



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Over bewegingsdrang en psychomotorische therapie bij anorexia nervosa-patiënten

Michel Probst, Johan Vanderlinden, Walter Vandereycken en Herman van Coppenolle*

Samenvatting

Alhoewel bewegingsdrang een belangrijk element is van de psychopathologie van anorexia nervosa, is in de literatuur bewegingsdrang relatief onderbelicht, wazig en weinig eenduidig. Bewegingsdrang bij patiënten met anorexia nervosa wordt gekenmerkt door de volgende tekenen: een vrijwillige verhoging van lichamelijke activiteit, een onvrijwillige, onweerstaanbare drang om te bewegen, dissociatie van gevoelens van vermoeidheid, en obsessieve-compulsieve verschijnselen. Aan de hand van eigen therapeutische ervaringen worden een aantal therapeutische interventies voorgesteld om die bewegingsdrang om te buigen in een meer adequaat gedrag. Deze voorstellen hebben betrekking op de algemene (afdelings)regels en op de psychomotorische therapie.

Inleiding

De Engelse term 'hyperactivity' wordt in de Nederlandstalige literatuur betreffende anorexia nervosa als hyperactiviteit, bewegingsdrang, rusteloosheid, of als excessief of overmatig bewegen vertaald. Hyperactiviteit betekent volgens het Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal (1995) 'meer dan een normale activiteit'. Bij een belangrijk deel van de patiënten met eetstoornissen is hyperactiviteit een opvallend verschijnsel. Toch zullen klinici terecht opmerken dat hyperactiviteit bij patiënten met eetstoornissen een andere lading dekt dan bijvoorbeeld hyperactiviteit bij ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder; APA, 1994) en meer is dan 'meer dan een normale activiteit'. Hyperactiviteit of impulsiviteit bij ADHD verwijst naar een onrustig bewegen met handen en voeten, het voortdurend opstaan in situaties waar dit niet verwacht wordt, het rond rennen in situaties waar dit onaangepast is, het moeilijk bezig kunnen zijn met ontspannende activiteiten en het voortdurend in de weer zijn.

Hyperactief gedrag bij anorexia nervosa uit zich in een moeilijk te beheersen rusteloosheid of bewegingsdrang, in een voortdurende gejaagdheid en onrust, in een opvallende alertheid en een excessief (doelloos) bewegen, dat gezien de extreme fysieke

* DR. M. PROBST is docent aan de Faculteit Lichamelijke Opvoeding en Kinesitherapie, Departement Revalidatiewetenschappen van de Katholieke Universiteit Leuven en als psychomotorisch therapeut werkzaam op de afdeling eetstoornissen van het Universitair Centrum Sint Jozef, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België.
DR. J. VANDERLINDEN, psycholoog, is werkzaam bij de gedragstherapeutische dienst en op de afdeling eetstoornissen van het Universitair Centrum Sint Jozef.
PROF. DR. W. VANDEREYCKEN is hoogleraar psychopathologie aan de Katholieke Universiteit Leuven en als consulent verbonden aan het Universitair Centrum Sint Jozef.
PROF. DR. H. VAN COPPENOLLE is verantwoordelijk voor de opleiding psychomotorische therapie aan de Faculteit Lichamelijke Opvoeding en Kinesitherapie, Departement Revalidatiewetenschappen van de Katholieke Universiteit Leuven en is diensthoofd psychomotorisch therapeut van het Universitair Centrum Sint Jozef.

toestand van het uitgehongerde lichaam, verwonderlijk is. In tegenstelling tot wat zou kunnen worden verwacht gaat het zeker niet om een vorm van zenuwachtigheid. Tenslotte heeft overmatig bewegen een andere inhoud voor personen met een normaal eetgedrag dan voor personen met een uitgesproken eetstoornis. Het gaat dus om meer dan alleen de activiteit. De activiteit kan daarom niet los gezien worden van de gezondheid en de levensstijl van de patiënten.

Om begripsverwarring te voorkomen tussen deze geciteerde vormen van hyperactiviteit zal bij anorexia nervosa de term bewegingsdrang gehanteerd worden. Volledigheidshalve dient aangestipt dat dit verschijnsel ook bij boulimia nervosa voorkomt maar veel minder opvallend is dan bij anorexia nervosa. Bewegingsdrang of het excessief bewegen bij boulimia nervosa wordt als een terugkerend compensatiegedrag of als gewichtsmaatregel beschouwd (APA, 1994).

Alhoewel deze merkwaardige, intensieve lichamelijke inspanningen reeds door Morton in 1689, Gull in 1874, Lasegue in 1873, Janet in 1903 (in Vandereycken, 1978; Vandereycken & Van Deth, 1992) werden beschreven, bestaat omtrent dit symptoom nog veel onduidelijkheid. Het werd niet aangehouden als primair diagnostisch criterium door de American Psychiatric Association (DSM-IV; APA, 1994) tenzij bij patiënten met boulimia nervosa van het niet-purgerende type. Dit symptoom wordt door de meeste auteurs (Andreasen & Black, 1995; Beumont, Booth, Abraham, Griffiths & Turner 1983; Crisp, Hsu, Hardling & Hartshorn, 1980; Sharp & Freeman, 1993) als een secundair symptoom in de diagnose van eetstoornissen erkend.

