university of groningen

University Medical Center Groningen

University of Groningen

Body experience in patients with mental disorders

Scheffers, Wilhelmina Jolande

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2018

Link to publication in University of Groningen/UMCG research database

Citation for published version (APA):
Scheffers, W. J. (2018). *Body experience in patients with mental disorders*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. Rijksuniversiteit Groningen.

Copyright
Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment.

Take-down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): http://www.rug.nl/research/portal. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Download date: 15-06-2025

Chapter 8

Samenvatting en algemene discussie

De verstoring van de lichaamsbeleving bij mensen met psychiatrische problematiek staat in dit proefschrift centraal. Deze persoonlijke, subjectieve beleving van het lichaam kan onderverdeeld worden in drie domeinen: lichaamsattitude ('body attitude', ook wel 'body image'), lichaamswaardering ('body satisfaction') en lichaamsbewustzijn ('body awareness'). Bij een groot aantal psychiatrische stoornissen wordt melding gemaakt van een negatieve of verstoorde lichaamsbeleving; verbetering hiervan is een belangrijk doel van psychomotorische therapie en aanverwante therapievormen. Het meten van lichaamsbeleving gebeurt echter nauwelijks, onder andere vanwege een gebrek aan goede meetinstrumenten.

Dit proefschrift beschrijft onderzoek naar de psychometrische kwaliteit en validiteit van een meetinstrument voor lichaamsattitude, de Dresdner Körperbildfragebogen, bij zowel respondenten uit de algemene bevolking als bij verschillende klinische groepen (patiënten met een somatoforme stoornis, met traumagerelateerde problematiek en met een depressie). Binnen deze groepen is de ernst van de verstoring van de lichaamsattitude onderzocht. Daarnaast is nagegaan hoe lichaamsattitude, voor een deel aangevuld met maten voor lichaamstevredenheid en lichaamsbewustzijn, samenhangt met de ernst van depressieve en traumagerelateerde symptomen en met kwaliteit van leven en gevoel van autonomie. De studies in dit proefschrift tonen onomstotelijk aan dat bij de betreffende groepen patiënten de lichaamsattitude verstoord is.
De studies hebben tot de volgende resultaten geleid:

- Er is een nieuw instrument om lichaamsattitude te meten geïntroduceerd, de DBIQ-NL. Lichaamsattitude is een belangrijk aspect van lichaamsbeleving en juist voor dit aspect was tot nu toe geen geschikt Nederlands meetinstrument voorhanden.
- Ten aanzien van de verstoring van lichaamsbeleving werden verschillen vastgesteld tussen patiënten met psychische stoornissen en gezonde mensen.
- Er werden verschillen in lichaamsattitude aangetoond tussen verschillende groepen patiënten met psychische stoornissen.

In hoofdstuk 1 geven we een algemene inleiding in het onderwerp 'lichaamsbeleving bij psychische stoornissen' en het belang van dit onderwerp voor zowel diagnostiek als evaluatie van lichaams- en bewegingsgerichte interventies. We beschrijven drie psychologisch-fenomenologische aspecten: lichaamsattitude, betrekking hebbend op de cognitieve, affectieve en gedragsaspecten [1]; lichaamstevredenheid, gedefinieerd als de mate van tevredenheid met het uiterlijk en de functies van het eigen lichaam [2]; en lichaamsbewustzijn, gedefinieerd als de mate waarin iemand zich bewust is van lichamelijke signalen en processen [3]. In hoofdstuk 2 evalueren we de psychometrische kenmerken van de Nederlandse versie van de Dresdner Körperbildfragebogen (Dresden Body Image Questionnaire, DBIQ), een instrument voor het meten van

lichaamsattitude, bij een niet-klinische onderzoeksgroep. De Nederlandse versie van de DBIQ (DBIQ-NL) is vervolgens gebruikt om lichaamsattitude bij een aantal klinische groepen te onderzoeken. Hiervan wordt in hoofdstuk 3-6 verslag gedaan. In hoofdstuk 3 beschrijven we kenmerken van lichaamsattitude, zoals gemeten met de DBIQ-NL, en hun samenhang met psychiatrische diagnoses bij een groep patiënten met diverse psychische stoornissen. Dit onderzoek levert naast eerste, algemene informatie over verstoring van de lichaamsattitude bij een klinische onderzoeksgroep ook informatie op over de verschillen tussen diagnostische categorieën. In de volgende hoofdstukken presenteren we studies waarin lichaamsattitude wordt geëvalueerd bij specifieke groepen patiënten, te weten patiënten met een somatoforme stoornis (hoofdstuk 4), met traumagerelateerde stoornissen (hoofdstuk 5) en patiënten met een depressie (hoofdstuk 6). In de studies in hoofdstuk 5 en 6 zijn ook instrumenten voor het meten van lichaamstevredenheid en lichaamsbewustzijn opgenomen om meer informatie te verkrijgen over de verstoring van deze aspecten van lichaamsbeleving en hun samenhang met lichaamsattitude.

De algemene discussie start in paragraaf 7.1 met een beschrijving van de belangrijkste bevindingen per hoofdstuk. Vervolgens bespreken we in deze paragraaf de samenhang tussen de verschillende studies. In paragraaf 7.2 evalueren we zowel de psychometrische kenmerken van de DBIQ-NL als de resultaten op de subschalen van dit instrument. In paragraaf 7.3 bespreken we de resultaten voor lichaamstevredenheid en lichaamsbewustzijn en gaan we in op verbanden tussen verschillende gebieden van lichaamsbeleving. In paragraaf 7.4 komen we terug op het belang van het opnemen van het thema lichaamsbeleving in diagnostiek en behandeling; daarbij schenken we speciale aandacht aan lichaamsbeleving bij getraumatiseerde patiënten. Verder bespreken we enkele ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg die kunnen bijdragen aan meer aandacht voor lichaamsbeleving en ontwikkelingen die dat in de weg staan. Het hoofdstuk wordt in paragraaf 7.5 afgesloten met aanbevelingen, een samenvatting van de klinische implicaties van de bevindingen in dit proefschrift en suggesties voor verder onderzoek.

7.1. Belangrijkste bevindingen per hoofdstuk

In **hoofdstuk 2** worden de psychometrische kenmerken van de DBIQ-NL geëvalueerd bij een grote groep respondenten uit de algemene bevolking. De DBIQ-NL bestaat uit vijf subschalen die betrekking hebben op lichaamsacceptatie, vitaliteit, zelfwaardering, lichamelijk contact en seksuele tevredenheid.

Uit de confirmatieve factoranalyses kwam een structuur naar voren die vrijwel overeenkomt met die van de oorspronkelijke Duitse schaal. Onderzoek naar de vergelijkbaarheid van schaalscores voor mannen en vrouwen en voor oudere en jongere respondenten met behulp van 'multiple group confirmatory factor analysis' liet zien dat

de meetinvariantie goed is. Slechts vier items verschillen enigszins tussen genoemde groepen, met een verwaarloosbare invloed op de scores van de schaal en subschalen. De interne consistentie van elke subschaal was goed en de test-hertest betrouwbaarheid voldoende. Correlaties tussen de subschalen waren relatief zwak, hetgeen de multidimensionaliteit van de vragenlijst ondersteunt. Evaluatie van samenhang met specifieke lichaamsgerelateerde concepten, zoals lichaamstevredenheid, vermoeidheid en beleving van aanraking, en met algemene uitkomstmaten zoals psychosociaal welzijn en eigenwaarde, leverde een adequate begripsvaliditeit op. De DBIQ-NL kan dan ook worden beschouwd als een betrouwbaar en deugdelijk instrument om lichaamsattitude in een niet-klinische setting te meten.

