

Lichaamsattitude bij mensen met psychische problematiek

Evidentie voor een transdiagnostische factor

Lichaamsattitude wordt in de klinische praktijk vaak beschouwd als transdiagnostische factor. Er is echter nauwelijks empirische onderbouwing voor deze observatie. Door lichaamsattitude met dezelfde vragenlijst te meten bij mensen met verschillende vormen van psychische problematiek kan meer evidentie verkregen worden voor het stoornisoverstijgende karakter.

Het onderzoek 'Vaktherapie Noord-Nederland' bood de gelegenheid om een dergelijk project te doen. Bij een grote groep mensen, in behandeling bij ggz-instellingen in de noordelijke provinciën, is nagegaan of en hoe lichaamsattitude afweek van die van een vergelijkingsgroep uit de algemene bevolking. Ook werd vastgesteld of er verschillen waren in lichaamsattitude tussen verschillende psychiatrische diagnoses.

Mia Scheffers en Liza Aerts

Introductie

Alweer dertig jaar geleden schreef Lipowski (1977), een pionier op het gebied van psychosomatiek, dat de verhouding tot het eigen lichaam bij alle vormen van psychopathologie een rol speelt. Wat recenter stelde De Haan (2011) vanuit de fenomenologische psychopathologie (Fuchs & Schlimme, 2009) vast dat de lichamelijke bestaanswijze centraal staat in hoe we de wereld ervaren, en daarmee een belangrijk aandachtspunt is bij mensen met psychopathologie. Ook zijn er enkele studies verricht naar de verhouding tot het eigen lichaam bij specifieke psychiatrische stoornissen, waarbij steeds naar voren komt dat aspecten van deze verhouding, waaronder lichaamsattitude, verstoord of negatief zijn. Er zijn dus aanwijzingen

dat lichaamsattitude, de *Einstellung zum eigenen Körper* (Pöhlmann, Roth, Brahler & Joraschky, 2014), een transdiagnostische factor is.

Om hier meer evidence voor te verzamelen, is het noodzakelijk om lichaamsattitude te bestuderen bij groepen die qua psychische problematiek heterogeen zijn. Zo kunnen we te weten komen bij welke problematiek de lichaamsattitude in welke mate verstoord is. Verder is het van belang om na te gaan hoe lichaamsattitude zich verhoudt tot generieke uitkomstmaten zoals zelfgerapporteerde mentale gezondheid en kwaliteit van leven.

Onderhavig artikel is een bewerking van een artikel dat in 2017 verscheen in *Comprehensive Psychiatry* (Scheffers et al., 2017a). Lichaamsattitude werd gemeten bij een brede groep mensen met psychiatrische problematiek, waaronder mensen met stemmingsstoornissen, angststoornissen, aanpassingsstoornissen, posttraumatische stressstoornis, eetstoornissen, schizofrenie en ADHD. Gekozen is voor de Dresden Body Image Questionnaire (DBIQ-35, Pöhlmann, Thiel & Joraschky, 2008) als meetinstrument. De Nederlandse versie van deze vragenlijst is goed onderzocht en valide en betrouwbaar gebleken zowel bij een niet-klinische groep (Scheffers et al., 2017b) als bij verschillende groepen mensen met psychische problematiek (Scheffers et al., 2018; 2019). De DBIQ-35 heeft een brede scope en meet vijf aspecten van lichaamsattitude, te weten: acceptatie, vitaliteit, waardering, lichamelijk contact en seksualiteit.

In dit artikel:

- wordt gemeten of lichaamsattitude bij mensen met psychische problematiek afwijkt van die van mensen uit de algemene bevolking;
- wordt nagegaan of er verschillen in lichaamsattitude zijn tussen verschillende psychiatrische diagnoses;
- wordt een lans gebroken voor lichaamsattitude als empirisch onderbouwde transdiagnostische factor.



Lichaamsattitude: aanraken.

Lichamelijk contact en seksualiteit worden zelden gemeten als het gaat om lichaamsattitude, terwijl patiënten vaak problemen ervaren op deze sterk aan lichamelijke gerelateerde domeinen.

Het eerste doel van onderhavige studie was om lichaamsattitude te meten bij een brede groep patiënten met psychische problematiek en deze scores te vergelijken met die van een groep mensen uit de Nederlandse bevolking.

