



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Mindful spiegelexposure bij eetstoornissen: een nieuw therapieprotocol en twee gevalsbeschrijvingen

Thomas Smit, Christa Offringa en Hein Kramer

---

**SAMENVATTING** In dit artikel wordt een experimentele methode beschreven voor het behandelen van een verstoorde lichaamsbeleving bij eetstoornispatiënten. Mindful SpiegelExposure (MSE) omvat acht wekelijkse sessies van een halfuur waarin de patiënt (gekleed) voor een passpiegel staat en wordt geïnstrueerd haar gehele lichaam te observeren en te beschrijven in objectieve, niet-oordelende termen om zodoende lichaamsangst te reduceren en lichaamsacceptatie te bevorderen. Toegelicht worden achtereenvolgens de theoretische achtergronden van MSE, het door ons ontwikkelde therapieprotocol en de ervaringen hiermee tijdens twee gevalsstudies. Na het plaatsen van enige kritische kanttekeningen bij de methode wordt afgesloten met de suggestie dat MSE een therapievorm is die goed verdragen wordt en waarde kan toevoegen aan bestaande behandelingen van eetstoornissen.

---

## Inleiding

Een centraal kenmerk van anorexia en bulimia nervosa is een stoornis in de lichaamsbeleving. Zo luidt een van de diagnostische criteria voor bulimia nervosa in de DSM-IV:

‘Het oordeel over zichzelf wordt in onevenredige mate beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht’ (American Psychiatric Association, 1994, p. 317).

Verstoorde lichaamsbeleving is niet alleen een belangrijk diagnostisch kenmerk, maar ook een risicofactor voor het ontwikkelen van een eetstoornis (Stice, 2002) en bovendien van invloed op het ziektebe-

DRS. TH.J. SMIT is gezondheidszorgpsycholoog en behandelverantwoordelijke van de gespecialiseerde eetstoornisafdeling van Emergis te Goes. Correspondentieadres: Postbus 253, 4460 AR Goes. E-mail: t.j.smit@emergis.nl.

C. OFFRINGA is als psychomotorisch therapeute werkzaam binnen de gespecialiseerde eetstoornisafdeling van Emergis te Goes.

DRS. H.J.M.T. KRAMER is klinisch psycholoog en als behandelverantwoordelijke werkzaam binnen Emergis, sector Volwassenenzorg te Middelburg.

loop: de resterende lichaamsonvrede voorspelt terugval in de eetstoornis na een verder geslaagde behandeling (Keel, Dorer, Franko, Jackson, & Herzog, 2005). Lichaamsbeleving kan op grond hiervan getypeerd worden als een sleutelbegrip bij eetstoornissen, en dus een belangrijk behandelthema. Therapeutische beïnvloeding van lichaamsbeleving kan via twee sporen lopen: verbaal en non-verbaal. Cognitieve gedragstherapie is een goed voorbeeld van het eerste spoor en spiegel- of videoconfrontatie van het tweede (Fernández & Vandereycken, 1994). Opmerkelijk is dat cognitieve gedragstherapie, de veel toegepaste en meest onderzochte behandelmethode, slechts een matig effect heeft op lichaamsbeleving bij eetstoornispatiënten (Rosen, 1996), en dat slechts spaarzaam onderzoek is gedaan naar de werkzaamheid van non-verbale therapieën die zich rechtsreeks op verbetering van lichaamsbeleving richten, met name spiegelconfrontatie. Kortweg houdt deze methode in dat patiënten voor een passpiegel geplaatst worden en zodoende geconfronteerd met hun eigen lichaam(svorm). Deze manier van lichaamsexposure door middel van spiegelconfrontatie wordt ook wel spiegelexposure genoemd.

De eerste onderzoeksresultaten naar deze behandelvorm bij patiënten met anorexia en bulimia nervosa werden gepubliceerd door Norris (1984). Zij constateerde dat spiegelconfrontatie een positieve invloed heeft op de bekwaamheid van patiënten om de eigen lichaamsomvang te schatten. Voorts is er slechts één andere (gecontroleerde) trial uitgevoerd naar het behandel­effect van spiegelexposure bij patiënten met een eetstoornis in engere zin. In hun pilotstudy met vijftien anorexiapatiënten constateerden Key et al. (2002) een significante en volgehouden verbetering van lichaamstevredenheid en afname van lichaamsangst en vermijdingsgedrag door spiegelexposure. Verder zijn gunstige resultaten gerapporteerd bij vrouwen met *tekenen* van een eetstoornis of een binge-eating disorder, die spiegelexposure ondergingen. Met name op lichaams- en zelfwaardering gingen zij vooruit (Delinsky & Wilson, 2006; Hilbert, Tuschen-Caffier, & Voge­le, 2002).

Op grond van het bovenstaande mag spiegelexposure worden beschouwd als een veelbelovende therapievorm, die momenteel veelvuldig wordt toegepast in de specialistische eetstoornissen­behandelcentra in Nederland en België, maar wetenschappelijk gezien nog in de experimentele fase verkeert. Zij behoeft meer empirische onderbouwing dan de pilotstudy's die tot op heden zijn uitgevoerd – niet in het minst omdat sommige auteurs ook hebben gewaarschuwd voor schadelijke bijwerkingen, zoals een negatieve impact op stemming en zelfbeleving (Jansen, Nederkoorn, & Mul­kens, 2005; Probst, 2008) of verhoogde kwetsbaarheid van seksueel getraumatiseerde vrouwen (Key et al., 2002). De werkgroep van de multidisciplinaire richtlijn

eetstoornissen (Trimbos, 2006) beveelt dan ook onder de noemer 'lacunes in kennis' verder onderzoek naar spiegel oefeningen aan.

Binnen de gespecialiseerde eetstoornissenafdeling van Emergis gaf dit aanleiding om in 2008 te starten met een gerandomiseerde klinische trial (RCT). Aan de RCT hebben we een kleine studie vooraf laten gaan, waarin twee patiënten het door ons ontwikkelde therapieprotocol ondergingen en rapporteerden hoe zij deze therapie waardeerden en verdroegen. Dit artikel bevat deze twee gevalbeschrijvingen, alsook een toelichting van de theoretische achtergronden en inhoud van ons mindful-spiegelexposure-therapieprotocol.