Hoofdstuk 3 bevat het onderzoek naar de klinische bruikbaarheid van de DBIQ-NL in een groep van 267 patiënten met verschillende psychische stoornissen (stemmingsstoornissen, angststoornissen, posttraumatische stressstoornis, eetstoornissen, psychotische stoornissen).

Uit de resultaten blijkt dat een verstoorde lichaamsattitude algemeen voorkomt bij patiënten met psychische stoornissen en verband houdt met de zelfgerapporteerde psychische gezondheid, kwaliteit van leven en 'empowerment'. Alle patiëntgroepen scoorden significant lager, met aanzienlijke effectgroottes, dan de respondenten in de vergelijkingsgroep uit hoofdstuk 2. Met name patiënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) scoorden op alle subschalen laag. Patiënten uit verschillende diagnostische groepen lieten uiteenlopende uitkomsten zien op de subschalen. Lichaamsacceptatie scoorde het laagst bij eetstoornissen en seksuele tevredenheid scoorde uitermate laag bij PTSS. Opmerkelijk was dat qua vitaliteit geen significante verschillen werden gemeten tussen de stoornissen. Verder werden tussen mannen en vrouwen grote verschillen waargenomen op de subschalen lichaamsacceptatie en seksuele tevredenheid, waarbij mannen hoger scoorden dan vrouwen. Op de subschaal vitaliteit waren de genderverschillen juist klein. Bij herhaling van de metingen na vier maanden behandeling waren significant positieve veranderingen in lichaamsattitude te zien.

In **hoofdstuk 4** evalueren we lichaamsattitude zoals die met de DBIQ-NL werd gemeten onder een grote groep patiënten met een somatoforme stoornis (SFD), de voorloper van de diagnostische categorie die tegenwoordig in DSM-5 somatisch-symptoomstoornis wordt genoemd. Een belangrijk kenmerk van deze stoornis is de problematische relatie van patiënten met hun lichaam, hetgeen in kaart brengen van de lichaamsattitude relevant maakt. We gebruikten de groep uit hoofdstuk 2 als vergelijkingsgroep en volgden dezelfde procedures als in hoofdstuk 2. We vonden dezelfde structuur bij de patiëntengroep als eerder gevonden bij de vergelijkingsgroep evenals meetinvariantie tussen beide groepen en tussen de seksen in de groep met patiënten met SFD.

Ook onderzochten we verschillen in scores tussen qua leeftijd en sekse gematchte patiënten en respondenten uit de vergelijkingsgroep. Hierbij scoorden de patiënten beduidend lager op alle subschalen van de DBIQ-NL. Mannen met een somatoforme stoornis scoorden op alle subschalen van de DBIQ-NL hoger dan vrouwen met deze stoornis, waarbij de verschillen significant waren voor lichaamsacceptatie, seksuele tevredenheid en zelfwaardering. Patiënten met een conversiestoornis scoorden significant hoger op vitaliteit en lichaamsacceptatie dan patiënten met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis of een pijnstoornis. Zowel de grote verschillen in scores tussen patiënten met een somatoforme stoornis en de respondenten in de vergelijkingsgroep, als de verschillen in scores binnen de diagnostische categorieën van SFD bevestigen de brede *scope* aan lichaamsgerelateerde problemen bij patiënten met een somatoforme stoornis en onderstrepen de klinische relevantie van de DBIQ-NL.

Op jonge leeftijd opgelopen trauma's, zoals langdurige seksuele en fysieke mishandeling, hebben verstrekkende gevolgen voor de relatie van mensen met hun lichaam. Deze schadelijke invloed van vroege trauma's op het gebied van lichamelijkheid wordt vaak over het hoofd gezien en krijgt tot nu toe weinig aandacht in het onderzoek naar de gevolgen van psychotrauma. De in **hoofdstuk 5** gepresenteerde studie had tot doel de lichaamsattitude (DBIQ-NL) te onderzoeken bij een groep vroeggetraumatiseerde vrouwelijke patiënten, en daarnaast twee andere aspecten van lichaamsbeleving in kaart te brengen, namelijk lichaamstevredenheid – gemeten met de Body Cathexis Scale (BCS) – en lichaamsbewustzijn – gemeten met de Somatic Awareness Questionnaire (SAQ). De analyses lieten ernstige beschadigingen zien op alle drie zelfgerapporteerde aspecten van lichaamsbeleving. Er werden sterke verbanden gevonden tussen lichaamsattitude en lichaamstevredenheid, terwijl de verbanden tussen lichaamsattitude en lichaamsbewustzijn matig waren en die tussen lichaamstevredenheid en lichaamsbewustzijn zwak.

De uitkomsten van dit onderzoek vormen een krachtige aanbeveling om het meten van lichaamsbeleving op te nemen in reguliere diagnostische procedures bij vrouwen met een geschiedenis van vroeg trauma. Bovendien lijkt het noodzakelijk om expliciet aandacht te geven aan negatieve lichaamsbeleving als integraal onderdeel van traumabehandeling.

Voor **hoofdstuk 6** onderzochten we de lichaamsbeleving bij klinisch depressieve patiënten, die vaak melding maken van een breed scala aan symptomen die gerelateerd zijn aan veranderingen in de subjectieve ervaring van hun lichaam. We hebben de lichaamsbeleving bij deze patiënten vóór en na multidisciplinaire behandeling onderzocht. Net als in hoofdstuk 5 werden drie gebieden van lichaamsbeleving gemeten. In het algemeen nam na behandeling de depressiescores substantieel af, terwijl de scores voor lichaamsbeleving en voor lichaamstevredenheid beide significant toenamen. Bij patiënten bij wie de depressie in remissie was aan het einde van de behandeling zagen we

een positievere lichaamsattitude en een hogere lichaamstevredenheid dan bij patiënten bij wie dat niet zo was. Verrassend genoeg werd er geen significante verbetering in lichaamsbewustzijn vastgesteld.

Correlaties tussen depressiescores en scores voor zowel lichaamsattitude als lichaamstevredenheid waren aan het begin en aan het einde van de behandeling matig sterk. De partiële correlatie aan het einde van de behandeling (gecorrigeerd voor de score aan het begin van de behandeling) was matig sterk tot sterk. Deze resultaten duiden op een interessant en robuust verband tussen deze aspecten van lichaamsbeleving en de ernst van de depressie, een verband dat nader onderzocht dient te worden. Voor lichaamsbewustzijn werd een dergelijke samenhang met de ernst van depressie niet gevonden.

7.2. De DBIQ-NL als instrument voor zelfrapportage van lichaamsattitude bij patiënten met psychische stoornissen

Voor de studies in dit proefschrift kozen we voor de DBIQ om lichaamsattitude te meten. Met dit instrument kan een breed gebied aan attitudes ten opzichte van het eigen lichaam worden gemeten. De DKB bevat ook subschalen om de attitude ten opzichte van lichamelijk contact te meten en seksuele tevredenheid te evalueren, beide belangrijke thema's die nauwelijks aan bod komen in andere zelfrapportage-instrumenten op het gebied van lichaamsbeleving. In dit gedeelte van de algemene discussie bespreken we eerst enkele psychometrische kenmerken van de DBIQ-NL. Daarna evalueren we de uitkomsten van de DBIQ-NL en subschalen met betrekking tot lichaamsattitude bij patiënten met psychische stoornissen.

Psychometrische kenmerken van de DBIQ-NL

De DBIQ-NL heeft een goede interne consistentie, voldoende test-hertest betrouwbaarheid en adequate begripsvaliditeit. Onderzoek naar de meetinvariantie van de DBIQ-NL liet zien dat de schaalscores vergeleken kunnen worden tussen de somatoforme en niet-klinische groep, tussen vrouwen en mannen in de somatoforme groep en niet-klinische groep en tussen ouderen en jongeren in de niet-klinische groep. Alhoewel evaluatie van meetinvariantie intussen gebruikelijk is voor zelfrapportage-instrumenten, werd dit tot nu toe zelden toegepast binnen onderzoek naar Nederlandstalige instrumenten voor het meten van lichaamsbeleving.