Lichamelijk contact en seksualiteit worden zelden gemeten als het gaat om lichaamsattitude, terwijl patiënten daar vaak problemen ervaren

We verwachtten een significant lagere lichaamsattitude bij de patiënten. Ook sekseverschillen in lichaamsattitude werden geëvalueerd, omdat in studies bij niet-klinische groepen vrouwen vaak ontevredener zijn met hun lichaam dan mannen (Abbot & Barber, 2010; Algars et al., 2009; Davison & McCabe, 2005). Een tweede doel was het in kaart brengen van mogelijke verschillen in lichaamsattitude tussen de diagnostische groepen. Ten slotte keken we naar verbanden tussen lichaamsattitude en zelfgerapporteerde mentale gezondheid en tussen lichaamsattitude en kwaliteit van leven.

Methode

Participanten en procedure

De gegevens voor deze studie werden verzameld in het kader van het onderzoek 'Vaktherapie Noord-Nederland'. Dit onderzoek beschrijft de beroepspraktijk, behandelresultaten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie in de noordelijke geestelijke gezondheidszorg (Aerts, Van Busschbach & Wiersma, 2011). Deelnemers waren afkomstig van vier ggz-instellingen in het noorden van Nederland. Inclusiecriteria waren: verwijzing naar één van de disciplines in de vaktherapie en een leeftijd van boven de 18 jaar. 392 patiënten werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie. Ongeveer een derde (n=125) deed niet mee: 41 patiënten weigerden deelname, 47 patiënten waren niet in staat om de zelfrapportagelijsten in te vullen als gevolg van hun problematiek en 37 deden niet mee om logistieke redenen. Dit resulteerde in een deelname van 267 patiënten. Alle deelnemers aan de studie tekenden een *informed consent*. De Medisch Ethische Commissie (METC) van het Universitair Medisch Centrum Groningen verleende goedkeuring aan de studie.

Van de 267 patiënten waren 176 vrouw (66%) en 91 man (34%), met een gemiddelde leeftijd van 35.2 (SD=12.0, range=18-69). 34% was in klinische behandeling, 66% werd poliklinisch of in deeltijd behandeld. Bij de eerste meting was 34% van de deelnemers langer dan zes jaar in contact met de ggz, 16% tussen de twee en zes jaar en

Tabel 1: Diagnostische gegevens van de groep patiënten (n=267).

As-I-Diagnoses volgens DSM-IV	n	(%)	% vrouwen	M leeftijd
Stemmingsstoornissen	83	(31.1)	62.7	38
Angststoornissen	41	(15.4)	56.1	34
Aanpassingsstoornis	26	(9.7)	65.4	38
Posttraumatische stressstoornis	20	(7.5)	90.0	35
Eetstoornissen	17	(6.4)	94.1	24
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	8	(3.0)	25.0	32
Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit	8	(3.0)	62.5	33
Overig ^a	39	(14.5)	59.0	36
As-I-diagnose niet aanwezig	25	(9.4)	80.0	35

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition.

a Onder andere aan middelen gebonden stoornissen, somatoforme stoornissen, dissociatieve stoornissen.

50% had minder dan een jaar contact met de ggz. In Tabel 1 zijn de klinische karakteristieken van de onderzoeksgroep te zien. Stemningsstoornissen, angststoornissen, aanpassingsstoornissen, posttraumatische stressstoornis en eetstoornissen vormden 70% van de As-I-stoornissen volgens de DSM-IV. De grootste groep werd gevormd door patiënten met een stemningsstoornis (31%).

Meetinstrumenten

Lichaamsattitude

De Dresden Body Image Questionnaire (DBIQ, Pöhlmann et al., 2014; Nederlandse versie Scheffers et al., 2017b) bestaat uit 35 stellingen, waarop in vijf categorieën geantwoord kan worden: 'niet van toepassing' (1) tot en met 'volledig van toepassing' (5). Naast een totaalscore worden

vijf subschalen onderscheiden:

- acceptatie ('Ik zou graag een ander lichaam hebben'),
- vitaliteit ('Ik heb veel energie'),
- lichamenlijk contact ('Ik hou er niet van wanneer iemand mij aanraakt'),
- seksualiteit ('mijn seksuele ervaringen zijn bevredigend voor mij') en
- zelfwaardering ('Wanneer iemand aandacht aan mijn lichaam schenkt, voel ik me gewaardeerd').

