Maastricht University

Kijk jezelf lelijk

Citation for published version (APA):

Jansen, A. T. M., & Roefs, A. J. (2010). Kijk jezelf lelijk. In A. T. M. Jansen, M. A. V. D. Hout, & H. L. J. G. Merckelbach (Eds.), *Gek : experimentele psychopathologie : over angst, verslaving, depressie en andere ellende* (pp. 208-228). Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-313-7640-7_13

Document status and date:
Published: 01/01/2010

DOI:
10.1007/978-90-313-7640-7_13

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

Document license:
Taverne

Please check the document version of this publication:

• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 27 Apr. 2024

Kijk jezelf lelijk

13

Eetstoornissen

Anita Jansen en Anne Roefs

Ilona, 19 jaar, 35 kilo: 'Dit kan niet meer zo. Alles blubbert, mijn buik, mijn benen, mijn wangen, alles. Zag Bob gisteren en die zei dat ik er goed uitzag. Hij bedoelde natuurlijk dat ik zo vreselijk dik geworden ben.' Ilona huilt, slikt 3 x 3 laxeerpillen, en zet het op een eten. Ze propt achtereenvolgens 4 boterhammen met dik boter en hagelslag haar mond in, een flink stuk kaas en een halve zak chips. Daarna een Bonbonbloc en de andere helft van de chips. Tussendoor een heleboel cola light om makkelijker te kunnen braken. Nadat ze gebraakt heeft, neemt ze nog 3 laxeerpillen en stort huilend in bed. De volgende dag eet Ilona helemaal niets, ze drinkt alleen wat sinaasappelsap. De dag daarna eet ze een appel, wat magere yoghurt en een beetje sla. Ilona denkt de hele dag aan eten en calorieën: hoeveel mag ik er vandaag, hoeveel heb ik er al gegeten, hoeveel kan ik er nog eten? Elke dag rent ze alle trappen van de flat precies 30 keer op en neer, om calorieën te verbranden. Behalve op haar eetbuidagen, want dan voelt ze zich een 'vies, vet, lui varken' – het zijn haar eigen woorden – en kan ze geen pap meer zeggen. Na een eetbui, ook al is het maar een kleintje, braakt Ilona en ook slikt ze dan laxeertabletten, soms wel 15 per dag. 'Alles moet er zo snel mogelijk uit, anders word ik moddervet', denkt ze. 'Ik lijk nu al een zwangere olifant, laat staan als al dat vet en suiker blijft plakken.' Met haar vrienden en familie spreekt Ilona nauwelijks nog af want die willen altijd maar eten.

Hoe zie ik eruit? Hoeveel weeg ik? Wat en hoeveel zal ik eten? Dit soort vragen spookt voortdurend door het hoofd van iemand met een eetstoornis. Het zijn meestal meisjes en jonge vrouwen die last van eet-

stoornissen hebben. Onafgebroken piekeren ze over hun gewicht, over hun uiterlijk, en hoe ze het vandaag voor elkaar gaan krijgen om vrijwel niets te eten. Ze zijn intens ontevreden over hun eigen lijf en willen controle over dat lichaam. Iemand met een eetstoornis voelt zich altijd dik, walgt van haar lijf, en streeft steeds naar een lager lichaamsgewicht. Met wisselend succes.
De meeste patiënten met eetstoornissen hebben regelmatig last van eetbuien. Tijdens zo'n eetbui wordt er veel gegeten, aanzienlijk meer dan normaal. De patiënt heeft het gevoel dat ze niet anders kan: ze moet eten, kan het eten niet stoppen of voorkomen, en voelt zich reddeloos verloren. Ze heeft, kortom, geen controle over haar eetgedrag tijdens een eetbui. Meestal wordt er tijdens zo'n eetbui voedsel gegeten dat tijdens een dieet verboden is: hoogcalorisch, lekker, en zoet of vet. Die eetbui staat dus in schril contrast met de extreme eetcontrole die er tussen de eetbuien door uitgeoefend wordt. En dat is interessant. Want hoe kan het dat mensen die streven naar een lager lichaamsgewicht en die daarom doorgaans zo weinig mogelijk eten, zich soms helemaal te buiten gaan aan hoogcalorisch – en in hun ogen dus 'verboden' – voedsel, zonder dat ze dit willen?

Een logische verklaring

Het antwoord op de hierboven gestelde vraag ligt misschien wel voor de hand: als je enige tijd te weinig eet omdat je zo nodig moet afvallen, dan is het logisch dat je op een gegeven moment een onstuitbare honger krijgt en alles opeet wat los en vast zit. Logisch, omdat het lichaam een gezond gewicht wil handhaven en dus aanspoort om te eten als iemand zichzelf dreigt uit te hongeren. Er zou een soort ingebouwd mechanisme bestaan om te voorkomen dat mensen zichzelf doodhongeren.
Deze verklaring, dat eetbuien een gevolg zijn van het 'lijnen' en de honger, maakt deel uit van het meest gangbare verklaringsmodel van eetstoornissen: het cognitieve gedragsmodel (Fairburn, 2008; zie figuur 13.1). Eetbuien vloeien volgens dit model onomstotelijk voort uit het lijnen. Het zou de fysiologische deprivatie (ondervoeding, honger) zijn die tot eten aanzet. Maar ook cognities spelen volgens het model een rol: wie strenge eisen aan zichzelf stelt, loopt groot risico om te falen. Neem je jezelf voor om nooit meer te snoepen, dan is het eten van één snoepje genoeg om te falen. Je hebt je dan immers niet aan je dieet gehouden. Wie iets minder streng is, en zichzelf bijvoorbeeld voorneemt om minder te snoepen, kan met een gerust hart een snoepje eten zonder dat het dieet daarmee 'helemaal mislukt' is. Het zwart-wit

redeneren, wat we vaak bij patiënten met eetstoornissen zien, lokt meestal een zwart-witreactie uit: wordt er iets gegeten dat eigenlijk verboden is, dan is het hele dieet mislukt. De hele dag is verpest en de eetbui is een feit.
Op dit model is de meest gangbare behandeling voor eetstoornissen gebaseerd: de cognitieve gedragstherapie (Fairburn, 2008). Omdat lijnen volgens dit model leidt tot eetbuien, is stoppen met lijnen een belangrijk doel van de cognitieve gedragstherapie. Maar leidt lijnen wel tot eetbuien? Die vraag is van groot maatschappelijk belang, omdat het aantal mensen met overgewicht en obesitas zo schrikbarend toeneemt. Immers, als lijnen leidt tot het krijgen van eetbuien, dan lijkt het niet verstandig om alle dikke dames en heren op dieet te zetten. Maar als lijnen niet de oorzaak is van eetbuien, dan zou het advies wel kunnen luiden dat iedereen die te dik is aanzienlijk minder moet eten. De hamvraag is dus: leidt lijnen tot eetbuien? Laten we eerst eens kijken hoe dat idee ontstaan is. Daarvoor moeten we bijna een halve eeuw terug.