Incidentie van het overmatig bewegen bij eetstoornissen

Vele anorexia nervosa-patiënten hebben een enorme interesse voor sportieve activiteiten. Men merkt echter vlug op dat bepaalde activiteiten die voorheen deel uitmaakten van het sociaal leven (het beoefenen van sport in clubverband) nu in afzondering en dikwijls in het geheim worden uitgevoerd. Anderen verrichten doelloze activiteiten die steeds langer en steeds sneller uitgevoerd worden, zoals wandelen en rondjes lopen. Hun leven staat in sommige gevallen volledig in functie van het lopen. Sociale contacten verlopen moeizaam en de patiënten verwaarlozen vriendenkring en ontspanning. Het zal de lezer ondertussen duidelijk geworden zijn dat het symptoom bewegingsdrang bij een groot aantal anorexia nervosa-patiënten een belangrijke rol in het ziektebeeld speelt. De gezondheid van de patiënten komt in het gedrang door een combinatie van onaangepast eetgedrag en hyperactiviteit. Deze drang naar bewegen kan ook niet los gezien worden van de lichaamsbeleving.

Volgens Vandereycken (1978) varieert het procentueel vóórkomen van bewegingsdrang bij anorexia nervosa tussen de 30 en 68%. Meer recent vond Davis (1997) kenmerken van excessief bewegen bij 75% van de anorexia nervosa-patiënten, bij 54% van de boulimia-patiënten en bij 84% van anorexia nervosa-patiënten met een geschiedenis van boulimia nervosa. Brewerton, Stelfox, Hibbs, Hodges en Cochrane (1995) vonden slechts 39% bij anorexia en 23% bij boulimia nervosa. Davis, Kennedy, Ralevski en Dionne (1994) onderzochten de deelname aan sportcompetitie bij opgenomen patiënten met eetstoornissen en vonden dat 60% ooit aan een sportcompetitie had deelgenomen. Uit de onderzoeken van Davis et al. (1994) blijkt dat de sportbeoefening een indicatie voor het overmatig bewegingsgedrag zou kunnen zijn. Daarom werd in een eigen

onderzoek (Probst, 1999) de sportbeoefening (frequentie, aard en niveau) bij 170 vrouwelijke patiënten met eetstoornissen (77 anorexia nervosa, type vasters, 40 anorexia nervosa van het purgerende type, 53 boulimia nervosa) onderzocht. De gemiddelde leeftijd van de proefgroep bedroeg 22,4 (SD 7,2) met een minimum van 13 jaar en een maximum van 45 jaar, de gemiddelde Body Mass Index (gewicht/lengte) was 17,4 (SD 4,6) met een minimum van 12 en een maximum van 40.

Zestig procent van de patiënten beweerde sinds de adolescentie gedurende minstens één jaar regelmatig in clubverband of in competitie sport te hebben beoefend. Dans, ballet, aerobics en fitness waren de meest geciteerde sporten. In de laatste drie maanden voor hun opname had 34% minder dan één uur per week aan sport besteed, 19% tussen de drie en acht uur en 12% meer dan 8 uur per week. In vergelijking met leeftijdgenoten beoordeelde 12% zichzelf als veel actiever en 23% zichzelf als actiever. Ook vond 42% dat zij in vergelijking tot leeftijdgenoten minder tot veel minder actief waren. Ten slotte wijzen alle auteurs erop dat een deel van de patiënten helemaal geen tekenen van bewegingsdrang vertonen en dat zelden over dit symptoom door patiënten met eetstoornissen of hun familie zal geklaagd worden.

De grote prevalentieverschillen kunnen te wijten zijn aan het ontbreken van een eenduidige, consistent operationele definitie van bewegingsdrang. De grens tussen veel beweging en te veel beweging, de bestudeerde groep en de gehanteerde onderzoeksmethode variëren bovendien sterk per studie.

Kenmerken van bewegingsdrang

De literatuur geeft geen eenduidige definitie van het concept bewegingsdrang. Een analyse van de literatuur (Beumont, Arthur, Russell & Touyz, 1994; Bruch, 1973; Crisp, 1967; Crisp, Hsu, Hardling & Hartshorn, 1980; Selvini Palazolli, 1974; Slade 1973, Vandereycken 1978; Vanderlinden, Van Dyck, Vertommen & Vandereycken, 1993) bracht de volgende kenmerken naar voren:

Een vrijwillige verhoging van lichamelijke activiteit of sportbeoefening, niet gemotiveerd vanuit het plezier of het gezond zijn, maar vanuit een preoccupatie met gewicht (verbranding van calorieën/negeren van het hongergevoel) en figuur. Patiënten met eetstoornissen ervaren bewegen niet als een vorm van ontspanning. Een aantal patiënten vindt het na een tijd zelfs niet fijn meer; zij worstelen met schuldgevoelens indien ze niet oefenen. Sommigen gebruiken het bewegen om zich af te reageren. De grenzen tussen adequaat en inadequaat bewegingsgedrag vervagen en ze proberen steeds hun activiteit qua intensiteit en frequentie op te voeren en zodoende hun prestaties te overtreffen. Wanneer ze de keuze hebben tussen de trap en de lift zullen ze de trappen gebruiken.

Voedselinname wordt zorgvuldig afgewogen tegenover lichamelijke activiteiten. Sport doen voor of na de maaltijd reduceert spanning. Bewegen is een drug geworden. Na de maaltijd hebben de patiënten de neiging veel te bewegen.