Bij de niet-klinische groep bleken vier items niet geheel invariant. Voor sekse item 19 ('Ik hou er niet van dat iemand mij aanraakt') en item 30 ('Er zijn maar weinig mensen die mij mogen aanraken') voor leeftijd item 28 ('Als ik iets aan mijn lichaam zou kunnen veranderen, zou ik dat doen') en voor sekse en leeftijd item 15 ('Ik kies bewust kleding die de vorm van mijn lichaam verbergt'). Item 15 was ook niet invariant voor sekse in de groep patiënten met een somatoforme stoornis. Item 1 ('Ik beweeg me

sierlijk.') en item 7 ('In veel situaties ben ik tevreden met mijn lichaam.') waren niet invariant in de groep patiënten met een somatoforme stoornis en de vergelijkingsgroep. Het valt op dat de twee items die in de niet-klinische groep voor sekse niet invariant waren, tot de subschaal lichamelijk contact behoren. Mannen en vrouwen kunnen de betekenis van deze items mogelijk anders interpreteren aangezien in beide items aanraking door anderen centraal staat, en vrouwen vaker dan mannen te maken krijgen met ongewenste aanrakingen. We hebben ervoor gekozen alle items te behouden omdat de impact van de bovengenoemde items op de subschaalscores en op de totaalscores gering bleek. Dit neemt niet weg dat bij onderzoek dat zich richt op verschillen tussen de seksen in beleving van lichamelijk contact, of op lichaamsacceptatie onder verschillende leeftijdsgroepen, een score die berekend wordt zonder de items die inbreuk maken op de invariantie beter zou zijn.

Een andere resultaat is dat de DBIQ-NL in de verschillende studies steeds matig sterke tot sterke correlaties te zien gaf met uitkomstmaten voor eigenwaarde, kwaliteit van leven en zelfgerapporteerde psychische gezondheid. Interessant zijn de bijzonder sterke correlaties met psychische gezondheid, zoals gemeten met de Outcome Questionnaire (OQ-45) [4]. Met de OQ-45 wordt in kaart gebracht hoe iemand functioneert op drie voor de geestelijke gezondheid relevante gebieden, namelijk symptomatische distress, interpersoonlijke relaties en sociale rol. Deze vragenlijst wordt in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland veelvuldig gebruikt bij het meten van behandelresultaten via de zogenaamde Routine Outcome Measurement (ROM) [5]. Het is relevant om de genoemde verbanden nader te onderzoeken aangezien meer specifieke kennis van belang is voor het inzetten van interventies die ten doel hebben de lichaamsattitude en daarmee de geestelijke gezondheid te verbeteren.

Tot slot moet worden opgemerkt dat in het niet-klinische sample de verdeling van sekse en leeftijd enigszins afweek van die in de Nederlandse populatie. Dit betekent dat de gegevens niet geschikt zijn voor het berekenen van normscores, maar ze kunnen wel worden gebruikt voor vergelijkingsdoeleinden. Naar verwachting zullen er binnen niet al te lange tijd normscores beschikbaar komen, aangezien er binnen het project HoeGekIsNL, waarin de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking wordt onderzocht, gegevens uit een representatieve steekproef zijn verzameld [6].

De DBIQ-NL als meetinstrument voor lichaamsattitude bij patiënten met psychische stoornissen

Lichaamsattitude bleek bij alle groepen patiënten met psychische stoornissen die in het kader van dit proefschrift werden onderzocht negatief beïnvloed. Dit is in overeenstemming met de weinige studies waarin de lichaamsattitude van patiënten met een psychische stoornis wordt vergeleken met die van een gezonde controlegroep [7, 8]. Het in hoofdstuk 3 gepresenteerde onderzoek onder een groep patiënten met

verschillende psychische stoornissen, gaf grote verschillen in DBIQ-NL-scores te zien tussen de patiënten en respondenten in een vergelijkingsgroep. Bovendien werden verschillen in DBIQ-NL-scores gevonden tussen de verschillende diagnostische categorieën. Maar interpretatie van resultaten in de specifieke diagnostische groepen werd beperkt door de heterogeniteit van de onderzochte groep. Daarom concentreren we ons in de huidige bespreking op de bevindingen uit de onderzoeken onder de grotere, duidelijk omlijnde en homogene groepen patiënten met een somatoforme stoornis, vroegkinderlijk trauma of een depressie (hoofdstukken 4-6). In deze drie diagnostisch homogene groepen, waren de gemiddelde DBIQ-NL-scores van patiënten minimaal één punt lager dan de scores van de respondenten in de vergelijkingsgroep, waarbij de vrouwelijke patiënten met vroeg trauma het laagst scoorden.

In de volgende paragrafen worden de verschillen in DBIQ-NL-scores op de respectievelijke subschalen tussen patiënten met een somatoforme stoornis, depressie of vroeg trauma, en de respondenten uit de vergelijkingsgroep samengevat en geëvalueerd. Daarnaast gaan we in op verschillen tussen deze diagnostische groepen. Genderverschillen bespreken we in een aparte paragraaf.

Subschaal lichaamsacceptatie

Lichaamsacceptatie kan worden beschouwd als een kernelement van lichaamsattitude [9]: in praktisch alle bestaande metingen van lichaamsattitude is een subschaal opgenomen voor het meten van dit aspect [10]. In ons onderzoek zagen we bij patiënten met een somatoforme stoornis en bij patiënten met een depressie een aanzienlijk lagere lichaamsacceptatie dan bij de personen in de vergelijkingsgroep. De beide groepen patiënten scoorden bijna één punt lager. Vroeggetraumatiseerde vrouwen scoorden het laagst, met een verschil van anderhalf punt.

Subschaal vitaliteit

Patiënten in alle drie patiëntgroepen scoorden significant lager op vitaliteit dan de personen in de vergelijkingsgroep, met verschillen van ongeveer één punt voor patiënten met een depressie en vroeg trauma, en anderhalf punt voor patiënten met een somatoforme stoornis. Interessant is dat uit deze uitkomsten blijkt dat een ervaring van weinig vitaliteit zeker niet alleen voorkomt bij stemmingsstoornissen, maar dat het een algemeen probleem is bij patiënten met een psychische stoornis – en bij een somatoforme stoornis zelfs problematischer dan bij een depressie.

Subjectieve vitaliteit moet uiteraard onderscheiden worden van objectief gemeten vitaliteit of fysieke fitheid. Het is nog onduidelijk hoe subjectieve vitaliteit en objectief gemeten fysieke fitheid zich tot elkaar verhouden. Het is aannemelijk dat een lage subjectieve vitaliteit belemmerend werkt om fysieke activiteiten te ondernemen die gezondheid en vitaliteit bevorderen. Uit een recente meta-analyse blijkt dat

lichaamsbeweging (*exercise*) een aantoonbaar effectieve interventie bij depressie is [11]. Lichaamsbeweging onder leiding van professionals met een relevante opleiding, zoals leerkrachten lichamelijke opvoeding en fysiotherapeuten, leverden de grootste verbeteringen op. Het blijft onduidelijk of deze professionals zich ook specifiek richten op subjectieve vitaliteit. Met betrekking tot PTSS rapporteerden Rosenbaum et al. [12] een aantal voorlopige bevindingen over de gunstige invloed van lichaamsbeweging op PTSS-symptomen. Naar het effect van lichaamsbeweging op somatoforme symptomen is geen onderzoek gedaan.