In het laboratorium

In de zeventiger jaren van de twintigste eeuw zijn echte eetstoornissen, zoals anorexia nervosa en boulimia nervosa, vrij onbekend en krijgen nog weinig aandacht. Gewichtsproblematiek daarentegen staat wel in de belangstelling. Tientallen klinische observaties wekken bij de Amerikaanse onderzoeker Stanley Schachter (1968, 1971) de indruk dat dikke mensen door andere signalen geprikkeld worden om te eten dan mensen met een normaal gewicht. Dikke mensen zouden niet, zoals mensen van normaal gewicht, eten als reactie op interne, fysiologische signalen. Zij zouden vooral geleid worden door externe prikkels, zoals de aanwezigheid van voedsel, de geur en smaak ervan, het tijdstip van de dag. Schachter vatte zijn ideeën samen in de zogeheten ‘externaliteitshypothese’: het eetgedrag van mensen met een normaal gewicht staat voornamelijk onder controle van interne fysiologische variabelen, zoals het samentrekken van de maag, terwijl dat van dikke mensen in sterkere mate beïnvloed wordt door externe stimuli, zoals de tijd, geur, smaak en visuele aantrekkelijkheid van het voedsel (Schachter, 1968, 1971; Schachter, Goldman, & Gordon, 1968; Schachter & Rodin, 1974). Om zijn hypothese te toetsen voert Schachter een serie exemplarische experimenten uit. Steeds nodigt hij mensen met en zonder overgewicht uit om mee te doen aan een ‘smaaktest’ in zijn laboratorium. Schachter manipuleert zo’n interne of externe variabele en verwacht dat beide groepen daar verschillend op reageren.

De externaliteitshypothese voorspelt bijvoorbeeld dat dikke mensen gaan eten zodra het volgens de klok etenstijd is, terwijl mensen van normaal gewicht pas eten als ze honger krijgen. Het experiment was een juweeltje: de proefpersoon bevond zich in een ruimte met een duidelijk zichtbare klok. De tijd op die klok verstreek sneller dan de werkelijke tijd. Als er in het echt een uur verstreek, gaf de klok in het laboratorium bijvoorbeeld al anderhalf uur later aan. De proefpersonen kregen taakjes te doen en mochten daarbij eten zoveel als ze wilden van de stapel boterhammen die naast hen stond. En inderdaad: proefpersonen met een normaal gewicht aten wanneer ze trek kregen en trokken zich daarbij weinig aan van het tijdstip volgens de klok. Proefpersonen met overgewicht daarentegen, aten zodra de klok suggereerde dat het etenstijd was. Dikke mensen letten, met andere woorden, niet op interne hongersignalen, maar eten op geleide van externe signalen.
Ook interne variabelen werden door Schachter gemanipuleerd, zoals het bloedsuikerniveau. Hij deed dit bijvoorbeeld door de helft van de proefpersonen van tevoren iets te eten te geven en de andere helft niet. In een ander experiment maakte hij de helft van de proefpersonen angstig en de andere helft niet. In een derde experiment spoot hij de helft van de proefpersonen adrenaline in en de andere helft niet. Al deze manipulaties (eten, angst, adrenaline) leiden tot een verhoogde bloedsuikerspiegel, en gewoonlijk leidt een hoge bloedsuikerspiegel tot een daling van de honger. Geheel in overeenstemming met zijn externaliteitshypothese vond Schachter dat deze indirecte bloedsuikermanipulaties géén invloed hadden op het eetgedrag van dikke mensen, terwijl zij de voedselinname van mensen met een normaal gewicht aanzienlijk reduceerden. Schachter vond kortom in tal van experimenten steun voor zijn externaliteitshypothese: dikke mensen eten op geleide van externe signalen, en mensen met een normaal gewicht eten juist als reactie op interne fysiologische prikkels.
Menig onderzoeker ná Schachter getroostte zich moeite om de bevindingen te repliceren. Maar de theorie doorstond deze kritische tests en replicatiestudies meestal niet. Soms werd er wel, en soms werd er geen externe gerichtheid van dikke mensen gevonden. De conclusie dat de intern-externdichotomie een wat al te simpele voorstelling van zaken betreft, lijkt dus gerechtvaardigd. Maar hoe zit het dan?

Lijnen

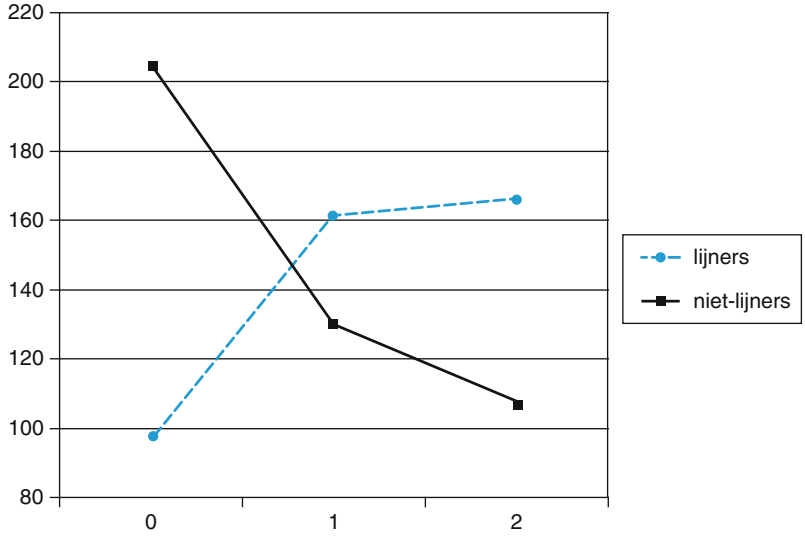
De aandacht van onderzoekers verschoof langzaam van overgewicht naar de rol van lijnen. Eetgedrag en externe gerichtheid (externaliteit) zouden niet zozeer gekoppeld zijn aan lichaamsgewicht, maar aan

honger als gevolg van te weinig eten (deprivatie): wie te weinig eet en dus meer honger heeft, reageert sterker op externe cues, was het nieuwe idee. Halverwege de jaren zeventig ontwikkelden Herman en Mack (1975) de *restraint*-vragenlijst. In deze lijst wordt bijvoorbeeld gevraagd of mensen vaak op dieet zijn en hun best doen om minder te eten dan ze eigenlijk zouden willen. Zo kunnen mensen onderscheiden worden in geremde (*restrained*) en ongeremde (*unrestrained*) eters. Geremde eters letten sterk op wat en hoeveel ze eten. Per definitie 'lijnen' ze. Ongeremde eters eten wat ze willen en wanneer zij daar zin in hebben. In dit hoofdstuk gebruiken we de termen 'restraint', 'lijnen', en 'geremd eten' alsof het synoniemen zijn. Dat is een versimpeling van de werkelijkheid – er is veel te doen over wat lijnen en restrained of geremd eten nu precies is. Maar over definities gaan we het hier niet hebben. We volstaan met de opmerking dat alle drie de termen verwijzen naar pogingen om minder te eten, meestal met het doel om gewicht te verliezen, soms succesvol en soms niet.
Al snel bleek dat wel of niet lijnen van grotere invloed was op eetgedrag dan het wel of niet dik zijn. Herman en Mack (1975) bestudeerden in een gefingeerd smaakexperiment de invloed van het vooraf nuttigen van een kleine of grote milkshake (*preload*) op de ijsconsumptie van zowel lijners als niet-lijners. De experimenten waren van een elegante eenvoud. Vaak deden twee groepen proefpersonen mee aan zo'n experiment: hoge en lage scoorders op de lijnlijst; lijners en niet-lijners dus. Een belangrijke variabele, bijvoorbeeld de preload, werd gemanipuleerd: een deel van de lijners en niet-lijners kreeg wel een preload te eten en een ander deel van de lijners en niet-lijners niet. Zo kon het effect van het eten van een preload op de daaropvolgende consumptie van verschillende typen proefpersonen nagegaan worden. En dat bleek verrassend.