#### Theoretische achtergronden

Lichaamsbeleving is te zien als een construct met een viertal componenten: cognitieve, emotionele, gedragsmatige en perceptuele beleving (Farrell, Shafran, & Lee, 2006). Als het gaat om stoornissen in de lichaamsbeleving bij eetstoornispatiënten blijkt een problematische *perceptie* van de lichaamsomvang bij hen van ondergeschikt belang, zoals Cash en Deagle (1997) in hun overzichtsartikel concludeerden. Negatieve *emoties* en *cognities* blijken wel belangrijke componenten van verstoorde lichaamsbeleving bij eetstoornissen (Fernandez-Aranda, Dahme, & Meermann, 1999; Vocks, Legenbauer, Wächter, Wucherer & Kosfelder, 2007). Hierna bespreken wij de behandelrationale van ons mindful spiegelexposure (MSE) therapieprotocol dat gedragstherapeutische elementen en mindfulness-elementen integreert om zo tot een adequate behandeling van negatieve emoties én cognities met betrekking tot het eigen lichaam te komen.

#### *Gedragstherapeutisch perspectief*

Spiegelconfrontatie is volgens bekende principes uit de gedragstherapie te beschouwen als een vorm van exposure met responspreventie. Dat wil zeggen: door blootstelling aan een als angstig beleefde stimulus (het lichaam), terwijl de actietendens (het vermijden) opgegeven wordt (want patiënt blijft naar zichzelf kijken in de spiegel), zal de angst uiteindelijk uitdoven. Meerdere studies bij vrouwen met een eetstoornis (of kenmerken daarvan) tonen aan dat blootstelling aan het eigen spiegelbeeld een krachtige emotionele respons opwekt en dat vervolgens de negatieve, lichaamsgerelateerde emoties beduidend afnemen bij herhaling of langere duur van de exposure (Delinsky & Wilson, 2006; Hilbert et al., 2002; Key et al., 2002; Vocks et al. 2007). Er zijn dus meerdere aanwijzingen dat spiegelexposure een potent

middel is om de negatieve emoties te reduceren. Daarnaast is echter aangetoond dat het behandel-effect van spiegelexposure laag is voor negatieve *cognities* (Vocks et al., 2007). Aanvullende cognitieve methoden zijn dus noodzakelijk om tot een volwaardige behandeling van lichaamsbeleving te komen.

### *Mindfulness*

Ter inleiding een veel aangehaalde definitie die enig licht werpt op het begrip 'mindfulness':

'Mindfulness means paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and non-judgementally'  
(Kabat-Zinn, 1994, p. 24).

De uitgangspunten van mindfulness toegepast op spiegelexposure zijn beschreven door Wilson (2004): de patiënte wordt voor een passpiegel geplaatst en gevraagd om haar *gehele* lichaam te observeren en te beschrijven in neutrale, niet-oordelende termen, terwijl ze 'in het heden blijft'. Dit laatste wil zeggen dat zij niet in gedachten afdwaalt naar het verleden of piekert over de toekomst of toegeeft aan haar neiging tot het vermijden van onprettige aspecten van de situatie. Tuschen-Caffier, Vogele, Bracht en Hilbert (2003) troffen deze eetstoorniskarakteristieke vermijding aan in hun experimentele onderzoek bij patiënten met bulimia, die in hun beschrijving van middel, heupen en billen veel gehaaster waren dan een controlegroep van vrouwen zonder eetstoornis. Enerzijds omvat MSE dus de (werkzame) component van exposure met responspreventie, en anderzijds verwachten wij dat door de mindfulness-attitude de lichaamsacceptatie verbetert doordat patiënten geleerd wordt om een neutrale, niet-oordelende kijk op hun lichaam te ontwikkelen.

Zeer beknopt is mindfulness ook wel gedefinieerd als 'milde, open aandacht' (Edel Maex, mondelinge mededeling, oktober 2008). Zo beschouwd is het een ideale tegenhanger van de harde wijze waarop vrouwen met eetstoorniskenmerken over hun eigen lichamen oordelen (Jansen, Smeets, Martijn, & Nederkoorn, 2006), en van de selectieve aandacht die zij aan de dag leggen voor de lichaamsdelen die zij als negatief beleven (Farrell, Shafran, & Fairburn, 2004; Jansen et al., 2005), met een negatieve impact op stemming en zelfbeleving als gevolg. Met de mindfulness-instructie om aan alle lichaamsdelen in gelijke mate aandacht te besteden worden deze selectieve aandachtsprocessen aangepakt, en daarmee wordt escalatie van negatieve emoties voorkomen. Het cognitieve aspect van mindfulness betreft

dus vooral de aandachtsregulatie. Het gaat hier om de denkprocessen. In tegenstelling tot cognitieve therapie, waarin de nadruk ligt op veranderingen van de *inhoud* of betekenis van negatieve automatische gedachten. Veeleer ligt bij mindfulness de nadruk op bewustwording en de patiënt aanleren om zich te verhouden tot gedachten en gevoelens als mentale fenomenen van voorbijgaande aard die niet per se aspecten van het zelf of de realiteit representeren, waardoor rumineren en negatieve gedachteroutines kunnen worden voorkomen of doorbroken (zie voor een beschrijving van deze rationale bij depressie Teasdale et al., 2000).

#### Mindful spiegelexposure: het therapieprotocol

Van het MSE-protocol zijn de grondslagen beschreven door Wilson (2004) in zijn bijdrage aan het boek *Mindfulness and acceptance*, en door ons als volgt uitgewerkt.

#### *Mindful spiegelexposure in hoofdlijnen*

MSE omvat 8 individuele, wekelijkse sessies waarin de patiënte (gekleed) voor een passpiegel staat en wordt geïnstrueerd haar gehele lichaam te observeren en te beschrijven, onder begeleiding van een vrouwelijke psychomotorisch therapeut.

