heeft gekregen. Ze heeft een mandaat om bepaalde doelstellingen te bereiken. Indien er toch gewerkt wordt aan doelstellingen waarvoor er geen mandaat toebedeeld werd, zal dat zeer waarschijnlijk mislukken.

Tijdens de groeicursus heeft Caroline de diëtiste het mandaat gegeven om te bepalen wat ze elke maaltijd moest eten. Caroline heeft de diëtiste hiervoor toestemming gegeven en heeft dit ook steeds succesvol uitgevoerd. [20]

3.1.5. Gehanteerde tools

Luisteren is de belangrijkste vaardigheid voor een oplossingsgerichte therapie. De diëtiste richt zich niet op problemen, maar luistert zeer gericht naar uitzonderingen, hulpmiddelen en positieve zaken. Ze werkt verder met de zaken die een oplossing kunnen voortbrengen. Toen Caroline aan de diëtiste vertelde dat haar moeder de ziekte van Alzheimer heeft en ze veel angst heeft om dit ook te krijgen, heeft de diëtiste haar tips gegeven om dit tegen te gaan. Zo heeft ze Caroline, die nooit smeervet gebruikte, ervan kunnen overhalen om Becel omega 3 te consumeren. Eveneens eet Caroline dagelijks een aantal walnoten. Deze twee zaken zijn in elk geval positief voor haar omdat Caroline hiermee ook meer energie opneemt. De diëtiste luistert aandachtig naar haar, wat Caroline als positief ervaart en waardoor ze ook veel informatie aan de diëtiste vrijgeeft. Doordat Caroline tien jaar in behandeling is, weet de diëtiste reeds veel over haar.

De diëtiste houdt zowel rekening met verbale als non-verbale communicatie. Caroline is iemand die alles doet waarvan ze denkt dat het van haar verwacht wordt. De diëtiste legt bij Caroline de nadruk dat ze haar grenzen moet leren bewaken, dat ze 'neen' moet leren zeggen. Wanneer de diëtiste aan Caroline's non-verbale communicatie merkt dat het haar niet bevalt, gaat ze hier dieper op in.

Caroline's echtgenoot kookt eenmaal per week. Hij gaf aan dat Caroline hiervan moest eten. Het woord 'moeten' beviel Caroline niet, waardoor ze het moeilijk vond om van zijn maaltijd te eten. Naar aanleiding hiervan voerde de diëtiste een rollenspel uit. Zij speelde Caroline's echtgenoot en Caroline haar taak bestond eruit om haar man duidelijk te maken dat ze van zijn maaltijd wilde eten, maar dat ze hiertoe niet bevolen wilde worden. Dit was voor Caroline niet evident. Het rollenspel werd een aantal keer herhaald, zodat ze erop voorbereid was om dit ook aan haar man duidelijk te maken.

Caroline heeft de neiging om zaken negatiever op te vatten dan ze gezegd zijn geweest. Ze denkt dat ze in niets goed is. Door bepaalde zaken te herkaderen, anders te formuleren, kan er vaak iets positief en bruikbaar gezien worden. De diëtiste helpt Caroline bij het positief connoteren van zaken. Een voorbeeld hiervan is dat Caroline de neiging heeft om iets wat iemand heeft gezegd als een bevel te ervaren. Wanneer iemand haar iets voorstelt of advies geeft zal zij dit eerder als 'moeten' ervaren. De diëtiste helpt Caroline hierbij om dit te herkaderen, zodat ze andermans woorden positiever ervaart.

3.2. Case-study : BN/BED

Sofie is een 28-jarige vrouw die eetbuistoornissen heeft. Met een gewicht van 75kg heeft ze een BMI van 31,62kg/m². Sofie woont samen met haar vriend en studeerde voor opvoedster bij gehandicapten. Ze werkt nu als onderchef bij de NMBS. Binnenkort wordt ze overgeplaatst en zal ze als perronopzichter werken, dicht bij huis. Ze heeft een heel wisselend uurrooster, waardoor structuren en maaltijdplanning moeilijk verlopen. Haar hobby's zijn skaten, wandelen en ze is graag creatief bezig.

Sofie's doel is gewicht verliezen. Ze wil kunnen genieten van het leven en niet constant bezig zijn met eten. Ze hoopt binnen enkele jaren een mama te kunnen zijn, die voor haar kinderen op een ongedwongen manier met eten kan omgaan.

Sofie heeft intensief aan inline skaten gedaan. Ze trainde drie maal per week en had wekelijks twee wedstrijden. Op haar zestiende is ze hiermee gestopt. Doordat ze haar voedingsinname niet aanpaste aan haar verminderde fysieke activiteit is Sofie 15kg bijgekomen. Daar ze thuis nooit goede voedingsgewoonten had geleerd kwam ze snel in gewicht bij. Ze besloot op dieet te gaan en heeft verscheidene modediëten uitprobeerde, met wisselend succes. Vier jaar nadat ze gestopt was met sporten was ze op haar zwaarst en besloot ze naar de Weight Watchers te gaan. Tijdens de Weight Watchers-periode heeft ze haar eetstoornis ontwikkeld. In het begin van de week proppte ze zich vol met eten en tegen dat de volgende bijeenkomst naderde at ze zo goed als niets meer, waardoor de weegschaal steeds een gewichtsdeling aangaf. Na een tijdje kreeg ze ook vlak voor de bijeenkomsten eetbuien, die ze compenseerde door te braken. Ze begon te eten door emoties. Hierdoor ging ze zich nog slechter voelen, dit compenseerde ze door over te geven, in de hoop zich terug beter te voelen. Zo kwam Sofie in een neerwaartse spiraal. Ze voelde zich slecht, ze ging eten, voelde zich hierdoor achteraf nog slechter en ze wou dit compenseren. Ze was constant bezig met

wat, waar en wanneer ze zou eten, zodat niemand het zou opmerken. Aan de hand van het 'Hulpboek Eetstoornissen' door D. Bisschop Boele heeft Sofie zichzelf ertoe kunnen brengen om te stoppen met braken na een eetbui. Stoppen met de eetbuien kon ze echter nog niet. Tien jaar geleden (in 2000) is Sofie voor het eerst naar een diëtiste geweest. Deze voldeed niet aan de verwachtingen die Sofie had. Ze kreeg er algemene voedingsinformatie, waar ze niets mee kon doen. In 2008 is Sofie ver van haar vertrouwde omgeving getrokken. Deze verandering was een zeer grote stap. Begin 2009 was Sofie er slecht aan toe. Dit was de periode waarin ze stopte met roken, ze kende niemand en voelde zich eenzaam. Sofie's zelfbeeld werd door de eenzaamheid negatief beïnvloed. Het gevolg hiervan was dat ze nog meer een toevlucht ging zoeken in eten. Ze had het gevoel dat voeding haar enige houvast was. In september 2009 heeft Sofie opnieuw een diëtiste gecontacteerd. Ze had niet zozeer de vraag naar een vermageringsdieet, maar ze vroeg de diëtiste naar wat een 'normale' persoon at op een dag, aangezien ze hier zelf geen idee meer van had. Deze diëtiste heeft haar geïndividualiseerde informatie gegeven, die Sofie wel geholpen heeft. De eetbuien komen minder frequent voor en Sofie heeft het gevoel dat ze op goede weg is. Ze voelde zich klaar om het alleen te proberen en op dit moment gaat ze niet meer op consultatie bij een diëtiste.

Indien Sofie mee zou gaan op de groeicursus met Outward Bound®, zou ze verwachten dat ze beter met haar (negatieve) gevoelens zou kunnen omgaan, dat ze pijn, angst en verdriet meer zou kunnen aanvaarden. Ze zou graag deelnemen aan de vijfdaagse om te leren van geen uitweg meer te zoeken in eten als ze het moeilijk heeft. Dit jaar paste het niet voor haar, maar als het nog eens georganiseerd wordt, zal ze zeker haar best doen om mee te kunnen.

Sofie zit vast doordat ze vorig jaar gestopt is met roken. Dit was net als eten een verslaving voor haar. Sofie vond het gemakkelijker om hiermee te stoppen omdat roken geen noodzaak is. Zolang ze geen sigaret nam, was het voor haar geen probleem om er af te blijven. Maar zonder eten kan men niet. Sofie geeft aan dat het voor haar moeilijk is om te stoppen op het juiste moment, zeker wanneer ze het emotioneel moeilijk heeft. Door de verhuis naar haar vriend, voelde ze zich eenzaam en had ze tijd om na te denken. Ook problemen uit het verleden en het idee niet aanvaard te worden in haar nieuwe omgeving gaven Sofie een slecht gevoel. Hierdoor zoekt Sofie haar toevlucht in eten.

3.2.1. De oplossingsgerichte flowchart

Er is een oplossing denkbaar, er is geen sprake van een beperking. Sofie heeft in het verleden reeds bewezen dat ze karakter heeft. Bovendien is ze zeer spontaan en sociaal, waardoor ze zeker contacten kan maken. Hierdoor zal haar eenzaamheid verminderen, waardoor ze zich in het algemeen ook beter zal voelen. [15]

In haar hulpvraag formuleert Sofie dat ze van de eetbuien af wil geraken en dat ze "normaal" wil kunnen eten. Verder wil ze dat de gedachten aan voeding verminderen. [15]

Sofie heeft dus een werkbare hulpvraag, waarvoor ze de diëtiste consulteert. De diëtiste kan haar advies geven over met welke hoeveelheden we normaal voldoende hebben en haar tips geven om een eetbui te vermijden. Sofie heeft ook een psycholoog geraadpleegd om de oorzaak van haar eetbuien aan te pakken. [15]

Sofie is in staat om haar resources te gebruiken. Ze heeft allerlei informatie en tips van de diëtiste gekregen. Wanneer ze zich emotioneel goed voelt, lukt het haar aardig om haar nieuwe gedrag te bewaren. Maar wanneer ze zich gedurende een periode eenzaam voelt of iets meegemaakt heeft, heeft ze de neiging om te hervallen. [15]

Sofie situeert zichzelf in de co-expertrelatie. Ze heeft een concrete en werkbare hulpvraag. Bovendien kan ze met haar vaardigheden zelf aan de slag. Voor haar bestaat de taak van de diëtiste eruit om gerichte feedback en bijsturing te geven indien dit nodig zou zijn en zij dient haar eveneens ten volle te steunen in het aanwenden van haar eigen oplossingen. Sofie is ondertussen gestopt met het raadplegen van een diëtiste en tijdens een moeilijk moment probeert ze toe te passen wat de diëtiste haar geleerd heeft. De diëtiste heeft daarentegen haar twijfels of Sofie niet te vroeg gestopt is met de consultaties. Zij, als hulpverlener, voelt nog niet aan dat Sofie zich in de co-expertrelatie bevindt. Zij beschouwt Sofie eerder als iemand die nog in de consulterende relatie zit en dus haar resources komt 'kopen'.

3.2.2. Het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente

Volgens het transtheoretisch model van gedragsverandering volgens Prochaska en DiClemente bevindt Sofie zich naar haar eigen mening in de terminatiefase. Volgens de hulpverlener bevindt ze zich nog in de actiefase.

Het is niet meer dan normaal dat Sofie af en toe hervalt in haar oude gewoonten. Het feit dat ze op zichzelf aan de hand van een boek is kunnen stoppen met braken na een eetbui en dat ze gestopt is met roken, getuigt ervan dat ze veel doorzettingsvermogen heeft. Ook inzake voeding dient ze dit toe te passen. Als ze voelt dat ze in haar oude gewoonten hervalt, dient ze zo snel mogelijk haar nieuwe gedrag dat ze van de diëtiste geleerd heeft te hervatten.

3.2.3. De coachingdans

Zoals bij de vorige case-study reeds aangehaald werd, zijn flexibiliteit en maatwerk bij oplossingsgerichte therapie van belang. Sofie's huidige situatie wordt vertaald naar de coachingdans. De coachingdans wordt hier toegepast op de relatie tussen Sofie en haar diëtiste. [17]

De eerste stap van de coachingdans, contact leggen, werd volbracht. Sofie is slechts vijf maanden in begeleiding geweest bij de diëtiste, maar dit item was in orde. Sofie's context, datgene wat zich rondom haar eetstoornis afspeelt, werd tijdens de eerste gesprekken verhelderd. [17]

Sofie kwam als koper bij de diëtiste omdat ze zich geen beeld kon vormen van hoe normale eetgewoonten eruit zagen. De doelstelling van de begeleiding was om Sofie een basisschema over normale eetgewoonten te geven. Om deze doelstelling te bereiken, stelde de diëtiste, in samenspraak met Sofie, tussendoelen en werkpunten op. Elke periode had Sofie twee tot drie werkpunten, die gedurende de behandeling bijgesteld of vernieuwd werden.