Een onvrijwillige hyperactiviteit of een onweerstaanbare drang om (doelloos) te bewegen. Rusten of stilzitten betekent tijdverlies. Zij voelen zich voortdurend verplicht met iets bezig te zijn. Zij voelen een innerlijke gejaagdheid.

Het gedissocieerd zijn voor gevoelens van vermoeidheid. Zij leggen een bijzondere alertheid aan de dag en ontkennen hun moeheidsgevoelens. Waar andere personen bij eenzelfde intensiteit en frequentie ernstig uitgeput zouden geraken, gaan zij ongeacht hun lamentabele lichamelijke toestand gewoon door zonder enige klacht. Sommigen vinden slapen tijdverlies of hebben moeite met inslapen.

Het obsessieve-compulsieve karakter van bewegingsdrang. Het bewegingsgedrag van deze patiënten vertoont obsessionele kenmerken. Hierbij hanteren ze zowel in de sport als in het huishouden (poetsdrang) op een rigide wijze strakke schema's. In sommige gevallen krijgt bewegen een centrale plaats toegemeten in het dagelijks functioneren.

Uiteraard hoeven niet alle kenmerken samen aanwezig te zijn om van bewegingsdrang te kunnen spreken. Ook hier bestaan gradaties. Een concreet voorbeeld uit de praktijk illustreert dit:

'Een patiënte voelt zich verplicht dagelijks 900 buikspieroefeningen uit te voeren. Ondanks haar vermoeidheid gaat ze toch joggen in alle weersomstandigheden. Wanneer ze naar het toilet gaat, zit ze met de benen gestrekt. Ze zit voortdurend op een kauwgom te kauwen. Ze stapt steeds enkele bushaltes vroeger uit om de overige afstand tot het therapielokaal te lopen of te wandelen. Tijdens de therapie zal ze nooit achterover leunen maar blijft op de rand van de stoel vastgeankerd.'

De rol van de bewegingsdrang

Welke rol bewegingsdrang in het ziekteproces heeft is nog niet duidelijk. Hierover bestaan verschillende theorieën. De biologische theorie steunt op het feit dat een verhoging van lichamelijke activiteiten een onderdrukking van het hongergevoel veroorzaakt (Epling & Pierce, 1991). De rol van bewegen en sport, gezien tegen de achtergrond van de huidige preoccupaties in onze maatschappij met het uiterlijk, gezondheid en fitness vormt het uitgangspunt van een sociaal-culturele theorie (Davis et al., 1997). In de psychoanalytische en fenomenologische theorieën wordt bewegingsdrang beschouwd als een compensatie voor het gevoel van leegte, zelfonderschatting en ineffectiviteit. Door overmatig bewegen wordt de schijn van een pseudo-autonomie hooggehouden. De patiënten proberen hun lichaam onder controle te houden door hun lichaam uit te putten (Bruch, 1973; Selvini Palazolli, 1974; Thomä, 1961). Fairburn en Cooper (1987) en Vandereycken (1978) zien bewegingsdrang binnen de leertheoretische theorieën als een vorm van bekrachtiging. Door een verhoging van het metabolisme en het sneller verbranden van calorieën wordt vermagering tot stand gebracht en behouden. Lichaamsbeweging en diëten bekrachtigen elkaar totdat de toestand escaleert en pathologische vormen aanneemt.

De verschillende theorieën benadrukken elk vanuit hun theoretische achtergrond de pathologische rol van bewegingsdrang bij anorexia nervosa-patiënten. Deze mogelijke verklaringen geven ook aan welke boodschap achter dit secundair symptoom verborgen kan gaan. Het spreekt vanzelf dat elke therapeut hieraan voldoende aandacht zal besteden en dat bewegingsdrang in de therapie een vooraanstaande rol speelt.

Het vaststellen van lichamelijke activiteit

De meeste klinici zullen het door hun ervaring opmerken als een anorexia-patiënte last heeft van bewegingsdrang. Nochtans is het belangrijk om in het onderzoek naar de bewegingsdrang adequate onderzoeksmethoden te gebruiken. Metingen van lichamelijke activiteiten worden meestal uitgedrukt in intensiteit (energieverbruik), in duur en in frequentie (aantal keren per tijdseenheid). Hiervoor bestaan directe en indirecte methodes. Onder de directe methodes worden vragenlijsten, dagboeken, directe observaties, mechanische en elektronische sensoren en calorimetrie gecatalogiseerd. Indirecte methodes zijn werkclassificaties, dieetonderzoek en onderzoek naar de lichaamssamenstelling. Binnen al deze methodes zijn zelfrapportagetechnieken de meest gekende en de meest gebruiksvriendelijke.

- De *Stanford Seven Day Physical Activity Recall Questionnaire* (Blair, Haskell, Ho, Paffenbarger, Vranizan, Farquhar & Wood, 1985) is een methode die het totale energieverbruik per dag schat door middel van een gestructureerd interview. Deze methode wordt aanbevolen voor onderzoek waarbij wekelijkse veranderingen moeten worden gemeten.
- De *Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire* (Taylor, Jacobs, Schucker, Knudsen, Leon & Debacker, 1978) is een andere goed gevalideerde vragenlijst, die de relatie tussen intensiteit van de activiteit en de ziekte zelf onderzoekt. De vragenlijst telt 62 vragen en onderzoekt de lichamelijke activiteiten in vrije tijd gedurende het afgelopen jaar.
- De *Obligatory Exercise Questionnaire* (Thompson, 1995) is een 20 items tellende vragenlijst die vooral de compulsieve, de verslavende of afhankelijke kant van beweging nagaat.
- De 'Baecke vragenlijst' (Baecke, Burema, & Frijters, 1982) is het enige Nederlandstalige instrument in dit domein. Deze vragenlijst meet de habituele lichamelijke activiteit tijdens de professionele arbeid, de sportbeoefening en de niet-sportieve vrijetijdsbesteding, over een periode van één jaar.