Subschaal zelfwaardering

Met het oog op recente socioculturele ontwikkelingen waarbij actief een positieve lichamelijke identiteit wordt geconstrueerd door veranderingen aan het lichaam aan te brengen, zoals plastische chirurgie, tatoeages en piercings, beschrijven Pöhlmann et al. [10] de subschaal zelfwaardering als een belangrijk nieuw aspect van lichaamsattitude. Pöhlmann en Joraschky [13] wijzen erop dat er verbanden zijn tussen deze subschaal en lichaamsnarcisme. Ze benoemen de *Funktionalisierung des Körpers* als een element dat in de eenentwintigste eeuw steeds belangrijker wordt voor eigenwaarde en identiteit. Volgens deze auteurs zijn plastische chirurgie, tatoeages en piercings moderne manieren om het gevoel van lichamelijke eigenwaarde te vergroten. Tatoeages en piercings worden ook gebruikt om het lichaam als het ware terug te winnen na traumatische ervaringen [14] en kunnen op die manier een gevoel van vervreemding van het eigen lichaam als gevolg van seksueel geweld of lichamelijke mishandeling tenietdoen [15]. Lichaamsmodificaties kunnen echter ook pathologisch en zelfdestructief zijn [16]. Ze kunnen ook simpelweg het gevolg zijn van een gebrek aan kennis over hoe een gemiddeld lichaam eruit ziet [17].

Actief de waardering van het eigen lichaam verhogen, blijkt niet iets wat de patiënten uit de onderzochte groepen graag doen. Zij scoren op de subschaal zelfwaardering lager dan de respondenten in de vergelijkingsgroep: circa 0,8 punt lager bij de groep met een somatoforme stoornis en bij de groep met depressie, en 1,2 punt lager bij de groep met trauma's. Voor depressie komen de uitkomsten van ons onderzoek overeen met de in de fenomenologische psychopathologie algemeen geldende visie op het depressieve lichaam; daarin wordt ervan uitgegaan dat depressies het belichaamd contact met de wereld belemmeren. De uitermate lage scores bij vroeg getraumatiseerde vrouwen kunnen verband houden met schaamte, in het bijzonder schaamte over het lichaam, die wordt beschreven als een negatieve sociale emotie die vaak aanwezig is bij patiënten met vroeg trauma [18, 19].

Subschaal seksuele tevredenheid

Seksualiteit is gerelateerd aan lichaamsbeleving en is vaak een problematisch thema bij patiënten met psychische stoornissen [20, 21], terwijl de attitude ten opzichte van seksualiteit zelden wordt gemeten. De DBIQ vormt hierop een welkome uitzondering. Zowel patiënten als hulpverleners zijn vaak terughoudend in het bespreken van problemen rond seksualiteit. In die terughoudendheid kunnen ook religieuze of culturele achtergronden een rol spelen. Door gebruik te maken van een zelf in te vullen vragenlijst om de beleving van seksualiteit aan de orde te stellen, kan het zowel voor de patiënt als voor de therapeut gemakkelijker worden om aandacht te schenken aan dit relevante thema [20].

Op de subschaal seksuele tevredenheid scoorden patiënten met een somatoforme stoornis 1,2 punt lager dan de respondenten in de vergelijkingsgroep. Vrouwen met vroeg trauma scoorden zelfs twee punten lager, wijzend op veel problematiek rond seksualiteitsbeleving bij deze groep. Deze scores onderstrepen dus hoe belangrijk het is om het thema seksualiteit in de behandeling aan de orde te stellen. Met betrekking tot traumabehandeling stellen O'Driscoll en Flanagan [22] in een review over seksuele problemen volgend op seksueel trauma dat reguliere psychologische behandeling van PTSS geen soelaas biedt voor seksuele problemen en dat het thema 'seksualiteit' daarom specifiek aan de orde moet worden gesteld. In hun review over seksueel disfunctioneren bij patiënten met PTSS concluderen ook Yehuda, Lehrne en Rosenbaum [23] dat binnen de behandeling van PTSS speciaal aandacht moet zijn voor seksuele problematiek. In hun evaluatie van de gevolgen van oorlogsgerelateerd seksueel geweld concluderen Ba en Bhopal [24] dat aantal en kwaliteit van de gepubliceerde studies niet in verhouding staan tot de significantie van het probleem.

Helaas zien we de terughoudendheid van getraumatiseerde en depressieve patiënten rond seksualiteit terug in de 'missing data' bij deze subschaal. In de groep van depressieve patiënten ontbraken voor de subschaal seksuele tevredenheid zoveel gegevens dat we deze subschaal moesten uitsluiten van onze analyses. Voor een substantiële groep patiënten is de inhoud van deze subschaal mogelijk te veel gerelateerd aan traumatische ervaringen [21].

Subschaal lichamelijk contact

In de psychiatrie is lichamelijk contact, vooral in de context van de therapeutische relatie, een taboe [25, 26]. Helaas wordt het thema 'aanraken' ook in het diagnostisch proces zelden aan de orde gesteld, terwijl aanraken en aangeraakt worden problematisch kunnen zijn voor patiënten. Orbach en Mikulincer [27] vormen met het opnemen van een subschaal voor aanraken in hun vragenlijst over 'body investment' een uitzondering. De auteurs noemen ook het belang van de manier waarop ouders lichamelijk contact met kinderen vormgeven en het effect dat dit op iemands leven kan hebben.

Ook de DBIQ-NL heeft een subschaal 'lichamelijk contact'. Gezien de lage scores op deze subschaal bij de onderzochte groepen patiënten, met extreem lage scores voor de groep patiënten met een trauma, verdient de houding van patiënten ten opzichte van aanraken en aangeraakt worden zeker meer aandacht. Lichamelijk contact heeft duidelijk negatieve connotaties bij patiënten met een geschiedenis van seksueel trauma bij wie aanraking geseksualiseerd werd en die de controle erover ontnomen werd. Bovendien toont Porges [28] in zijn 'polyvagal theory' aan dat bij trauma's de gebruikelijke (aan zoogdieren eigen) neiging om zich sociaal te gedragen, zoals steun zoeken in lichamelijk contact, wordt geblokkeerd. Dit perspectief is relevant voor het begrijpen van de lage scores voor lichamelijk contact bij traumapatiënten, en ondersteunt ook het belang van het thematiseren van aanraken en aangeraakt worden in de behandeling.

Genderverschillen

In overeenstemming met studies in andere niet-klinische groepen [29], waren de genderverschillen op de subschalen in onze niet-klinische groep laag tot gemiddeld, waarbij mannen hoger scoorden op lichaamsattitude dan vrouwen en de grootste verschillen gevonden werden op de subschaal seksuele tevredenheid. Ook bij de groepen patiënten scoorden mannen op de meeste subschalen hoger dan vrouwen, met de grootste verschillen op lichaamsacceptatie en seksuele tevredenheid. Opmerkelijk genoeg werden geen significante genderverschillen gevonden op de subschaal 'vitaliteit' bij patiënten met een somatoforme stoornis, een resultaat dat ook werd gevonden bij patiënten die lijden aan het chronisch vermoeidheidssyndroom [30]. Ondanks deze laatste uitkomst kan lichaamsattitude worden beschouwd als een aan gender gerelateerd fenomeen, zowel in niet-klinische als klinische groepen, wat pleit voor een gendersensitieve benadering van diagnostiek en behandeling [31].

Conclusie

De DBIQ-NL en de bijbehorende subschalen verschaffen niet alleen specifiek en relevant inzicht in verschillen tussen patiënten met psychische stoornissen en respondenten in een vergelijkingsgroep, maar ook in verschillen tussen stoornissen. Dankzij de subschalen verschaft de vragenlijst bovendien nuttige informatie over lichaamsgerelateerde thema's die uitermate relevant zijn, maar niet vaak aan de orde worden gesteld.