De patiënte krijgt hierbij de opdracht om haar aandacht gelijkmatig te verdelen over de verschillende lichaamsdelen en zich niet slechts te focussen op de als negatief beleefde lichaamsdelen; haar lichaam van top tot teen te observeren en te beschrijven in neutrale en niet-oordelende termen; en met haar aandacht ‘in het heden’ te blijven. De patiënte wordt gevraagd zich verre te houden van het gebruik van kritische of onvriendelijke taal. Termen gerelateerd aan kleur, textuur, verhouding, vorm en symmetrie worden door de therapeute aangemoedigd, terwijl beschrijvingen als dik, te groot, walgelijk, vet of iedere andere kritische of subjectieve term worden ontmoedigd.

De sessies duren een halfuur, met uitzondering van de eerste die twintig minuten duurt. De exposure wordt herhaald aangeboden, waarbij de duur van blootstelling aan het lichaam wordt opgebouwd van nul minuten in sessie 1 tot twintig minuten vanaf sessie 4; dit conform de principes van *gradual exposure*. Om dezelfde reden worden patiënten aangemoedigd om na verloop van tijd meer nauwsluitende of minder verhullende kleding te gaan dragen, bijvoorbeeld een kort truitje of badkleding. Om privacy te waarborgen vindt een en ander plaats in een afgesloten behandelruimte, met de deur op slot

wanneer patiënte daarom vraagt. Tussen de sessies voeren patiënten huiswerkopdrachten uit.

### *Spiegelexposure*

De duur van de exposure wordt opgebouwd van nul minuten in sessie 1 naar tien minuten in sessie 2, naar vijftien minuten in sessie 3, tot twintig minuten vanaf sessie 4 tot en met 7. De instructie aan patiënte is om haar hele lichaam te observeren en te beschrijven, van hoofd tot teen. Vervolgens van teen tot hoofd (vanaf sessie 3). En dan nogmaals van hoofd tot teen (vanaf sessie 4). Tussendoor worden ademhalingsoefeningen gedaan (zie paragraaf 'Ademhalingsoefeningen' voor uitleg).

### *Mindfulness*

De mindfulness-attitude laat zich het best illustreren door voorbeelden van de instructie aan patiënten:

- 'Eetstoornispatiënten hebben veel moeite om niet automatisch hard te oordelen over hun lichaam in zeer negatieve bewoordingen. De bedoeling in de therapie is dat je voor de spiegel gaat staan en jezelf neutraal beschrijft, dat wil zeggen zonder positieve of negatieve kritiek te geven.'
- 'Ik wil je vragen om voor de spiegel te gaan staan en je hele lichaam te beschrijven, van hoofd tot teen. Het is de bedoeling dat je je hele lichaam gaat zien en niet alleen de delen waar je gestrest van wordt. Geef alles evenveel aandacht en sla geen lichaamsdelen over. Ik zal je bijsturen als je lichaamsdelen overslaat of als je negatieve taal gebruikt.'
- '... en je doet als het ware of ik blind ben en je tegen mij vertelt hoe je eruitziet.'
- 'Je blijft in het hier en nu, kijkt naar wat er is en laat het daarbij.'

### *Overige aspecten*

#### *Huiswerk en gedragsadviezen*

De patiënte krijgt na de eerste sessie huiswerkopdrachten in het kader van *selfmonitoring*, bijvoorbeeld registratie van gebruik van spiegels thuis. Deze opdracht heeft niet zozeer een diagnostisch doel (i.e. analyse van het probleemgedrag), maar beoogt het opwekken van een nieuwsgierige, onderzoekende attitude, waarin, conform mindfulness,

aandacht wordt besteed aan 'wat er is', zonder oordeel. Patiënte krijgt tevens gedragsadviezen, met name over het beperken van overdreven spiegelgebruik. Zo wordt tegen patiënt gezegd tijdens sessie twee:

'Als je thuis voor een spiegel of winkelruit in een negatief gevoel wordt gezogen, je erin verliest, ga dan weg voor de spiegel, of dek deze desnoods af... dit om kokerdenken te doorbreken... je maakt jezelf er alleen maar gek mee...'

Er is namelijk een verband gevonden tussen een hoge mate van *body-checking* (dat wil zeggen controleren van het eigen lichaam door middel van kijken, voelen enz.) en verhoogde mate van lichaamsonvrede en zelfkritische gedachten (Shafran, Lee, Payne, & Fairburn, 2007), alsook aanwijzingen dat frequente *bodychecking* een negatieve invloed heeft op de therapeutische werkzaamheid van lichaamsexposure (Vocks, Kosfelder, Wucherer, & Wächter, 2008). Een van de mogelijke verklaringen hiervoor is dat patiënten thuis te kort voor de spiegel staan. Te kort om de emotionele respons te laten uitdoven, waardoor niet uitdoving, maar juist sensitivatie voor hun eigen spiegelbeeld het gevolg is (Farrell et al., 2006) en juist een toename van negatieve emoties optreedt, wat procesmatig interfereert met de *gradual* exposure in ons therapieprotocol. Vanaf bijeenkomst 3 wordt de patiënte wel gestimuleerd om in het dagelijks leven strakkere kleding te dragen of activiteiten in badpak te ondernemen, zoals zwemmen. In een later stadium, vanaf sessie 7, wordt opdracht gegeven om thuis te oefenen met (oordeelvrij) in de spiegel kijken, op een vast tijdstip. Tegen die tijd mag verwacht worden dat de patiënte zich de mindfulness-methode van kijken afdoende eigen heeft gemaakt.

#### *Touwtjesoefeningen*

In sessie 4 en 5 wordt de volgende oefening gedaan: met behulp van een touwtje bepaalt patiënte de omtrek van een lichaamsdeel door het om het bewuste lichaamsdeel te spannen, waarna het touwtje (de omtrek) door haar wordt neergelegd op de grond tussen zichzelf en de spiegel. De spiegel-exposure met mindfulness wordt volgens de eerder beschreven instructie uitgevoerd, met de volgende toevoeging: '*Als je bij het beschrijven bij lichaamsdeel X bent, kijk je eerst naar het touw, vervolgens in de spiegel en dan weer naar het touw. Dit doe je zesmaal. Bedenk bij jezelf: volgens het touwtje is het zoals het werkelijk is.*'

Zo worden twee lichaamsdelen uitgelicht, die op respectievelijk de derde en eerste plaats staan in een ranglijst van als angstig beleefde



lichaamsdelen, die door patiënte van tevoren is opgesteld (als huiswerk).