De diëtiste helpt Sofie bij het ontdekken van uitzonderingen en resources. Iedere patiënt beschikt in het oplossingsgericht model over resources. De diëtiste helpt Sofie haar resources ontdekken, door gerichte vragen te stellen en bepaalde thema's verder uit te diepen. Hierdoor nodigt ze Sofie uit om haar eigen oplossingen te formuleren. Het is niet de diëtiste die de oplossing aanbiedt, maar ze stelt vragen en geeft begeleiding zodat de patiënt zelf tot een oplossing komt. Als de oplossingen uit de patiënt zelf voortkomen, gaan ze meer beklijven dan wanneer er iets opgelegd wordt door de diëtiste. Wanneer Sofie bijvoorbeeld aangeeft dat ze tweemaal per week geen warme maaltijd heeft genomen, dan vraagt de diëtiste haar wat ze nodig heeft om deze wel te kunnen consumeren. [24]

Tijdens de consultaties vroeg de diëtiste steeds naar het positieve, ze vroeg Sofie naar wat er de afgelopen periode goed gegaan was. Deze goede zaken werden door de diëtiste bekrachtigd en gecompimenteerd.

Eetstoornispatiënten, zoals Sofie hebben vaak irrationele gedachten, zoals het alles-of-niets-principe. Tijdens haar "dieetperiodes", at Sofie zo goed als niets en deed ze dit naar haar normen ook goed. Maar tijdens moeilijke momenten begon ze meer te eten. Wanneer Sofie het idee had dat ze teveel gegeten had, was het moeilijk om eetbuien te bedwingen omdat ze dan het gevoel had dat het niets meer uitmaakte. De diëtiste stelde Sofie de vraag wat ze in zo'n situatie nodig heeft om zo snel mogelijk terug in haar structuur te stappen. Het was aan Sofie om hier een antwoord op te formuleren en haar te realiseren dat eetbuien haar niet hielpen bij het bereiken van haar doelstelling. [21]

Eveneens werd er bij Sofie differentiatie aangebracht met behulp van een tienpuntsschaal, zodat ze in gradaties leerde denken. De diëtiste benoemde samen met Sofie de moeilijke punten. Vervolgens zochten ze samen naar de kleinst mogelijke stappen om deze moeilijkheden aan te pakken. Elke consultatie werden de vorige werkpunten besproken en werden er twee tot drie (nieuwe) werkpunten afgesproken voor de periode die volgde. Voor elk werkpunt diende Sofie zichzelf een score op tien te geven. Deze score gaf weer in welke mate Sofie zelf vond dat ze geslaagd was in het volbrengen van deze doelstelling. In de consultatie die volgde, werd er dan getoetst naar het verloop van het werkpunt. Indien Sofie zichzelf op eenzelfde werkpunt beter beoordeeld had dan een vorige keer, ging de diëtiste na waarom ze zichzelf hierop meer punten gegeven had, waarbij ze de nadruk legde op de positieve zaken in plaats van stil te blijven staan bij waarom er iets niet gelukt was. Als er werkpunten waren die goed gingen, werd hier minder aandacht aan besteed en werden er nieuwe doelen in de plaats vooropgesteld.

Sofie heeft van de diëtiste ooit de vraag gekregen hoe haar leven er in haar nieuwe omgeving uit zou zien zonder eetstoornis, wat ze nodig had om hetzelfde thuisgevoel dan vroeger te krijgen. Sofie's antwoord hierop was dat ze sociale contacten nodig had. [17]

3.2.4. Het mandaat

Om deze therapeutische relatie te onderhouden, hanteerde de diëtiste verschillende vaardigheden. Deze vaardigheden worden op basis van het kompas en de coachingdans beschreven.

Gedurende Sofie's begeleiding had de diëtiste therapeutisch mandaat verworven. Aangezien het mandaat wederkerig is tussen Sofie en de diëtiste, gaat het ook hier om een circulair mandaat.

Om dit circulaire mandaat te vergroten, is de diëtiste aandachtig voor resources en uitzonderingen die zich in Sofie's ongewenste gedrag voordoen. De diëtiste bespreekt tijdens elke consultatie met Sofie welke nuttige uitzonderingen er zich binnen de ongewenste gewoonten hebben voorgedaan. Deze uitzonderingen worden gebruikt als fundamenten om er oplossingen op te bouwen. De diëtiste geeft haar op basis hiervan tips en werkpunten, waarmee ze de periode die volgt aan de slag kan. Aan de hand van de tienpuntsschaal beoordeelt Sofie zichzelf en bespreekt ze haar score samen met de diëtiste. Op basis van deze beoordeling wordt er geëxperimenteerd hoe Sofie deze uitzonderingen tot volwaardige goede gewoontes kan omzetten. De zaken die goed werken worden door de diëtiste benadrukt en ook als mogelijkheid gezien om tot oplossingen te komen. Verder kan de diëtiste gebruik maken van haar expertpositie om dit gedeelde mandaat te vergroten. Dit maakt dat de diëtiste Sofie tot expert kan benoemen, expert in het succesvol vervullen van haar eigen taken. Deze manier van werken leidt voor beiden tot een steeds positiever draaiende spiraal. Samen bereiken ze meer dan de som van hun respectievelijke expertise. [20][23]

3.2.5. Gehanteerde tools

Bij oplossingsgerichte therapie is het belangrijk dat er oplossingsgerichte vragen gesteld worden. Oplossingsgerichte vragen lokken antwoorden uit in de richting van oplossingen. De diëtiste blijft niet stilstaan bij zaken die minder goed zijn gegaan, maar ze vraagt Sofie wat ze nodig heeft om het wel goed te kunnen doen. De diëtiste stelt haar vragen zodat er beweging in de behandeling blijft. Deze begeleidingsmethode zorgt ervoor dat Sofie zelf voelt dat ze met kleine stappen vooruitgang boekt. Deze vooruitgang gaat in Sofie's geval niet over haar gewicht, maar over het doel dat ze wil bereiken. Wanneer Sofie een "normaal" eetpatroon aangenomen heeft en zichzelf beter in haar vel voelt, zal dit haar gewicht wel beïnvloeden. [25]

De diëtiste luistert zeer gericht naar wat Sofie vertelt tijdens de consultaties. Wanneer Sofie aanhaalt dat ze zich vaak eenzaam voelt sinds ze verhuisd is en dat dit veel invloed heeft op haar eetpatroon, stelt de diëtiste de vraag wat ze nodig heeft om haar beter te voelen in haar nieuwe omgeving. Sofie's antwoord hierop is dat ze opzoek moet gaan naar sociale contacten in de nieuwe buurt. Vervolgens vraagt de diëtiste haar waar ze contacten zou kunnen leggen, waarop Sofie zelf een oplossing formuleert. Sofie's oplossing is om te gaan fitnessen. Met deze oplossing kan ze nieuwe contacten leggen en tegelijkertijd doet ze aan beweging. [25]

Sofie vertoont geen weerstand tegen de diëtiste. Wanneer er wel sprake van weerstand zou zijn, is dit een mogelijke valkuil. De diëtiste omzeilt de weerstand doordat ze Sofie er niet op wijst als er iets minder goed gegaan is. Sofie wordt niet door de diëtiste beoordeeld, maar Sofie beoordeelt zichzelf. Hierdoor zal er minder snel weerstand tegen de diëtiste opgeroepen worden. Wanneer Sofie frieten van de frituur gegeten heeft, zal de diëtiste haar hier niet voor afstraffen, maar zal ze Sofie vragen of dit helpt om haar doel te bereiken. [25]

Momenteel is Sofie niet meer in begeleiding bij de diëtiste. Indien ze moest overwegen om de behandeling verder te zetten, zullen er nog een aantal zaken toegepast moeten worden om de coachingdans verder uit te werken.

3.3. Andere vormen van therapie

Andere modellen om een probleem aan te pakken zijn bijvoorbeeld het oorzaak-gevolgmodel en het probleemoplossend model.

Omwille van het systeemdenken bij het oplossingsgerichte model, wordt ook het oorzaak-gevolgmodel beschreven. Het oorzaak-gevolgmodel gaat ervan uit dat elk probleem een oorzaak moet hebben. Als de oorzaak gevonden en weggenomen wordt, zal het probleem opgelost zijn. Dit model vertrekt vanuit het probleem en gaat vervolgens terug naar de achterliggende oorzaak. Men gaat er van uit dat het probleem niet opgelost kan worden als de oorzaak niet weggenomen wordt. Tijdens het zoeken van de oorzaak wordt het probleem op verschillende manieren geanalyseerd. [15]

Een ander model is het probleemoplossend model ('problem-solving' model). Dit is het tegenovergestelde van het oplossingsgericht model (bijlage 3). In dit model is men ervan overtuigd dat er een oorzakelijk- en noodzakelijk verband is tussen het probleem

en de oplossing. Hierbij wordt er gestart met het verzamelen van zoveel mogelijk gegevens, om een zo uitgebreid mogelijke beschrijving van het probleem te maken. Vervolgens wordt er geprobeerd om de aard en de ernst van het probleem te achterhalen en mogelijke oorzaken vast te stellen. Hierna worden er doelen opgesteld, die erop gericht zijn het probleem weg te nemen of de kwalijke gevolgen van het probleem op zijn minst te reduceren. Deze doelstellingen worden bereikt door een interventie, die gebaseerd is op de expertise van diegene die de oplossing toedient, in het geval van eetstoornissen gaat het hier om een multidisciplinair team. Het team bezit de kennis en doet ingrepen die gericht zijn op het probleem, terwijl de patiënt geacht wordt weinig tot geen expertise op dit vlak te hebben.

Bij eetstoornissen is het van belang dat men niet enkel naar de gevolgen kijkt, maar dat men er rekening mee houdt dat het belangrijk is dat er resources aangewend worden. Vervolgens kan men met de gevonden resources werken en het onderliggende probleem oplossen. [15]

4. Zelfwaardering

De rede van het ontsporen van het eetgedrag, is te verklaren door een complexe interactie van psychologische, sociale en biologische factoren. De psychische en sociale aspecten van AN zijn hoofdzakelijk de angst om volwassen te worden, perfectionisme, laag zelfbeeld en sociaal isolement. [4][26][27]

Uit internationaal onderzoek is gebleken dat veel psychische problemen – zoals eetstoornissen – van jongeren veroorzaakt kunnen worden door gebrek aan eigenwaarde en zelfwaardering. Zelfwaardering is de kern waaruit gehandeld wordt en waaruit beslissingen genomen worden. Het is dus belangrijk dat er gewerkt wordt aan het verbeteren van eigenwaarde en zelfwaardering bij jongeren, zodat er een positief zelfbeeld ontwikkeld wordt. De basis van het zelfbeeld wordt immers gevormd tijdens de jeugd. Een negatief zelfbeeld kan bijgestuurd worden in de positieve richting door bijvoorbeeld CGT. [28][29]

4.1. Het verband tussen zelfwaardering en zelfbeeld

Zelfwaardering hangt samen met het zelfbeeld. Onder zelfbeeld wordt het beeld dat iemand over zichzelf heeft verstaan en zelfwaardering is het positieve of negatieve gevoel dat een persoon over zichzelf heeft. Voor een goede geestelijke en lichamelijke gezondheid, is een positief zelfbeeld een belangrijke basis. [28][29]

Het zelfbeeld is opgebouwd uit vier grote facetten, namelijk: lichamenlijk, emotioneel, sociaal en cognitief. Deze facetten bestaan allemaal uit verscheidene deelfacetten. Zowel de facetten als de deelfacetten kunnen afzonderlijk beoordeeld worden door onszelf.

In het zelfbeeld wordt er eveneens onderscheid gemaakt tussen vier aspecten:

1. Ons actuele zelf. Dit aspect heeft betrekking op wie we in werkelijkheid zijn.
2. Ons ideale zelf. Dit deel geeft weer hoe we graag zouden zijn.
3. Ons sociale zelf of metazelf. Dit gaat over hoe anderen ons zien.
4. Ons "moet" zelf. Bij dit aspect wordt er belang gehecht aan de verplichtingen die we ervaren.