7.3. Lichaamswaardering en lichaamsbewustzijn; verbanden tussen aspecten van lichaamsbeleving

In de in hoofdstuk 5 en 6 besproken studies werd niet alleen lichaamsattitude onderzocht, maar onderzochten we ook tevredenheid met en het zich bewust zijn van het eigen lichaam. In de Body Cathexis Scale (BCS) wordt de mate van tevredenheid met lichaamsdelen en -processen op concrete wijze geoperationaliseerd. Het belang van

evaluatie van zowel lichaamsdelen als lichaamsfuncties wordt ondersteund door recente studies naar lichaamstevredenheid bij vrouwen. Uit deze studies blijkt namelijk dat de lichaamstevredenheid groter is wanneer het lichaam niet alleen in termen van uiterlijk geëvalueerd wordt, maar ook in termen die betrekking hebben op lichaamsfuncties [32-34].

Wij brachten de tevredenheid met het eigen lichaam in kaart in de studies onder depressieve patiënten (hoofdstuk 5) en onder vrouwelijke patiënten met vroeg trauma (hoofdstuk 6). De BCS werd ook gebruikt bij het onderzoek naar de begripsvaliditeit van de DBIQ-NL in de niet-klinische groep. Patiënten in de respectievelijke klinische groepen waren significant minder tevreden met hun lichaam dan de respondenten in de niet-klinische groep. Vrouwen in de onderzochte groep met depressie en de groep met vroeg trauma scoorden even laag als vrouwen met een eetstoornis [35]. Dit is een opmerkelijke uitkomst gezien de gangbare opvatting dat bij eetstoornissen de tevredenheid met het eigen lichaam het meest is aangetast.

In de studies naar depressie (hoofdstuk 5) en vroeg trauma (hoofdstuk 6) werd ook lichaamsbewustzijn, in de SAQ gedefinieerd als de mate van bewustzijn van en gevoeligheid voor de interne processen en de toestand van het eigen lichaam, gemeten [36]. We vonden in deze studies opmerkelijk genoeg geen aanwijzingen voor de verminderde perceptie en inadequate interpretatie van lichaamssignalen, die Harshaw [37] rapporteerde als belangrijk symptoom van depressieve stoornissen. Scores op de SAQ bij depressieve patiënten verschilden nauwelijks van die in een niet-klinische groep, en het verband met de ernst van depressies was laag. De SAQ meet de centrale aspecten van interoceptief bewustzijn. Mehling et al. [38] stelden echter voor om interoceptief bewustzijn breder te formuleren en bijvoorbeeld ook de interpretatie van de perceptie en het reguleren van aandacht op te nemen. Zij introduceerden een breder instrument, de Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) [39]. In vergelijking met de SAQ verschaft dit instrument wellicht meer informatie voor beoordeling van het verband tussen lichaamsbewustzijn en psychopathologie. Misschien kan het ook licht werpen op de mogelijkheid dat niet het lichaamsbewustzijn 'als zodanig' verstoord is, maar dat lichaamssignalen negeren en vermijden erop te reageren, centraal staan in lichaamsbewustzijn bij depressies.

Wat betreft lichaamsbewustzijn bij op jonge leeftijd getraumatiseerde vrouwen, leveren onze resultaten het eerste empirische bewijs voor een significant lager zelfgerapporteerd lichaamsbewustzijn bij deze patiënten in vergelijking met de vrouwen in een controlegroep. In overeenstemming met theoretische modellen voor dissociatie [40, 41] waarin lichaamsbewustzijn en dissociatie worden gezien als met elkaar in verband staand, zien we dat de lage scores op lichaamsbewustzijn bij vrouwen met vroeg trauma gepaard gaan met een over de hele linie hoge frequentie van dissociatieve symptomen.

Verbanden tussen aspecten van lichaamsbeleving

In de classificatie van lichaamsbeleving die in dit proefschrift wordt gebruikt, zijn de gebieden attitude, tevredenheid en bewustzijn naast elkaar geplaatst als verschillende aspecten van de subjectieve beleving van het eigen lichaam. Dit neemt niet weg dat deze gebieden elkaar op een bepaalde manier kunnen overlappen. Om deze overlapping na te gaan hebben we de verbanden tussen de drie gebieden onderzocht. Zoals hierboven al gemeld werd er een matig verband gevonden tussen lichaamstevredenheid en lichaamsattitude in de niet-klinische groep en in de depressiegroep , terwijl dit verband sterk was bij de traumagroep. Verbanden tussen lichaamsattitude en lichaamsbewustzijn waren zwak bij zowel de niet-klinische als de depressiegroep, en matig bij de traumagroep. Verbanden tussen lichaamstevredenheid en lichaamsbewustzijn waren in alle drie groepen zwak.

De onderlinge verbanden tussen de verschillende gebieden van lichaamsbeleving zijn mogelijk sterker bij de traumagroep omdat vroege trauma's een diepgaande en alomvattende invloed op het lichaam hebben [42]. Opmerkelijk genoeg is in de niet-klinische groep de minste samenhang tussen de aspecten van lichaamsbeleving te zien. Mogelijk worden aspecten van lichaamsbeleving bij geringe, min of meer alledaagse problemen, meer separaat beïnvloed. Wanneer de relatie tot iemands lichaam op een wezenlijker, ernstiger manier verstoord is, dan zouden de gevolgen zich over meer aspecten kunnen uitstrekken. Verbanden zijn wellicht ook stoornisafhankelijk; dit dient in grotere groepen nader onderzocht te worden.

7.4. De relevantie van lichaamsattitude bij psychische stoornissen

De in dit proefschrift beschreven studies laten zien dat lichaamsattitude, beschouwd als een hoofdaspect van subjectieve lichaamsbeleving, bij een groot aantal diagnostische categorieën negatief is beïnvloed. Verstoring van de lichaamsattitude is daarmee een algemene factor bij psychische stoornissen en is zeker niet beperkt tot aan het uiterlijk gerelateerde stoornissen. De beleving van het lichaam als 'mijn lichaam' en een positieve houding ten opzichte van het eigen lichaam worden in een vroeg stadium van de ontwikkeling verworven, op grond van lichamelijke ervaringen en duidelijk gedefinieerde grenzen tussen zelf en de ander. De ontwikkeling tot subjectief individu is gebaseerd op de lichamelijke ervaringen in het contact met ouders en/of verzorgers [43]. Onze bevindingen ten aanzien van een verstoorde lichaamsattitude als gemeenschappelijke factor bij verschillende diagnoses kunnen vanuit dit ontwikkelingsperspectief worden begrepen.

Traumatische ervaringen op jonge leeftijd, zoals seksuele, fysieke of emotionele mishandeling en fysieke en emotionele verwaarlozing, worden in verband gebracht met diverse psychische stoornissen bij volwassenen [44, 45]. Het is dan ook belangrijk om te kijken naar de rol van een verstoorde of beschadigde lichaamsbeleving als gevolg van

dergelijke ervaringen. Een verstoorde lichaamsattitude kan worden beschouwd als een transdiagnostische factor, een factor die een rol speelt bij verschillende diagnostische categorieën [46]. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies die tot doel hebben de lichaamsbeleving te verbeteren kunnen dus belangrijk zijn in de behandeling van een brede groep (ernstige) psychische stoornissen. Hoewel het concept transdiagnostische factoren de laatste jaren populair is geworden [47], is lichaamsbeleving nog niet gekwalificeerd als transdiagnostische categorie, behalve misschien onlangs door Pezzoli, Antfolk en Santtila [48] die voorstelden om een 'lichaamsfactor' als transdiagnostische factor op te nemen. Op grond van factoranalytische evaluaties van een groot Fins bevolkingsonderzoek (> 10.000 personen), hebben de auteurs de vaak gebruikte internaliserende-externaliserende metastructuur van psychopathologie uitgebreid door een derde, lichaamsgerelateerde, factor voor te stellen. Deze factor is nog wat onduidelijk gedefinieerd en omvat aan het uiterlijk gerelateerde aspecten, eetgedrag en seksuele problemen. Dit betekent dat deze factor in de huidige vorm niet vergelijkbaar is met onze invulling van lichaamsbeleving. Het is niettemin hoopgevend dat er gesproken wordt over een lichaamsgerelateerde factor, en het zou de moeite waard zijn om grote klinische groepen te evalueren met een dergelijk drie-factoren-model.