Lijners happen toe

Figuur 13.1 laat zien wat er gebeurt. Niet-lijners gedragen zich zoals verwacht: zij eten minder ijs naarmate zij vooraf meer milkshakes drinken. Niet-lijnende mensen *reguleren* hun eetgedrag dus keurig: wie al wat gegeten heeft, is daarna wat minder hongerig en eet dus ook minder. Maar lijners doen dat anders. Lijners die van tevoren niets eten, eten daarna weinig. Dat is niet zo gek, ze doen immers aan de lijn. Maar de lijners die eerst een milkshake nuttigen, eten daarna relatief veel ijs. Dit eetgedrag van lijners wordt aangeduid met de term '*counter*-regulatie': (gedeeltelijke) verzadiging resulteert niet in nor-

male compensatie maar heeft juist een tegengesteld effect. Nadat er al gegeten is, wordt er nog meer geconsumeerd, terwijl er na minimale of geen consumptie weinig tot niets gegeten wordt. Het gedrag van lijners lijkt sterk op dat wat patiënten met eetbuien doen: gewoonlijk wordt er gelijnd en zo weinig mogelijk gegeten, maar wordt het dieet doorbroken, dan is de kans op een eetbui groot. Dit experimentele model van eetbuien lijkt kortom valide: het beschrijft het klinische verschijnsel goed.



Figuur 13.1 *IJsconsumptie van lijners en niet-lijners na het drinken van 0,1 of 2 milkshakes (Herman & Mack, 1975)*

Vreemde conclusie

Vele experimenten volgden, en steeds weer zetten lijners het op een eten zodra hun dieet doorbroken werd door bijvoorbeeld een preload. De experimentele studies tonen aan dat vooral lijners zich overeten na een preload. Dus, zo concluderen de onderzoekers: lijnen veroorzaakt eetbuien (zie bijvoorbeeld Herman & Mack, 1975; Herman & Polivy, 1984). Er ontstonden ook allerlei ideeën over *waarom* het lijnen tot eetbuien zou leiden, maar die laten we even voor wat ze zijn. Waar het hier om gaat, is die conclusie. Kunnen we uit een experiment zoals hierboven beschreven werd, wel concluderen dat lijnen de oorzaak van overeten is? Nee. Dat kan niet. We kunnen alleen concluderen dat lijners zich overeten nadat ze een preload aten terwijl niet-lijners dat niet doen. Het eten van een preload is gemanipuleerd, maar het

lijnen niet. En zo gek is het niet dat ontremmende of 'disinhiberende' factoren het eetgedrag van geremde eters wel en dat van ongeremde eters niet beïnvloeden: geremd eten is per definitie '*inhibited*' eten. Het is dan in zekere zin tautologisch om te beweren dat 'disinhibitors' (ontremmers) het 'inhibited' (geremde) eten doorbreken, terwijl ze geen effect sorteren bij ongeremde eters. Maar of dit door het lijnen komt, dus of het overeten een gevolg van het lijnen is, is de vraag. Nog steeds overigens. Het zou zo kunnen zijn dat lijners en niet-lijners in nog andere opzichten van elkaar verschillen, en dat zo'n ander verschil verantwoordelijk is voor het overeten na een preload. Het zou ook zo kunnen zijn dat overeters zijn gaan lijnen als gevolg van het overeten. Dus dat het overeten de oorzaak is van het lijnen. Zolang het lijnen niet de variabele is die gemanipuleerd wordt, kunnen we er dus niet zeker van zijn dat het lijnen de oorzaak is van het overeten. Wat nodig is, is een experiment waarin de helft van de gezonde proefpersonen gaat lijnen en de andere helft niet. Als alleen de experimentele lijners zich gaan overeten na het volgen van een dieet, dan kan met enige mate van zekerheid gezegd worden dat lijnen leidt tot overeten.
Natuurlijk is de zo wijdverbreide conclusie dat lijnen leidt tot overeten, niet alleen op experimenteel onderzoek gebaseerd. Ander bewijs dat aangevoerd wordt is dat mensen met eetbuien vrijwel zonder uitzondering ook aan de lijn doen. Maar hoe sterk is dit bewijs voor de theorie dat lijnen leidt tot overeten?
Dat mensen met eetbuien aan de lijn doen, zegt niet zoveel over de oorzaak van de eetbuien. Het zou zomaar kunnen dat ze eerder eetbuien hadden dan dat ze aan de lijn deden, waardoor de causaliteit omgedraaid wordt: in dat geval zouden de eetbuien juist tot lijngedrag leiden. Wat ook niet zo'n gekke gedachte is als de overeter liever minder weegt, want veel eten verhindert afvallen. Dat mensen met eetbuien aan de lijn doen, sluit ook niet uit dat het overeten en het lijnen samen een gemeenschappelijke oorzaak hebben, die we nog niet kennen, maar die enerzijds lijnen en anderzijds overeten tot gevolg heeft.

Het experiment

Om causaliteit aan te tonen is een experiment noodzakelijk. Door een variabele A te manipuleren (bijvoorbeeld wel of niet aanwezig te laten zijn) en het effect daarvan op variabele B te meten, kan nagegaan worden wat de invloed van A op B is. Bijvoorbeeld. Een onderzoeker test 2 groepen gezonde proefpersonen die voorafgaande aan het experiment in geen enkel opzicht van elkaar verschillen. Groep 1 gaat een tijdje aan de lijn doen, groep 2 niet. Voor en na het lijnen wordt in het lab

getest hoeveel de proefpersonen eten tijdens een zogenaamde smaaktest, of er wordt een andere creatieve manier bedacht om betrouwbaar en valide te meten hoeveel de proefpersonen 'spontaan' eten. De hypothese van de onderzoeker luidt: lijnen leidt tot overeten. Hij verwacht dus dat groep 1 tijdens de nameting veel meer zal eten dan tijdens de voormeting, terwijl dit voor groep 2 niet het geval zal zijn. Het heeft de voorkeur dat hij deze hypothese met gezonde proefpersonen toetst, omdat proefpersonen met eetstoornissen en/of gewichtsproblemen waarschijnlijk uit zichzelf al aan de lijn doen, of depressief zijn, of angstig, waardoor ze anders eten. Dat kunnen allemaal verstorende variabelen zijn. We willen alleen maar weten of lijnen leidt tot eetbuien. Als aangetoond kan worden dat gezonde proefpersonen die gaan lijnen plotsklaps last krijgen van eetbuien (overeten in het lab), dan pleit dit sterk voor de theorie. Maar mocht het zo zijn dat lijners helemaal niet meer gaan eten na een periode van lijnen, dan is dat een goede reden om te denken dat lijnen niet zonder meer tot overeten en/of eetbuien leidt. De hamvraag blijft dus: leidt lijnen tot overeten? Met deze vraag begonnen we dit hoofdstuk, en er kwam fraai onderzoek langs, maar niet het cruciale experiment dat een antwoord op deze vraag geeft.

'The evidence'

Opmerkelijk genoeg vonden we slechts één studie, uit het lab van de Amerikaanse onderzoeker Eric Stice (Presnell & Stice, 2003), waarin lijnen gemanipuleerd werd. Aan die studie deden 82 vrouwen mee. De helft van hen volgde gedurende 6 weken een dieet van 1200 kcal, de andere helft niet, die at gewoon door zoals ze altijd al deed. Voor en na het dieet werden de proefpersonen gewogen, en daaruit werd geconcludeerd dat de manipulatie gelukt was: de proefpersonen in de dieetconditie waren afgevallen (het verschil in lichaamsgewicht tussen voor- en nameting was significant) en de proefpersonen in de controleconditie niet. Voor en na het dieet werd onderzocht of er sprake was van eetbuien en andere symptomen van eetstoornissen. De resultaten spreken boekdelen: de dieetgroep vertoonde niet meer maar juist minder symptomen van gestoord eetgedrag en overeten na het lijnen. Het is mogelijk dat het lijnen van eetstoornispatiënten in werkelijkheid anders is dan het lijnen in dit experiment. In dit experiment vielen de deelnemers echt af van het dieet, terwijl veel eetstoornispatiënten met eetbuien niet of nauwelijks afvallen. Het zou kunnen dat ze lijnen om op gewicht te blijven, om te voorkomen dat ze in gewicht toenemen, en dat die manier van lijnen wel tot eetbuien leidt. In een tweede studie