De zelfwaardering is afhankelijk van deze vier aspecten. Wanneer er sprake is van een positieve zelfwaarde, zullen deze aspecten zoveel mogelijk op één lijn liggen. Bij mensen met AN is de zelfwaarde en het gevoel van eigenwaarde zeer sterk tot bijna volledig afhankelijk van hun figuur, gewicht en de capaciteit om controle uit te oefenen. Ze kunnen de drang naar magerte niet weerstaan en hebben zeer veel angst om in gewicht aan te komen. Ze zijn vaak tevreden wanneer hun gewicht daalt. Het komt frequent voor dat eetstoornispatiënten een lage zelfwaarde hebben, wat wil zeggen dat deze vier aspecten ver van elkaar liggen. Des te meer deze uit elkaar liggen, des te negatiever het zelfbeeld. [30][31][32]

Mensen met een eetstoornis hebben meestal een negatief zelfbeeld. Dit negatieve beeld zou een rol spelen in het ontstaan en bij het in stand houden van een eetstoornis. Eetstoornispatiënten richten zich vaak enkel op de lichamenlijke facetten van het zelfbeeld. Dit omwille van het feit dat het – in vergelijking met de overige facetten – gemakkelijker is om op dit deel van het zelfbeeld controle uit te oefenen. [28]

Bij eetstoornispatiënten is het meestal het geval dat er een grote afstand bestaat tussen de actuele zelf en de ideale zelf. Er wordt getracht dit verschil te overbruggen door te ontsnappen aan de staat van zelfbewustzijn. Dit kan door het stellen van vermijdingsgedrag, maar evengoed door toevlucht te zoeken in een eetbui. [28]

4.2. Het gedachten-gevoelens-gedrag-schema (GGG-schema)

Binnen de CGT kan een negatief zelfbeeld verklaard worden vanuit het GGG-schema (bijlage 4). Een negatief zelfbeeld ontstaat vanuit negatieve gedachten, waarbij er niet voldaan wordt aan normen en voorwaarden die we onszelf opleggen. Deze gedachten hebben een invloed op de gevoelens, waardoor er angst om fouten te maken kan ontstaan. Evenals kan er een gevoel van nutteloosheid, waardeloosheid en onzekerheid ontwikkeld worden. Deze gevoelens beïnvloeden het gedrag, waardoor een individu strategieën gaat ontwikkelen om niet met deze negatieve gevoelens over zichzelf geconfronteerd te worden. Of het is ook mogelijk dat men juist ontzettend hard gaat werken met de drang naar perfectionisme. Wanneer er sprake is van een negatief zelfbeeld is er weinig zelfvertrouwen, wat iemand kwetsbaarder maakt. Zo ontstaat er een vicieuze cirkel. [28]

Een opmerking die bij het GGG-schema gemaakt kan worden is dat er altijd eerst een gebeurtenis moet plaatsvinden, waaruit gedachten, gevoelens en gedrag voortkomen. Dit gedrag heeft gevolgen. Afhankelijk van de gevolgen zal er al dan niet een gedragsverandering plaatsvinden. Het gedrag dat positieve gevolgen heeft, wordt in stand gehouden, terwijl gedrag dat negatieve gevolgen heeft, aangepast wordt, zodat de negatieve gevolgen weggenomen worden.

4.3. Het ontstaan van een negatief zelfbeeld

Wat betreft het ontstaan van een negatief zelfbeeld kan er geen eenduidig antwoord gegeven worden. Het zelfbeeld wordt gecreëerd door middel van een aantal processen (introspectie, zelfperceptie en looking-glass-self) die een individu doorloopt.

Onder introspectie wordt verstaan dat men stilstaat bij de eigen mentale processen en als het ware een kijk in zichzelf neemt. Bij zelfperceptie wordt er door waarneming van het eigen gedrag een oordeel over de eigen gedragskenmerken gevormd. Het looking-glass-self houdt in dat men aan de hand van een soort spiegel die anderen voor u vormen, het eigen gedrag gaat beoordelen. Naast deze processen hebben ook autobiografische herinneringen en herinneringen uit het verleden invloed op het zelfbeeld. [28]

4.4. De invloed van het leefmilieu op het zelfwaardegevoel

Zoals eerder vermeld, duidt zelfwaardering op de manier waarop mensen naar zichzelf kijken, maar eveneens op de onderlinge relaties met anderen. Wanneer er sprake is van een hoge zelfwaardering, wil dit zeggen dat men zich goed voelt en tevreden is met wie men is en hoe men eruit ziet. Mensen met een hoge zelfwaardering hebben er vaak vertrouwen in dat het goed komt en dat stralen ze vaak uit naar anderen. Bij eetstoornispatiënten is er sprake van een lage zelfwaardering. Dit duidt erop dat ze zichzelf onvoldoende waarderen en zich minderwaardig, eenzaam en onzeker voelen.

Er is niemand die er hetzelfde uitziet en toch vergelijkt men zich vaak met mensen uit de omgeving, modellen, sterren uit videoclipps e.a.. Deze vergelijkingen geven informatie over zaken waar men goed of minder goed in is. Het is belangrijk dat men weet dat zelfwaardering niet enkel gaat over of men zichzelf al dan niet mooi vindt, maar ook over hoe belangrijk dat voor een individu is, hoe men denkt over andere eigenschappen en hoeveel belang men daaraan hecht. [29]

Voor jongeren is schoonheid een belangrijk thema. Jongeren zijn vaak onzeker, waardoor ze meer beïnvloedbaar zijn door anderen en door de media. Deze laten uitschijnen dat het uiterlijk zeer belangrijk is en bepaalt hoe je bent, met als gevolg dat jongeren houvast in uiterlijk en schoonheid zoeken. Niet iedereen is even gevoelig voor deze externe invloeden. [29]

Er zijn verschillende zaken waardoor zelfwaardering beïnvloed wordt. Zelfwaardering wordt onder andere gecreëerd door ervaringen met anderen en door gebeurtenissen in het leven. Uit onderzoek blijkt dat eveneens foto's uit de media grote invloed uitoefenen op het zelfbeeld en op hoe iemand over zichzelf denkt. Als men teveel afwijkt van het modebeeld is het mogelijk dat men het gevoel krijgt dat men minderwaardig is. Er moet duidelijk gemaakt worden dat foto's uit modebladen, campagnefoto's, reclameaffiches e.a. sterk bewerkt worden met de computer om een 'perfect' resultaat te krijgen.

In september 2009 deed het Franse parlementslid V. Boyer een wetsvoorstel omtrent de bewerking van mediafoto's met Photoshop. Dit wetsvoorstel moet de media verplichten om met een kenmerk aan te geven of de foto al dan niet bewerkt is met Photoshop. V. Boyer vindt namelijk dat deze bewerkte beelden mensen doen geloven in een realiteit die niet bestaat. Ze heeft geen probleem met bijvoorbeeld het bijkleuren van een achtergrond van een foto, maar wanneer het menselijk lichaam bewerkt wordt, vindt ze dit een gevaar voor de volksgezondheid. Ze is van mening dat dergelijke beelden

psychologische problemen en eetstoornissen in de hand kunnen werken. Het wetsvoorstel zou enkel in de Franse media toegepast worden, maar Photoshop wordt over heel de wereld gebruikt. [33][34]

Uit onderzoek is gebleken dat zelfs jonge kinderen reeds worden beïnvloed door beelden uit de media over uiterlijk en gewicht. Meisjes dienen mager te zijn en jongens gespierd. Het is van belang dat er aan de jongeren duidelijk wordt gemaakt dat mensen er in de realiteit niet uitzien als speelgoed zoals Barbie's, modellen en popidolen. Daarnaast is het ook belangrijk dat er zelfwaardering en zelfvertrouwen opgebouwd wordt. [29]

4.5. Het belang van verruimend denken

Ook woorden zijn soms krachtig en kunnen evenals de manier van communiceren, een invloed hebben op het zelfbeeld. Het is vaak gemakkelijker om te praten over zaken van het lichaam waar er ontevredenheid over heerst, dan over dingen waar men tevreden mee is. Niettegenstaande krijgt iedereen eens graag een compliment over zichzelf.

Alfred Korzybski schreef 'The map is not the territory'. Toen Korzybski dit schreef, bedoelde hij geen routekaarten, maar bedoelde hij dat iedereen een eigen afzonderlijke "kaart" van de realiteit heeft en hoe deze een invloed heeft op de woorden die men gebruikt om te communiceren met anderen. De kaart vertegenwoordigt de realiteit of de perceptie van de wereld en bepaalt de acties die een persoon uitvoert en ook de wijze waarop men met anderen communiceert. Iedereen ontwikkelt een unieke en een zeer persoonlijke visie op de wereld.

Een eetstoornispatiënt kan het construct vormen dat ze dik is. Dit is hoe zij op de realiteit kijkt, hoe zij haar voelt. Dit is één aspect waarop de patiënt zich richt, er wordt niet verruimend gedacht. Om zelfwaarde te bereiken is het juist belangrijk om verruimend te denken. Door zich op meerdere aspecten te richten zal men zich beter voelen, aangezien er ook steeds goede aspecten aanwezig zijn.

Het construct: 'ik ben dik' dat de eetstoornispatiënt heeft, wordt door anderen anders waargenomen. Iedereen heeft immers een eigen kijk op de wereld, op situaties en omstandigheden, aangezien er vanuit een andere "kaart" gewerkt wordt. Het is belangrijk dat de "kaart" van anderen gerespecteerd en begrepen wordt. [35]

Mensen met een eetstoornis zitten vast in een eigen unieke leefwereld. Het is van belang dat zij een beeld hebben van wat ze willen bereiken, dat ze hun wereldbeeld verruimen voordat ze proberen uit hun eigen (eetstoornis)wereld los te komen. Het is immers moeilijk (onmogelijk) om uit deze leefwereld vrij te komen als men geen beeld heeft van waar men naartoe wil werken.

Zo kan er in het geval van Caroline gesteld worden dat het voor haar zeer moeilijk is om uit "haar wereld" los te komen. Haar diëtiste heeft haar namelijk de opdracht gegeven om op te schrijven wat haar beeld is van een dag zonder eetstoornis. Caroline kon zich hiervan geen beeld vormen. Voor haar zou het reeds een hele vooruitgang zijn moest ze zich dit wel kunnen voorstellen.

Bij preventiecampagnes voor eetstoornissen bij minderjarigen wordt vaak de nadruk gelegd op een positief zelfwaardegevoel. De aandacht wordt hierbij voornamelijk gevestigd op het feit dat een positief zelfbeeld zeer belangrijk is. Er wordt minder gefocust op eetstoornissen als dusdanig. Teveel aandacht besteden aan eetstoornissen op zich zou ervoor kunnen zorgen dat dit iets bijzonders lijkt en juist een eetstoornis in de hand werkt. Een voorbeeld van zo'n campagne is de 'Dove workshop voor zelfwaardering'. Deze is beschikbaar via <http://www.tijdvoorechteschoonheid.be/>.

4.6. De behoeftetheorie volgens Maslow in verband gebracht met de piramide van mentale vaardigheden

Het bereiken van zelfrealisatie wordt door Maslow verklaard vanuit de behoeftetheorie. Maslow gaat ervan uit dat de behoeften de motivatie tot handelen bepalen. Hij heeft een onderscheid gemaakt tussen hogere en lagere menselijke behoeften via een behoeftepiramide (bijlage 5). Er kan pas motivatie ontstaan om aan de behoeften van een hoger niveau toe te komen wanneer de lagere behoeften bereikt zijn.

Er bestaat een verband tussen de piramide van mentale vaardigheden (bijlage 5) en de piramide van Maslow. De onderste behoefte van de piramide 'mentale vaardigheden' is zelfwaardering. Deze behoefte komt overeen met de hoogste behoefte van de piramide van Maslow, namelijk zelfrealisatie en zelfontplooiing. De hogere niveaus van de piramide 'mentale vaardigheden' kunnen dus slechts bereikt worden als de hoogste behoefte van de behoeftetheorie van Maslow bereikt is. Mentale vaardigheden hebben per definitie weerslag op aspecten die pas aan bod komen als alle onderliggende meer levensnoodzakelijke behoeften ingevuld zijn. Een lichaam dat in staat van ontbering

verkeert zal in eerste instantie overschakelen op een overlevingsmechanisme, waardoor de biochemische balans herleid wordt tot een basaal sympatisch functioneren. Het ontplooiën van mentale vaardigheden is in dergelijke situatie zelfs biologisch een bijna onmogelijkheid. [36][37]

De basis van de 'mentale vaardigheden'-driehoek is zelfwaardering. Zonder zelfwaardering zal motivatie niet bereikt worden. Bij eetstoornispatiënten is er vaak sprake van afwezigheid van zelfwaardering, met als gevolg dat de motivatie tot verandering van het gedrag ontbreekt. De hogere niveaus zullen bijgevolg ook niet bereikt kunnen worden. Tijdens de groeicursus werd de aandacht gevestigd op het verwezenlijken van een grotere zelfwaarde, zodat ze een bredere basis hebben om op verder te werken.

