

# Lichaam en geest bij anorexia nervosa; een systematisch literatuuroverzicht

H-J. Betraains, E. Vrieze

- Achtergrond** Een verstoorde lichaamsbeleving vormt een centraal kenmerk bij anorexia nervosa (AN). Bij de behandeling van AN vormt de verstoorde perceptie van het lichaam een drempel voor klinische verbetering en gewichtstoename. Mindfulness en yoga worden in verband gebracht met een positief effect op de symptomen bij eetstoornissen.
- Doel** We onderzoeken het therapeutisch effect van mindfulness en yoga in de behandeling van de verstoorde lichaamsbeleving bij patiënten met AN.
- Methode** Een systematische literatuurstudie in vier medische databanken met gebruik van de concepten 'anorexia nervosa', 'op-bewustzijn-gebaseerde therapie' en 'lichaamsbeleving'. De resultaten werden gebundeld in een kwalitatieve analyse.
- Resultaten** We namen 10 studies op in onze analyse waarvan 3 over mindfulness, 6 over yoga en 1 over een gemengd programma van beide interventies.
- Conclusie** We zagen een gunstig effect van mindfulness en yoga op de symptomen bij eetstoornissen waaronder AN. Tevens zagen we zowel kwantitatieve als kwalitatieve verbeteringen van de verstoorde lichaamsbeleving via algemene en specifieke meetinstrumenten. Na de interventie verminderden de preoccupatie en ontevredenheid met het lichaam alsook de drang tot vermagering. De verhoogde lichamelijke bewustwording gaf patiënten de mogelijkheid om negatieve aannames over het lichaam uit te dagen om te komen tot een betere lichaamsaanvaarding.

Anorexia nervosa (AN) is een medisch-psychiatrische aandoening waarvan de levenslange prevalentie geschat wordt op 1-4% bij vrouwen en 0,3% bij mannen.<sup>1</sup> Het ziekteproces start in de meerderheid van de gevallen onder de leeftijd van 18 jaar waarbij de incidentie bij vrouwen jonger dan 15 jaar lijkt te stijgen.<sup>1,2</sup> De verstoorde ervaring van het eigen lichaamsbeeld, -gewicht en/of -vorm, gedrag dat gewichtstoename tegengaat en een minimaal ziekte-inzicht over het ondergewicht maken deel uit van de DSM-5-criteria voor AN. Een verstoorde lichaamsbeleving vormt bovendien een risicofactor voor het ontstaan van een eetstoornis alsook een maat voor de ernst en prognose van het ziektebeeld.<sup>3,4</sup> De combinatie van een culturele en sociale klemtoon op uiterlijk als maatstaf voor zelfverzekerdheid tezamen met gewichtsreductie als methode om tevredenheid over het eigen lichaam te vergroten worden in verband gebracht met het ontstaan van een verstoord lichaamsbeeld bij eetstoornissen. Op symptoomniveau uit de verstoorde lichaamsbeleving bij AN zich in een subjectieve overschatting van de eigen lichaamsdimensies, onvrede met het eigen lichaam en een grote drang om te vermageren.<sup>5</sup> Mindfulness omvat de mentale oefening om de aandacht op een niet-oordelende manier te richten naar subjectieve ervaringen in het actuele moment.<sup>6,7</sup> Belangrijke

facetten van mindfulness zijn observeren en beschrijven van stimuli, acceptatie van ervaringen op een niet-oordelende manier en bewust handelen zonder impulsieve reactiviteit.<sup>8,9</sup> Yoga als mentale én fysieke discipline omvat daarbij het gebruik van lichaamsposen, beweging, ademhaling gecombineerd met introspectie om de aandacht naar binnen te brengen en de connectie tussen lichaam en geest te ervaren.<sup>10,11</sup> Er werd aangetoond dat zowel in een gezonde populatie als bij patiënten met AN een correlatie bestaat tussen de mate van mindfulness en eetsymptomen.<sup>12,13</sup> Een lage graad van mindfulness in een populatie met AN blijkt gecorreleerd met meer piekeren over gewicht en lichaamsvorm en een hogere drang om af te vallen.<sup>8,12,14</sup> Wat betreft de behandeling toont een recente meta-analyse een positieve correlatie tussen mindfulness en symptoomreductie waarbij mindfulnessprogramma's leiden tot minder restrictief eetgedrag en gewichtsstijging bij AN.<sup>4</sup> Het beoefenen van yoga lijkt bij patiënten met een eetstoornis een voorzichtig positief effect te hebben op globale eetstoornissymptomen naast een potentieel om de belichaamde ervaring en interoceptieve capaciteit te bevorderen door de aandacht op het lichaam te richten.<sup>10,15,16</sup> Yoga wordt bij eetstoornissen verder geassocieerd met het verminderen van bezorgdheid over het