onderzochten Stice en zijn collega's of een interventie gericht op 'behoud van gezond gewicht' leidt tot overeten (Stice, Presnell, Groesz, & Shaw, 2005). De proefpersonen werden geselecteerd op ontevredenheid met hun lichaam en dachten mee te doen aan een studie naar verbetering van hun lichaamsbeeld. Verteld werd dat ontevredenheid over het lichaam vaak voortkomt uit gebrekkige vaardigheden om een gezond gewicht te behouden. Die vaardigheden zouden ze in deze studie aanleren. De helft van de groep (188 meisjes tussen de 14 en 19 jaar) deed mee aan de interventie van 3 sessies verspreid over 3 weken, de andere helft niet. Er werd gefocust op het aanleren van een gezond eetpatroon (minder vet, meer gezond voedsel). De interventiegroep bleef keurig op gewicht, terwijl de controlegroep significant in gewicht toegenomen was direct na de interventie. De manipulatie gericht op 'behoud van gezond gewicht' was dus gelukt.
Uit eet- en beweegdagboekjes bleek ook dat de groep met 'behoud van gezond gewicht' gezonder at en meer bewoog dan de controlegroep, ook een jaar later nog. Maar waar het om ging, was toetsing van de hypothese dat mensen die een gezond gewicht proberen te behouden meer eetstoornissymptomen ontwikkelen dan mensen die niet op hun eten letten. Het antwoord kan kort zijn: dit bleek niet het geval. Integendeel, op alle eetstoornissymptomen, inclusief het overeten, scoorde de interventiegroep significant lager na dan voor de interventie, en voor de controlegroep gold dit niet.
Lijnen, of het volgen van een dieet om niet te dik te worden, leidt dus niet tot overeten. Wat nog zou kunnen is dat het type dieet van mensen met eetstoornissen anders is dan het type dieet dat in deze studies gemanipuleerd werd. Het dieet van patiënten met eetstoornissen is vaak chaotisch en ongezond. Er worden bijvoorbeeld vaak maaltijden overgeslagen, en dat wat wél gegeten wordt is lang niet altijd gezond (in de dieetexperimenten meestal wel). Het zou dus nog kunnen dat een typisch 'eetstoornisdieet' wel tot een toename in overeten of eetbuien leidt. Dit is een interessante en belangwekkende hypothese die nodig getoetst moet worden. Maar vooralsnog is er geen empirische reden om aan te nemen dat lijnen leidt tot overeten.

De balans

De eerste studies die een verband tussen lijnen en overeten aangaven, waren retrospectief of correlationeel van aard. Zulke studies geven geen uitsluitsel over causaliteit. Op basis van retrospectief of correlationeel onderzoek kan niet worden uitgesloten dat oorzaak en gevolg omgedraaid zijn: dus dat lijnen een *gevolg* is van de eetbuien.

Ook kan niet uitgesloten worden dat er een derde factor in het spel is: een mechanisme dat zowel het lijnen als de eetbuien verklaart. Er zijn bevindingen die suggereren dat eetbuien het gevolg van een algemene neiging tot overeten zijn (Jansen et al., 2003; Lowe, Foster, Kerzhnerman, Swain, & Wadden, 2001). Maastrichtse onderzoekers toonden bovendien in een serie experimenten aan dat de neiging om te overeten nauw samenhangt met verhoogde impulsiviteit, en dit waren robuuste bevindingen (zie bijvoorbeeld Jansen et al., 2009; Nederkoorn, Braet, Van Eijs, Tanghe, & Jansen, 2006; Nederkoorn, Smulders, Havermans, Roefs, & Jansen, 2006). Die impulsiviteit zou wel eens het mechanisme kunnen zijn dat zowel de eetbuien als de intentie tot lijnen verklaart.
Vooralsnog wijst het onderzoek naar lijngedrag uit dat verstandig of gezond lijnen helemaal niet slecht hoeft te zijn als je objectief te dik bent, en dat lijnen meestal niet tot eetbuien of eetstoornissen leidt. Sterker nog, het volgen van een dieet vermindert de neiging tot overeten juist (Presnell & Stice, 2003; Stice et al., 2005). Gezien de flinke toename van overgewicht wereldwijd is dit een belangrijke constatering: dikke mensen kunnen met een gerust hart aan de lijn doen.

Lichaamsbeeld

Naast het verstoorde eetgedrag is ook het negatieve lichaamsbeeld een in het oog springend symptoom van eetstoornissen. Patiënten met eetstoornissen denken vrijwel zonder uitzondering negatief over hun eigen lichaam. Ze vinden zichzelf te dik, lelijk, onappetijtelijk enzovoort. Het is niet zomaar alledaagse ontevredenheid, het is een intens ongenoegen, vaak zelfs een heftige haat en afkeer van het eigen lichaam. Hoe dit komt, weten we niet. Wel weten we dat die negatieve ideeën over het eigen lichaam de patiënt met eetstoornissen behoorlijk in hun greep hebben. Hulpverleners spreken van een ‘gestoord’ lichaamsbeeld. Overigens is die afkeer van het eigen lichaam niet altijd aanwezig of merkbaar bij een kleine groep ernstig vermagerde patiënten met anorexia nervosa. Mogelijk is dat zo omdat die patiënten zo mager zijn dat ze hun doel als het ware hebben bereikt, maar het kan natuurlijk ook zo zijn dat er een subgroep bestaat zonder negatief lichaamsbeeld.
Hoe het ook zij, onderzoekers zijn al decennialang geïnteresseerd in het gestoorde lichaamsbeeld. Pioniers vermoedden dat er sprake was van een foute inschatting van de eigen lichaamsgrootte. In verschillende studies confronteerden zij meisjes met eetstoornissen met hun eigen lichaam. De meisjes keken bijvoorbeeld in een spiegel, of ze

zagen hun eigen lichaam op een (televisie)scherm, soms zelfs levensecht op ware grootte. Dan stonden de patiënten als het ware tegenover hun eigen lichaam. Vervolgens kregen zij de opdracht om hun lichaam heel precies in kaart te brengen door met behulp van een apparaat de omvang van het geprojecteerde beeld te veranderen. Al snel bleek het vermoeden van de onderzoekers juist: patiënten met eetstoornissen schatten zichzelf dikker in dan zij waren. Dat ze daarnaast heel goed bleken te zijn in het schatten van de grootte van tafels en stoelen, suggereerde dat er in elk geval geen sprake was van een algemene stoornis in de visuele perceptie. Onderzoekers waren ervan overtuigd: het gestoorde lichaamsbeeld was een feit (Slade & Russell, 1973).
Maar dit bleek een illusie. Andere onderzoekers deden hun best om de bevindingen te repliceren, en het werd er allemaal niet duidelijker op: nu eens overschatten de patiënten hun lichamen wel, en dan weer niet (Slade & Brodie, 1994; Whitehouse, Freeman, & Annandale, 1988). Het gaf te denken dat naarmate de methodologie van het onderzoek beter werd, het effect minder robuust werd (Slade, 1985; Szymanski & Seime, 1997). Zo bleek na toevoeging van broodnodige controlegroepen dat de overschatting van de omvang van het eigen lichaam niet specifiek is voor patiënten met eetstoornissen. Ook gezonde meisjes schatten zichzelf vaak dikker in dan ze zijn. En helemaal kras was dat ook gezonde maar vrij magere meisjes zonder eetstoornissen de grootte van hun eigen lichaam flink overschatten (Penner, Thompson, & Coovert, 1991; Smeets, 1997). Met andere woorden: naarmate het lichaam dunner is, wordt overschatten gemakkelijker. Ook bleken 'toestanden' zoals zwangerschap en een slechte stemming invloed te hebben op de schattingen van lichaamsomvang (Thompson & Gardner, 2002). Een grove gevolgtrekking uit het schattingsonderzoek is dat er nauwelijks sprake lijkt te zijn van een stabiele afwijking in de waarneming van meisjes met eetstoornissen, en dat de afwijking ook niet alleen bij meisjes met eetstoornissen voorkomt (Abraham & Llewellyn-Jones, 2001; Penner et al., 1991). De voorlopige conclusie van de onderzoekers was dat het gestoorde lichaamsbeeld eerder cognitief-emotioneel dan perceptueel van aard is (Whitehouse, Freeman & Annandale, 1988). Patiënten met eetstoornissen zijn ervan overtuigd dat ze dik en onaantrekkelijk zijn; zo voelen ze zich vooral. Of ze het ook werkelijk zo zien, blijft een moeilijk te beantwoorden vraag. Wij vroegen ons af of er een vruchtbaarder lijn van onderzoek denkbaar is om na te gaan of meisjes met eetstoornissen een gestoord lichaamsbeeld hebben.