4.7. De attributietheorie van B. Weiner

B. Weiner is de grondlegger van de causale attributietheorie. Onder causale attributie of toeschrijving wordt het zoeken naar en het geven van verklaringen met betrekking tot succes en falen verstaan. Er wordt geprobeerd om als het ware aan zichzelf en aan anderen te expliceren waarom iets geslaagd of mislukt is. Aan de hand van deze theorie kan er onder andere inzicht verkregen worden in hoe mensen succes en falen verklaren. Vanuit de causale attributietheorie kunnen ook emotionele en cognitieve gevolgen van verschillende typen van causale toeschrijvingen begrepen worden.

Verscheidene oorzaken, zowel specifiek als zeer uiteenlopend, kunnen aan de basis liggen van successen of mislukkingen. Succes of mislukking kan zowel door zichzelf of door anderen gecreëerd worden.

Eetstoornispatiënten zijn vaak zeer perfectionistisch en proberen zo goed mogelijk aan wensen en verwachtingen te voldoen. Het is belangrijk dat ze leren om objectief naar zichzelf te kijken, met inzicht over het kunnen inschatten van hun eigen succesbeleving of faalervaringen. [38]

De eerste drie vragen van de ontwikkelde vragenlijst zijn gebaseerd op de attributietheorie van B. Weiner, om de patiënten te doen inzien dat ze ook uit dagdagelijkse zaken succes kunnen ervaren.

5. Onderzoek: Momentane invloed van ervaringsleer op eetstoornispatiënten

Naar aanleiding van het project groeicursus in samenwerking met Outward Bound® (bijlage 6) werd er een gevalideerde vragenlijst ontwikkeld om het zelfwaardegevoel bij eetstoornispatiënten na te gaan.

5.1. Doel

Het doel van deze vragenlijst is om na te gaan of de groeicursus in samenwerking met Outward Bound® significante verschillen teweeg brengt op het zelfwaardegevoel van de deelnemende eetstoornispatiënten. Om het vooropgestelde effect te kunnen waarnemen, zal de vragenlijst zowel voor als na de groeicursus afgenomen worden. De momentane invloed wordt de laatste dag van de groeicursus gemeten. Een maand na de groeicursus wordt de vragenlijst nogmaals ingevuld, waaruit zal blijken of de vijfdaagse een verdere invloed heeft in de dagelijkse gewoonten (zie 6).

5.2. Methode en materialen

De vragenlijst werd ontwikkeld op basis van een aantal bestaande vragenlijsten die gehanteerd worden bij eetstoornispatiënten. De bestaande vragenlijsten zijn de Rosenberg self esteem schaal, de zelfbeoordelingsvragenlijst, de Resilience Scale (RS-NL) en de lichaamsattitudevragenlijst (LAV) (bijlage 7).

De ontwikkelde vragenlijst (bijlage 8) bestaat uit twee delen. Eerst worden drie inleidende, open vragen gesteld. Deze drie vragen zijn gebaseerd op de attributietheorie van Weiner, ze zetten aan tot nadenken over succes en falen. Het nut van deze vragen is om te voorkomen dat men de vragenlijst snel en zonder nadenken zou invullen. Deze drie vragen worden hier verder niet gebruikt om verandering in het zelfwaardegevoel na te gaan. Verder volgen 21 vragen waarop men kan antwoorden met de vijf keuzemogelijkheden die gegeven worden.

Om de keuze van de gekozen vragen zo representatief mogelijk te houden, werden alle vragen uit de Rosenberg self esteem schaal, de zelfbeoordelingsvragenlijst, de RS-NL en de LAV in één document gezet en naar alle studenten van de Katholieke Hogeschool Leuven, departement Gezondheidszorg en Technologie, doorgestuurd. Aan deze leerlingen werd gevraagd om de voor hen 20 meest relevante vragen omtrent dit

onderwerp aan te duiden. Op deze vraag hebben 47 leerlingen geantwoord. Vervolgens werd op basis van de 20 meest verkozen vragen de vragenlijst ontwikkeld. De 21^{ste} vraag is een vraag die er door mezelf aan toegevoegd werd.

Om de ontwikkelde vragenlijst te valideren werd de vragenlijst tweemaal per mail verzonden naar zoveel mogelijk vrouwen. Eveneens werd de vragenlijst op het forum van de site van het inloophuis te Leuven (www.anbn.be) geplaatst. De tweede vragenlijst werd twee weken na de eerste vragenlijst verzonden. De vragen werden in een andere volgorde geplaatst om te voorkomen dat de deelnemers het vorige document zouden doorsturen. De vragenlijst werd tweemaal doorgestuurd om na te gaan of de vragen betrouwbaar beantwoord kunnen worden en niet te veel beïnvloed worden door tijdelijke emoties.

De doelgroep voor het invullen van deze vragenlijst waren vrouwen. De vrouwen die geantwoord hebben op beide vragenlijsten waren tussen de 18 en de 55 jaar oud. Op de eerste vragenlijst hebben 87 vrouwen geantwoord, waarvan er 71 vrouwen eveneens de tweede lijst ingevuld hebben. Deze 71 personen die eveneens de tweede vragenlijst ingevuld hebben, werden de controlegroep voor dit onderzoek.

De beantwoorde vragenlijsten werden verwerkt door gebruik te maken van de correlatiecoëfficiënt van Pearson⁵. Een correlatie is een verband tussen twee reeksen waarnemingen of gegevens. De twee variabelen in dit onderzoek zijn de twee vragenlijsten. Aan de hand van de correlatiecoëfficiënt wordt nagegaan of men de vragenlijst consistent ingevuld heeft. De waarde van de correlatiecoëfficiënt ligt altijd tussen -1 en +1. Wanneer de correlatiecoëfficiënt 0 is bestaat er geen verband tussen de twee vragenlijsten. Wanneer de correlatiecoëfficiënt +1 of -1 bedraagt, bestaat er een lineaire samenhang. Aangezien de personen gedurende de periode tussen de eerste en de tweede vragenlijst geen groeicursus op basis van ervaringsleren gevolgd hebben, wordt verwacht dat ze tweemaal dezelfde antwoorden geven. Indien dit niet het geval is en de correlatiecoëfficiënt te ver afwijkt van 1, is de vragenlijst niet bruikbaar voor dit onderzoek. [39][40][41][42]

⁵ Een opmerking die gemaakt moet worden bij het verwerken van de vragenlijst is dat er in dit onderzoek vragen gemeten worden. Dit zijn niet perfect meetbare zaken zoals bijvoorbeeld lengte en gewicht. Voor het verwerken van een vragenlijst wordt er vaak gebruik gemaakt van Cronbach alfa in plaats van de correlatiecoëfficiënten. In dit afstudeerwerk werden de correlaties berekend om eventueel onderlinge verbanden te vinden.

De verschillende correlatiecoëfficiënten werden berekend in Excel en in een grafiek verwerkt. Eveneens werd de gemiddelde correlatiecoëfficiënt berekend.

De vragenlijst werd ook afgenomen bij de negen deelnemers van de groeicursus. Zij hebben de vragenlijst de eerste en de laatste dag van de vijfdaagse cursus ingevuld. Hiermee werd de momentane invloed van ervaringsleer op het zelfwaardegevoel nagegaan.

De verwerking van de vragenlijst van de deelnemers werd op dezelfde manier uitgevoerd dan bij de validatie van de vragenlijst. Er werd van elke deelnemer een correlatiecoëfficiënt berekend en vervolgens werd de gemiddelde correlatiecoëfficiënt van de patiënten berekend.

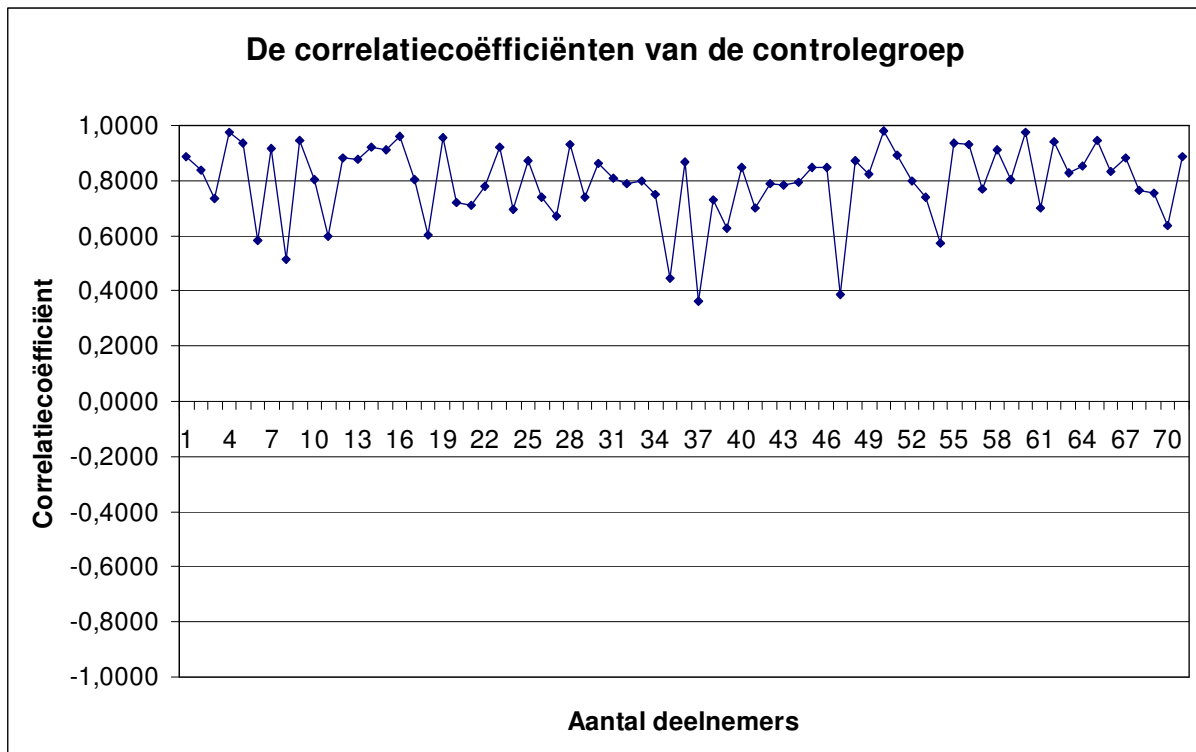
Vervolgens werd een onderscheid gemaakt tussen de positief - en de negatief georiënteerde vragen. De positief gerichte vragen in de ontwikkelde vragenlijst zijn vraag: 1, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18 en 20. De overige vragen zijn de negatief georiënteerde vragen. De antwoordmogelijkheden van de vragenlijst zijn 'helemaal oneens', 'meestal oneens', 'neutraal', 'meestal eens' en 'helemaal eens'. Voor de verwerking wordt 'helemaal oneens' gelijkgesteld met -2, 'meestal oneens' met -1, 'neutraal' met 0, 'meestal eens' met 1 en 'helemaal eens' met 2. Op basis hiervan werden kruistabellen opgesteld (zie 5.3), waarbij de frequentie van de antwoorden nagegaan werd. Dit werd zowel voor de controlegroep als voor de deelnemers van de groeicursus gedaan.

vervolgens werd een chi-kwadraattoets gebruikt om een mogelijk verband tussen beide variabelen te testen. Indien de chi-kwadraattoets niet significant is bij de controlegroep, maar wel bij de deelnemers van de groeicursus, wordt ervan uit gegaan dat dit waarschijnlijk te wijten is aan de cursus op basis van ervaringsleren.