Een niet-klinische groep (Scheffers et al., 2017b) werd als vergelijkingsgroep gebruikt. Deze vergelijkingsgroep bestond uit 761 participanten (433 vrouwen, 326 mannen, 2 respondenten met onbekende sekse), met een gemiddelde leeftijd van 30.9 (SD=13.6).

Tabel 2: Gemiddelde (M) en standaarddeviatie (SD) van de scores op de Dresden Body Image Questionnaire (DBIQ) voor vrouwen en mannen in de patiëntengroep en de vergelijkingsgroep en testen voor het verschil (met effect grootte in Cohen's *d*) tussen deze groepen en binnen de patiëntengroep.

	Vrouwen					Mannen				
	Patiënten (n=176)	Verg. groep (n=433)	Verschillen tussen de groepen			Patiënten (n=91)	Verg. groep (n=326)	Verschillen tussen de groepen		
(sub)Schaal	M (SD)	M (SD)	t	df	d	M (SD)	M (SD)	t	df	d
DBIQ totaalscore	2.75 (0.60)	3.56 (0.44)	18.35**	600	1.54	3.07 (0.61)	3.79 (0.43)	12.84**	413	1.36
Vitaliteit	2.92 (0.72)	3.75 (0.58)	15.10**	607	1.28	3.05 (0.80)	4.01 (0.55)	13.34**	415	1.41
Acceptatie	2.70 (0.91)	3.58 (0.66)	13.38**	607	1.24	3.22 (0.78)	3.87 (0.57)	8.92**	415	1.12
Seksualiteit	2.64 (1.03)	3.58 (0.78)	12.99**	599	1.03	3.06 (1.08)	3.98 (0.69)	10.45**	413	1.02
Lichamenlijk contact	3.06 (0.88)	3.76 (0.61)	11.23**	607	0.92	3.25 (0.75)	3.84 (0.58)	8.19**	415	0.88
Waardering	2.47 (0.71)	3.11 (0.52)	12.20**	606	1.03	2.73 (0.62)	3.23 (0.55)	7.46**	414	0.66

Noot: verg. groep = vergelijkingsgroep

* $p < .01$, ** $p < .001$

Mentale gezondheid

De Outcome Questionnaire (OQ-45, De Jong et al., 2007; Lambert et al., 1996) werd gebruikt als maat voor mentale gezondheid. De OQ-45 is een vragenlijst met 45 items die drie domeinen meet: psychisch welbevinden ('Ik ben nergens in geïnteresseerd'), interpersoonlijk functioneren ('Ik ben tevreden met mijn relaties met anderen') en sociale rolvervulling ('Ik vind bevrediging in mijn werkschool'). Het instrument is diagnose-aspecifiek. De OQ-45 heeft vijf antwoordcategorieën die gaan van 'nooit' (0) tot 'bijna altijd' (4).

Kwaliteit van leven

De Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) is een korte vragenlijst om de kwaliteit van leven van mensen met psychiatrische problematiek in beeld te brengen (Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999). In twaalf vragen brengt dit instrument de huidige mate van tevredenheid op een aantal levensgebieden in kaart. Antwoorden kan in zeven antwoordcategorieën, van 'kan niet slechter' (1) tot en met 'kan niet beter' (7).

Data-analyse

Verschillen in de scores op lichaamsattitude tussen de groep patiënten en de vergelijkingsgroep, alsmede de genderverschillen in de scores werden geanalyseerd met een onafhankelijke t-toets. Voor het berekenen van de effect size werd Cohen's *d* gebruikt (Cohen, 1992). Verschillen in lichaamsattitude tussen de verschillende diagnosegroepen werden geëvalueerd met *analysis of variance*, waarbij Hochberg's GT2 test voor de post hoc analyses werd gebruikt. Voor de univariate associaties tussen de scores op lichaamsattitude en die op mentale gezondheid en kwaliteit van leven werden Pearson correlaties gebruikt. De statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS 20.