Lichaamsbeleving en seksueel trauma

Bij vrouwen met een op jonge leeftijd opgelopen trauma – vier van de vijf vrouwen gaven aan dat het om seksueel trauma gaat – is de beschadiging het ernstigst. Zij hebben de twijfelachtige eer niet alleen het laagst te scoren op lichaamsattitude en lichaamstevredenheid, maar ook op lichaamsbewustzijn. De in dit proefschrift beschreven verstrekkende en complexe gevolgen die op jonge leeftijd opgelopen trauma's hebben op de relatie van vrouwen met hun lichaam, komen overeen met de uitkomsten van andere studies [7, 49], hoewel vergelijkingsgegevens voor lichaamsbewustzijn ontbreken. De scores op seksuele tevredenheid waren extreem laag, een bevestiging van bevindingen uit eerdere studies dat seksueel misbruik een zeer negatieve invloed heeft op lichaam en seksualiteit [50]. Ondanks de aantoonbaar verwoestende effecten van seksueel trauma op hoe vrouwen hun lichaam ervaren, zijn de gangbare interventies voor de behandeling van seksueel trauma voornamelijk cognitief georiënteerd [51-53] en omvatten ze zelden lichaamsgerichte interventies. De bevindingen van ons onderzoek tonen aan dat het thema 'lichaamsbeleving' geïntegreerd moet worden in traumabehandeling.

Gunstige en ongunstige ontwikkelingen voor erkenning van lichaamsbeleving bij psychische stoornissen

Er komt steeds meer aandacht voor de verbanden tussen lichamelijke en geestelijke gezondheid [54]. De vraag blijft – we stelden hem al eerder – waarom het lichaam,

in de zin van de subjectieve ervaringen van het lichaam, vergeten lijkt te worden bij psychiatrische diagnose en behandeling. Volgens Gaete en Fuchs [55] zou een van de redenen kunnen zijn dat cognitieve gedragstheorie en gedragstherapie steeds meer in zwang zijn geraakt, waardoor de nadruk is komen te liggen op de cognitieve aspecten die ten grondslag liggen aan hoe psychische stoornissen tot stand komen en hoe ze zouden kunnen worden behandeld.

Een bijkomend fenomeen is de nadruk die in de Westerse samenleving wordt gelegd op uiterlijk, zoals beschreven door Pöhlmann en Joraschky [13]. Die nadruk valt samen met en kan worden versterkt door de toenemende mogelijkheden om via cosmetische ingrepen wijzigingen aan het lichaam aan te brengen. Een dergelijk sociaal klimaat is niet bevorderlijk voor aandacht voor lichamelijkheid zoals in dit proefschrift gedefinieerd.

We zien gelukkig ook dat in een aantal benaderingen en ontwikkelingen specifieke aandacht voor lichaamsbeleving wordt ondersteund. Tot op zekere hoogte wordt zowel in persoonsgerichte benaderingen [56, 57] als in psychodynamisch georiënteerde theorieën [58] het belang van lichamelijke ervaringen erkend, waardoor lichaamsbeleving mogelijk nadrukkelijker aan de orde komt in de behandeling. Bovendien neemt de lichaamsgerichte psychotherapie steeds meer – zij het langzaam – afstand van haar vage 'biologistische' wortels en gaat ze meer in de richting van een empirisch onderbouwde ervaringsgerichte therapievorm met lichaamsbeleving als uitgangspunt [59].

Ten slotte kunnen fenomenologische psychopathologie en het concept van 'embodiment' ertoe bijdragen dat er meer nadruk op lichaamsbeleving wordt gelegd. Volgens de fenomenologische psychopathologie staat de subjectieve beleving van het lichaam centraal in hoe een individu zichzelf in de wereld ervaart [60, 61]. Het lichaam is een centraal element ook in psychopathologie omdat het functioneert als medium en achtergrond van onze ervaringen. De Haan [63] beschouwt lichaams- en bewegingsgerichte interventies als een belangrijke aanvulling op de overwegend verbale en cognitieve behandeling van problemen op het gebied van geestelijke gezondheid. Zij baseert zich hierbij op Merleau-Ponty [62] die in zijn fenomenologische benadering het 'lichamelijk in de wereld zijn' centraal stelt en interactie met de omgeving eerst en vooral ziet als een op lichaam en beweging gebaseerde intentionele interactie. Ze is ook van mening dat fenomenologische analyses van lichaams- en bewegingsgerichte interventies kunnen bijdragen aan theorieën over 'embodiment' en kunnen worden gebruikt om nieuwe hypotheses te toetsen [64].

7.5. Aanbevelingen

Uit de studies die in dit proefschrift worden beschreven, blijkt dat de DBIQ-NL een betrouwbaar en valide instrument is. De studies geven tevens meer inzicht in de facetten waaruit lichaamsattitude is opgebouwd en hoe deze facetten negatief beïnvloed

zijn bij verschillende groepen patiënten. Om uitvoeriger informatie te krijgen over de ernst van de verstoring van lichaamsattitude bij patiënten, verdient het aanbeveling om meting van lichaamsattitude te integreren in reguliere diagnostiek beoordelingen én op te nemen in de Routine Outcome Measurement (ROM). Door meer informatie te verzamelen over lichaamsattitude in samenhang met psychopathologie kunnen we te weten komen bij welke groepen of subgroepen patiënten de grootste verstoringen in lichaamsattitude optreden. Dit kan mogelijkheden bieden om lichaamsattitude in een vroeg stadium van de behandeling aan de orde te stellen.

Het opnemen van lichaamsattitude als vast thema in de algemene diagnostiek, kan bovendien patiënten en therapeuten helpen om actief behandelthema's rond lichaamsattitude te formuleren. Op die manier wordt de communicatie tussen patiënt en therapeut verbeterd zodat zij gezamenlijk tot een besluit kunnen komen over behandeldoelen, de zogenaamde Shared Decision Making (SDM) [65]. Zo'n gezamenlijke besluitvorming is relevant omdat de patiënt op deze wijze de regie meer in handen kan nemen. Op basis van de bevindingen in dit proefschrift kunnen we stellen dat het bij lichaamsgerelateerde problemen juist nog belangrijker is regie en 'empowerment' te ervaren.

Uit de resultaten van de subschaal vitaliteit van de DBIQ-NL komen vragen naar voren komen die nader onderzoek verdienen. Ten eerste is onduidelijk hoe subjectieve vitaliteit zich verhoudt tot objectieve vitaliteit en fysieke fitheid Met het oog op fysieke fitheidstraining als interventie voor depressieve patiënten is het echter wel belangrijk dat die relatie aandacht krijgt. Ten tweede, tegenover de significante genderverschillen voor vitaliteit in de niet-klinische steekproef roept het ontbreken van genderverschillen bij de somatoforme groep op het gebied van vitaliteit vragen op over de verschillende manieren waarop somatoforme stoornissen tot uiting komen bij mannen en vrouwen.