5.3. Resultaten

De gemiddelde correlatiecoëfficiënt bij de validatie bedraagt 0,7959. De gemiddelde correlatiecoëfficiënt van de deelnemers van de groeicursus is 0,2967. Dit wil zeggen dat de mensen die geen cursus op basis van ervaringsleer gevolgd hebben, de vragenlijst consistentere beantwoord hebben dan diegenen die de groeicursus wel gevolgd hebben.

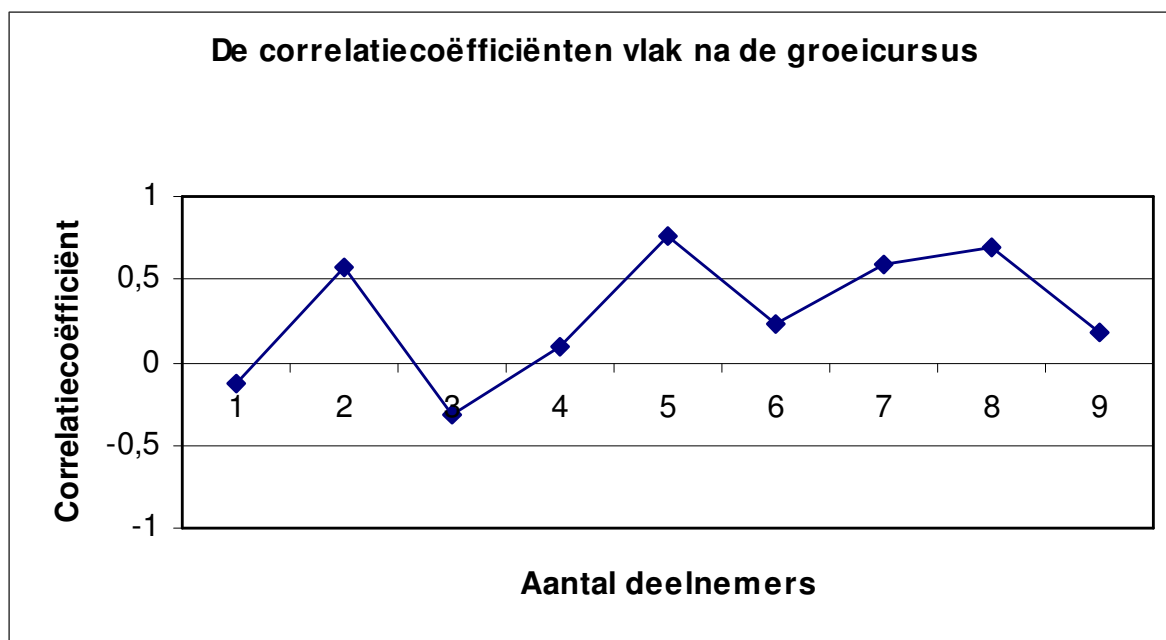
In grafiek 1 worden de verschillende correlatiecoëfficiënten van de controlegroep individueel weergegeven. Uit deze grafiek blijkt dat er een aantal uitschieters zijn, niet iedereen heeft de twee vragenlijsten even consistent beantwoord. De oorzaak hiervan zou kunnen zijn dat de stemming van deze personen een invloed heeft gehad op de vragenlijst. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat deze personen het invullen van de vragenlijst niet ernstig genomen hebben.



Grafiek 1. De correlatiecoëfficiënten van de controlegroep individueel weergegeven.

In grafiek 2 worden de correlatiecoëfficiënten van de negen deelnemers van de groeicursus weergegeven. Het gemiddelde van de negen correlatiecoëfficiënten is 0,2967. Uit de grafiek kan afgeleid worden dat de spreiding van de correlatiecoëfficiënten groot is. Twee correlatiecoëfficiënten zijn negatief, wat wil zeggen dat twee personen de vragenlijsten inconsequent beantwoord hebben. De hoogste correlatie die bij de deelnemers bekomen werd is 0,7580. Deze correlatiecoëfficiënt is nog steeds minder dan de gemiddelde correlatie die bekomen werd bij de controlegroep.

Hieruit kan er nog niet besloten worden of de groeicursus een positieve invloed op het zelfwaardegevoel van de eetstoornispatiënten heeft gehad.



Grafiek 2. De correlatiecoëfficiënten van de eetstoornispatiënten worden individueel weergegeven.

Om na te gaan of de groeicursus op basis van ervaringsleren een positieve invloed heeft op het zelfwaardegevoel van eetstoornispatiënten werden er vier kruistabellen opgesteld. Uit deze gegevens werd de chi-kwadraattoets berekend.

In tabel 1 worden de frequentie van de antwoorden op de positief georiënteerde vragen door de controlegroep weergegeven. Het resultaat van de chi-kwadraattoets van deze gegevens is 0,1484. Deze waarde is groter dan 0,05, waaruit geconcludeerd kan worden dat er geen significant verschil is tussen de positief gerichte vragen van de twee vragenlijsten bij de controlegroep.

Tabel 1. De frequentie van de antwoorden op de positief georiënteerde vragen door de controlegroep.

Antwoorden	Vragenlijst 1	Vragenlijst 2
-2	32	26
-1	87	94
0	147	136
1	360	387
2	155	138
Totaal	781	781

De antwoorden van de negatief gerichte vragen, ingevuld door de controlegroep worden weergegeven in tabel 2. De chi-kwadraattoets van deze gegevens is 0,5243. Hieruit kan besloten worden dat er geen significant verschil is tussen de negatief georiënteerde vragen van de twee vragenlijsten.

Tabel 2. De frequentie van de antwoorden op de negatief georiënteerde vragen door de controlegroep.

Antwoorden	Vragenlijst 1	Vragenlijst 2
-2	109	120
-1	242	241
0	148	143
1	147	152
2	64	54
Totaal	710	710

Tabel 3 en tabel 4 geven de frequentie van de antwoorden van de eetstoornispatiënten die deelnamen aan de groeicursus weer. De positief gerichte vragen worden weergegeven in tabel 3. De chi-kwadraattoets geeft als resultaat $2,21 \cdot 10^{27}$. Deze waarde is kleiner dan 0,05. Er kan dus besloten worden dat de antwoorden op de positief georiënteerde vragen van de tweede vragenlijst significant verschillen van de waarden van de eerste vragenlijst.

Tabel 3. De frequentie van de antwoorden op de positief georiënteerde vragen door de deelnemers aan de groeicursus.

Antwoorden	Vragenlijst 1	Vragenlijst 2
-2	19	3
-1	30	14
0	22	17
1	26	40
2	2	25
Totaal	99	99

Tabel 4 laat de frequentie van de antwoorden op de negatief georiënteerde vragen door de eetstoornispatiënten zien. Het resultaat van de chi-kwadraattoets van deze gegevens is $2,19 \cdot 10^{10}$. Deze waarde is eveneens kleiner dan 0,05. Dit duidt erop dat de antwoorden op de negatief gerichte vragen van de tweede vragenlijst significant verschillen van die van de eerste vragenlijst.

Tabel 4. De frequentie van de antwoorden op de negatief georiënteerde vragen door de deelnemers aan de groeicursus.

Antwoorden	Vragenlijst 1	Vragenlijst 2
-2	3	9
-1	17	31
0	12	19
1	36	24
2	22	7
Totaal	90	90

5.4. Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat de chi-kwadraattoets noch voor de positief gerichte vragen, noch voor de negatief georiënteerde vragen significant verschillend is bij de controlegroep. Bij de eetstoornispatiënten zijn er tussen de twee vragenlijsten – zowel voor de positief- als voor de negatief georiënteerde vragen – significante verschillen waarneembaar. Hieruit kan geconcludeerd worden dat dit waarschijnlijk te wijten is aan de groeicursus op basis van ervaringsleren. Deze cursus heeft waarschijnlijk een momentane positieve invloed op het zelfwaardegevoel van volwassen vrouwen met een eetstoornis.

Om de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek naar de invloed van ervaringsgericht leren op het zelfwaardegevoel te optimaliseren, kunnen er nog enkele cursussen in het project worden opgenomen om het aantal gescreende deelnemers te vergroten.

6. Invloed op lange termijn van ervaringsleren op eetstoornispatiënten

Vijf weken na de groeicursus werd de vragenlijst nogmaals afgenomen om de invloed op langere termijn te evalueren. Het resultaat hiervan werd niet in dit afstudeerwerk opgenomen, maar zal voor verder onderzoek gebruikt worden.

7. Bevindingen omtrent de groeicursus op basis van ervaring

Tijdens de groeicursus die voor de eerste maal plaatsvond in april 2010, werd er aan de hand van ervaringsleren getracht het zelfwaardegevoel van eetstoornispatiënten positief te beïnvloeden. De laatste dag van de cursus werd er tijd voorzien om alles wat men de voorbije dagen geleerd had te verankeren. Er werden mogelijke probleemsituaties voor thuis aangehaald, waarvoor er in groep naar een oplossing gezocht werd. Al de negen patiënten hebben tijdens de groeicursus, elk op hun eigen manier, grote stappen gezet.

Één van de patiënten heeft voor de eerste keer in 20 jaar terug brood gegeten. Voor de cursus had ze niet de gewoonte om met anderen samen aan tafel te eten, wat ze tijdens de groeicursus vanaf de tweede dag wel gedaan heeft. Nu, drie weken later, eet ze thuis samen met haar gezin dagelijks drie maaltijden.

Een andere vrouw, die reeds tien jaar in begeleiding is bij de diëtiste, vroeg zelf om tijdens de cursus meer "druk" op haar eten uit te oefenen. De diëtiste heeft haar vanaf dat moment steeds opgeschept wat ze zou moeten eten. De patiënt is er elke keer in geslaagd om dit op te eten. Ook na de cursus is er een evolutie in haar eetpatroon zichtbaar. Voor de groeicursus was haar dagelijkse energie-inname nauwelijks 1000 kcal. Drie weken na de cursus heeft ze dit reeds opgebouwd tot 1200 kcal per dag.

Diezelfde vrouw heeft het heel moeilijk met haar mening te uiten en knikt altijd 'ja' als men haar iets vraagt. Haar dochter van 25 jaar woont samen met haar vriend en komt elke week haar vuile was naar huis brengen. De vrouw vindt dat ze dit zelf kan doen, maar heeft dit nooit tegen haar dochter durven zeggen tot na de vijfdaagse. De groeicursus heeft dus niet enkel invloed gehad op haar eetgedrag, maar eveneens op haar assertiviteit.

Eetstoornispatiënten hebben vaak een controledwang. Er was een opdracht waarbij het de bedoeling was een paal van zeven meter omhoog te klimmen en vervolgens naar beneden te springen. Diegene die de opdracht uitvoerde, werd aan een touw bevestigd,

zodat de anderen haar kon opvangen. Één van de patiënten was zeer snel tot boven geklommen. De sprong naar beneden was voor haar het moeilijkste gedeelte van de opdracht, omdat ze hierbij alle controle los moest laten en in het dagelijkse leven heeft ze de neiging om alles te controleren.

Één van de deelnemers beschreef haar ervaring over de groeicursus als volgt: "Als oudste deelnemer, die reeds 30 jaar met een eetstoornis kampt, wil ik alvast zeggen dat ik spijt heb dat ik deze cursus niet eerder heb gevolgd. De toekomst zal het uitwijzen maar ik hoop en ben er vrijwel zeker van dat deze cursus een kentering zal geven in mijn leven. Voor het eerst in mijn leven heb ik echt genoten, spontaan gelachen en voelde ik me ook veel jonger. Het leek erop dat het kind, dat ik nooit heb kunnen zijn, voor het eerst naar buiten kwam. Maar hiernaast heb ik erg veel geleerd over mezelf, dankzij Lieve, Emmy, Karen, Bert en de hele groep waarvoor ik hen niet genoeg kan bedanken. Voor het eerst zie ik weer een lichtje schijnen en voel ik me ook geen hopeloos geval meer!"

Conclusie

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de groeicursus, in samenwerking met Outward Bound[®], op basis van ervaringsleren waarschijnlijk een momentane positieve invloed op het zelfwaardegevoel van eetstoornispatiënten heeft gehad.

Op basis van de bevindingen omtrent de groeicursus kan vastgesteld worden dat alle deelnemers grote stappen in de positieve richting gemaakt hebben. Tijdens de groeicursus wordt de laatste dag tijd genomen voor verankering. Of dit voldoende was om de cursus ook een positieve invloed op lange termijn te laten uitoefenen, zal blijken uit verder onderzoek.