## AUTEURS

**Hendrik-Jan Betraains**, arts-specialist in opleiding, volwassenaanpak, KU Leuven.

**Elske Vrieze**, psychiater, specialisatie in eetstoornissen, Universitair Psychiatrisch Centrum, KU Leuven.

### Correspondentie

Dr. H.-J. Betraains (hjolla@gmail.com).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-4-2023.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(7):437-442

lichaamsbeeld en een toename van levenskwaliteit.<sup>11,17,18</sup> Bij de behandeling van AN vormt de verstoorte perceptie van het lichaam een drempel voor gewichtstoename waarbij een meer adequaat lichaamsbeeld theoretisch gunstig zou kunnen zijn in de aanpak van de aandoening.<sup>13</sup> In de reeds bestaande systematische reviews beoordeelt men de impact van mindfulness of yoga op de globale eetstoornissymptomen.

In onze literatuurstudie onderzoeken wij in het bijzonder het effect op de lichaamsbeleving bij anorexia nervosa. Als hypothese verwachten we een positieve verandering van de verstoorte lichaamservaring bij AN door de implementatie van deze non-verbale, op aandacht en bewustzijn gebaseerde technieken. Verder proberen we vanuit de literatuur meer inzicht te verkrijgen in het onderliggend mechanisme achter deze hypothese.

## METHODE

Voor onze literatuurstudie gebruikten we de databanken Medline (via PubMed), Embase, Web of Science (WoS) en Cochrane Library. Artikelen werden verzameld tot en met februari 2022. De zoekstrategie bevatte drie concepten: 'anorexia nervosa', 'op-bewustzijn-gebaseerde therapie' en 'lichaamsbeleving'. Binnen de twee laatste concepten gebruikten we onder meer de sleutelwoorden 'mindfulness, meditatie, yoga, tai chi' en 'body image, awareness, experience, representation, dissatisfaction'; 'body, weight, size, form perception'. De referentielijsten van geïncludeerde artikelen werden manueel doorzocht. Na identificatie van 57 originele artikelen beoordeelden we er 23 op volledige tekst. De meerderheid van de geëxcludeerde artikelen maakte geen melding van de drie concepten of had niet het gewenste studiedesign. Enkel klinische onderzoeken met originele resultaten waarbij de populatie minstens ten dele bestond uit patiënten met de diagnose AN werden geïncludeerd. Aangezien wij het effect van mindfulness en yoga wilden onderzoeken, includeerden we geen studies naar ruimere therapeutische strategieën die mindfulness slechts als onderdeel hadden zoals acceptance- en commitmenttherapie

en dialectische gedragstherapie. Relevante referenties werden verzameld op basis van dezelfde criteria. In **figuur 1** beschrijven we de in- en exclusie van artikelen.