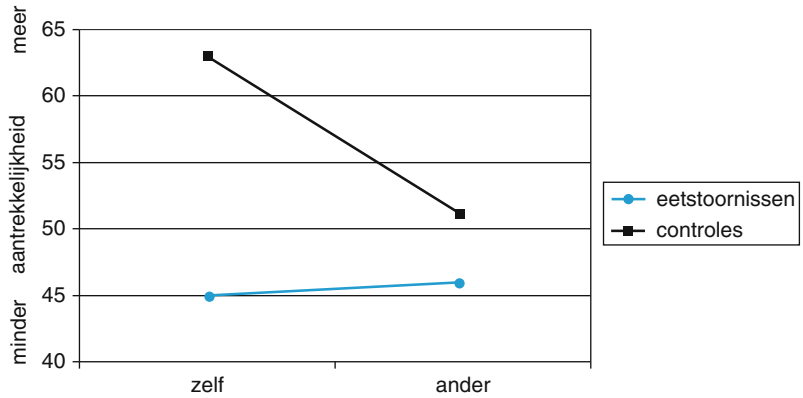
Match of mismatch?

De uitdrukking 'gestoord lichaamsbeeld' verwijst naar een beeld van het eigen lichaam dat niet klopt. In objectieve zin is het moeilijk om vast te stellen of een lichaamsbeeld wel of niet klopt: daar is geen meetinstrument voor. Nu is het zo dat de meeste mensen wel een oordeel hebben als het gaat om de aantrekkelijkheid van personen. We zouden kunnen afspreken dat het oordeel van een grote groep mensen in zo'n geval maatgevend is. In zekere zin kunnen we dan dus nagaan of een lichaamsbeeld 'klopt' door het te vergelijken met een intersubjectief oordeel: het oordeel van een groot panel. Vergelijk het met smaakonderzoek: over smaak valt niet te twisten, maar als vrijwel iedereen van een groot panel chocoladereep A lekkerder vindt dan chocoladereep B, dan kan voor het gemak geconcludeerd worden dat A lekkerder is dan B. We noemen dit intersubjectieve overeenstemming (De Groot, 1961). Een gestoord lichaamsbeeld is dus te herdefiniëren als het verschil tussen het beeld dat iemand van zijn eigen lichaam heeft, en het beeld dat een grote groep anderen van dat lichaam heeft. Om vast te stellen of er bij eetstoornissen inderdaad sprake is van een gestoord lichaamsbeeld, zal er dus nagegaan moeten worden of er een 'mismatch' is tussen het lichaamsbeeld van het meisje met de eetstoornis en het beeld dat anderen van haar lichaam hebben.
In een eerste studie onderzochten we of er een mismatch bestaat tussen het beeld dat eetgestoorde meisjes van hun eigen lichaam hebben en het oordeel dat onafhankelijke anderen over dat lichaam vellen (Jansen, Smeets, Martijn & Nederkoorn, 2006). We zetten 14 eetgestoorde en 12 gezonde vrouwen in onderbroek en bh op de foto. (De eetgestoorde groep scoorde hoog op eetstoornissymptomen, maar was niet in klinische behandeling. Een deel was wel voor een eetstoornis in behandeling geweest, en een deel werd door de onderzoekers na afloop van het onderzoek verwezen naar de GGZ. Een groep met 'subklinische eetstoornissen' lijkt ons nog de beste beschrijving van deze groep.)
We noemen deze 26 vrouwen voor het gemak 'de modellen'. De achtergrond van de lichamen was hemelsblauw, en alle modellen hadden eenzelfde set huidkleurig ondergoed aan. Het broekje en de bh ontbeerden elke sexy uitstraling. Het model stond in een standaardpositie, rechtop en met de armen losjes naast het lichaam hangend. Het hoofd werd niet gefotografeerd.
Voordat de foto genomen werd, evalueerde het model haar eigen lichaam. Zij gaf een score tussen de 0 en 100 op een Visueel Analoge Schaal (VAS) voor de aantrekkelijkheid van haar eigen lichaam, waarbij

0 heel erg onaantrekkelijk was, en 100 heel erg aantrekkelijk. Ook gaf ze aan wat haar meest aantrekkelijke en haar meest onaantrekkelijke lichaamsdelen waren.
De eetgestoorde vrouwen verschilden niet van de gezonde vrouwen in het aantal kilo's per vierkante meter lichaam (*body mass index*, BMI) en ook was er geen verschil in de verhouding tussen taille en heupen (*waist-hip ratio*, WHR). Deze WHR is volgens evolutiebiologen in het ideale geval 0,7 bij vrouwen (voor mannen is de ideale WHR overigens 0,9). Volgens deze objectieve maten hadden al onze modellen ideale figuren en een uiterst normaal gewicht.
Via advertenties in lokale kranten werden mannen en vrouwen van 20 tot 40 jaar opgetrommeld om dia's te bekijken en te beoordelen. Er werd niet gezegd wat er op de dia's te zien zou zijn, en er werd ook met geen woord over eetstoornissen of vrouwenlichamen gerept. Het panel bestond uit 160 mannen en vrouwen. In kleine groepjes van gemiddeld 8 personen werden de modellen een voor een gedurende 30 seconden gepresenteerd; voor elk panelgroepje in een nieuwe, willekeurige volgorde. Het panel beoordeelde de aantrekkelijkheid van elk model op een VAS van 0 (heel erg onaantrekkelijk) tot 100 (heel erg aantrekkelijk). Ook gaven de beoordelaars aan wat zij de meest aantrekkelijke en de meest onaantrekkelijke lichaamsdelen van elk model vonden.
Zoals verwacht vonden de eetstoornismodellen zichzelf minder aantrekkelijk dan de gezonde modellen. Dat hoort bij de stoornis en was dus niet zo gek. Maar hoe dacht het panel daarover? Ook het panel vond de eetstoornislichamen minder aantrekkelijk dan de lichamen van de controles (zie figuur 13.2). Het verschil was klein maar significant. De bevindingen doen vermoeden dat eetstoornismeisjes een beetje gelijk hebben: het onderzoek toont aan dat eetstoornismeisjes minder aantrekkelijk gevonden worden dan gezonde meisjes.

Wie is er nu gek?