Resultaten

Lichaamsattitude bij patiënten met psychische problematiek

In Tabel 2 zijn de scores voor mannen en vrouwen op de DBIQ-35 te zien, alsmede de scores van de vergelijkingsgroep. De effect sizes voor de verschillen tussen de patiëntengroep en de vergelijkingsgroep en de effect sizes voor de sekseverschillen in scores binnen de patiëntengroep zijn ook vermeld. Patiënten, zowel mannen als vrouwen, scoorden significant lager dan de mensen in de vergelijkingsgroep op de totaalscore van de DBIQ en op alle subschalen,

De genderverschillen in vitaliteit waren opvallend klein

met grote effect sizes. Binnen de patiëntengroep scoorden vrouwen significant lager dan mannen op de totale DBIQ-35 en op de subschalen acceptatie, seksualiteit en waardering. Voor vitaliteit en lichamelijk contact waren de sekseverschillen niet significant.

Tabel 2: Gemiddelde (M) en standaarddeviatie (SD) van de scores op de Dresden Body Image Questionnaire (DBIQ) voor vrouwen en mannen in de patiëntengroep en de vergelijkingsgroep en testen voor het verschil (met effect grootte in Cohen's *d*) tussen deze groepen en binnen de patiëntengroep.

We exploreerden de verschillen op de DBIQ-35 tussen de grootste diagnostische groepen in onze onderzoeksgroep: stemmingsstoornissen, angststoornissen, posttraumatische stressstoornis (PTSS), eetstoornissen en aanpassingsstoornis. Deelnemers met een PTSS scoorden significant lager dan deelnemers met een aanpassingsstoornis op de totale DBIQ-35-score. Analyse per subschaal liet significante verschillen zien voor acceptatie van het eigen lichaam: patiënten met een eetstoornis scoorden significant lager op deze subschaal dan patiënten met een stemmingsstoornis, angststoornis of aanpassingsstoornis. Op de subschaal seksualiteit scoorden patiënten met een PTSS significant lager dan patiënten met stemmingsstoornissen, angststoornissen of een aanpassingsstoornis (zie Tabel 3).

Samenhang tussen lichaamsattitude, mentale gezondheid en kwaliteit van leven

De totale score op de OQ-45 voor de patiëntengroep was 81.0 (SD=23.0), met 50.8 (SD=15.0) voor psychisch welbevinden, 16.8 (SD=6.2) voor interpersoonlijk functioneren en 13.4 (SD=5.0) voor sociale rolvervulling. De score op de MANSA was 4.1 (SD=0.84).

Pearson's *r* tussen de OQ-45 en de DBIQ-35 was sterk voor de totale score en voor de subschalen vitaliteit en

Patiëntengroep		
Sekseverschillen binnen de patiëntengroep		
t	df	d
4.10*	256	.53
1.38	265	.17
4.60*	265	.40
3.07**	255	.61
1.72	265	.23
2.91**	263	.39

Tabel 3: Resultaten voor de scores op de Dresden Body Image Questionnaire (DBIQ) per diagnosegroep.

As-I-diagnoses	Stemming (n=83)	Angst (n=41)	PTSS (n=20)	Eetstoornissen (n=17)	Aanpassingsstoornis (n=26)	F	p
(sub)Schaal	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
DBIQ totaalscore	2.73 (0.62)	2.82 (0.57)	2.50 ^a (0.52)	2.60 (0.66)	3.11 ^a (0.59)	3.379	0.011
Vitaliteit	2.79 (0.77)	2.78 (0.61)	2.78 (0.60)	3.09 (0.90)	3.05 (0.60)	1.264	0.286
Acceptatie	2.83 ^c (0.89)	2.76 ^d (0.88)	2.51 ^e (0.90)	2.04 ^{c,d,f} (0.78)	5.786	5.786	< 0.001
Seksualiteit	2.66 ^g (1.03)	2.88 ^h (1.00)	1.92 ^{a,h,i} (1.02)	2.45 (1.09)	3.28 ⁱ (1.02)	5.303	< 0.001
Lichamelijk contact	3.03 (0.87)	3.16 (0.76)	2.75 (0.59)	3.07 (1.02)	3.18 (0.82)	1.002	0.408
Waardering	2.34 ^b (0.67)	2.48 (0.67)	2.33 (0.59)	2.44 (0.63)	2.84 ^b (0.73)	2.923	0.023

Noot: Gemiddelden in een rij met gelijke letters verschillen significant op $p < 0.05$ volgens Hochberg's GT2 test.

Tabel 4: Pearson correlaties van OQ-45 en MANSA met DBIQ-35.