## RESULTATEN

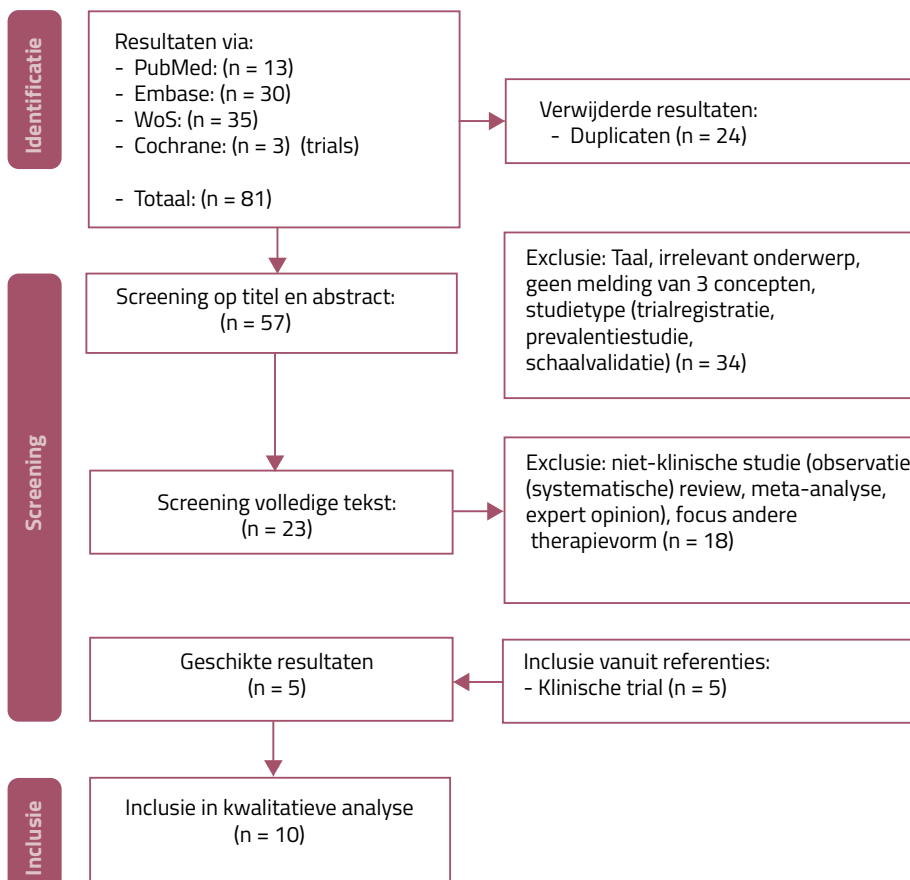
### Beschrijving studies

De karakteristieken van de 10 geïncludeerde studies zijn terug te vinden in **tabel 1**. Van de 10 studies betroffen er 3 mindfulness, 6 yoga en 1 studie had een gemengd programma. De kwaliteit van geïncludeerde studies werd beoordeeld middels onlinecontrolelijsten van het *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP 2022). De 3 RCT's scoorden alle negatief op de dubbele blinding gezien de aard van de interventies.<sup>7,17,19</sup> In één RCT gebruikte men blinding in de evaluatiefase na de interventie,<sup>19</sup> in een andere gebruikte men enkelvoudige blinding waarbij patiënten niet op de hoogte waren van de studiehypothese.<sup>7</sup> In 2 RCT's vormen de kortdurende interventie en opvolgtermijn eveneens een belangrijke beperking.<sup>7,17</sup> Effectgroottes in de RCT's variëren tussen klein en gemiddeld. Bij de 7 andere studies (6 interventiestudies, 1 casus) wordt slechts in één gewerkt met een gezonde controlegroep en maken vier geen melding van effectgroottes.<sup>10,11,16,18,20</sup> Vermelde effectgroottes in interventiestudies zijn groot.<sup>6,11,21</sup> Zowel bij de RCT's als bij de interventiestudies is er sprake van een beperkte statistische kracht door kleine populaties, veelal met gemengde eetstoornisdiagnoses.

In 3 van de 10 studies bestaat de populatie uitsluitend uit patiënten met AN waarbij het BMI (*body mass index*) ligt tussen 15,8 en 18,4 kg/m<sup>2</sup>.<sup>11,18,20</sup> De gebruikte diagnostische criteria, volgens DSM-IV of -5, worden vermeld in 9 studies. De populaties in de verschillende studies bestaan steeds voor minstens 95% uit vrouwen met gemiddelde leeftijden van 16-28 jaar.