In de toekomst kan de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek naar de invloed van ervaringsgericht leren op het zelfwaardegevoel verbeterd worden door, nog enkele groeicursussen in het project op te nemen, zodat het aantal gescreende deelnemers vergroot.

Samenvatting

In dit afstudeerwerk wordt de invloed van ervaringsgericht leren op het zelfwaardegevoel van eetstoornispatiënten onderzocht. Het ervaringsleren wordt door middel van een groeicursus in samenwerking met Outward Bound® aangeboden.

Er worden verschillende behandelmethoden voor mensen met een eetstoornis besproken. De eetstoornispatiënten, die deelgenomen hebben aan de groeicursus, werden voor en na de cursus oplossingsgericht begeleid door een diëtiste. De oplossingsgerichte begeleiding, de coachingdans en de theorie van Prochaska en DiClemente als model voor gedragsveranderingen worden uitgewerkt aan de hand van twee case-studies. Verder wordt er dieper ingegaan op ervaringsleren en het zelfwaardegevoel.

Deze verschillende aspecten komen samen in de groeicursus. Het doel van dit afstudeerwerk bestaat eruit om een gevalideerde vragenlijst te ontwikkelen die nagaat of de groeicursus, die gebaseerd is op een ervaringsgerichte begeleiding, met opvolging van een oplossingsgerichte coaching, een invloed heeft op het zelfwaardegevoel van eetstoornispatiënten.

De vragenlijst wordt ontwikkeld op basis van een aantal bestaande vragenlijsten. Deze wordt gevalideerd door een controlegroep – vrouwen die geen cursus op basis van ervaringsleren volgden – de vragenlijst tweemaal te laten invullen. Vervolgens worden de correlatiecoëfficiënten en de chi-kwadraattoets berekend. De eetstoornispatiënten die deelnemen aan de groeicursus, dienen de vragenlijst eveneens tweemaal in te vullen. De verwerking van de antwoorden gebeurt op dezelfde wijze als de validatie.

Uit de resultaten kunnen significante verschillen tussen de twee vragenlijsten van de deelnemers vastgesteld worden. Bij de controlegroep zijn er geen significante verschillen tussen de twee vragenlijsten waarneembaar. De significante verschillen bij de eetstoornispatiënten zijn waarschijnlijk te wijten aan de groeicursus, gebaseerd op ervaringsgerichte begeleiding met opvolging van oplossingsgerichte coaching. Deze cursus heeft vermoedelijk een positieve invloed op het zelfwaardegevoel van eetstoornispatiënten.

De relevantie van de resultaten van dit onderzoek kan geoptimaliseerd worden door een groter aantal deelnemers te toetsen. Indien verder onderzoek eveneens positieve

resultaten geeft, kan deze cursus in de toekomst als een mogelijke behandelmethode voor volwassen vrouwen die aan een eetstoornis lijden gebruikt worden.

Summary

In this thesis, the influence of experiential learning on the self esteem of eating disorder patients is investigated. Experiential learning is offered by a growth course in cooperation with Outward Bound®.

Various treatments for people with eating disorders are discussed. The eating disorder patients who participated in the growth course were in a solution accompaniment coached by a dietician before and after the course. The solution-focused counselling, the 'coachingdance' and Prochaska's and DiClemente's theory as a model for behaviour change are defined more precisely on the basis of two case-studies. Furthermore, a closer look at experiential learning and self esteem is discussed.

These different elements come together in the growth course. The aim of this thesis is to develop a validated questionnaire in order to verificate if the growth course, which is based on an experiential counselling, followed up by with a solution-oriented coaching, has an influence on the self esteem of eating disorder patients.

This questionnaire is developed based on a number of existing questionnaires. It is validated by letting a control group – women who didn't follow a course based on experiential learning – fill out the questionnaire twice. Then the correlation coefficients and chi-square-test are calculated. The questionnaire should also be completed twice by the eating disorder patients who participate in the growth course. The processing of the answers happens in exactly the same way as the validation.

The results identify significant differences between the two questionnaires of the participants. In the control group, no significant differences were observed between the two questionnaires. The significant differences between eating disorder patients are probably due to the growth course, based on experience-orientated monitoring combined with the support of solution-focused coaching. This course probably has a positive influence on the self esteem of eating disorder patients.

The relevance of this study's results can be optimized in order to review a larger number of participants. If further investigation also gives positive results, then, in the future, this course can be used as a possible treatment for adult women, who suffer from an eating disorder.

Literatuurlijst

- [1] Williams K, Thomas D. Eating disorders. In: Thomas B, Bishop J, editors. Manual of dietetic practice. Fourth ed. UK: Blackwell Publishing; 2007 p.585-593
- [2] Vervaet M. Eetstoornissen: een hulpeloos en hopeloos gevecht? Beschikbaar via: www.kuleuven.be/jgz/ggs/.../Jaar_2_Prof_Vervaet_teksteetstoornissen.doc. Geraadpleegd 2009 november 2.
- [3] Netwerkstuurgroep Leuvense Regio. Wat doen bij aanmelding van een jongere met eet- en gewichtsproblemen? Discussienota met voorstellen 2005. Beschikbaar via: http://www.eetexpert.be/leden/downloads/Discussienota_Leuvense_regio.pdf. Geraadpleegd 2010 februari 1.
- [4] Moyson N, Roofthoofd E. Van eetlast naar eetlust. Leuven: Acco; 2002.
- [5] Vandeputte A. Behandeling. Beschikbaar via: http://www.eetstoornis.be/k_behandeling.htm. Geraadpleegd 2010 februari 1.
- [6] Beschikbaar via: http://www.outwardbound.be/template_page.asp?pag_id=36&level=3&lng_iso=NL. Geraadpleegd 2010 april 13.
- [7] Outward Bound International. About Us. 2004 Beschikbaar via: <http://www.outwardbound.net/about/index.html>. Geraadpleegd 2010 april 13.
- [8] Verraes K. Literatuurstudie over Nederlandstalig onderzoek naar de effecten van outdoor programma's. Leuven: K.U.Leuven; 2008
- [9] Ovaere S, Van Assche L. (Actie + reflectie)² = active reviewing?! Heverlee, Katholieke Hogeschool Leuven, Departement Sociale School Heverlee, 2008, p. 11-16
- [10] Hovelynck J, Move active learning forward. The Journal of Experiential Education, jrg. 26, nr. 1, 2002, p. 1-7
- [11] Luckner J, Nadler R. Processing the experience. Strategies to enhance and generalize learning. Part II: Theory: Change conditions. Second edition. Dubuque, Kendall/Hunt Publishing Company, 1997, p. 23-26
- [12] Cauffman L. Oplossingsgericht management en coaching. Amsterdam: Boom; 2007. Hoofdstuk I, p19-29
- [13] Isebaert L. Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2007. Hoofdstuk IV, p. 49-56
- [14] Centrum eetstoornissen Ursula. Poliklinische behandeling. Non-verbale therapie. Beschikbaar via: <http://www.centrummeetstoornissen.nl/templates/Content.aspx?PageID=10187>. Geraadpleegd op 2009 december 12.
- [15] Cauffman L. Oplossingsgericht management en coaching. Amsterdam: Boom; 2007. Hoofdstuk IV, p. 103-143

- [16] Isebaert L. Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie. Utrecht: De tijdstroom; 2007. Hoofdstuk VII, p. 71-73
- [17] Heylen R. Mondelinge mededeling. Seminarie 'Oplossingsgericht communiceren – oplossingsgericht motiveren.' Katholieke Hogeschool Leuven, 2009 oktober 7.
- [18] Cauffman L. Oplossingsgericht management en coaching. Amsterdam: Boom; 2007. Hoofdstuk VIII, p. 210-222
- [19] Cauffman L. Oplossingsgericht management en coaching. Amsterdam: Boom; 2007. Hoofdstuk II, p. 30-57
- [20] Cauffman L. Oplossingsgericht management en coaching. Amsterdam: Boom; 2007. Hoofdstuk III, p. 58-102
- [21] Kortink J. Uit de ban van eetbuien. 9th ed. Utrecht/Antwerpen: Kosmos, 2009
- [22] Isebaert L. Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie. Utrecht: De tijdstroom; 2007. Hoofdstuk XV, p. 129-170
- [23] Isebaert L. Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie. Utrecht: De tijdstroom; 2007. Hoofdstuk X, p. 95-105
- [24] Miller WR, Rollnick S. Motiverende gespreksvoering. 6th ed.: Ekklesia; 2005.
- [25] Cauffman L. Oplossingsgericht management en coaching. Amsterdam: Boom; 2007. Hoofdstuk IX, p. 223-241
- [26] Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. Arch Gen Psychiatry 1999, 56(5): 468-476.
- [27] Morris J, Twaddle S. Anorexia nervosa. BMJ 2007, 334(7599): 894–898.
- [28] Arbyn N. Mondelinge mededeling. Thema-avond 'Zelfbeeld en link met eetstoornissen.' Inloophuis Leuven, 2009 oktober 8.
- [29] Eetexpert.be, Noordenbos G. Werken aan zelfwaardering. Bodytalk 2009.
- [30] Theuwis L. De psychometrische kwaliteit van de Children's Eating Attitude Test. Gent: Universiteit Gent; 2008
- [31] Vandereycken W, Noordenbos G. Handboek eetstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom; 2002.
- [32] Vanderlinden J. Anorexia Nervosa overwinnen. Tielt: Lannoo; 2000.
- [33] Martens J. Opgelet voor Photoshop! Xioskrant 2009. Beschikbaar via: http://www.xioskrant.be/index.php?option=com_content&view=article&id=43:opgelet-voor-photoshop&catid=18:deweek&Itemid=8. Geraadpleegd 2010 januari 27.
- [34] De Backer P. Politica wil photoshop bannen. De Standaard 2009. Beschikbaar via: <http://www.standaard.be/artikel/detail.aspx?artikelid=9R2FGIP0>. Geraadpleegd 2010 januari 27.
- [35] The map is not the territory. Internet site NLP training Scotland 2007. Beschikbaar via: <http://www.nlptrainingscotland.net/articles/map-territory.php>. Geraadpleegd 2010 februari 14.

- [36] Verhaeghe V. Motivatietheorieën binnen de context van beheerscontrole. Gent: Universiteit Gent; 2003.
- [37] Crespo M, Reid M, Quinn A. Tennis Psychology: 200 + practical drills and the latest research. Londen: ITF; 2006.
- [38] Weiner. Internet site dilemmamanager 2010. Beschikbaar via: <http://www.dilemmamanager.nl/content.asp?page=30>. Geraadpleegd 2010 februari 14.
- [39] Van Driel M, Chevalier P. Verklarende woordenlijst Evidence-Based Medicine. Gent: Minerva, 2008.
- [40] Cade JE, Burley VJ, Warm DL, Thompson RL, Margetts BM. Food-frequency questionnaires: a review of their design, validation and utilisation. Nutrition Research Reviews 2004, 17: 5-22.
- [41] Cade J, Thompson R, Burley V, Warm D. Development, validation and utilisation of food-frequency questionnaires – a review. Public Health Nutrition 2002, 5(4): 567-587.
- [42] Masson LF et al. Statistical approaches for assessing the relative validity of a food-frequency questionnaire: use of correlation coefficients and the kappa statistic. Public Health Nutrition 2002, 6: 313-321.
- [43] Vervaet M, Van Autreve S. UZ Gent: Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie. Rosenberg self esteem schaal, de zelfbeoordelingsvragenlijst, RS-NL, LAV.