In al deze vragenlijsten worden de psychische omstandigheden (waaronder het waarom van het overmatig bewegen) over het hoofd gezien. In het Universitair Centrum Sint Jozef wordt aan een nieuwe vragenlijst (30 items; vijfpuntsschaal) gewerkt, die deze kritiek opvangt en die specifiek voor eetstoornissen is bedoeld. De vragenlijst, die zich nog in een experimenteel stadium bevindt, gaat de verschillende kenmerken van bewegingsdrang na.

De therapeutische aanpak van de bewegingsdrang

Ons multidimensioneel, residentieel programma voor patiënten met eetstoornissen bestaat uit een individueel contract met het oog op gewichtsherstel en normalisatie van het eetgedrag (Vandereycken, 1987; Vandereycken & Meermann, 1984) en een aantal groepstherapieën, waaronder de groepspsychotherapie (Vandereycken, Vanderlinden & Van Werde, 1986), de ergotherapie en de psychomotorische therapie (PMT; Probst, Van Coppenolle & Vandereycken, 1995; Vandereycken, Depreitere & Probst, 1986). Daarnaast is er een intensief en regelmatig overleg met de ouders, de familie of de partner (Van den Broucke, Vandereycken & Norré, 1997; Vandereycken, Kog & Vanderlinden, 1989). Binnen dit programma worden de therapeutische interventies met betrekking tot de bewegingsdrang vooral toegepast op het niveau van

de afdelingsregels en de psychomotorische therapie. In het volgend deel worden deze (gedrags-)therapeutische interventies voorgesteld.

Algemene (afdelings)regels

Het residentieel programma voor eetstoornissen (Vandereycken & Meermann, 1984; Vanderlinden, Norré & Vandereycken, 1989) is onderverdeeld in drie fasen. De patiënt moet telkens 1/3 van het te winnen gewicht bereiken, vooraleer naar de volgende fase kan worden overgegaan. Deze aanpak is er op gericht om vooral in de eerste fase, letterlijk en figuurlijk, te breken met een hyperactieve levenswijze. Alle lichamelijke activiteiten zijn verboden. De patiënten volgen wel alle therapieën, met inbegrip van de psychomotorische therapie (PMT). Buiten de therapie is de bewegingsvrijheid beperkt. In sommige gevallen, met name bij een uitgesproken ondergewicht, mogen zij zich nog alleen laten verplaatsen in een rolstoel. In extreme gevallen is bedrust verplicht of worden zij verwezen naar de dienst interne geneeskunde. In een aanpassingsperiode van drie weken blijven de patiënten op de afdeling en mogen ze deze enkel onder begeleiding voor medische onderzoeken en therapieën verlaten. In samenspraak met de verpleegkundigen mogen ze na deze aanpassingsperiode met bezoek de afdeling verlaten.

Vanaf de tweede fase (dus zodra 1/3 van het gewichtsherstel is bereikt) mogen de patiënten de afdeling verlaten volgens de algemeen geldende regels, dat wil zeggen na rapportering aan de verpleegkundigen. Binnen de PMT nemen zij eenmaal per week verplicht deel aan de sessies sport en spel of zwemmen. Het verplichte karakter is onder andere belangrijk voor die patiënten die angst hebben om te vermageren en daardoor niet durven deelnemen aan bewegingsactiviteiten. Daarnaast kunnen zij op vrijwillige basis deelnemen aan een specifiek fitnessprogramma. De patiënten krijgen hier dus meer vrijheid en verantwoordelijkheid. Slechts nadat is gebleken dat de patiënten de gegeven vrijheid niet aankunnen, neemt het team of de therapeut de controle tijdelijk terug. Vervolgens kan de controle door de therapeut gradueel vervangen worden door controle door de patiënt zelf.

In de derde fase mogen de patiënten de kliniek vrij verlaten en het weekend elders door brengen. Zij kunnen daarenboven ongehinderd deelnemen aan alle sportactiviteiten binnen en buiten het ziekenhuis. Het waarom van deze aanpak, die voornamelijk op gedragstherapeutische principes steunt, wordt zowel op afdelingsniveau als binnen de sessies PMT grondig besproken.

De psychomotorische therapie: doelstellingen en technieken

De psychomotorische therapie is een therapievorm die de lichamelijke en het bewegen als aanknopingspunt van haar benadering neemt en die concreet geformuleerde doelstellingen poogt te realiseren (Van Coppenolle & Simons, 1985). Zowel in Nederland als in Vlaanderen heeft deze therapievorm een vaste plaats in de behandeling van anorexia nervosa verworven. Aanvankelijk vonden de ideeën van Ziemer en Ross (1970) over een fysiotherapeutische aanpak grote bijval. Deze werden geleidelijk vervangen door een meer totale benadering, die door de psychomotorische therapie aangeboden wordt. De volgende doelstellingen werden voor patiënten met eetstoornissen geformuleerd (Probst, Van Coppenolle & Vandereycken, 1995; Vandereycken, Depreitere & Probst, 1987):

- 1 het bewustworden van het eigen lichaam (dus ook van de rusteloosheid en de gejaagdheid);

- 2 het ombuigen van die bewegingsdrang in een meer gecontroleerde vorm van bewegen;
- 3 het doorbreken van het sociaal isolement, onder andere door het verbeteren van sociale vaardigheden.