Er wordt in vier studies gebruikgemaakt van specifieke meetinstrumenten ter registratie van lichaamsbeleving.<sup>7,11,20,22</sup> Hiernaast worden ook de globale eetstoornissymptomen beoordeeld via algemene schalen. De scores

Figuur 1. Identificatie van te includeren studies



op de 'body dissatisfaction'(BD)- en 'drive-for-thinness'(DT)-subschalen van de *Eating Disorder Inventory* (EDI) én de 'weight concern'(WC)- en 'shape concern'(SC)-subschaal van de *Eating Disorder Examination* (EDE) worden, zoals in internationaal onderzoek, gebruikt als beoordeling van de verstoorde lichaamsbeleving in afwezigheid van specifieke meetinstrumenten.<sup>5</sup>

## Bespreking van resultaten

### Mindfulness in relatie tot lichaamsbeleving

De toevoeging van een specifieke mindfulnessinterventie, *Mindful Eating Group* met focus op eetgerelateerde signalen, resulteert bij verschillende types eetstoornissen waaronder AN in een significante daling van symptoomscores zoals de preoccupatie met dun zijn.<sup>6</sup> De implementatie van een andere mindfulnessinterventie, *body-image-therapy*, met een sterke focus op mindfulnessvaardigheden, resulteert bij een populatie met AN in een significante reductie van subschalen WC en SC van de EDE.<sup>20</sup> Ook daalt de angst voor het lichaamsbeeld met een reductie in vermijdingsstrategieën (spiegels afdekken), lichaamscontroleerend gedrag (frequent wegen) en beoordeling van lichaamsdelen.<sup>20</sup> Bovendien toont kwalitatief onderzoek uit dezelfde studie hoe een directere ervaring met het eigen lichaam, via mindful-

nesstechnieken, de patiënten uitdaagt in hun negatieve aannames over hun lichaam.<sup>20</sup>

Anderen onderzochten, met een RCT, de impact van een korte mindful ademhalingsoefening op de impliciete lichaamsontevredenheid bij een *full of subthreshold* diagnose van een eetstoornis, waaronder AN.<sup>7</sup> Via de *implicit association task* (IAT) wordt gevraagd naar automatische cognities over lichaamsbeeld en de mate van internalisatie van een negatief lichaamsbeeld in de zelfbeoordeling. Ondanks de trend van een reductie in expliciete lichaamsontevredenheid wordt geen significant effect gevonden van mindfulness op de impliciete lichaamsbeleving.<sup>7</sup>

### Effect van yoga op lichaamsbeleving

In 2 RCT's, één in de residentiële, de andere in de ambulante setting, onderzocht men de toevoeging van yoga aan hun standaardbehandeling.<sup>17,19</sup> De eerste RCT laat een trend zien van gedaalde EDE-scores bij de yogagroep, ondanks de korte interventieduur.<sup>17</sup> In de tweede RCT dalen de EDE-scores in de eerste tijd zowel in de interventie- als controlegroep; deze daling houdt enkel bij de interventiegroep aan in de follow-up na 12 weken.<sup>19</sup> De gedaalde subscores van WC en SC dragen bovendien het meest bij aan deze daling.<sup>19</sup>

De toevoeging van yoga aan een ambulante behandelprogramma voor eetstoornissen werd beoordeeld in twee interventiestudies.<sup>10,16</sup> In tegenstelling tot de andere subschalen van de EDE dalen de scores op schalen in verband met lichaamsbeleving (WC en SC) na de interventie.<sup>10</sup> In de kwantitatieve evaluatie via de *Body Shape Questionnaire* wordt een significante verbetering vastgesteld op 9 van de 10 items waaronder toegenomen zelfverzekerdheid over en positieve connectie met het lichaam en minder vermijding van sociale interacties wegens een negatief lichaamsbeeld.<sup>16</sup> Kwalitatieve analyse toont gemengde patiëntreacties na de yoga-interventie: toegenomen aanvaarding en bewustzijn, positieve veranderingen ondanks blijvende negatieve relatie met het lichaam, teleurstelling wegens beperkte positieve verandering, uitdagingen omwille van aandacht op het lichaam.<sup>16</sup>

### Gecombineerd interventieprogramma

Anderen tonen hoe een programma met specifieke focus op integratie van lichaam en geest via de combinatie van yoga en mindfulnessoefeningen leidt tot een daling van de extreme drang om te vermageren (DT), angst om bij te komen en daling van ontevredenheid over het lichaam (BD).<sup>21</sup>