	OQ-45	MANSA
DBIQ-35 totaalscore	-0.60	0.51
Subschaal Vitaliteit	-0.57	0.39
Subschaal Acceptatie	-0.53	0.44
Subschaal Seksualiteit	-0.45	0.45
Subschaal Waardering	-0.36	0.28
Subschaal Lichamelijk contact	-0.27	0.29

Noot: DBIQ-35=Dresden Body Image Questionnaire; MANSA=Manchester Short Assessment of Quality of Life; OQ-45=Outcome Questionnaire. Alle correlaties significant op 0.01.

acceptatie en medium voor de subschalen seksualiteit en waardering.

Correlaties tussen de MANSA en de DBIQ-35 waren sterk voor de totale score en medium voor acceptatie, vitaliteit en seksualiteit (zie Tabel 4).

Voor de Nederlandse versie van de OQ-45 is het *cut-off*-punt voor klinisch disfunctioneren gesteld op 55 (De Jong et al., 2007). Dit houdt in dat iemand die 55 of hoger scoort in de klinische range valt [35]. Participanten in deze klinische range ($n=158$, $M=2.82$, $SD=0.60$), scoorden significant lager op de DBIQ-35 dan de participanten ($n=45$, $M=3.42$, $SD=0.51$) in de gezonde range ($t(201)=6.159$, $p < 0.001$).

Conclusie en discussie

Deze studie meet lichaamsattitude, doet verslag van diagnosespecifieke profielen op het gebied van lichaamsattitude en evalueert de associaties tussen zelfgerapporteerde mentale gezondheid, kwaliteit van leven en lichaamsattitude in een brede groep patiënten met psychische problematiek. De groep patiënten blijkt significant lager te scoren op lichaamsattitude dan een vergelijkingsgroep.

Bij de patiënten met een PTSS zijn de verschillen het grootst. Binnen de patiëntengroep zagen we grote verschillen tussen mannen en vrouwen op de subschalen acceptatie en seksualiteit, waarbij de mannen positiever scoorden. De genderverschillen in vitaliteit waren opvallend klein. De samenhang tussen lichaamsattitude en zelfgerapporteerde mentale gezondheid als ook de samenhang tussen lichaamsattitude en kwaliteit van leven, varieerde van medium tot sterk.

Uit de grote verschillen in de scores in lichaamsattitude tussen de patiënten en de respondenten uit de vergelijkingsgroep, die bij alle vormen van psychische problematiek naar voren kwamen, kan geconcludeerd worden dat lichaamsattitude een factor is die bij alle vormen van psychopathologie is aangedaan. Ook in onderzoek met de DBIQ-35 dat volgde op de in dit artikel gerapporteerde studie, waarbij onder andere een grote groep mensen met een somatische symptoomstoornis en een groep met stemmingsstoornissen werden gemeten, kwamen wederom significante verschillen tussen de patiënten en de vergelijkingsgroep naar voren (Scheffers et al., 2018; Scheffers et al., 2019). Het is daarbij momenteel nog onduidelijk of de verstoorde lichaamsattitude een onderdeel is van de psychische problematiek, dus er mee samengaat, of mogelijk er aan voorafgaat of er op volgt.

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 ander. De ontwikkeling tot subjectief individu is gebaseerd op de lichamelijke ervaringen in het contact met ouders en/of verzorgers (Shai & Fonagy, 2014). 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 (Carr, Martins, Stingel, Lemgruber & Juruena, 2013; Kessler et al., 2010). Het is dan ook belangrijk om te kijken naar de rol van een verstoorde of beschadigde lichaamsattitude 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 (Van Heycop ten Ham, Hulsbergen & Bohlmeijer, 2014). Lichaams- en bewegingsgerichte interventies die tot doel hebben de lichaamsattitude positief te beïnvloeden 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 (Krueger & Eaton, 2015), is lichaamsattitude nog niet beschreven als transdiagnostische categorie, behalve misschien onlangs door Pezzoli, Antfolk en Santtila (2017). Op grond van factoranalytische evaluaties van een groot Fins bevolkingsonderzoek (> 10.000 personen), hebben deze auteurs voorgesteld de vaak gebruikte internaliserende-externaliserende metastructuur van psychopathologie uit te breiden met een derde, lichaamsgerelateerde factor. 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 de factor lichaamsattitude. 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.