Met deze doelstellingen voor ogen is de psychomotorische therapie de aangewezen manier om bewegingsdrang om te buigen tot een meer adequaat bewegingsgedrag.

Ad 1: Heropbouwen van een realistisch lichaamsbeeld

Een eerste stap is opnieuw voeling te krijgen met het lichaam, het lichaam opnieuw te ervaren, te herontdekken en bewust te worden. Anorexia nervosa-patiënten hebben behoefte aan het ontwikkelen van een gezonde kijk op hun lichaam boven een meer cultureel bepaalde beïnvloeding (Van Deusen, 1993). Het lichaam moet opnieuw toebehoren aan de persoon zelf, moet weer deel uitmaken van de eigen identiteit en autonomie. De essentie van de behandeling is patiënten bewust te maken van eigen gevoelens en van impulsen die in hen omgaan.

Concreet betekent dit dat de patiënten zich bewust moeten worden van hun verslechterde fysieke toestand en van hun veranderend lichaam tijdens gewichtsherstel en de daarmee gepaard gaande verandering in gevoelens en behoeften. De volgende stap is het aanvaarden van die veranderingen, die uitmonden in een vrouwelijk en volwassen lichaam.

Ad 2: Regulatie van bewegingsdrang, impulsen en spanningen

Het ombuigen van de bewegingsdrang naar een meer gecontroleerde vorm van bewegen en het adequaat leren begrenzen van of omgaan met fysieke activiteiten – dus ook met rust en ontspanning nemen – zijn belangrijke doelstellingen. Het herwinnen van een goede fysieke conditie kan als een bijkomende doelstelling geformuleerd worden. Als patiënte op een adequate manier met spanning en ontspanning leert omgaan, geeft dit haar een gevoel van veiligheid.

Ad 3: Vergroten van sociale vaardigheden

Anorexia nervosa-patiënten communiceren via hun eetgedrag. Sommigen zijn door hun excessief bewegen volledig sociaal geïsoleerd geraakt. Ze hebben afgeleerd om hun mening en gevoelens rechtstreeks kenbaar te maken. In sociale interacties vallen dan ook hun subassertiviteit en gering zelfwaardergevoel op. Daarom worden anorexia nervosa-patiënten aangemoedigd met hun lichaam te leren communiceren en sociaal vaardiger te worden. Het leren uitdrukken van een eigen mening en gevoelens tijdens de oefeningen, kan hun zelfwaarde en assertiviteit doen toenemen. Ze moeten hun gevoelens en irritaties naar anderen durven uiten en nieuwe en meer adequate vormen van omgang met de omgeving aanleren.

Technieken van de psychomotorische therapie

Er bestaat een brede waaier aan mogelijkheden – met als basisingrediënten zelf-confrontatie en zelfwaarneming – om de doelstellingen van PMT te verwezenlijken (Vandereycken, Probst & Van Bellinghen, 1992). De therapeut zal die technieken of methoden kiezen die het meest geëigend lijken om het betreffende aspect van de

bewegingsdrang bij anorexia nervosa te beïnvloeden (Probst, Van Copenolle & Vandereycken, 1995).

Ontspanningsoefeningen

De meest gebruikte methoden zijn de progressieve relaxatie van Jacobson (1964) – vooral in de afgeleide vorm van Bernstein en Berkovec (1977) – en de autogene training van Schultz (1932), of de verkorte vorm daarvan van Neuser en Kemmerling (1998). Sporadisch wordt yoga (Giles, 1985) toegepast. Ook het gebruik van biofeedback als hulpmiddel is beschreven (McKee & Kiffer, 1982; Zerbe, 1993).

Ademhalingsoefeningen zijn vaak een onderdeel van relaxatietraining. De aandacht gaat vooral uit naar een vermindering van de ademfrequentie, een grotere ademhalingsbeweging (buikademhaling) en verlenging van uitademing. Het gaat hier niet alleen om de ademregulatie, maar ook om het aanvoelen van het eigen lichaam.

Massagevormen

Bij de behandeling van anorexia nervosa wordt voornamelijk gebruik gemaakt van ontspannende of activerende massage van rug en benen en passieve mobilisatie van de ledematen. De passieve mobilisatie bestaat uit het passief laten bewegen van de ledematen en het hoofd en het mobiliseren van de gewrichten van deze ledematen. Het gaat hier niet om een hereducatieve of functionele massage. Men beoogt er ontspanning en bewustwording van het eigen lichaam mee te bewerkstelligen.

Dans en creatieve beweging

Dit omvat alle dans- en bewegingsvormen die zich richten op de expressie via het lichaam zoals ritmische oefeningen, dans met inbegrip van primitieve dansen, volksdansen, aerobics, bewegings- en dansexpressie (zie Stanton-Jones, 1992), bewegingsimprovisatie en pantomime. In deze dans- en bewegingsvormen kunnen gevoelsbelevingen worden uitgedrukt zoals droefheid, vreugde, geborgenheid, schaamte, seksualiteit, agressie, afhankelijkheid, verlegenheid, toenadering en afstoten, spanning en ontspanning. Patiënten worden aangemoedigd hun lichaam te gebruiken als expressiemiddel, ondanks het feit dat velen hun lichaam haten en zich slecht voelen in hun lichaam.