## DISCUSSIE

Onze hypothese lijkt te worden bevestigd door de resultaten die aantonen dat beide non-verbale, op aandacht en bewustzijn gebaseerde technieken naast een positieve impact op globale eetstoornissymptomen ook kwantitatieve verbetering veroorzaken in het verstoorde lichaamsbeeld bij AN. Zowel na mindfulness- als yoga-interventies wordt op basis van gedaalde 'weight en shape concern'- en 'drive-for-thinness'-subscores een afname vastgesteld van de preoccupatie met lichaamsgewicht en -vorm alsook een verminderde drang tot vermagering. De gedaalde 'body dissatisfaction'-subscores tonen dan weer een verminderde ontevredenheid met het eigen lichaam en belangrijke lichaamsdelen. Bovendien tonen de specifieke schalen over de lichaamsbeleving dat mindfulness leidt tot een gereduceerde angst voor het lichaamsbeeld.<sup>20</sup> Hiernaast was er minder vermijdingsgedrag naar het eigen lichaamsbeeld alsook een afname van controlegedrag zoals zichzelf frequent wegen.<sup>20</sup> Yoga wordt eveneens via lichaamsgerichte schalen gelinkt aan een toegenomen zelfverzekerdheid over en positieve connectie met het lichaam.<sup>16</sup> Naast kwantitatief onderzoek is ook duiding over de beleefde ervaring van belang om de impact op patiënten te beoordelen. In kwalitatief onderzoek naar het effect van mindfulness en yoga beschrijven patiënten met een eetstoornis een emotioneel en fysiek uitdagende kant: de aandacht voor lichamelijke signalen en lichaamsposities kan een stressvolle en soms zelfkritische ervaring zijn.<sup>16,20</sup> Echter, een verhoogde lichamelijke bewustwor-

ding geeft hun wel de mogelijkheid om lang bestaande negatieve aannames over het eigen lichaam te trotseren om uiteindelijk te komen tot een betere lichaamsaanvaarding.<sup>16,18,20</sup>

Ondanks de aangetoonde impact van deze interventies op de lichaamsbeleving blijft het werkingsmechanisme achter deze veranderingen onduidelijk. Mindfulness blijkt bij patiënten met AN voornamelijk via niet-oordelende aanvaarding en bewust handelen verbonden te zijn met meer tevredenheid over het lichaam en minder drang tot vermagering.<sup>9,14</sup> Maar in geen van de interventiestudies wordt besproken hoe de aspecten van de interventies leiden tot symptoomveranderingen. Een mogelijke rol lijkt weggelegd te zijn voor het bevorderen van interoceptie. Bij patiënten met AN zijn namelijk deficits vastgesteld in hun vermogen om interne lichaamssignalen te detecteren; deze verlaagde interoceptieve capaciteit wordt in verband gebracht met lagere scores op enkele mindfulnessfacetten en toegenomen problemen met de lichaamsbeleving.<sup>8,10-12</sup> Echter, onze onderzoeksresultaten tonen bij patiënten met AN, in tegenstelling tot controlepersonen, geen verbetering van interoceptieve accuraatheid na een éénmalige yogasessie.<sup>11</sup>

Een andere mogelijkheid is dat beide interventies de patiënten helpen los te komen uit een vastzittende representatie van het eigen lichaam waarvan sprake is in de 'allocentric lockhypothesis' van Riva en Gaudio.<sup>23</sup> Deze etiologische verklaring voor de verstoorde lichaamsbeleving bij AN stelt dat patiënten de negatieve representatie van hun lichaam, vastgelegd in het autobiografisch geheugen, onvoldoende kunnen integreren met actuele perceptuele stimuli.<sup>3,23</sup> Het beperkte klinisch onderzoek naar deze hypothese maakt gebruik van *virtual reality* en toont dat veranderingen binnen het negatieve lichaamsbeeld via multisensoriële integratie mogelijk zijn.<sup>24</sup> Potentieel zouden mindfulness en yoga via een versterkte ervaring van de lichaam-geestconnectie de rigide negatieve lichaamsbeleving bij AN kunnen losweken door actief de hier-en-nubeleving van het lichaam te onderzoeken en te aanvaarden op een niet-oordelende manier.