Het betreft hier onze bewerking van een type psychomotorische therapieoefening dat ook wel *visual size estimation*-oefening wordt genoemd en staat beschreven in de multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen (Trimbos, 2006, p. 181-182). Wij zien onze oefening als een variant van lichaamsexposure.

#### *Ademhalingsoefeningen*

Na elke beschrijving van het lichaam van top tot teen (en vice versa) wordt gedurende vier minuten een ademhalingsoefening gedaan, als een vorm van aandachtsoefening. De instructie is: *'Ga met je aandacht naar je ademhaling en volg deze aandachtig. Let op je ademtempo. Oppervlakkig of diep? Welke plaats? Regelmatig of wisselend? Word je hiervan bewust. Verander er niets aan, maar laat het zijn zoals het is.'*

Afwisseling van lichaamsexposure en ademhalingsoefeningen in een mindfulness-kader is eerder beschreven door Stewart (2004).

#### *Bijwerkingen en contra-indicaties van MSE?*

Een negatieve uitwerking van lichaamsexposure op stemming en zelfbeleving is in de literatuur gemeld (Jansen et al., 2005; Probst, 2008). Echter, een regelmatig aangehaalde oorzaak van deze reacties – te weten selectieve aandacht voor als negatief beleefde lichaamsdelen (Jansen et al., 2005) – wordt actief bestreden in ons therapieprotocol.

#### *Getraumatiseerden*

Key et al. (2002) bemerkten tijdens de uitvoering van hun studie dat twee patiënten, beiden met een achtergrond van herhaald seksueel misbruik, veel moeite hadden met de spiegelexposureoefeningen. Dit uitte zich door emotioneel overspoeld worden of juist emotionele vervlakking. Dit roept de vraag op of spiegelexposure voor dit type patiënt gecontra-indiceerd is. Een niet onbelangrijk punt, omdat het een aanzienlijk deel van de eetstoornispatiënten zou betreffen: naar schatting 20 tot 30% van hen is seksueel getraumatiseerd (Hepp, Spindler, Schnyder, Kraemer, & Milos, 2007; Vanderlinden, Vandereycken, Probst, & Kuis, 1997). Nochtans toont recent Vlaams onderzoek dat getraumatiseerde eetstoornispatiënten in vergelijking met een groep niet-getraumatiseerden een vergelijkbaar gunstig behandelresultaat behaalden na het doorlopen van een therapieprogramma waarin lichaamsattitude een specifiek behandelpunt was

(Reniers, Schotte, Probst, & Vanderlinden, 2007). Dit leidt ons inziens tot de voorlopige conclusie om deze groep niet bij voorbaat uit te sluiten van deelname aan (onderzoek naar) spiegelexposure, maar deze groep wel met bijzondere aandacht te volgen: in de gevalsstudies hebben wij dan ook één (seksueel) getraumatiseerde patiënte opgenomen, om meer in detail te vernemen hoe de methode verdragen wordt.

#### Gevalsbeschrijvingen\*

Hierna volgen de gevalsbeschrijvingen van twee eetstoornispatiënten die de klassieke subtypen vertegenwoordigen: anorexia en bulimia nervosa. Beiden zijn in de periode 2007-2008 gevolgd tijdens de eerste maanden van een specialistische, vierdaagse dagbehandeling van de eetstoornis. De mindful spiegelexposure (MSE) is geboden als aanvulling op dit intensieve en multidisciplinaire behandelprogramma met verbale en non-verbale therapieën en optionele farmacotherapie. De patiënten kregen kort voor de MSE, kort erna (nameting; na drie maanden) en als follow-up (na zes maanden) een aantal zelfrapportagevragenlijsten in te vullen: specifieke eetstoorniskenmerken zijn gemeten met de Eating Disorder Inventory II (EDI-2; Garner, 1991; Van Strien, 2002) en de Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994; Nauta, 2000), subjectieve beleving en houding van de respondent ten opzichte van het eigen lichaam met de Lichaamsattitude-vragenlijst (LAV; Probst, Van Coppenolle, & Vandereycken, 1992), algeheel psychisch klachtenniveau met de Symptom CheckList (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1985), en dissociatieve symptomen met de Dissociation Questionnaire (DIS-Q; Vanderlinden, 1993). De DIS-Q is ingezet om, met name bij de getraumatiseerde patiënte, veranderingen te kunnen meten in optreden van dissociatie, een van de symptomen van posttraumatische stress. Een onderdeel van de follow-up betrof een interview met de patiënten over hun ervaringen met het MSE-therapieprotocol en hun aanbevelingen.

#### *Casus Trudy*

Trudy is een 37-jarige, ongehuwde en hoogopgeleide vrouw met anorexia nervosa van het beperkende type, dat wil zeggen: zonder purgeergedrag en met een ernstig ondergewicht (BMI 17) bij aanvang

\* De persoonsgegevens zijn deels veranderd om herkenbaarheid te voorkomen.

van de behandeling. Zij rapporteerde geen seksuele of andere mishandeling in de voorgeschiedenis. Trudy's persoonlijkheid kenmerkte zich door perfectionisme en dwangmatigheid, ondermeer tot uiting komend in de neiging om aan nuttige dingen (bijv. werk) veel waarde toe te kennen, ontspanning te zien als frivool en het streven om een 'goede' patiënte te zijn. De eetstoornis bracht zij in verband met een sterke controlebehoefte, in dit geval over haar lichaam.