Sensory awareness training

Deze oefeningen zijn erop gericht om op een niet bedreigende wijze het lichaam via de zintuigen te ontdekken. Deze zintuiglijke waarnemingsoefeningen leggen de nadruk op de tast en op kinesthesie. Het bewustzijn van interne sensaties heeft een direct effect op het vermogen om gevoelens te (h)erkennen. Bovendien is het de stap naar het waarnemen van een wederkerige relatie tussen de lichaamssensaties en gevoelens.

Fysieke activiteit en sport en spel

Bij de behandeling van anorexia nervosa wordt gebruik gemaakt van fysieke activiteiten, variërend van fitness (Beumont et al., 1994), aerobics en callanetics (Kennedy, Duncan & MacKenzie, 1992) tot allerlei sporten, waaronder zwemmen, volleybal, worstelen en paardrijden. Meestal wordt hierbij gebruik gemaakt van gecontroleerde progressieve bewegingsprogramma's. Wat betreft fitnessstraining bij anorexia nervosa-patiënten stellen Beumont et al. (1994) de volgende onderdelen voor: non-aerobic activiteiten, stretching, soepelheid, houdingsverbetering en gewichtstraining. Zelf maken we gebruik van een oefenprogramma bestaande uit opwarming, krachttraining en relaxatie, met

een frequentie van tweemaal per week. Of deze activiteiten ook een betere gewichtsverdeling bewerkstelligen, zoals Kennedy et al. (1992) stellen is nog een open vraag.

Fitness

Alhoewel dit op het eerste zicht onlogisch lijkt, boden we de patiënten een fitnessprogramma op vrijwillige basis aan. De achterliggende ideeën van dit initiatief zijn velerlei. Onderzoek naar de lichaamssamenstelling (Probst, Goris, Vandereycken & Van Coppenolle, 1996) wees uit dat bij ontslag het percentage lichaamsvet bij anorexia nervosa-patiënten duidelijk toeneemt, tot de norm van een normale populatie en in sommige gevallen zelfs meer. Bij sommige patiënten was het percentage vet tussen opname en ontslag verdubbeld (van 12 naar 24%). Deze spectaculaire verandering in een korte tijdspanne is enerzijds – vanuit therapeutisch standpunt (gewichtsherstel) – positief te noemen. Anderzijds ligt de verandering wellicht aan de basis van een slecht en opgeblazen gevoel in hun lichaam, dat sommige patiënten tegen het einde van hun behandeling ervaren.

Vanuit therapeutisch standpunt leek het dan ook interessant om na te gaan of het mogelijk is om via een aangepast oefenprogramma, dat is gebaseerd op kracht, de vetvrije massa meer te laten toenemen dan de vetmassa. Wij boden patiënten dan ook vanaf hun tweede fase (maximaal twee maanden na opname) de mogelijkheid om een 9-weeken durend oefenprogramma te volgen. Patiënten konden twee keer per week oefeningen doen die zijn gericht op de ontwikkeling van kracht voor arm-, been-, buik- en schouderpijnen. Speciale aandacht werd gegeven aan stretch-oefeningen, ademhalingsoefeningen en de houding van de rug. Na de uitvoeringen is 15 minuten relaxatie voorzien. Het oefenprogramma is aangepast aan patiënten met eetstoornissen en verschilt daardoor van de meeste programma's in de fitnesscentra.

Onze ervaring met deze fitnessstraining leert dat het beoefenen van dergelijke lichamelijke activiteiten verschillende voordelen biedt. Door het bewegen kan een teveel aan energie of negatieve emoties op een positieve manier gekanaliseerd worden. In plaats van individueel, in het geheim te oefenen, kunnen de patiënten op een openlijke wijze, onder begeleiding en samen met medepatiënten lichamelijk actief zijn. Het lichamelijk actief zijn kan ook de bewustwording van het eigen lichaam verbeteren. Anorexia nervosa-patiënten leren op deze wijze hun lichamelijke mogelijkheden (her)ontdekken en grenzen beter accepteren.

Sportbeoefening en psycho-educatie

Psycho-educatie over het hoe en waarom van sportbeoefening krijgt in onze therapie een belangrijke plaats. Patiënten hebben over het algemeen geen accurate kennis over de effectiviteit van verschillende types van activiteit en over de negatieve gevolgen ervan. Goede voorlichting is noodzakelijk. De meeste sportbeoefenaars streven naar fysieke doeltreffendheid (verbeteren van prestaties), terwijl patiënten met eetstoornissen streven naar aantrekkelijkheid. Daarnaast moeten de patiënten op de hoogte zijn van de mening van het team betreffende sportbeoefening en de achtergronden van de verschillende maatregelen. Om die redenen moet het thema sportbeoefening regelmatig ter discussie gebracht worden.

Alhoewel de regels misschien op het tegendeel zouden wijzen, is het team niet tegen lichamelijke activiteit of sportbeoefening. Uit ervaring hebben we echter vastgesteld

dat competitiesport zowel tijdens als na de behandeling omwille van het verhoogde risico op toename van bewegingsdrang best wordt vermeden of alleszins goed geëvalueerd dient te worden. Recreatieve sport in groepsverband wordt wel aangemoedigd. Op die manier kunnen de sociale contacten verbeterd worden.