### Beperkingen

De geïncludeerde artikelen betreffen relatief kleine populaties die vooral bestaan uit patiënten met verschillende types eetstoornissen naast AN. In de meerderheid van de studies vormde AN wel de grootste of enige patiëntengroep, maar hierbij ontbreekt een vermelding van effecten per diagnostische subpopulatie. Bijgevolg konden we niet steeds een specifiek effect op AN beoordelen. In één studie met een gemengde populatie belicht men deze heterogene diagnostische populaties, maar beschrijft men na mindfulnessstraining wel vergelijkbare resultaten bij AN, bulimia nervosa en eetstoornis niet anders omschreven.<sup>6</sup>

Tabel 1. Literatuuroverzicht over de impact van mindfulness en yoga op lichaamsbeleving bij anorexia nervosa

1ste auteur	Type	Setting; aantal deelnemers; (gem. leeftijd in j; BMI in kg/m <sup>2</sup> )	Diagnose	Meetpunt na baseline	Interventie	Schalen: symptomen, lichaamsbeleving*, mindfulness	Bevindingen (effectgrootte; significantie)
Carei <sup>19</sup>	RCT	Ambulant; n = 54 (16,5; 19,2)	AN (55%), BN (17%), EDNOS (28%)	9 w en 12 w	Yoga: 60 min, 8x 2x/w + standaardbehandeling. Controle: standaardbehandeling	EDE (WC, SC; FP); BDI, STAI	Daling EDE na interventie ( $\eta^2 = 0,16$ ; $p = 0,05$ ) Dalende trend behouden in interventiegroep na 12 w ( $p = 0,09$ ); stijging ( $p < 0,05$ ) in controlegroep. Daling WC ( $\eta^2 = 0,14$ ; $p = 0,08$ ) en SC ( $\eta^2 = 0,11$ ; $p = 0,14$ ) meest doorslaggevend voor daling EDE.
Cook-Cotrone <sup>21</sup>	Interventie	Ambulant; n = 24 (20; 18,3-29,3)	AN en BN	6 tot 8 w	AMBR: 90-120 min, 1x/w	EDI-2 (DT, DB; B)	Daling DT ( $d = 0,58$ ; $p < 0,01$ ) en BD ( $d = 0,88$ ; $p < 0,01$ )
Demartini <sup>11</sup>	Interventie	Ambulant; klinisch n = 15 (28; 16,1), gezond n=20	AN	1 sessie	yoga: 75 min, 1x	EDI-2 (DT, BD, IA, I, ID, MF, A, IR, SI, P), BAQ, SOQ; HAM-A/D, TAS-20	AN toont lagere interoceptieve accuraatheid op baseline ( $p = 0,017$ ) en geen verbetering na interventie ( $d = 0,58$ ; $p < 0,01$ )
Diers <sup>16</sup>	Interventie	Ambulant; n = 67 (?; ?)	AN, BN, OSFED	8 w	YBI: 90 min, 8x 1x/week	BSQ	Kwantitatieve verbetering op 9/10 BSQ-items ( $p < 0,05$ ), Kwalitatieve verandering in lichaamsbeleving
Hall <sup>10</sup>	Interventie	Ambulant; n = 20 (15,9; 23,4)	AN (15%), BN (5%), ARFID (5%), OSFED (75%)	6 tot 12 w	Yoga: 60-90 min, 1x/w	EDE-Q (WC, SC, EA, R); EAT-26, STAI, SOM	Afname WC ( $p = 0,012$ ) en SC ( $p < 0,01$ ).
Hepworth <sup>6</sup>	Interventie	Ambulant; n = 33 (21,4; >17)	AN (52%), BN (30%), EDNOS (18%)	10 w	Mindful Eating: 10x 1x/w	EAT-26 (D, B, FP)	Reductie EAT-26 ( $\eta^2 = 0,63$ ; $p < 0,01$ ) en EAT-D ( $\eta^2 = 0,52$ ; $p < 0,01$ ).
Keng <sup>7</sup>	RCT	Algemene bevolking; n = 55 (21,1; ?)	AN, BN, BED (full-/sub-threshold)	4 maal na interventie	10 min mindful breathing. Controle: rust	BISS, IAT; EDDS, MDEU	Trend van daling expliciete BD na interventie ( $d = 0,32$ ; $p > 0,05$ ). Geen verandering van impliciete BD
Morgan <sup>20</sup>	Interventie	Residentieel; n = 55 (28,4; 18,4)	AN	10 w	BAT-10, 10x 1x/w	EDE-Q (WC, SC, EC, R), BCQ, BIAQ, PASTAS; EDEQOL, PE	Vermindering WC en SC ( $p < 0,01$ ). Reductie PASTAS ( $p = 0,016$ ), BCQ ( $p < 0,01$ ) en BIAQ ( $p < 0,01$ ).
Pacanowski <sup>17</sup>	RCT	Residentieel; n = 38 (26,8; 19,8)	AN (58%), BN (21%), EDNOS (21%)	5 d	yoga: 60 min, 5x 1x/d. Controle: residentieel activiteit, vrije tijd	EDE-Q (WC, SC, EC, R); EAQ, PANAS, HAM-A	Dalende trend EDE-Q ( $\eta^2 = 0,04$ ; $p = 0,24$ ). Dalende trend WC ( $\eta^2 = 0,06$ ; $p = 0,14$ ) en SC ( $\eta^2 = 0,03$ ; $p = 0,3$ )
Ostermann <sup>18</sup>	Casus	Residentieel; n = 1 (38; 15,8)	AN	Eénmalig	yoga: 1x/w	PE	Meer bewustzijn en acceptatie van het lichaam