Bijlagen

Bijlage 1: Ervaringsleren-cyclus van Kolb

Bijlage 2: Het 'Brugs model'

Bijlage 3: Sleutelementen in het probleemgerichte en oplossingsgerichte denken

Bijlage 4: Het GGG-schema

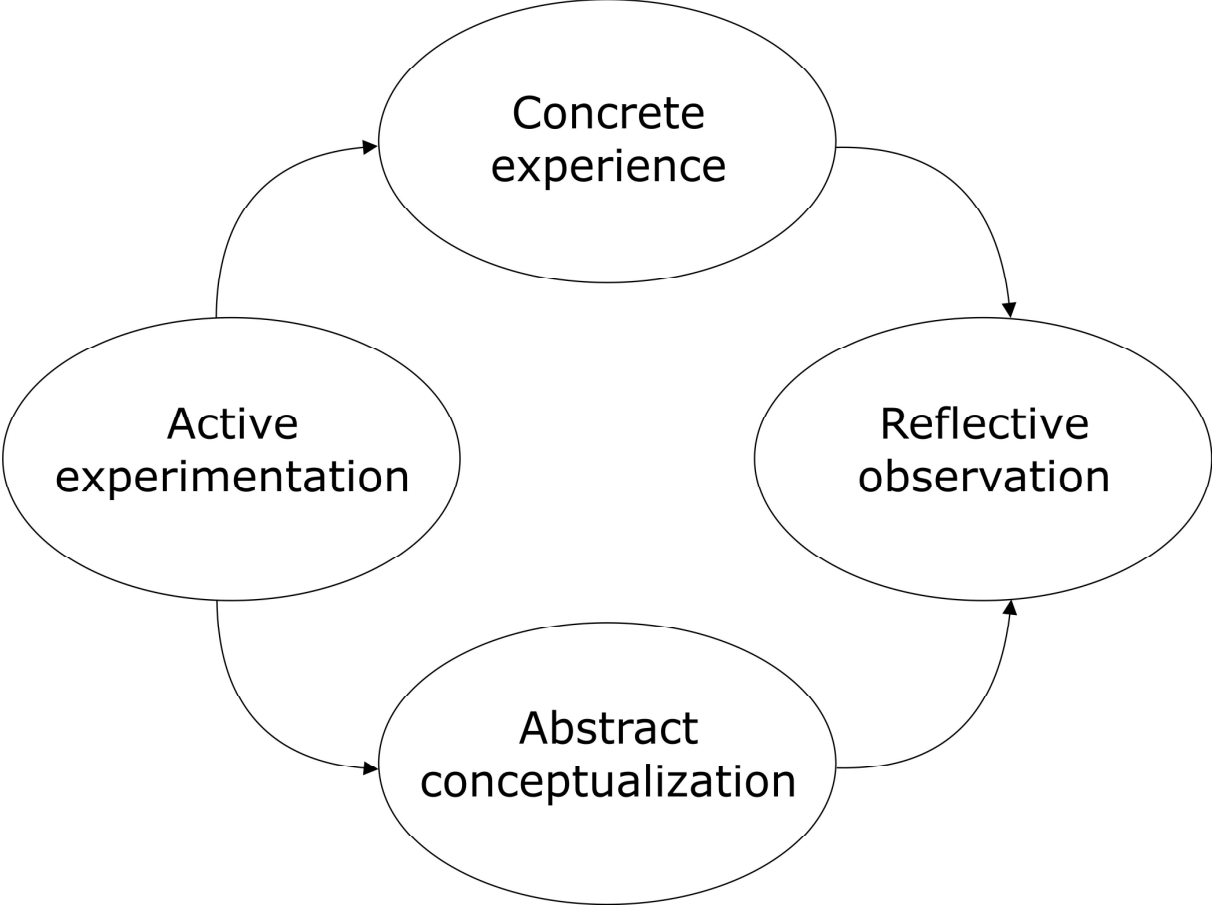
Bijlage 5: De 'mentale vaardigheden'-driehoek en de behoeftetheorie van Maslow

Bijlage 6: Folder: groeicursus

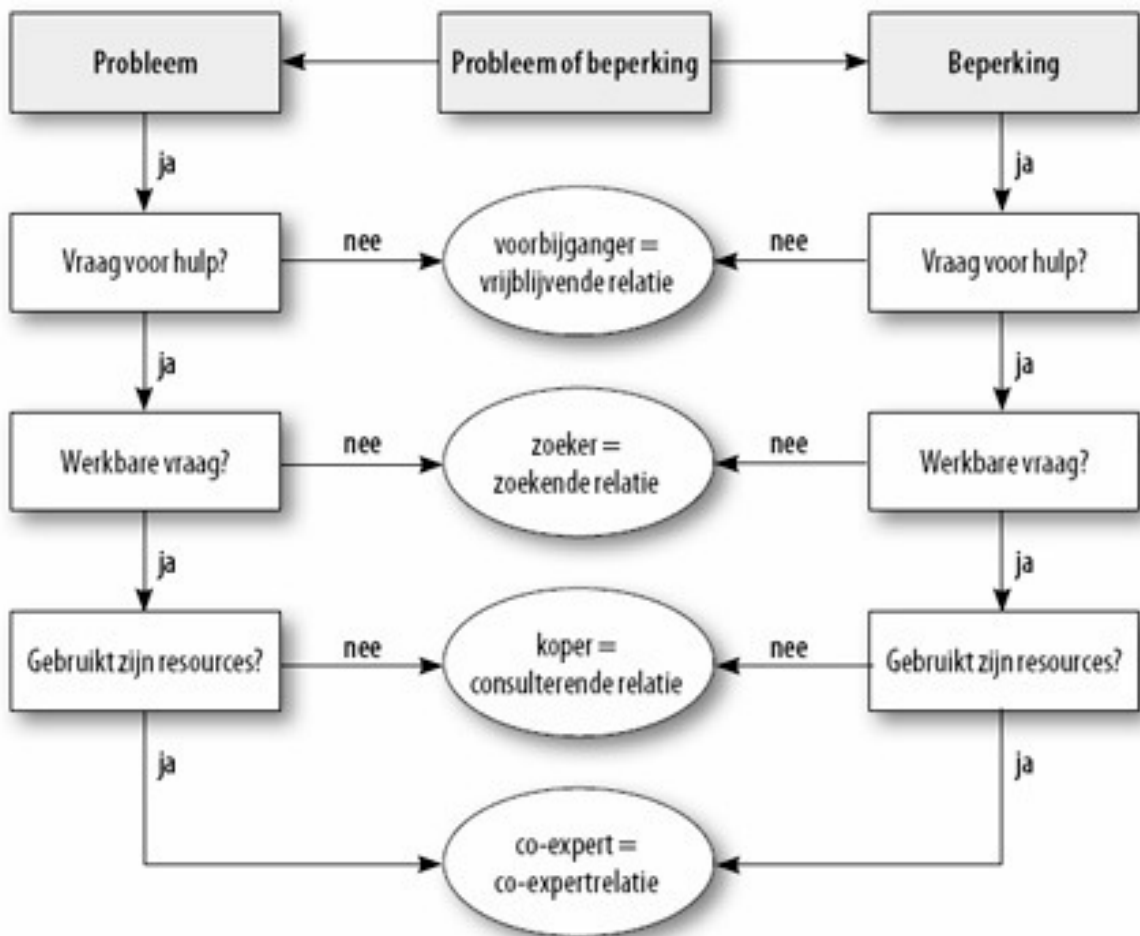
Bijlage 7: Vragenlijsten waarop de ontwikkelde vragenlijst gebaseerd is

Bijlage 8: Vragenlijst zelfwaardering

Bijlage 1: Ervaringsleren-cyclus volgens Kolb [8]



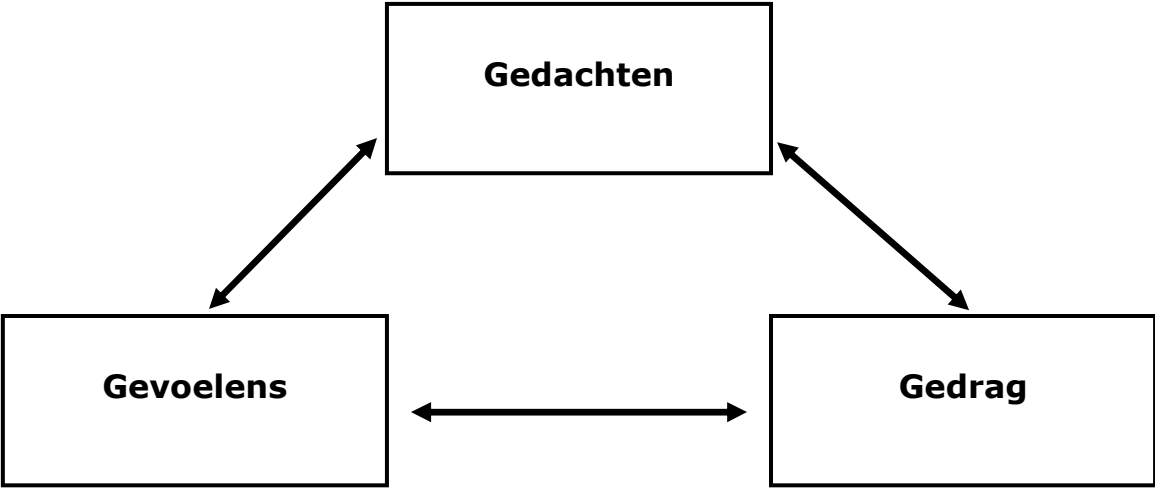
Bijlage 2: Het 'Brugs model' [15]



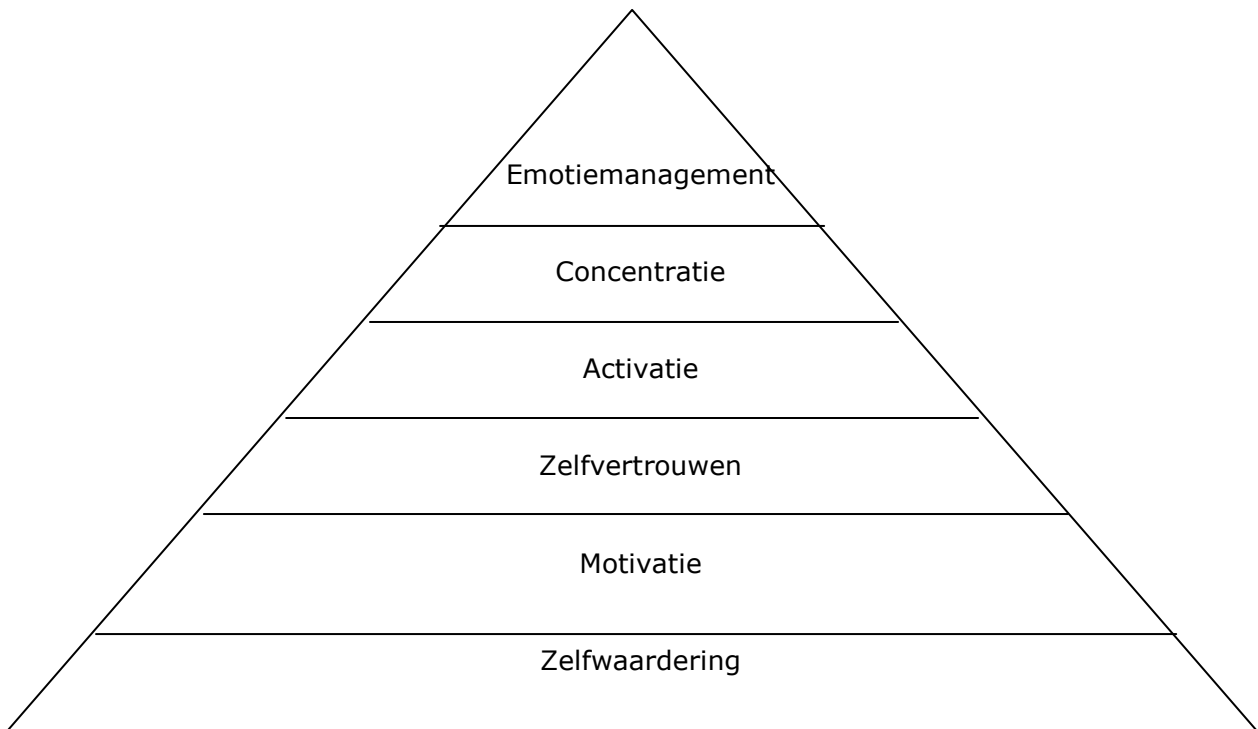
Bijlage 3: Sleutelementen in het probleemgerichte en oplossingsgerichte denken [12]

Probleemgericht	Oplossingsgericht
Verleden is belangrijk	Toekomst is belangrijk
Wiens fout is het?	Wat kan anders?
Expert geeft antwoorden	Expert stelt vragen
Het probleem is steeds voorhanden	Het probleem is er nooit altijd
Er zijn grote veranderingen nodig	Kleine verandering is voldoende als aanzet
Denken is belangrijk	Doen is belangrijk
Controleer	Ondersteun
Verstaan en inzicht zijn noodzakelijk voor er verandering kan komen	Inzicht komt na of tijdens de verandering
Nooit	Nog niet
Diagnosticeer de oorzaak	Waardeer de uitzondering als (deel)oplossing
Resources moeten worden aangereikt	Resources zijn steeds voorhanden, maar moeten ontsluitend worden
Expert	Partner
Ziekte	Gezondheid
Conflict	Samenwerking
Regel	Uitzondering
Hetzelfde	Verschil
Verminder	Vermeerder
Insisteer	Inviteer
Terugkijken	Vooruitkijken
Meer van hetzelfde	Meer van iets anders
Probleem	Oplossing

Bijlage 4: Het GGG-schema [28]



Bijlage 5: De 'mentale vaardigheden'-driehoek en de behoeftetheorie van Maslow



'Mentale vaardigheden'-driehoek [37]



Behoeftetheorie van Maslow [36]

Bijlage 6: Folder: groeicursus



Zelfwaardering en zelfvertrouwen

Zelfwaardering als fundamentele bouwsteen voor het eigen geluk.