De voormeting onderschrijft het bestaan van relevante eetstoornispathologie: de EDE-Q-totaalscore van 3,03 valt weliswaar onder de normscore van anorexiapatiënten (3,39; *sd* 1.26; zie Pennings & Wojciechowski, 2004), maar is aanmerkelijk hoger dan normaal is voor vrouwen (1,14; *sd* 1.01). Haar LAV-totaalscore van 68 getuigt van een problematische lichaamsbeleving, overschrijdt het afkappunt voor een eetstoornis (36) ruimschoots, en ligt zelfs boven de normscore voor anorexia van 50,11 (*sd* 19.67). De DIS-Q totaalscore lag en bleef bij nametingen dicht bij het gemiddelde van de normale populatie, zonder meer waarschijnlijk bij deze vrouw zonder psychiatrische comorbiditeit of traumatisering in de voorgeschiedenis.

In lijn met haar perfectionistische trekken legde Trudy in de dagbehandeling een coöperatieve houding aan de dag: zo kwam ze volgens de afspraken aan in gewicht en tijdens de MSE dacht ze actief mee met de therapeute en kwam gaandeweg met voorbeelden over mogelijke verbeteringen van het protocol. Zo keek ze tijdens de 4-minuten-ademhalingsoefening ongeduldig op de klok en opperde na afloop of het niet wat korter zou kunnen.

Tijdens het interview in de follow-up meldde Trudy dat ze MSE een 'nuttige' therapie had gevonden, en het niet-oordelende karakter van de zelfbeschrijving trof haar als een 'nieuw', verrassend perspectief. Trudy vond MSE een overzichtelijke, goed getimede behandelvorm die ze anderen 'met een supervertekend lichaamsbeeld' zou aanbevelen, hoewel ze betwijfelde of het een effectieve methode is: mogelijk wat 'te kort' in aantal sessies en 'te weinig intensief' qua snelheid van opbouw van exposure en qua frequentie van touwtjesoefeningen. Zij vroeg zich af: 'Zou uitbreiding van spiegelen met de zijkanten van het lichaam, in plaats van alleen de voorzijde, niet nog beter zijn?' Ook beval zij een 'opfrissessie' aan op het moment dat het herstel tot gezond gewicht bij anorexiapatiënten zoals zij een feit zou zijn. De therapeut werd positief geëvalueerd als iemand in wie zij 'vertrouwen' kon hebben en die 'niet oordeelde'. De patiënte had geen bijwerkingen ervaren van deze therapie.

Hoewel er na zes maanden behandeling een verbetering in de vragenlijstuitkomsten te zien was op zowel specifieke eetstoorniskenmerken, lichaamsonvrede als algeheel psychisch klachtenniveau, bleven Trudy's scores deels boven het niveau van de 'normalen' en indicatief

voor resterende eetstoornisproblematiek. De daling in klachtenniveau werd pas na zes maanden duidelijk: bij een eerdere meting (na drie maanden) werd zelfs een stijging in klachten aangetroffen.

De vragenlijstuitkomsten van Trudy en de tweede onderzoekspatiënte (Kaatje) zijn kwantitatief weergegeven in tabel 1.

*Tabel 1. Vragenlijstuitkomsten (totaalscores) bij voormeting (in de startweek van MSE-interventie), nameting (na 3 maanden) en follow-up (na 6 maanden) van de twee onderzoekspatiënten: Trudy met de diagnose anorexia nervosa (AN); Kaatje met de diagnose bulimia nervosa (BN) en seksuele mishandeling (trauma) in voorgeschiedenis.*

Uitkomsten	Trudy (AN)			Kaatje (BN, trauma)		
	voor	na	follow-up	voor	na	follow-up
EDE-Q-totaal	3,03	3,66	1,76	4,36	1,01	1,42
EDI-totaal	77	65	62	109	15	15
LAV-totaal	68	61	57	67	35	25
SCL-totaal	182	175	156	295	171	148
DIS-Q-totaal	1,5	1,5	1,4	2,3	1,7	1,6

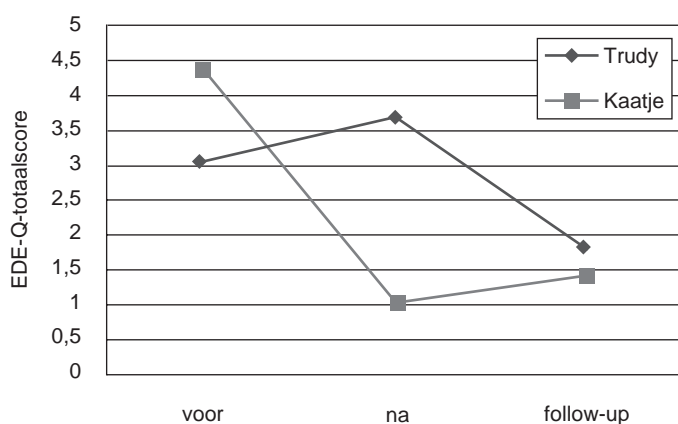
#### *Casus Kaatje*

Kaatje is een 18-jarige mbo-studente met bulimia nervosa van het purgerende type. In een van de eerste klassen van de middelbare school is zij seksueel misbruikt door een vreemde. Zij blikt hier met schaamte en schuldgevoelens op terug. Kaatje heeft momenteel een gezond gewicht (BMI 22) dat voorheen wel sterke schommelingen liet zien. Zij is sterk gefixeerd op de vorm van haar lichaam en haar gewicht, waarbij zij zichzelf diep vanbinnen nog altijd ziet als het 'stomme, dikke kind' dat een tijdlang gepest werd en dat zich ook later zowel thuis als tussen leeftijdsgenoten niet gezien voelde.

De vragenlijstuitkomsten bij aanvang van de MSE-therapie wijzen op een klinisch relevante eetstoornis, een hoge algehele psychische lijdensdruk en het bestaan van dissociatieve kenmerken, maar niet op een dissociatieve stoornis. Met haar DIS-Q-totaalscore van 2,3 bij de eerste meting blijft zij weliswaar onder de cut-off-score voor dissociatieve stoornissen (2,5), maar scoort zij beduidend boven de norm voor haar leeftijd (1,8; *sd* 0.4) en blijft hiermee rond de eetstoornisnorm (2,2; *sd* 0.4).