Sport en bewegen zijn in het algemeen geen middelen om een gewichtsdeling te realiseren of om het lichaam te pijnigen, maar bieden de mogelijkheid om op een gezonde manier met het lichaam om te gaan. Bewegen is niet vluchten in doelloze activiteiten maar op een positieve manier met vrije tijd omgaan. Sportbeoefening is niet zich isoleren of denken aan het aantal verbrande calorieën, maar in contact treden met anderen en genieten van het ogenblik zelf.

Het bijhouden van een specifiek dagboek rond het thema 'bewegen' geeft de therapeut en de patiënten een duidelijk beeld van de intensiteit en de frequentie van bewegen. Vervolgens kunnen ook zeer concrete doelstellingen en afspraken voor de korte termijn geformuleerd worden, die zowel thuis als op de afdeling uitprobeerde kunnen worden.

Slotbeschouwingen

Bewegingsdrang bij anorexia nervosa-patiënten betekent meer dan het ontwikkelen van een normale activiteit. Hierbij moet niet alleen rekening gehouden worden met de gezondheidstoestand, maar ook met de invloed van de bewegingsdrang op de interpersoonlijke, sociale en beroepsactiviteiten. Bij anorexia nervosa-patiënten heeft deze bewegingsdrang zowel een lichamelijke als een psychische component. Een vrijwillige verhoging van de lichamelijke activiteit met het oog op het verbranden van calorieën, een onweerstaanbare drang om (doelloos) te bewegen, het gedissocieerd zijn voor gevoelens van vermoeidheid en het obsessieve karakter van overmatig bewegen zijn elementen van typische bewegingsdrang. Deze aspecten wijzen duidelijk op de samenhang tussen lichamelijke en psychische elementen. Er bestaan diverse behandelstrategieën, vooral vanuit gedragstherapeutische hoek, om paal en perk te stellen aan dit merkwaardig symptoom. Ook de psychomotorische therapie die de lichamelijke en het bewegen als aanknopingspunt hanteert voor haar benadering kan een positieve bijdrage leveren om dit gedrag om te buigen in een meer gecontroleerde vorm van bewegen. Alhoewel er over bewegingsdrang bij anorexia nervosa tot op heden weinig onderzoek verricht werd, ondersteunen onze follow-up resultaten bij een grote groep patiënten met eetstoornissen (N= 290) de zinvolheid van de psychomotorische therapie in de behandeling van anorexia nervosa. Op basis van deze resultaten kan gesteld worden dat in onze multidimensionale benadering de tevredenheid en de attitude tegenover het lichaam (ook het rustgevoel) positief veranderen en dat deze veranderingen duurzaam zijn op korte (1 jaar) en middellange termijn (2 à 5 jaar) (Probst, 1997). Tijdens de behandeling wordt een groot deel van de patiënten zich bewuster van hun lichaam, voelen zij zich ook beter in hun vel en zijn zij minder gejaagd, opmerkelijk rustiger en meer ontspannen.

Abstract

Hyperactivity is considered to be a secondary symptom in the diagnostics of patients with eating disorder. However, the concept of hyper-activity in eating disorder patients lacks a

common definition and researchers use a wide variety of measuring procedures. The role of the symptom in the pathological process yet remains unclear. There is no consensus about the occurrence of the symptom: the only fact agreed upon is that not all patients show hyperactive behavior. Hyperactivity in patients with eating disorder is characterized by a voluntary increase of physical activity, a compulsive urge to move, and by the dissociation of fatigue. In this article we propose therapeutic interventions, based on clinical experience. Interventions take place on the level of department rules and, perhaps contrary to intuition, also consist of psycho-motoric therapy.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (DSM-IV) (fourth edition). Washington, DC: APA Press.
- Andreasen, N.C. & Black, D.W. (1995). *Introductory textbook of psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Baecke, J.A.H., Burema, J., & Frijters, J.E.R. (1982). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *The American journal of Clinical Nutrition*, 36, 936-942.
- Bernstein D.A., & Berkovec, T.D. (1977). *Leren ontspannen, handleiding voor therapeutische beroepen*. Nijmegen: Dekker & Van de Veegt.
- Beumont, P.J., Booth, A.L., Abraham, S.F., Griffiths, D.A., & Turner, T.R. (1983). Temporal sequence of symptoms in patients with anorexia nervosa: a preliminary report. In P.L. Darby, P.E. Garfinkel, D.M. Garner & D.V. Coscina (Eds.), *Anorexia nervosa: recent developments in research* (pp. 129-136). New York: Liss.
- Beumont, P.J., Arthur, B., Russell, J.D., & Touyz, S.W. (1994). Excessive physical activity in dieting disorder patients: Proposals for a supervised exercise program. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 21-36.
- Blair, S.N., Haskell, W.L., Ho, P., Paffenbarger, R.S., Vranizan, K.M., Farquhar, J.W., & Wood, P.D. (1985). Assessment of habitual physical activity by a seven-day recall in a community survey and controlled experiments. *American Journal of Epidemiology*, 122, 794-804.
- Brewerton, T.D., Stelfox, J.E., Hibbs, N., Hodges, E.L., & Cochrane, C.E. (1995). Comparison of eating disorder patients with and without compulsive exercising. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 413-416.
- Broucke, S. van den, Vandereycken, W., & Norré, J. (1997). *Eating disorders and marital relationships*. Londen: Routledge.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Coppenolle, H. van, & Simons, J. (1985). *Algemene technieken van psychomotorische therapie*. Leuven: Acco.
- Crisp, A. (1967). The possible significance of some behavioural correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 117-131.
- Crisp, A., Hsu, L.K., Harding, B., & Hartshorn, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 179-191.
- Davis, C. (1997). Eating disorders and hyperactivity: a psychobiological perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 168-175.
- Davis, C., Kennedy, S.H., Ralevski, E., & Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 957-967.
- Deussen, J. van (1993). *Body image and perceptual dysfunction in adults*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Epling, W.F., & Pierce, W.D. (1991). *Solving the anorexia puzzle. A scientific approach*. Stuttgart: Hogrefe & Huber.
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (1987). Behavioural and cognitive approaches to the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Beumont, P.J.V., Burrows, G.D. & Casper, R.C. (Eds.), *Handbook of eating disorders. Part 1: anorexia and bulimia nervosa* (pp. 271-298). Amsterdam: Elsevier.
- Giles, G.M. (1985). Anorexia nervosa and bulimia: An activity-oriented approach. *American Journal of Occupational Therapy*, 39, 510-517.
- Jacobson, E. (1964). *Anxiety and tension control*. Montreal: Lippincott company.