Om de belangrijkste hypothese te toetsen, dat de eetgestoorde modellen een gestoord lichaamsbeeld hebben, werden de scores van de modellen vergeleken met de scores van het panel. De eigen aantrekkelijkheidscore van de eetgestoorde modellen bleek niet te verschillen van het aantrekkelijkheidsoordeel dat het panel hen gaf, hetgeen illustreert dat het lichaamsbeeld van meisjes met eetstoornissymptomen niet afwijkt van de algemene opinie. Daarentegen verschilde de beoordeling van het eigen lichaam door de gezonde modellen sterk van de scores van het panel: de controlemodellen waren positiever over de schoon-

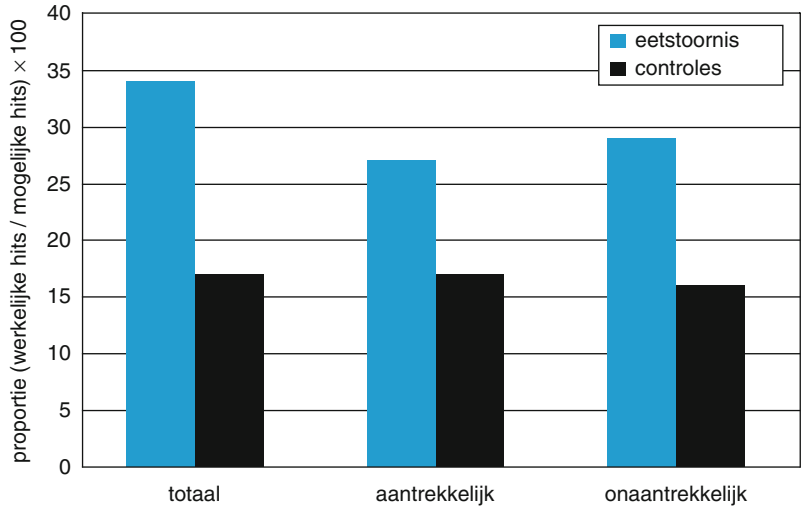


Figuur 13.2 *Aantrekkelijkheid van lichamen van patiënten met eetstoornissen en gezonde controles; eigen scores (zelf) en scores die anderen gaven (ander) Uit: Jansen et al., 2006.*

heid van hun eigen lichaam dan het panel. Een conclusie dringt zich op: het gestoorde lichaamsbeeld treffen we juist bij de gezonde meisjes aan, en niet bij meisjes met eetstoornissen.

Hits

Voorts gingen we na of panel en model overeenstemden in hun keuze van aantrekkelijke en onaantrekkelijke lichaamsdelen. We definieerden de overeenstemming tussen beiden in termen van 'hits'; er is een hit als zowel het model als een lid van het panel een bepaald lichaamsdeel identificeert als aantrekkelijk (c.q. onaantrekkelijk). Er bleken significant meer hits te zijn tussen de eetstoornismodellen en het panel dan tussen de controlemodellen en het panel (zie figuur 13.3). Dit gold specifiek voor de onaantrekkelijke lichaamsdelen en niet voor de aantrekkelijke. De eetstoornismodellen en het panel stemmen dus meer met elkaar overeen in hun evaluatie van lichaamsdelen dan de gezonde controles en het panel.
Voor wie het interesseert, de top 3 'aantrekkelijke hits' bleek voor beide groepen modellen gelijk te zijn: borsten, buik en taille. De top 3 'onaantrekkelijke hits' was voor beide groepen net even anders: voor de modellen met eetstoornissymptomen waren het de benen, buik en borsten; voor de gezonde modellen waren het de benen, heupen en buik. Klaarblijkelijk zijn borsten, benen en buiken – overal prominent aanwezig – esthetisch de meest gevoelige lichaamsdelen van een vrouw.



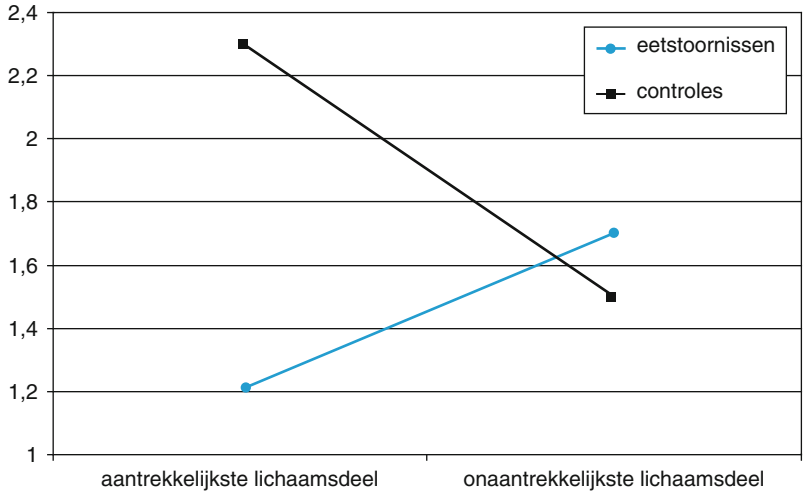
Figuur 13.3 *Overeenstemming in lichaamsdelen die aantrekkelijk of onaantrekkelijk gevonden worden door zowel eetstoornismodellen, controles als het panel (het aantal 'hits'). Het verschil tussen de eetstoornissen en controles is significant voor het totale aantal hits en de onaantrekkelijke hits, niet voor de aantrekkelijke hits Uit: Jansen et al., 2006.*

De conclusie lijkt te moeten zijn dat meisjes met eetstoornissen een tamelijk realistisch lichaamsbeeld hebben, en dat juist gezonde meisjes een sterk vertekend beeld van hun eigen aantrekkelijkheid hebben. Gezonde meisjes beoordeelden hun eigen lichaam aanzienlijk positiever dan een onafhankelijke panel.

Spiegelen in de praktijk

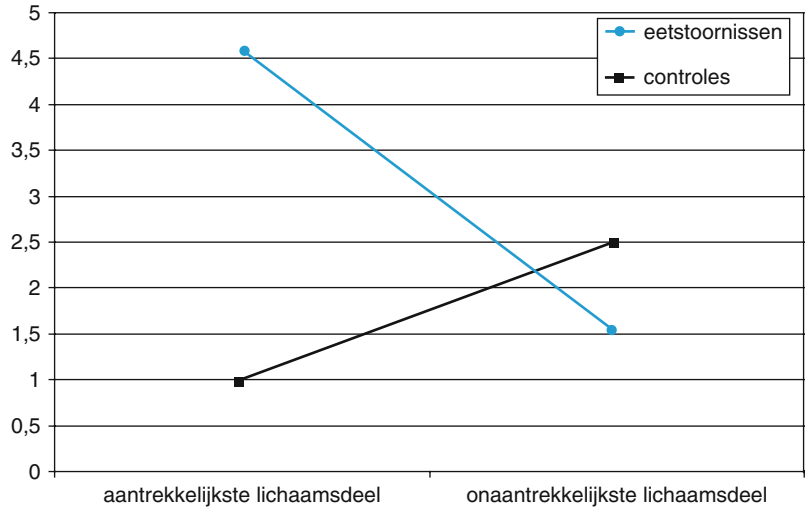
Meisjes met eetstoornissen worden nogal eens behandeld met spiegelexposure, waarbij zij voor een spiegel worden gezet en hun lichaamsvormen ter discussie worden gesteld. Vaak gebeurt dit in het bijzijn van een groep patiënten met eetstoornissen en iedereen mag zeggen wat zij van de gespiegelde vindt. De goede bedoeling is dat deze confrontatie leidt tot een positiever lichaamsbeeld. Maar is dat ook zo? Tot onze verbazing werd nooit uitgezocht wat het effect van een dergelijke blootstelling is.
Het is allereerst de vraag wat er precies gebeurt tijdens het 'spiegelen'. Onze modellen kwamen nog eens naar het laboratorium, zogenaamd om mee te doen aan een onderzoek naar pupilgrootte. In werkelijkheid registreerden we oogbewegingen terwijl de meisjes keken naar de foto van hun eigen lichaam en de foto van een ander lichaam. Zo

bootsten we de exposure na, en konden we met behulp van oogbewegingenregistratie heel precies nagaan waar de meisjes met eetstoornissymptomen hun aandacht op richtten tijdens de confrontatie met het eigen lichaam (Jansen, Nederkoorn, & Mulkens, 2005). Na afloop gaven de meisjes aan wat ze het aantrekkelijkste en wat ze het onaantrekkelijkste lichaamsdeel vonden, zowel van zichzelf als van het controlelichaam.
Het bleek dat eetstoornismeisjes anders kijken dan gezonde meisjes. Figuur 13.4a laat zien dat eetstoornismeisjes langer kijken naar hun eigen onaantrekkelijkste deel dan naar hun eigen aantrekkelijkste deel. Gezonde meisjes kijken juist langer naar hun eigen aantrekkelijkste deel.