Aangezien Kaatje een seksueel trauma heeft meegemaakt, is de hoogte van het stressniveau tijdens de MSE-therapie met extra aandacht gevolgd. In sessie 3, waar de exposureduur vijftien minuten

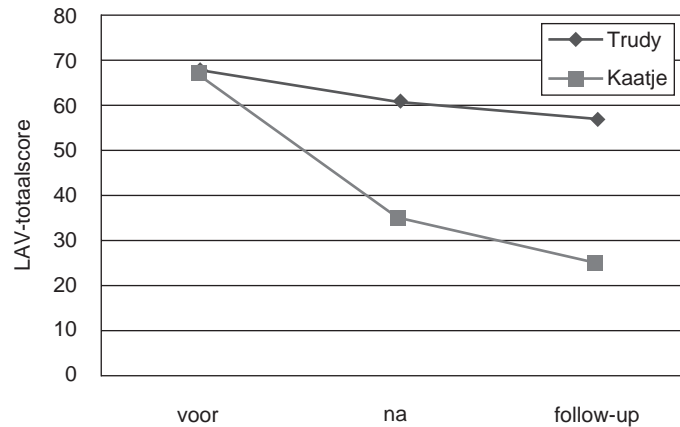
is, braken de tranen door. Haar borsten beschreef ze als 'te klein', eerder esthetisch veroordelend bedoeld dan een referentie aan het trauma. Al met al was zij trouw aan de mindful-instructie en hoefde de therapeut nauwelijks te corrigeren. Aan het einde van sessie 3 gaf Kaatje wel aan dat het haar zwaar viel om haar lichaam niet-oordelend te beschrijven: 'Je mag niet zeggen wat je eigenlijk wel vindt... stom... dik.'



*Figuur 1. Grafiek van het verloop van de EDE-Q-uitkomsten (totaalscores) bij voormeting, nameting (na 3 maanden) en follow-up (na 6 maanden) van beide onderzoekspatiënten.*

In de loop van de behandeling vertoont Kaatje op alle gemeten niveaus in de vragenlijstcores een verbetering. Om te beginnen met lichaamsbeleving. Vergelijk de LAV-totaalscores die vanaf de nameting onder het afkappunt van een eetstoornis zijn gedaald (zie figuur 2). Specifieke eetstoornissymptomen en algeheel psychisch klachtenniveau vertonen net als lichaamsbeleving een tendens richting herstel, die zich bij de nameting al ingezet lijkt te hebben en die volgehouden lijkt bij follow-up na zes maanden. Zo daalt de SCL-90-totaalscore van zeer hoog bij de voormeting tot beneden gemiddeld bij de nameting en blijft in dat bereik bij follow-up (conform normgroep poliklinisch psychiatrisch patiënten), met een ruwe score die zelfs een verder dalende tendens laat zien.

Echter, tijdens de studieperiode worden wij opgeschrikt door een suïcidepoging van Kaatje. Bij navraag tijdens het interview geeft zij aan dat er geen directe relatie bestond tussen de suïcidaliteit en de spiegel oefeningen. Ook belastende herbelevingen of andere seksueel-traumagerelateerde klachten als dissociatie werden volgens Kaatje niet getriggerd door de MSE-interventie. Het verloop van de DIS-Q-scores



*Figuur 2. Grafiek van het verloop van de LAV-uitkomsten (totaalscores) bij voormeting, nameting (na 3 maanden) en follow-up (na 6 maanden) van beide onderzoekspatiënten.*

correspondeerde met deze mededeling van de patiënte: zo zien we dat de DIS-Q-totaalscore die bij voormeting op verhoogd niveau lag (2,3), bij nameting (1,7) en follow-up (1,6) daalt en nagenoeg normaal wordt en blijft.

Tijdens het follow-upinterview merkte Kaatje op dat de MSE-methode een begrijpelijke en overzichtelijke methode was die ze anderen zou aanbevelen, mede omdat het 'laagdrempelig' is. Het mindful-aspect van het zonder oordeel beschrijven van haar lichaam was een 'eyeopener'. In het begin liep dit moeizaam, zo meldde ze, maar vanaf de derde sessie werd het, geholpen door correcties van de therapeut, gaandeweg gemakkelijker. Niet zozeer de herbelevingen gerelateerd aan de seksuele mishandeling waren het probleem, maar juist de moeite om de 'kritische blik' op zichzelf af te schudden, die zij zich eigen had gemaakt na jarenlang gepest te zijn geweest in haar jeugd. De bejegening door de therapeut ervoer ze als steunend, open en gelijkwaardig, en voorts waardeerde ze dat de therapeut 'geen modepopje' met make-up en dergelijke was, maar juist iemand met een normaal tot sportief uiterlijk en kleding. Het aanbod om de deur tijdens de spiegel oefeningen op slot te doen ervoer zij als veiligheidsverhogend. De huiswerkopdrachten van het thuis voor de spiegel staan ervoer ze als 'onwennig' en onwenselijk, omdat ze tot meer lichaamsobsessies en controlerend gedrag leidden. Aanbevelingen van haar waren om meer tijd te besteden aan de touwtjesoefeningen en om na de MSE door te pakken met oefeningen die juist een positieve evaluatie van lichaamsdelen zouden bewerkstelligen. In deze verwach-

ting was zij iets teleurgesteld, wat haar deed twijfelen aan de effectiviteit van de MSE-methode. Verder miste zij van de therapeut aansporingen om in minder verhullende kleding voor de spiegel te gaan staan, zoals een bikini, wat zij destijds zinvol had gevonden.

#### Discussie

De eerste ervaringen met het MSE-therapieprotocol wijzen erop dat deze behandelvorm goed verdragen wordt, ook door patiënten met seksuele traumatisering in de voorgeschiedenis; dat MSE in de beleving van de patiënten daadwerkelijk iets toevoegt aan de reguliere behandelingen van eetstoornissen (want het mindful-aspect werd beschreven als 'eyeopener' en 'nieuw') en MSE met enkele kleine aanpassingen in de uitvoering (zoals het niet te voorzichtig zijn in dosering van exposure door de therapeut) een waardevolle behandel-methode is.