- Kennedy, S.H., Duncan, J., & MacKenzie, K.R. (1992). Medical assessment and management. In H. Harper-Guiffre & R. Mac Kenzie (Eds.), *Group Psychotherapy for Eating Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mc Kee, A.G., & Kiffer, J.F. (1982). Clinical biofeedback therapy in the treatment of anorexia nervosa. In M. Gross (Ed.), *Anorexia nervosa: A comprehensive approach* (pp. 129-139). Lexington: Collamore Press.
- Neuser, J., & Kemmerling, M. (1998). Eine empirische Kurzform des Autogenen Trainings. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 7, 81-86.
- Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorders*. (Doctoral thesis). Leuven: author.
- Probst, M. (1999). *Hyperactiviteit bij patienten met eetstoornissen*. (niet gepubliceerde interne nota).
- Probst, M., Coppenolle, H. van, & Vandereycken, W. (1995). Body experience in anorexia nervosa patients: an overview of therapeutic approaches. *Eating disorders*, 3, 145-157.
- Probst, M., Goris, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. van (1996). Body composition in female anorexia nervosa. *British Journal of Nutrition*, 76, 639-647.
- Selvini Palazolli, M. (1974). *Self starvation. From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Londen: Caucer.
- Sharp, C.W., & Freeman, C.P.L. (1993). The medical complications of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 162, 452-462.
- Slade, P. (1973). A short anorexic behaviour scale. *British Journal of Psychiatry*, 122, 83-85.
- Stanton-Jones, K. (1992). *An introduction to dance movement therapy in psychiatry*. Londen: Routledge.
- Taylor, H.L., Jacobs, D.R., Schucker, B., Knudsen, J., Leon, A.S., & Debacker, G. (1978). A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. *Journal of Chronical Diseases*, 31, 741-755.
- Thomä, H. (1961). *Anorexia nervosa*. Stuttgart: Huber & Klett.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance. Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Vandereycken, W. (1978). Magerzucht en bewegingsdrang. De betekenis van hyperactiviteit bij anorexia nervosa (deel 1 & 2). *Tijdschrift voor psychiatrie*, 20, 61-78.
- Vandereycken, W. (1987). The management of patients with anorexia nervosa and bulimia: basis principles and general guidelines. In Beumont, P.J.V., Burrows, G.D. & Casper, R.C. (Eds.), *Handbook of eating disorders. Part 1: anorexia and bulimia nervosa* (pp. 235-253). Amsterdam: Elsevier.
- Vandereycken, W., & Deth, R. van (1992). *Van vastenhonger tot magerzucht*. Meppel: Boom.
- Vandereycken, W., & Meermann, R. (1984). *Anorexia nervosa: A clinician's guide to treatment*. New York: Walter de Gruyter.
- Vandereycken, W., Depreitere, L., & Probst, M (1987). Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 252-259.
- Vandereycken, W., Kog, E. & Vanderlinden, J. (1989). *The family approach to eating disorders: assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: PMA Publications.
- Vandereycken, W., Probst, M., & Bellinghen, M. van (1992). Treating the distorted body experience of anorexia nervosa patients. *Journal of Adolescent Health*, 13, 403-405.
- Vandereycken, W., Vanderlinden, J., & Werde, D. van (1986). Directive group therapy for patients with anorexia nervosa and bulimia. In Larocca, F.E.F. (Ed.), *Eating disorders: effective care and treatment* (pp. 53-69). Saint Louis: Ishiyaku EuroAmerica.
- Vanderlinden, J., Norré, J., & Vandereycken, W. (1989). *De behandeling van boulimie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vertommen, H., & Vandereycken, W. (1993). Dissociative Experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 187-194.
- Zerbe, K.J. (1993). *The body betrayed. Women, eating disorders, and treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Ziemer, R.R., & Ross, J.L. (1970). Anorexia nervosa: A new approach. *American Corrective Therapy Journal*, 24, 34-42.