Figuur 13.4a *Kijken naar het eigen lichaam. Op de y-as staat het aantal fixaties Uit: Jansen et al., 2005.*

Kijken ze naar een ander lichaam, dan hebben de eetstoornismeisjes juist meer aandacht voor het aantrekkelijkste deel van dat lichaam, terwijl gezonde controles juist naar het onaantrekkelijkste deel van een ander kijken (zie figuur 13.4b).
Dus als meisjes met eetstoornissymptomen naar hun eigen lichaam kijken, dan vermijden ze hun aantrekkelijkste lichaamsdeel en concentreren ze zich op hun onaantrekkelijkste deel. Kijken ze naar een ander lichaam, dan hebben ze juist veel aandacht voor het aantrekkelijkste deel van dat andere lichaam, en weinig aandacht voor het onaantrekkelijkste deel van die ander. Het kijkpatroon van gezonde meisjes is precies tegengesteld. Zij hebben veel aandacht voor hun eigen aantrek-



Figuur 13.4b *Kijken naar een ander lichaam. Op de y-as staat het aantal fixaties Uit: Jansen et al., 2005.*

kelijkste lichaamsdeel en weinig aandacht voor hun onaantrekkelijkste deel. Zodra zij naar iemand anders kijken bestuderen ze vooral de onaantrekkelijke delen van die ander, en schenken ze weinig aandacht aan het aantrekkelijke. Het lijkt dus vooral gezond om de onaantrekkelijke delen van uw naasten goed te bestuderen en dit af te wisselen met veel aandacht voor uw eigen schoonheid.

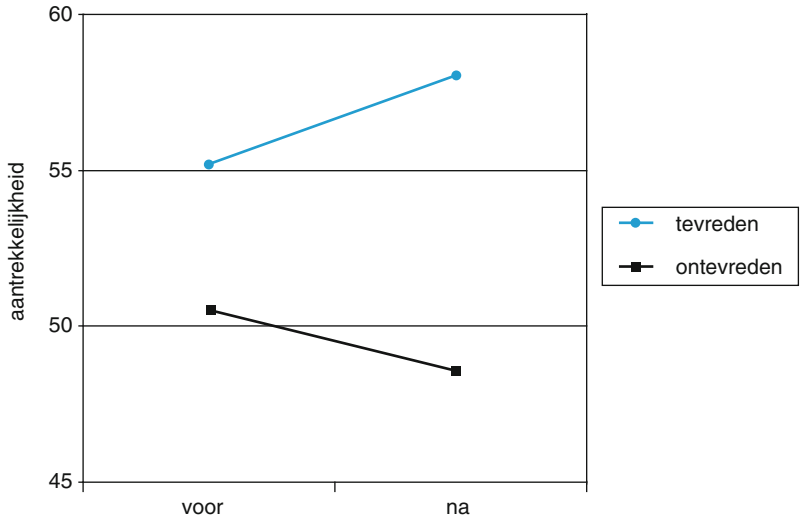
Intermezzo

We komen aldus tot de volgende conclusies: 1) eetgestoorde meisjes hebben geen gestoord, maar een realistisch lichaamsbeeld; 2) juist gezonde meisjes hebben een gestoord lichaamsbeeld; zij denken positiever over de schoonheid van hun eigen lichaam dan anderen; 3) eetgestoorde meisjes tonen nauwelijks aandacht voor hun eigen aantrekkelijkste lichaamsdeel, terwijl gezonde meisjes juist relatief veel aandacht voor hun eigen aantrekkelijkste lichaamsdeel hebben; en 4) eetgestoorde meisjes kijken bij anderen naar het aantrekkelijke van dat lichaam terwijl de aandacht van gezonde meisjes juist uitgaat naar het onaantrekkelijke van die ander.
Het is verleidelijk om nu te concluderen dat meisjes met eetstoornissen zo intens ontevreden over hun eigen lichaam zijn omdat ze dit typische kijkpatroon vertonen. Immers, wie zo naar zichzelf kijkt, moet haast wel ontevreden worden. Maar het correlationele karakter van dit onderzoek staat deze conclusie niet toe. Het zou immers best

zo kunnen zijn dat dit kijkgedrag een gevolg van de ontevredenheid over het eigen lichaam is, in plaats van de oorzaak. Of misschien hangen beide wel op een ingewikkelder manier samen. We deden twee experimenten.

Spiegeltje, spiegeltje aan de wand

In een eerste studie onderzochten we het effect van kijken naar het eigen spiegelbeeld (Mulkens & Jansen, 2009). Studenten keken gedurende 3½ minuut in een spiegel naar hun eigen gezicht. Voor en na het kijken gaven ze aan hoe aantrekkelijk ze zichzelf vonden. Wat bleek? Wie op voorhand al tevreden over het eigen uiterlijk was, vond zichzelf steeds aantrekkelijker worden tijdens het kijken naar zichzelf (zie figuur 13.5). Maar wie op voorhand redelijk ontevreden over het eigen uiterlijk was, vond zichzelf steeds onaantrekkelijker worden tijdens het kijken naar zichzelf. Spiegelkijken versterkt dus het beeld dat iemand van zichzelf heeft. Als kwetsbare personen in de spiegel naar zichzelf kijken, en dat is wat er tijdens de klinische spiegelexposure gebeurt, dan zou hun aantrekkelijkheid wel eens zienderogen af kunnen nemen.

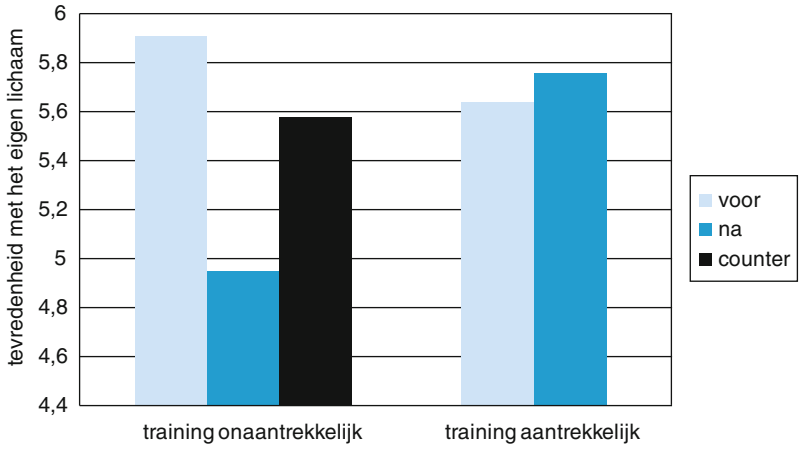


Figuur 13.5 *Veranderingen in gepercipieerde aantrekkelijkheid als gevolg van 3,5 minuut naar het eigen gezicht in de spiegel kijken Uit: Mulkens & Jansen, 2009.*