\*Schalen gericht op lichaamsbeleving zijn vetgedrukt.

BMI: body mass index (kg/m<sup>2</sup>); effectgrootte ( $\eta^2$  of cohens d); significantie (p); RCT: gerandomiseerde gecontroleerde trial; AN: anorexia nervosa; BN: bulimia nervosa; EDNOS: eating disorder not otherwise specified; ARFID: avoidant restrictive food intake disorder; BED: binge eating disorder; AMBR: attunement in mind, body and relationship; YBI: yoga and body image program; BAT-10: Body-image therapy; EDI-2/3: Eating Disorder Inventory-3rd edition (DT: drive for thinness; BD: body dissatisfaction; B: bulimia; IA: interoceptive awareness; I: ineffectiveness; ID: interpersonal distrust; MF: maturity fears; A: ascetism; IR: impulse regulation; SI: social insecurity; P: perfectionism); BI-AAQ: Body Image Acceptance And Awareness Questionnaire; EDE-Q: Eating Disorders Examination-Questionnaire (WC: weight concern; SC: shape concern; EC: eating concern; R: restraint; FP: food preoccupation); EATDS: Eating Attitudes Thoughts and Defusion Scale; EAQ: Emotional Avoidance Questionnaire; PHLMS: Philadelphia Mindfulness Scale (present-moment awareness en non-judging acceptance); BDI: Beck Depression Inventory; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; BAQ: Body-Awareness Questionnaire; SOQ: Self-Objectification Questionnaire; HAM-A/D: Hamilton Rating Scale for Anxiety/Depression; TAS-20: Toronto Alexithymia Scale; BSQ: Body Shape Questionnaire (10 kwantitatief en 5 kwalitatief); EAT-26: Eating Attitudes Test (D: dieting; B: bulimia; FP: food preoccupation); SOM: State Of Mind Questionnaire; BISS: Body Image State Scale; IAT: Implicit Body Dissatisfaction; EDDS: Eating Disorder Diagnostic Scale; MDEU: Maladaptive Disordered Eating Urge (visueel-analoge schaal); BCQ: Body Checking Questionnaire; BIAQ: Body Image Avoidance Questionnaire; PASTAS: Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale; EDQOL: Quality Of Life In Eating Disorders; PE: patient experience; EAQ: Emotional Avoidance Questionnaire; PANAS: Positive and Negative Affect Schedule; FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire (nr: non-reactivity; o: observing; a: acting with awareness).