Beide patiënten bleken bij follow-up na een halfjaar verbeterd, zowel qua lichaamsbeleving als (overige) eetstoornissymptomen en algeheel psychisch klachtenniveau. Kanttekening is dat bij onze patiënte met anorexia de vragenlijstuitkomsten nog altijd wezen op eetstoornisproblematiek, met name lichaamsonvrede. Hoewel tegenvallend, is deze bevinding niet geheel onverwacht, aangezien vaker is gevonden dat anorexiapatiënten in dezen minder goed op therapie reageren dan boulimiepatiënten (Benninghoven et al., 2006).

Opmerkelijk zijn vervolgens de verschillen tussen de twee patiënten in het klachtenverloop in de tijd. Waar Kaatje al direct na de MSE-interventie een gunstige tendens ten aanzien van de eetstoornisproblematiek liet zien, werd de verbetering van eetstoornissymptomen bij Trudy pas manifest bij de follow-up na een halfjaar, nadat bij (EDE-Q-)nameting na drie maanden zelfs sprake was geweest van verslechtering. Op zoek naar een verklaring hiervoor kwamen wij op een vrij banale vorm van acute stress: de nameting viel bij Trudy precies in de kerstweek, een voor eetstoornispatiënten notoir stressvolle tijd, waarin hun angstige preoccupatie met eten zich moet verenigen met familiale verplichtingen rondom de eettafel.

Van MSE werden geen ernstige bijwerkingen gerapporteerd. De suïcidepoging van Kaatje waardoor wij in de loop van de studie werden opgeschrikt, bleek geen direct verband te hebben met de MSE-methode als wij af kunnen gaan op de zelfrapportage van patiënte. Wij hebben geen redenen om daaraan te twijfelen. Dit ligt in de lijn van het statistisch gegeven dat suïcidepogingen niet ongewoon zijn bij patiënten met eetstoornissen (Bulik et al., 2008).

We mogen concluderen dat de MSE goed verdragen is, ook door de patiënte met een seksueel traumatiserende voorgeschiedenis. De

emotionele respons was, zoals verwacht, krachtig, maar door geen van beide patiënten ervaren als schadelijk of overspoelend zoals Key et al. dit beschreven (2002). Integendeel, beide patiënten merkten op dat de exposure nog wat intensiever had gekund, waarbij Kaatje een opmerking plaatste in de trant van 'het had best wat bloter gemogen', bijvoorbeeld spiegelen in bikini. Dit is dan weer een openbaring voor ons als behandelstaf om in therapie niet overdreven voorzichtig met onze patiënten om te springen.

Niet onbelangrijk is dat het MSE-therapieprotocol door de patiënten tijdens de interviews gunstig is geëvalueerd. Het kenmerkende mindfulness-aspect van neutrale, niet-oordelende aandacht noopte patiënten, weliswaar met moeite, tot het adopteren van een 'nieuw' en verrassend cognitief perspectief. De spiegelexposure bleek tijdens de twee gevalsstudies vanaf sessie 3 (vijftien minuten exposure) een krachtige emotionele respons op te wekken, waarbij de onderzoekspatiënten het ook in de latere sessies als lastig bleven ervaren om het veroordelende in hun zelfbeschrijvingen achterwege te laten – een tendens die we sindsdien bevestigd zien in observaties van deelnemers aan de inmiddels lopende RCT in ons behandelcentrum.

Verder meldden beide deelneemsters – met kwalificaties als open, gelijkwaardig en vertrouwen opwekkend – dat ze de rol en aandacht van de therapeut waardeerden, wat ons inziens nog eens het belang onderstreept van bejegening en een veilige sfeer in de werkrelatie. Onderzoek naar patiëntenperspectief bij eetstoornissen onderstreept dit belang van een goede relatie en communicatie met therapeut (De la Rie, Noordenbos, Donker, & Van Furth, 2006).

Bij beschouwing van de resultaten van de onderhavige studie dienen nog de volgende beperkingen van het onderzoek en de behandelprocedure genoemd te worden:

- De resultaten zeggen niets over het behandel-effect van mindful spiegelexposure op zich. Om te beginnen betrof het geen gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek, en eerder is aangetoond dat patiënten er substantieel op vooruitgingen qua lichaamsbeleving na het volgen van een intensief eetstoornissenbehandelprogramma (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle, & Pieters, 1999), vergelijkbaar met het programma dat onze onderzoekspatiënten gelijktijdig met de MSE volgden.
- Ten aanzien van de behandelprocedure zijn er vragen op te werpen over de dosering van de lichaamsexposure. Hierin kunnen patiënten onderling verschillen door onze keuze om de beslissingen ten aanzien van de kleding die voor de spiegel gedragen (of weggelaten) wordt aan de patiënten zelf te laten.
- Aan de hand van gevalsstudies kunnen we geen betrouwbare uitspraken doen over wat de werkzame componenten zijn van de



MSE-behandelprocedure. We weten niet wat de bijdrage is van het mindfulness-aspect aan het behandelresultaat. Het is denkbaar dat de resultaten vooral zijn toe te schrijven aan exposure, en dat de mindfulness-instructie niets meer heeft bereikt dan het optimaliseren van deze exposure met responspreventie doordat patiënten minimale ruimte kregen voor vermijding van lichaamsdelen. Daarnaast is het denkbaar dat het behandel-effect deels voort zou komen uit *spiegelexposure*, maar deels ook uit lichaamsexposure op andere wijze, bijvoorbeeld door de huiswerkopdrachten. Van de touwtjesoefeningen is door het ontbreken van wetenschappelijk onderzoek in het geheel niets bekend over de werkzaamheid ervan, wat de nodige vragen oproept over de bijdrage van deze oefeningen aan het behandelresultaat, mede omdat beide patiënten opmerkten dat de touwtjesoefeningen indruk hebben gemaakt en een prominentere plaats in de therapiemethode zouden mogen krijgen.