Onze resultaten laten dus zien dat de transdiagnostische factor lichaamsattitude bij verschillende soorten van psychische problematiek verschilt in ernst en in de specifieke verstoring per subschaal. De voorlopige conclusie ten aanzien van de ernst van de verstoring is dat mensen met PTSS het meest getroffen zijn. Kijkend naar de subschalen zijn acceptatie en seksualiteit de subschalen die het meest differentiëren tussen de stoornissen. Opmerkelijk was dat op de subschaal vitaliteit geen significante verschillen werden gemeten tussen de stoornissen. Het is dus beslist niet zo dat een gebrek aan vitaliteit alleen bij mensen met een stemmingsstoornis speelt. Het moge duidelijk zijn dat het hier om beleefde, subjectieve vitaliteit gaat. Hoewel de relatie tussen subjectief beleefde vitaliteit en objectieve fitheid onduidelijk is, is het zeker plausibel dat een laag gevoel van vitaliteit niet bijdraagt aan het fysiek actief worden, zijn en blijven.

De gevonden samenhangen tussen lichaamsattitude en zelfgerapporteerde mentale gezondheid en kwaliteit van leven zijn een eerste aanwijzing dat lichaamsattitude verband houdt met relevante factoren op het gebied van mentale gezondheid.

Enige voorzichtigheid bij het interpreteren van de resultaten is geboden. We hebben gebruikgemaakt van de heterogeniteit van ons sample, maar deze vormt natuurlijk ook een beperking. Niet alleen waren er mensen met verschillende soorten psychische problematiek, maar het betrof ook nog eens mensen die in poliklinische, deeltijd- en klinische behandeling waren. Ook was er een grote range in de behandelduur. De helft van de patiënten was al meer dan twee jaar in behandeling.

Ondanks deze beperkingen menen we te mogen concluderen dat lichaamsattitude een transdiagnostische factor

Een verstoorde lichaamsattitude kan worden beschouwd als een transdiagnostische factor

is. 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 en daarnaast 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) (Van der Feltz-Cornelis et al., 2014; De Haan, Rekkers, Scheffers & Moeijes, 2019).

Literatuur

- Abbott, B.D. & Barber, B.L. (2010). Embodied image: gender differences in functional and aesthetic body image among Australian adolescents. *Body Image*, 7, 22-31.
- Aerts, L.C., Busschbach, J.T. van & Wiersma, D. (2011). *Vaktherapie in Noord Nederland. Een beschrijving van de beroepspraktijk, behandel-effecten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie in de noordelijke geestelijke gezondheidszorg*. Groningen: Rob Giel Onderzoekcentrum.
- Ålgars, M., Santtila, P., Varjonen, M., Witting, K., Johansson, A., Jern, P. & Sandnabba, N.K. (2009). The adult body: how age, gender, and body mass index are related to body image. *Journal of aging and health*, 21(8), 1112-1132.
- Carr, C.P., Martins, C.M.S., Stingel, A.M., Lemgruber, V.B. & Juruena, M.F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1007-1020.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 1155-1159.
- Davison, T.E. & McCabe, M.P. (2005). Relationships between men's

and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning. *Sex Roles*, 52, 463-475.