De juiste **motivatie** als onontbeerlijke motor voor het veranderingsproces.

Zelfvertrouwen – het geloof in eigen kunnen – noodzakelijk om te komen tot het activeren van een vastzittend proces.

Wat met **bewegen**, te veel, te weinig... hoe leer je grenzen te respecteren?

Het valt gezien de problematiek wel eens moeilijk de **concentratie** vast te houden.

Emoties geven kleur aan het leven. Kan jij je eigen kleur kiezen?



EMMY VELGHE

ROZENLAAN 20 B DALSTRAAT 79
2242 PULDERBOS 1790 TERALFENE
03/4640409 0477/353399

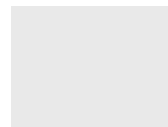
LIEVE PENSAERT

DAGERAADSTRAAT 22 HERESTRAAT 49
2800 MECHELEN 3000 LEUVEN
015/261022 0478/721485

OUTWARD BOUND CURSUSHUIS

KAPUCIJENVOER 217 RUE COVIS 19
3000 LEUVEN 5170 LUSTIN

Naam
Straat
Cemeente





GROEICURSUS

Voor wie?

Ben je een 20-plusser?

Ben je een **VROUW**?

Is eten soms meer een vijand dan een vriend?

Ben je **bereid** om naar jezelf te kijken en verder te groeien om een zicht te krijgen op je eigen functioneren?

Dan hebben wij jou hier iets boeiend aan te bieden.....

Wat?

Een vijfdaagse 'groeicursus' in samenwerking met Outward Bound. Deze organisatie is reeds sinds 1977 een vormings- en trainingscentrum, dat gelooft in het groeiproces van iedere persoon.

Het specifieke van Outward Bound is het aanwenden van ongekende, avontuurlijke en uitdagende opdrachten in een natuurlijk kader of een sociale omgeving. *'A mind that is stretched by a new experience can never go back to its old dimensions'* is dan ook het basisidee.

Er zal voldoende aandacht geschonken worden aan de eetmomenten.

Iedere deelnemer bepaalt zijn eigen grenzen. Bij elke activiteit wordt de groep en de deelnemer voor de keuze gesteld of zij de uitdaging wil aangaan. Je kan op ieder moment STOP zeggen.

Door het ervaringsleren krijg je zicht op jezelf en op de betekenis van eten.

Het aantal deelnemers wordt beperkt tot acht, zodat iedereen tijd en aandacht kan krijgen, noodzakelijk voor individuele groeikansen.

Waarom?

Deze vijfdaagse cursus kan de ontbrekende schakel zijn om uit de spiraal van eten en /of vasten en /of overeten en/of compenseren te stappen.

Wanneer en waar?

Cursushuis Rue Covis 19, 5170 Lustin
van 5 tot 9 april 2010

Inlichtingen en inschrijvingen?

Emmy Velghe – Lieve Pensaert voor een gesprek (achteraan folder)



Bijlage 7: Vragenlijsten waarop de ontwikkelde vragenlijst gebaseerd is [43]

ROSENBERG SELF ESTEEM SCHAAL

Naam:

Datum:

	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
1. Over het geheel genomen ben ik tevreden met mezelf				
2. Soms denk ik dat ik nergens goed in ben.				
3. Ik heb het idee dat ik een aantal goede kwaliteiten heb.				
4. Ik kan dingen net zo goed als de meeste andere mensen				
5. Naar mijn gevoel heb ik niet veel om trots op te zijn.				
6. Af en toe voel ik mij absoluut nutteloos.				
7. In vergelijking met anderen vind ik mijzelf even waardevol.				
8. Ik zou willen dat ik meer respect voor mezelf kon hebben.				
9. Alles bij elkaar heb ik sterk de indruk dat ik een mislukking ben.				
10. Ik sta positief tegenover mezelf.				

ZELF-BEOORDELINGSVRAGENLIJST

Ontwikkeld door H.M. van der Ploeg, P.B. Defares en C.D. Spielberger.

STAI - versie DY-1

Toelichting

Hieronder vindt u een aantal uitspraken, die mensen hebben gebruikt om zichzelf te beschrijven. Neem iedere uitspraak door en zet dan een kringetje om het cijfer rechts van die uitspraak om daarmee aan te geven hoe u zich nu voelt, dus nu op dit moment. Er zijn geen goede of slechte antwoorden. Denk niet te lang na en geef uw eerste indruk, die is meestal de beste. Het gaat er dus om dat u weergeeft wat u op dit moment voelt.

Datum :

	Geheel niet	Een beetje	Tamelijk veel	Zeer veel
1. Ik voel me kalm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik voel me veilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik ben gespannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik voel me onrustig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik voel me op mijn gemak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik ben in de war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik pieker over nare dingen die kunnen gebeuren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik voel me voldaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ik ben bang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ik voel me aangenaam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ik voel me zeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ik voel me nerveus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ik ben zenuwachtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ik ben besluiteloos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ik ben ontspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ik voel me tevreden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ik maak me zorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ik voel me gejaagd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ik voel me evenwichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ik voel me prettig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZELF-BEOORDELINGSVRAGENLIJST

Ontwikkeld door H.M. van der Ploeg, P.B. Defares en C.D. Spielberger.

STAI - versie DY-2

Toelichting

Hieronder vindt u een aantal uitspraken, die mensen hebben gebruikt om zichzelf te beschrijven. Neem iedere uitspraak door en zet dan een kringetje om het cijfer rechts van die uitspraak om daarmee aan te geven hoe u zich nu voelt, dus nu op dit moment. Er zijn geen goede of slechte antwoorden. Denk niet te lang na en geef uw eerste indruk, die is meestal de beste. Het gaat er dus om dat u weergeeft wat u op dit moment voelt.

	Geheel niet	Een beetje	Tamelijk veel	Zeer veel
21. Ik voel me prettig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ik voel me nerveus en onrustig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ik voel me tevreden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ik kan een tegenslag maar heel moeilijk verwerken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ik voel me in vrijwel alles tekort schieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ik voel me uitgerust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ik voel me rustig en beheerst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ik voel dat de moeilijkheden zich opstapelen zodat ik er niet meer tegenop kan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ik pieker teveel over dingen die niet zo belangrijk zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ik ben gelukkig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ik word geplaagd door storende gedachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ik heb gebrek aan zelfvertrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ik voel me veilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ik voel me op mijn gemak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ik ben gelijkmatig van stemming.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ik ben tevreden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Er zijn gedachten die ik heel moeilijk los kan laten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ik neem teleurstellingen zo zwaar op dat ik ze niet van me af kan zetten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ik ben een rustig iemand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ik raak helemaal gespannen en in beroering als ik denk aan mijn zorgen van de laatste tijd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LICHAAMS-ATTITUDE-VRAGENLIJST (LAV)

Deze vragenlijst is bestemd om na te gaan hoe uw houding en gevoelens zijn ten opzichte van uw eigen lichaam. Er wordt gevraagd om bij elk van de vermelde punten aan te geven (met een kruisje in één van de hokjes) of dit de laatste tijd bij u het geval is: altijd, meestal, dikwijls, soms, zelden of nooit. Probeer zo eerlijk en spontaan mogelijk te antwoorden en sla geen vraag over.

		A L T I J D	M E E S T A L	D I K W I J L S	S O M S	Z E L D E N	N O O I T
1.	Wanneer ik mezelf vergelijk met leeftijdgenoten voel ik me ontevreden over mijn lichaam.						
2.	Mijn lichaam lijkt me een gevoelloos voorwerp.						
3.	Mijn heupen lijken me te breed.						
4.	Ik voel me thuis in mijn eigen lichaam.						
5.	Ik verlang er sterk naar om slanker te zijn.						
6.	Mijn borstomvang vind ik te groot.						
7.	Ik heb neiging mijn lichaam te verbergen (bv. Door losse kleding)						
8.	Wanneer ik mezelf in de spiegel bekijk, voel ik me ontevreden over mijn lichaam.						
9.	Ik kan me gemakkelijk lichamelijk ontspannen.						
10.	Ik vind mezelf te dik.						
11.	Ik voel mijn lichaam als een last die ik moet meedragen.						
12.	Mijn lichaam lijkt het mijne niet te zijn.						
13.	Bepaalde delen van mijn lichaam lijken opgezwollen						
14.	Mijn lichaam is voor mij een bedreiging.						
15.	Mijn uiterlijk is erg belangrijk voor mij.						
16.	Mijn buik ziet er uit alsof ik zwanger ben.						

17.	In mijn lichaam voel ik een gejaagdheid.						
18.	Ik ben jaloers op anderen omwille van hun figuur (uiterlijk).						
19.	Er gebeuren dingen in mijn lichaam die mij beangstigen.						
20.	Ik observeer mijn uiterlijk in de spiegel.						

Factorstructuur

Factor 1 (LAV-1) 'negatieve waardering van de lichaamsomvang':

Items 3, 5, 6, 10, 11, 13 & 16

Factor 2 (LAV-2) 'gebrek aan vertrouwdheid met het eigen lichaam':

Items 2, 4, 9, 12, 14, 17 & 19

Factor 3 (LAV-3) 'algemeen ongenoegen over het lichamelijke voorkomen':

Items 1, 7, 8 & 18

[Factor 4 (LAV-4) 'restfactor': items 15 & 20]

SCORING

Alle items (behalve 4 & 9):

Altijd = 5 Soms = 2

Meestal = 4 Zelden = 1

Dikwijls = 3 Nooit = 0

Items 4 & 9: omgekeerd scoren van Altijd = 0 tot Nooit = 5

Hoe hoger de score, hoe negatiever de lichaamsattitude. De maximum totaalscore is 100. de voorgestelde cut-off score (afbreekpunt) tussen vrouwelijk patiënten met eetstoornissen en een controlegroep van normale vrouwen is 36. een totaalscore boven 36 kan dus als 'abnormaal' worden beschouwd.

Vragenlijst: Zelfwaardering

Naam:

Leeftijd:jaar

1. Wat heb je vandaag als succes ervaren?

.....
.....
.....

2. Wat heeft jou geholpen om dit succes te verkrijgen?

.....
.....
.....

3. Welke controle had je hierbij?

.....
.....
.....

	Helemaal oneens	Meestal oneens	neutraal	Meestal eens	Helemaal eens
1. Over het geheel genomen ben ik tevreden met mezelf.					
2. Naar mijn gevoel heb ik niet veel om trots op te zijn.					
3. Ik sta positief tegenover mezelf.					
4. Ik voel me zeker.					
5. Ik zou willen dat ik meer respect voor mezelf kon hebben.					
6. Ik kan een tegenslag maar heel moeilijk verwerken.					
7. Ik voel me in vrijwel alles tekort schieten.					
8. Ik pieker teveel over dingen die niet zo belangrijk zijn.					
9. Ik heb gebrek aan zelfvertrouwen.					
10. Ik ben gelijkmatig van stemming.					
11. Er zijn gedachten die ik heel moeilijk los kan laten.					
12. Ik neem teleurstellingen zo zwaar op dat ik ze niet van me af kan zetten.					
13. Ik ben trots op de dingen die ik heb bereikt in mijn leven.					
14. Ik kan omgaan met onverwachtse problemen.					
15. Mijn leven heeft zin.					
16. Ik blijf geïnteresseerd in dingen.					
17. Mijn geloof in mezelf helpt me door moeilijke momenten.					
18. In een moeilijke situatie vind ik altijd een uitweg.					
19. Soms denk ik dat ik nergens goed in ben.					
20. Het is niet erg dat er mensen zijn die mij niet mogen.					
21. Ik heb de dwang om alles te controleren.					