Het bovenstaande benadrukt nog eens dat meer en beter bewijs voor werkzaamheid van mindful spiegelexposure nodig is, met name via gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek (RCT). Hiertoe hebben zijn wij in 2008 gestart met een RCT binnen de gespecialiseerde eetstoornissenbehandelafdeling van Emergis te Goes. Wij hopen u hiervan in de loop van 2011 de eerste resultaten te kunnen presenteren.

---

**ABSTRACT** This article describes the development of a manualised Mindful Mirror Exposure (MME) treatment intervention for eating disordered patients, involving 8 weekly sessions during which the patient is placed in front of a full-length mirror, and is instructed to observe her body, to describe it, from head to toe, and to be non-judgmental. The goal of the intervention is to reduce body-anxiety and promote body-acceptance. Having applied this intervention in two case-studies, we will present theory, contents and preliminary results of MME, including patients' views. It is suggested that MME is well tolerated and valued by patients and may enhance existing treatments of eating disorders.

---

#### *Referenties*

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1985). *SCL-90: Handleiding bij een multi-dimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Benninghoven, D., Jürgens, E., Mohr, A., Heberlein, I., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2006). Different changes of body-images in patients with anorexia or bulimia nervosa during inpatient psychosomatic treatment. *European Eating Disorders Review, 14*, 88-96.
- Bulik, C.M., Thornton, L., Pinheiro, A.P., Plotnicov, K., Klump, K.L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Johnson, C., Kaplan, A.S., Mitchell, J., Nutzinger, D., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D.B., Berrettini, W.H., & Kaye, W.H. (2008). Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine, 70*, 378-383.
- Cash, T.F., & Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 107-125.
- De la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M., & Van Furth, E. (2006). Evaluating the treatment of eating disorders from the patients' perspective. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 667-676.
- Delinsky, S.S. & Wilson, G.T. (2006). Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 108-116.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1994). The assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*, 363-370.
- Farrell, C., Shafran, R., & Fairburn, C.G. (2004). Mirror cognitions and behaviours in people concerned about their body shape. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 225-229.
- Farrell, C., Shafran R., & Lee, M. (2006). Empirically evaluated treatments for body image disturbance: a review. *European Eating Disorders Review, 14*, 289-300.
- Fernández, F. & Vandereycken, W. (1994). Influence of video confrontation on the self-evaluation of anorexia nervosa patients: A controlled study. *Eating Disorders, 2*, 135-140.
- Fernandez-Aranda, F., Dahme, B., & Meermann, R. (1999). Body image in eating disorders and analysis of its relevance: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research, 47*, 419-428.
- Garner, D.M. (1991). Eating disorder inventory-2 manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Hepp, U., Spindler, A., Schnyder, U., Kraemer, B., & Milos, G. (2007). Post-traumatic stress disorder in women with eating disorders. *Eating and Weight Disorders, 12*, e24-7.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Vogeled, C. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 52*, 137-144.
- Jansen, A., Nederkoorn, C., & Mulken, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 183-196.

- Jansen, A., Smeets, T., Martijn, C., & Nederkoorn, C. (2006). I see what you see: A lack of a self-serving body-image bias in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 123-135.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Where ever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. San Francisco: Hyperion.
- Keel, P.K., Dorer, D.J., Franko, D.L., Jackson, S.C., & Herzog, D.B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 162*, 2263-2268.
- Key, A., George, C.L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H., & Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: The role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 185-190.
- Nauta, H. (2000). *EDE-Q vragenlijst*. Maastricht: Academisch Ziekenhuis Maastricht.
- Norris, D.L. (1984). The effects of mirror confrontation on self-estimation of body dimensions in anorexia nervosa, bulimia and two control groups. *Psychological Medicine, 14*, 835-842.
- Pennings, C., & Wojciechowski, F.L. (2004). De eating disorder examination questionnaire (EDE-Q): Nederlandse normscores voor anorexiapatiënten en een niet-eetstoornis controlegroep. *Gedragstherapie, 37*, 293-301.
- Probst, M. (2008). Lichaamsbeleving. In: W. Vandereycken en G. Noordenbos (Red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 253-269). Utrecht: De Tijdstroom.
- Probst, M., Coppenolle, H. van, & Vandereycken, W. (1992). De lichaamsattitude-vragenlijst (LAV) bij patiënten met eetstoornissen: Onderzoeksresultaten. *Bewegen & Hulpverlening, 4*, 286-299.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. van, & Pieters, G. (1999). Body experience in eating disorders before and after treatment: A follow-up study. *European Psychiatry, 14*, 333-340.
- Reniers, N., Schotte, C., Probst, M., & Vanderlinden, J. (2007). Residentiële behandeling van eetstoornissen: de invloed van trauma op behandelingseffecten op de korte termijn. *Directieve therapie, 27*, 17-37.
- Rosen, J.C. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 20*, 331-343.
- Shafraan R., Lee, M., Payne, E., & Fairburn, C.G. (2007). An experimental analysis of body checking. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 113-121.
- Stewart, T.M. (2004). Light on body image treatment. *Behavior Modification, 28*, 783-811.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*, 825-848.
- Strien, T. van (2002). *Eating disorder inventory-II*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.

- Trimbos-instituut (2006). *Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Tuschen-Caffier, B., Vogeles, C., Bracht, S., & Hilbert, A. (2003). Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 573-586.
- Vanderlinden, J. (1993). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-reporting Questionnaire. In: J. Vanderlinden, *Dissociative experiences, trauma and hypnosis* (pp. 19-32). Delft: Eburon.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Probst, M., & Kuis, Y. (1997). Patiënten met een eetstoornis, met en zonder psychotramageschiedenis: Een vergelijkende follow-up-studie. *Directieve Therapie, 17*, 192-208.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Wächter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2007). What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 62*, 231-239.
- Vocks, S., Kosfelder, J., Wucherer, M., & Wächter, A. (2008). Does habitual body avoidance and checking behavior influence the decrease of negative emotions during body exposure in eating disorders? *Psychotherapy Research, 18*, 412-419.
- Wilson, G.T. (2004). Acceptance and change in the treatment of eating disorders: The evolution of manual-based cognitive therapy (p. 243-260). In: S.C. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.