Ook de verbanden tussen lichaamsattitude, lichaamstevredenheid en lichaamsbewust als aparte, maar mogelijk ook elkaar overlappende gebieden van lichaamsbeleving, waren onderwerp van dit proefschrift. De bevindingen waren niet eenduidig en we namen aan dat onderlinge verbanden per stoornis kunnen verschillen. Deze aanname moet getoetst worden in grotere groepen dan tot nu toe beschikbaar. Beantwoording van de vraag of, en zo ja, hoe deze gebieden in specifieke stoornissen onderling verstrengeld zijn, kan bijdragen aan de ontwikkeling van 'op maat' lichaams- en bewegingsgerichte interventies.

Longitudinaal onderzoek naar lichaamsbeleving met covariaten die, naast sekse en leeftijd, invloed hebben op iemands identiteit en lichamelijk in de wereld zijn, zoals ras, religie, cultuur, seksuele voorkeur, beroep en sociaaleconomische status, kan ook bijdragen aan nieuwe inzichten over de wijze waarop de geestelijke gezondheid van individuen wordt beïnvloed.

Klinische implicaties

De DBIQ-NL kan psychomotorische therapeuten en andere lichaams- en bewegingsgerichte therapeuten in Nederlandstalige landen helpen om klinische bevindingen op het gebied van negatieve lichaamsattitude van patiënten ook wetenschappelijk te onderbouwen. Om de invloed van psychomotorische interventies op lichaamsattitude te onderzoeken is het bovendien cruciaal om een instrument te hebben waarmee de veranderingen in lichaamsattitude kunnen worden vastgesteld. In de huidige politieke en economische context moeten behandelingen die betaald worden uit de ziektekostenverzekeringen steeds vaker wetenschappelijk onderbouwd zijn. Psychomotorische therapieën worden door patiënten veelal hooggewaardeerd, maar ze lopen gevaar omdat onvoldoende empirisch kan worden aangetoond dat ze doeltreffend zijn. Naast het feit dat het doen van onderzoek over het algemeen geen favoriete bezigheid is van psychomotorische therapeuten, is het ook absoluut niet eenvoudig om binnen een multidisciplinaire behandelingsaanpak de toegevoegde waarde van psychomotorische therapie te bepalen. Niettemin werd in recente studies empirische ondersteuning gevonden voor het effect van psychomotorische interventies [66-69]. Bovendien wordt het steeds belangrijker om te meten vanuit het perspectief van de patiënt, de zogeheten 'patient reported outcome measures' (PROM's), en dat biedt interessante mogelijkheden voor evaluatie van psychomotorische behandeling [70].

Mogelijk als gevolg van het toenemend gebruik van mindfulness en andere aandachtgerichte interventies om stress te verminderen [71], lijken psychomotorische therapeuten zich steeds meer te richten op lichaamsbewustzijn [69]. Uit de bevindingen in dit proefschrift blijkt echter nadrukkelijk hoe belangrijk de aspecten lichaamsattitude en lichaamstevredenheid zijn; het aspect lichaamsbewustzijn moet mogelijk eerst nog duidelijker geconceptualiseerd worden.

Uit onze bevindingen komt naar voren dat het aan de orde stellen van lichaamsbeleving mogelijk een manier is om psychopathologie bij patiënten met psychische stoornissen te beïnvloeden. Daarom dient psychomotorische therapie deel uit te maken van een brede multidisciplinaire behandeling. Patiënten zullen baat hebben bij vermindering van wat we de disproportionele nadruk op cognitie en verbaliseren zouden kunnen noemen, ten gunste van een evenwichtiger behandelaanpak met aandacht voor subjectieve lichaamsbeleving en ruimte voor lichaams- en bewegingsgerichte interventies.

REFERENTIES

1. Fazio RH, Olson MA. Attitudes: Foundations, functions, and consequences. In: Hogg MA, Cooper J, editors. The Sage handbook of social psychology. Londen: Sage; 2003. p. 139-60.
2. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. J Consult Psychol. 1953;17:343-47.
3. Mehling WE, Gopisetty V, Daubenmier J, Price CJ, Hecht FM, Stewart A. Body awareness: construct and self-report measures. PLoS One. 2009;4:e5614.
4. De Jong K, Nugter MA, Polak MG, Wagenborg JEA, Spinhoven P, Heiser WJ. The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch Population: A cross-cultural validation. Clin Psychol Psychother. 2007;14:288-301.
5. Nugter MA, Buwalda VJA. Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van ROM in de ggz. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2012; 54:111-20.
6. Van der Krieke L, Jeronimus BF, Blaauw F, Wanders R, Emerencia AC, Schenk H, et al. HowNutsAreTheDutch (HoeGekIsNL): A crowdsourcing study of mental symptoms and strengths. Int J Meth Psych Res. 2015;25:123-44.
7. Dyer A, Borgmann E, Kleindienst N, Feldmann Jr RE, Vocks S, Bohus M. Body image in patients with posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse and co-occurring eating disorder. Psychopathology. 2013;46:186-91.
8. Stumpf A, Braunheim M, Heuft G, Schneider G. [Age-, gender- and diagnosis-specific differences in the body image of psychosomatic outpatients]. Z Psychosom Med Psychother. 2010;56:283-96.
9. Clement U, Löwe B. Fragebogen zum Körperbild (FKB-20). Göttingen: Hogrefe; 1996.
10. Pöhlmann K, Roth M, Brahler E, Joraschky P. Entwicklung und Validierung des Dresdner Körperbildfragebogens [The Dresden Body Image Inventory (DKB-35): validity in a clinical sample]. Psychother Psychosom Med Psychol. 2014; 64:93-100.
11. Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward PB, Stubbs B. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. J Psychiatric Res. 2016;77:42-51.
12. Rosenbaum S, Vancampfort D, Steel Z, Newby J, Ward PB, Stubbs B. Physical activity in the treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2015;230: 130-6.
13. Pöhlmann K, Joraschky P. Körperbild und Körperbildstörungen: Der Körper als gestaltbare Identitätskomponente. Psychother Dialog 2006;7: 191-5.
14. Strübel J, Jones D. Painted bodies: Representing the self and reclaiming the body through tattoos. J Pop Cult 2017;50:1230-53.
15. Pitts VL. Reclaiming the female body: embodied identity work, resistance and the grotesque. Body Soc. 1998; 4:67-84.
16. Stirn A. Trauma und Tattoo – Piercing, Tätowierung und verwandte Formen der Körpermodifikation zwischen Selbstfürsorge und Selbstzerstörung bei traumatisierten Menschen [Trauma and tattoo – piercing, tattooing and related forms of body modification between self-care and self-destruction of traumatized individuals]. Psychotraumatologie 2002;2:45.
17. Martoredjo D, Laan E. De invloed van blootstelling aan foto's van ongewijzigde vulva's op het genitale zelfbeeld van vrouwen. Tijdschrift voor Seksuologie. 2015;39:1-6.
18. Dorahy MJ, Corry M, Shannon M, Webb K, McDermott B, Ryan M, Dyer KF. Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. J Affect Disorders. 2013;147:72-9.
19. Herman JL. Posttraumatic stress disorder as a shame disorder. In: Dearing RL, Tangney JP, editors. Shame in the therapy hour. Washington, DC: American Psychological Association; 2011. p. 261-75.
20. De Boer MK, Castelein S, Bous J, van den Heuvel ER, Wiersma D, Schoevers RA. The Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ): preliminary evidence for reliability and validity. Schizophr Res. 2013;150:410-5.
21. Scheffers M, Helleman ML. Trauma, lichaamsbeleving en seksualiteit. Een geïntegreerd behandelprogramma met bewegings-, lichaamsgerichte en verbale componenten. Amsterdam: Boom; 2013.
22. O'Driscoll C, Flanagan E. Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. Psychol Psychother T. 2016; 89: 351-67.