Selectieve aandachtstraining

De vraag die nu voor de hand ligt, is of buitengewone aandacht voor de eigen onaantrekkelijke lichaamsdelen zal leiden tot een toename in de ontevredenheid over het eigen lichaam. Daaraan gerelateerd is de hypothese dat het kijken naar de eigen 'aantrekkelijke' delen, zou leiden tot meer tevredenheid over het eigen lijf. Immers, zo keken de gezonde tevreden vrouwen. Studenten, gemiddeld tevreden over hun eigen lichaam, werden getraind in het kijken naar ofwel drie aantrekkelijke lichaamsdelen ofwel drie onaantrekkelijke lichaamsdelen van zichzelf (Smeets, Jansen, Lindelauf, & Roefs, 2010). Het kijkgedrag – en dus de aandacht voor de lichaamsdelen – werd gemanipuleerd door oogbewegingen te volgen. De proefpersoon zat tegenover een monitor waarop een vage foto van haar eigen lichaam te zien was. De opdracht was om de stimulus die in beeld kwam te zoeken, en om dan zo snel mogelijk de vorm of kleur van de stimulus te benoemen. Wat de proefpersoon niet in de gaten had, was dat die stimulus in 90% van de gevallen in ofwel de meest aantrekkelijke ofwel de meest onaantrekkelijke lichaamsdelen terechtkwam. Intussen registreerden we oogbewegingen, en pas als het apparaat bevestigde dat de proefpersoon naar het juiste lichaamsdeel keek (dat deel waar de stimulus in terechtkwam), dan lichtte het bewuste lichaamsdeel op; het werd goed zichtbaar en wij wisten nu dus zeker dat de proefpersoon ernaar keek. Zo kon het gebeuren dat de ene groep 20 minuten lang werd getraind in het kijken naar haar meest onaantrekkelijke lichaamsdelen, terwijl de andere groep 20 minuten lang werd getraind in het kijken naar haar meest aantrekkelijke lichaamsdelen. Voor en na werd gemeten hoe tevreden de proefpersoon over haar eigen lichaam was. Verwacht werd dat een training in het kijken naar onaantrekkelijke delen van zichzelf zou leiden tot grotere ontevredenheid, terwijl een training in het kijken naar aantrekkelijke delen daarentegen zou leiden tot toegenomen tevredenheid over het eigen lichaam. Om ethische redenen kreeg de groep die leerde kijken naar onaantrekkelijke lichaamsdelen na afloop nog een training in het kijken naar de eigen mooie lichaamsdelen. Figuur 13.6 laat zien wat we vonden.

De groep die getraind werd in het kijken naar onaantrekkelijke lichaamsdelen, was na afloop van de training minder tevreden over haar eigen lichaam. We kunnen dus concluderen dat veel kijken naar de eigen onaantrekkelijke lichaamsdelen de lichaamsontevredenheid doet toenemen. Maar de groep die getraind was in het kijken naar de eigen aantrekkelijke lichaamsdelen, werd daar niet tevredener van. Opvallend was dat de groep die de positieve training direct na de negatieve

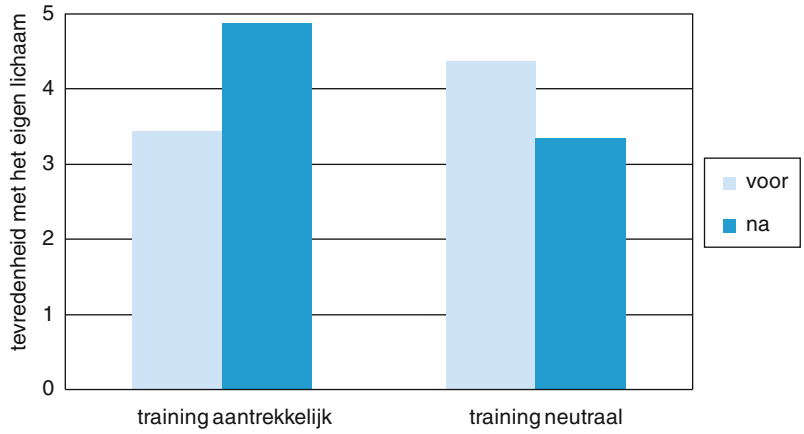


Figuur 13.6 *Effecten van 20 minuten kijken naar de eigen onaantrekkelijke lichaamsdelen of 20 minuten kijken naar de eigen aantrekkelijke lichaamsdelen. Counter is de training in het kijken naar aantrekkelijke lichaamsdelen direct na de training in het kijken naar onaantrekkelijke lichaamsdelen. Uit: Smeets et al., 2010.*

training kreeg, wel tevredener werd. Zij waren weer even tevreden als ervoor.
Het is natuurlijk mogelijk dat de groep die een positieve kijktraining kreeg, al zo tevreden was dat er niet veel tevredenheid meer bij kon. Het waren immers gezonde studenten. In een vervolgstudie (Smeets et al., 2010) werd getoetst of een positieve kijktraining wel effect had bij studenten die gewoonlijk niet zo tevreden over hun eigen lichaam waren. Inderdaad bleek die groep baat te hebben bij het kijken naar haar eigen mooie lichaamsdelen: zij werden door de positieve training veel blijer met hun eigen lichaam (zie figuur 13.7).

De klinische praktijk

Wat betekent dit onderzoek nu voor de klinische praktijk? Intense ontevredenheid met het eigen lichaam is een belangrijk kenmerk van eetstoornissen (zie bijvoorbeeld Stice, 2002; Stice, Mazotti, Krebs, & Martin, 1998) en een enkele studie toont aan dat als die ontevredenheid nog bestaat na een behandeling, de kans op terugval in het gestoorde eetgedrag groot is (Fairburn, Peveler, Jones, Hope, & Doll, 1993). Vermindering van die ontevredenheid is dus belangrijk. Blootstelling aan het eigen lichaam wordt in de klinische praktijk veel gebruikt om het lichaamsbeeld te veranderen. Maar er is weinig tot niets bekend over



Figuur 13.7 *Effecten van 20 minuten kijken naar de eigen neutrale lichaamsdelen of 20 minuten kijken naar de eigen aantrekkelijke lichaamsdelen. Uit: Smeets et al., 2010.*

de effecten van zulke exposurebehandelingen. Uit het in dit hoofdstuk besproken onderzoek blijkt dat eetgestoorde meisjes erg veel aandacht schenken aan hun onaantrekkelijke lichaamsdelen, terwijl de aantrekkelijke delen er maar bekaaid van afkomen. Dus staan ze voor de spiegel, dan kijken ze vooral naar alles wat 'lelijk' is. Onderzoek liet ook zien dat zulk kijkgedrag hen er niet aantrekkelijker op maakt: wie zo kijkt, kijkt zichzelf onaantrekkelijk. Het ligt dus voor de hand te veronderstellen dat de populaire confrontatiemethode tot het tegengestelde leidt van wat wordt beoogd: de patiënt wordt er niet beter maar slechter van.

Een hypothese die uit het huidige onderzoek voortvloeit, is dat het nuttig is om tijdens de exposure veel aandacht aan mooie lichaamsdelen te besteden. Het lijkt belangrijk dat lichaamsontevreden mensen hun aandacht minder gaan richten op de delen die ze niet mooi vinden, en dat ze zich meer gaan richten op de delen van hun lichaam die ze wel mooi vinden. Ze zouden daarbij geholpen kunnen worden door een therapeut die tijdens de blootstelling probeert de aandacht van de lichaamsontevreden patiënt te richten naar de, in de ogen van de patiënt, mooiere lichaamsdelen. De behandeling kan maar beter gericht zijn op het aanleren van een geautomatiseerde *body image bias* (vooral kijken naar wat mooi is aan jezelf) dan dat de behandelaar probeert het niet bestaande gestoorde lichaamsbeeld te reduceren. Een experimentele klinische studie waarin deze hypothese getoetst wordt, is de volgende stap die gezet moet worden.