In enkele studies gebruikt men korte interventies waarvan we nauwelijks resultaat kunnen verwachten op een hardnekkig thema als lichaamsbeleving bij patiënten met eetstoornissen.<sup>7,11,17</sup> Onderzoek toont bovendien aan dat de doeltreffendheid van de onderzochte interventies mede afhankelijk is van vooraf bestaande 'trait'-mindfulness die, zoals reeds vermeld, verschilt tussen patiënten met AN en gezonde controlepersonen.<sup>7,8,12,14</sup>

De evaluatie van de impact op lichaamsbeleving wordt slechts in vier studies middels specifieke lichaamsgerichte meetinstrumenten beoordeeld.<sup>7,11,20,22</sup> In de overige maakte men gebruik van de onderdelen van globale eetstoornisschalen als beste alternatief. Hiernaast werken op één na alle studies met expliciete symptoomschalen gebaseerd op zelfrapportages. Door factoren zoals ontkenning, miskenning van egosyntone symptomen en sociale wenselijkheid zijn deze schalen gevoelig voor responsbias in de beoordeling van iets fundamenteels zoals de lichaamsbeleving bij AN.<sup>7</sup>

Slechts in één onderzoek werd een beoordeling geïncorporeerd van de impliciete ontevredenheid over het lichaam via de *Implicit Associations Test*.<sup>7</sup> Deze peilt automatische en oncontroleerbare cognities over het lichaamsbeeld en is bijgevolg minder gevoelig voor subjectieve bias. In dit onderzoek naar mindfulness werd in tegenstelling tot verbeterde expliciete lichaamsbeleving geen verbetering gevonden in de impliciete lichaamsbeleving.<sup>7</sup>

Daarom dient men in toekomstig onderzoek gebruik te maken van langduriger mindfulness- en yoga-interventies en het resultaat op lichaamsbeleving middels specifieke vragenlijsten te evalueren per diagnostische subgroep.

## CONCLUSIE

Een verstoord lichaamsbeeld vormt bij de diagnose van anorexia nervosa (AN) een belangrijk onderdeel van het ziektebeeld. In de klinische presentatie leidt dit tot

symptomen zoals ontevredenheid over het lichaam, verstoorde perceptie van de eigen dimensies en preoccupatie met lichaamsgewicht, -vorm en vermagering. In deze systematische literatuurstudie onderzochten we via een kwalitatieve analyse het therapeutisch effect van mindfulness en yoga, twee non-verbale interventies, op de verstoorde lichaamsbeleving bij patiënten met AN. We vonden evidentie voor een omgekeerde correlatie tussen mindfulnessfacetten en eetstoornissymptomen bij patiënten met AN. Zowel training in mindfulness als yoga toont het potentieel om positieve veranderingen te induceren in het verstoord lichaamsbeeld, ondanks de uitdagingen die gepaard gaan met toegenomen aandacht op het eigen lichaam. De interventies leiden tot een verbetering van symptomen zoals preoccupatie en ontevredenheid met het lichaam en de drang tot vermagering. Hierbij verminderden specifiek de angst voor en de vermijding van het lichaam. Patiënten getuigen zelf van verhoogde lichamelijke bewustwording waardoor ze hun negatieve aannames over het lichaam kunnen uitdagen met een toegenomen aanvaarding tot gevolg.

De werking achter deze interventies konden we niet afleiden vanuit de onderzochte literatuur. We hebben gepoogd om het mechanisme te conceptualiseren via een verbetering van de interoceptie of via het loskomen uit negatieve lichaamsrepresentaties, maar zonder sluitend antwoord. De methodologie van de studies vormt hierbij een beperkende factor. Bijgevolg lijkt het aangegeven om in een populatie met AN te werken met langduriger interventies en gepaster meetinstrumenten om te beoordelen welke aspecten van de lichaamsbeleving beïnvloed worden.

Het gebruik van mindfulness en yoga blijkt in de klinische praktijk een meerwaarde te zijn ter behandeling van een verstoord lichaamsbeleving als centraal element bij AN. Wel is het belangrijk dat we deze interventies als complementair beschouwen aan andere behandeling van het lichaamsbeeld en globale eetstoornissymptomen.

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.