23. Yehuda R, Lehrner A, Rosenbaum TY. PTSD and sexual dysfunction in men and women. J Sex Med. 2015;12:1107-19.
24. Ba I, Bhopal RS. Physical, mental and social consequences in civilians who have experienced war-related sexual violence: a systematic review (1981–2014). Pub Health. 2017; 142:121-35.
25. Gleeson M, Higgins A. Touch in mental health nursing: an exploratory study of nurses' views and perceptions. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2009;16:382-89.
26. Leijssen M. Lichaamsgerichte interventies in psychotherapeutische hulpverlening. Waardevol en ethisch verantwoord? Maandblad Geestelijke volksgezondheid. 2001; 56:195-217.
27. Orbach I, Mikulincer M. The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale. Psychol Assessment. 1998; 10:415-25.
28. Porges SW. The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation. New York: Norton; 2011.
29. Algars A, Santtila P, Varjonen M, Witting M, Johansson A, Jern P, et al. The adult body: How age, gender, and body mass index are related to body image. J Aging Health. 2009;21:1112-32.
30. Schulte-van Maaren YW, Giltay EJ, van Hemert AM, Zitman FG, de Waal MW, Van Rood YR. Reference values for the Body Image Concern Inventory (BICI), the Whitely Index (WI), and the Checklist Individual Strength (CIS-20R): The Leiden Routine Outcome Monitoring Study. J Affect Disord. 2014;164:82-9.
31. Judd F, Armstrong S, Kulkarni J. Gender-sensitive mental health care. Australas Psychiatry. 2009; 17:105-11.
32. Alleva JM, Veldhuis J, Martijn C. A pilot study investigating whether focusing on body functionality can protect women from the potential negative effects of viewing thin-ideal media images. Body Image. 2016; 17:10-13.
33. Frisén A, Holmqvist K. What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. Body Image. 2010; 7:205-12.
34. Wood-Barcalow NL, Tylka TL, Augustus-Horvath CL. "But I like my body": Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. Body Image. 2010;7:106-16.
35. Rekkers M, Scheffers M, Van Busschbach JT. Measuring body satisfaction in eating disordered and healthy women; aesthetic and functional aspects in the Body Cathexis Scale (Dutch version). Submitted.
36. Gijsbers Van Wijk CMT, Kolk AM: Psychometric evaluation of symptom perception related measures. Pers Individ Dif. 1996;20:55-70.
37. Harshaw C. Interoceptive dysfunction: toward an integrated framework for understanding somatic and affective disturbance in depression. Psychol Bull. 2015;141:311–63.
38. Mehling WE, Wrubel J, Daubenmier JJ, Price CJ, Kerr CE, Silow T, et al. Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. Philos Ethics Humanit Med. 2011;6:6.
39. Mehling WE, Price C, Daubenmier JJ, Acree M, Bartmess E, Stewart A: The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). PLoS One 2012;7:e48230.
40. Lanius RA. Trauma-related dissociation and altered states of consciousness: a call for clinical, treatment, and neuroscience research. Eur J Psychotraumatol. 2015;6:27905.
41. Schauer M, Elbert T. Dissociation following traumatic stress: Etiology and treatment. J Psychol. 2010;218:109-27.
40. Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy. New York: Norton; 2006.
41. Shai D, Fonagy P. Beyond words: Parental embodied mentalizing and the parent-infant dance. In: Mikulincer M, Shaver PR, editors. Mechanisms of social connection: From brain to group. Washington, DC: American Psychological Association; 2014. p. 185-203.
44. Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. J Nerv Ment Dis. 2013;201:1007-20.
45. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. Br J Psychiatry. 2010;197: 378-85.

46. Van Heycop ten Ham B, Hulsbergen M, Bohlmeijer E. Trans-diagnostische factoren: theorie & praktijk. Amsterdam: Boom; 2014.
47. Krueger RF, Eaton NR. Transdiagnostic factors of mental disorders. World Psychiatry 2015;14:27-9.
48. Pezzoli P, Antfolk J, Santtila P. Phenotypic factor analysis of psychopathology reveals a new body-related transdiagnostic factor. PloS One. 2017;12: e0177674.
49. Wenninger K, Heiman JR. Relating body image to psychological and sexual functioning in child sexual abuse survivors. J Trauma Stress. 1998;11:543-62.
50. Sack M, Boroske-Leiner K, Lahmann C. Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. Gen Hosp Psychiatry 2010;32:315-20.
51. Borgmann E, Kleindienst N, Vocks S, Dyer AS. Standardized mirror confrontation: Body-related emotions, cognitions and level of dissociation in patients with Posttraumatic Stress Disorder after childhood sexual abuse. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2014;1:10.
52. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. J Trauma Stress. 2011;24:615-27.
53. Schnyder U, Ehlers A, Elbert T, Foa EB, Gersons BP, Resick PA, et al. Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? Eur J Psychotraumatol. 2015;6:28186.
54. Cahn W. Oratie lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen. Utrecht, Academie gebouw, 12 september 2017.
55. Gaete MI, Fuchs T. From body image to emotional bodily experience in eating disorders. J Phenomenol Psychol. 2016;47:17-40.
56. Leijssen M. Validation of the body in psychotherapy. J Humanist Psychol. 2006;46:126-46.
57. Rogers N, Tudo K, Tudor LE, Keemar K. Person-centered expressive arts therapy: A theoretical encounter. Person-Centered & Experiential Psychotherapies. 2012;11: 31-47.
58. Stern D. The clinical relevance of infancy: A progress report. Infant Ment Health J. 2008;29:177-88.
59. Geuter U. Body Psychotherapy: Experiencing the body, experiencing the self. Int Body Psychother. J. 2016;15:6-19.
60. Fuchs T, Schlimme JE. Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. Curr Opin Psychiatry. 2009;22:570-5.
61. Matthews EH. Merleau-Ponty's body-subject and psychiatry. Int Rev Psychiatry. 2004;16:190-8.
62. Dekker W. Maurice Merleau-Ponty. Fenomenologie van het lichaam. In: Aydin C, editor. De vele gezichten van de fenomenologie. Utrecht: Klement; 2007. p. 118-35.
63. De Haan SE. Fenomenologie van de lichaamservaring. In: Denys D, Meynen G, editors. Handboek Psychiatrie en Filosofie. Utrecht: De Tijdstroom; 2011. p. 213-29.
64. Gallagher S. Phenomenology and experimental design: Toward a phenomenologically enlightened experimental science. J Consciousness Stud. 2003;10: 85–99.
65. Van der Feltz-Cornelis CM, Andrea H, Kessels E, Duivenvoorden HJ, Biemans H, Metz M. Shared decision making in combinatie met ROM bij patiënten met gecombineerde lichamelijke en psychische klachten; een klinisch-empirische verkenning. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2014;56:375-84.
66. Boerhout C. Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders. Evidence based treatment and performance based measurement [dissertation]. Groningen: University of Groningen; 2017.
67. Emck C. Gross motor performance in children with psychiatric conditions [dissertation]. Amsterdam: VU University; 2011.
68. Scheewe T. The TOPFIT study. 'The Outcome of Psychosis and Fitness Therapy'. Utrecht: Utrecht University; 2012.
69. van der Maas CC. Psychomotor therapy in chronic pain rehabilitation: Enhancing body awareness in multidisciplinary treatment. Amsterdam: VU University; 2015.
70. Kendrick T, El-Gohary M, Stuart B, Gilbody S, Churchill R, Aiken L, et al. Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016;7:CD011119.
71. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness [revised and updated edition]. New York: Bantam Books; 2013.