- Feltz-Cornelis, C.M. van der, Andrea, H., Kessels, E., Duivenvoorden, H.J., Biemans, H. & Metz, M. (2014). Shared decision making in combinatie met ROM bij patiënten met gecombineerde lichamelijke en psychische klachten; een klinisch-empirische verkenning. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 375-384.
- Fuchs, T. & Schlimme, J.E. (2009). Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 570-575.
- Haan, A. de., Rekkers, M., Scheffers, M. & Moeijes, J. (2019) Shared Decision Making en Patient Reported Outcome Measures in de psychomotorische therapie. Een noodzakelijke en veelbelovende werkwijze. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 15(4), pp 46-53.
- Haan, S. de (2011). Fenomenologie van de lichaamservaring. In D. Denys, G. Meijnen (Eds), *Handboek Psychiatrie en Filosofie* (pp. 213-229). Utrecht: De Tijdstroom.
- Heycop ten Ham, B. van, Hulsbergen, M., Bohlmeijer, E. (2014). *Trans-diagnostische factoren: theorie & praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Jong, K. de, Nugter, M.A., Polak, M.G., Wagenborg, J.E., Spinhoven, P. & Heiser, W.J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ 45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 288-301.
- Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., . . . Benjet, C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 378-385.
- Krueger, R.F. & Eaton, N.R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*, 14, 27-29.
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C. & Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Lipowski, Z.J. (1977). The importance of body experience for psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 18, 473-479.
- Pezzoli, P., Antfolk, J. & Santtila, P. (2017). Phenotypic factor analysis of psychopathology reveals a new body-related transdiagnostic factor. *PLoS One*, 12(5), e0177674.
- Pöhlmann, K., Roth, M., Brähler, E. & Joraschky, P. (2014). Der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35): Validierung auf der basis einer klinischen Stichprobe. *Psychotherapie Psychosomatische Medizinische Psychologie*, 64, 93-100.
- Pöhlmann, K., Thiel, P. & Joraschky, P. (2008). Entwicklung und Validierung des Dresdner Körperbildfragebogens. In P. Joraschky, H. Lausberg & K. Pöhlmann (Hrsg.), *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei PatientInnen mit Essstörungen* (pp. 57-72). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International journal of social psychiatry*, 45, 7-12.
- Scheffers, M., Busschbach, J.T. van, Bosscher, R.J., Aerts, L.C., Wiersma, D. & Schoevers, R.A. (2017a). Body image in patients with mental disorders: Characteristics, associations with diagnosis and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 53-60.
- Scheffers, M., Duijn, M.A.J. van, Bosscher, R.J., Wiersma, D., Schoevers, R.A., Busschbach, J.T. van (2017b). Psychometric properties of the Dresden Body Image Questionnaire: A multiple-group confirmatory factor analysis across sex and age in a Dutch non-clinical sample. *PLoS One*, 12, e0181908.
- Scheffers, M., Kalisvaart, H., Busschbach, J.T. van, Bosscher, R.J., Duijn, M.A.J. van, Broeckhuysen-Kloth, S.A.M. van, . . . Geenen, R. (2018). Body image in patients with somatoform disorder. *BMC psychiatry*, 18(1), 346.
- Scheffers, M., Duijn, M.A.J. van, Beldman, M., Bosscher, R.J., Busschbach, J.T. van & Schoevers, R.A. (2019). Body attitude, body satisfaction and body awareness in a clinical group of depressed patients: an observational study on the associations with depression severity and the influence of treatment. *Journal of affective disorders*, 242, 22-28.
- Shai, D. & Fonagy, P. (2014). Beyond words: Parental embodied mentalizing and the parent-infant dance. *Mechanisms of social connection: From brain to group*, 185-203.

Over de auteur

Dr. Mia Scheffers is als associate lector verbonden aan het lectoraat Bewegen, gezondheid en welzijn van Hogeschool Windesheim Zwolle.

E: wj.scheffers@windesheim.nl

Drs. Liza Aerts was projectleider van het onderzoek Vaktherapie in Noord Nederland. Momenteel is zij beleidsmedewerker bij de concernstaf van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

E: l.c.aerts@umcg.nl

Samenvatting

Hoewel er de laatste jaren meer aandacht is voor lichaamsattitude bij mensen met psychische problematiek, is hiernaar nog weinig empirisch onderzoek gedaan.

Het doel van de huidige studie was het meten van lichaamsattitude bij een brede groep mensen met psychische problematiek en de scores te vergelijken met die van een groep mensen uit de algemene bevolking. Verder werd de relatie met zelfgerapporteerde psychische gezondheid en kwaliteit van leven onderzocht.

176 vrouwen en 91 mannen in behandeling binnen de ggz vulden de Dresden Body Image Questionnaire, de Outcome Questionnaire en de Manchester Short Assessment of Quality of Life in. De resultaten laten zien dat mensen met psychische problematiek significant lager scoren op lichaamsattitude dan mensen uit de vergelijkingsgroep. De scores van de patiënten varieerden per diagnostische groep, waarbij de groep patiënten met PTSS het laagst scoorde. Sekseverschillen waren groot voor de subschalen acceptatie en seksualiteit en klein voor vitaliteit. De associaties van lichaamsattitude met zelfgerapporteerde mentale gezondheid en kwaliteit van leven waren medium tot sterk. Geconcludeerd kan worden dat een negatieve lichaamsattitude een algemeen probleem is bij patiënten met diverse stoornissen. Lichaamsattitude kan daarom beschouwd worden als een transdiagnostische factor.