

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Ontevreden over uw lichaam? Voor de spiegel! En dan? Exposure aan wat eigenlijk?

Anita Jansen¹, Vera Voorwinde², Yvette Hoebink², Marlies Rekkers³, Carolien Martijn⁴ en Sandra Mulkens⁵

SAMENVATTING

Mensen met eetstoornissen zijn vaak intens ontevreden over hun lichaam, niet zelden hebben ze een enorme afkeer van het eigen lijf. Uit studies naar de effectiviteit van behandelingen blijkt dat aanhoudende lichaamsontevredenheid aan het einde van een behandeling de kans op terugval in het gestoorde eetgedrag vergroot. Het is dus zaak om iets aan die ontevredenheid te doen. Wij gaven jonge vrouwen die ontevreden waren met hun lichaam een 'lekker-in-je-vel' training, die bestond uit herhaalde langdurige blootstelling aan het eigen bijna blote lichaam in een spiegel. De aandacht van de helft van de patiënten werd daarbij uitsluitend gericht op haar aantrekkelijkste lichaamsdelen (positieve exposure) terwijl de aandacht van de andere helft juist werd gericht op haar onaantrekkelijkste lichaamsdelen (negatieve exposure). Ons idee was dat het automatiseren van aandacht voor mooie lichaamsdelen tijdens positieve exposure tot betere resultaten (meer lichaamstevredenheid) zou leiden dan de habituatie aan onaantrekkelijke delen tijdens negatieve exposure. Of dit ook zo uitpakte leest u hieronder.

INLEIDING

Spiegelexposure vormt vaak een onderdeel van eetstoornisbehandelingen. Een patiënt staat enige tijd (hoe lang?) voor de spiegel, al dan niet schaars gekleed, en kijkt naar haar spiegelbeeld. Vaak zitten andere patiënten in een

1 Hoogleraar Experimentele Klinische Psychologie, Clinical Psychological Science, Universiteit Maastricht

2 Ten tijde van de studie: master student Health & Social Psychology, Universiteit Maastricht

3 GZ Psycholoog & psychomotorisch therapeut, Maatschap De Praktijk, Amsterdam

4 Universitair Hoofddocent, Clinical Psychological Science, Universiteit Maastricht

5 Klinisch psycholoog-psychotherapeut en supervisor VGCT en Universitair Docent, werkzaam bij Riagg Maastricht & Clinical Psychological Science, Universiteit Maastricht

halve kring achter de gespiegelde patiënt. De patiënt vertelt wat ze ziet en wat er door haar heen gaat. De behandelaar reageert hier op, en ook de andere patiënten vertellen wat ze zien en denken. Hoewel de procedure niet overal identiek is en het ook niet helemaal duidelijk is wat er precies gezegd en gedaan wordt tijdens de exposure, wordt dit 'spiegelen' frequent toegepast in de klinische praktijk. Het lijkt een onmisbare component van de behandeling want patiënten met eetstoornissen zijn, zodra zij een gewicht hebben dat neigt tot het normale, uiterst ontevreden over hun lichaam. Zij vinden zichzelf dik en lelijk en onaantrekkelijk, en hun negatieve lichaamsbeeld bepaalt sterk hun algemene zelfwaardering - die dus doorgaans laag is. Voor de meeste patiënten is die intense ontevredenheid met het lichaam reden om flink af te vallen of om verwoede pogingen daartoe te doen; er zijn aanwijzingen dat intense lichaamsontevredenheid een voorname rol in de ontwikkeling en instandhouding van eetstoornissen speelt (zie bijvoorbeeld Stice & Shaw, 2002; Wilson, Fairburn & Agras, 1997). In enkele studies werd gevonden dat de mate van ontevredenheid over het eigen lichaam een sterke voorspeller van terugval is. Eetstoornispatiënten die aan het einde van een behandeling nog erg ontevreden over hun eigen lichaam zijn, blijken een aanzienlijk grotere kans te hebben om terug te vallen dan patiënten die tevredener zijn (Fairburn, Peveler, Jones, Hope & Doll, 1993). Het is dus zaak om iets aan het negatieve lichaamsbeeld te doen.

De vraag is: wat precies? Het beoogde doel van exposure aan het eigen lichaam is dat patiënten een positiever lichaamsbeeld krijgen, dat ze blijer worden met hun eigen uiterlijk. Naast dat het nog niet helemaal duidelijk is of dat doel door middel van exposure wel bereikt wordt, is het ook de vraag *waarom* exposure aan het eigen lichaam veranderingen in tevredenheid zou bewerkstelligen, en hoe zo'n exposure dan precies uitgevoerd moet worden. Deze vragen staan centraal in dit artikel.

In het laboratorium gingen wij eerst eens na wat het effect van een eenmalige korte exposure op de visuele aandacht (kijkgedrag) en de beleving van aantrekkelijkheid is. Een subklinische groep eetstoornispatiënten die blootgesteld werd aan haar lichaamsbeeld bleek de aandacht vooral te richten op haar onaantrekkelijkste lichaamsdelen. Gezonde vrouwen daarentegen kijken vooral naar wat ze erg aantrekkelijk aan zichzelf vinden (Jansen, Nederkoorn & Mulkens, 2005). Ook vonden we dat proefpersonen die ontevreden zijn over hun uiterlijk steeds tevredener worden als zij in de spiegel enkele minuten lang naar hun eigen gezicht kijken, terwijl tevreden proefpersonen juist het tegengestelde laten zien: zij worden juist steeds blijer met hun gezicht als ze een tijdje in de spiegel naar hun eigen gezicht kijken (Mulkens & Jansen, 2009). Spiegelkijken lijkt het beeld dat iemand van zichzelf heeft dus te versterken. Daaruit zouden we kunnen afleiden dat als kwetsbare personen – zoals patiënten met eetstoornissen – in de spiegel naar zichzelf kijken, en dat is precies wat er tijdens het klinische 'spiegelen' gebeurt, hun (gepercipieerde) aantrekkelijkheid zienderogen afneemt.

Of dit ook zo is, onderzochten we in een tweetal experimentele exposure-studies. Gezonde studenten werden getraind in het kijken naar hun *onaantrekkelijkste* of *aantrekkelijkste* lichaamsdelen (Smeets, Jansen & Roefs, 2011). Het kijkgedrag – en dus de aandacht voor de lichaamsdelen – werd gemanipuleerd via de computer en gecontroleerd 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 een stimulus die in beeld kwam te zoeken, en om dan zo snel mogelijk de vorm of kleur van die stimulus te benoemen. Wat de proefpersoon niet in de gaten had, was dat die stimulus in 90% van de gevallen in de *onaantrekkelijkste* lichaamsdelen terecht kwam (conditie 1) of – in 90% van de gevallen – in de *aantrekkelijkste* lichaamsdelen (conditie 2). Intussen registreerden we oogbewegingen, en pas als het apparaat bevestigde dat de proefpersoon naar het juiste lichaamsdeel keek (dat deel waar de stimulus in terecht kwam), dan lichtte het bewuste lichaamsdeel op; het werd goed zichtbaar en de oogbewegingen verzekerden ons ervan dat de proefpersoon er naar keek. Zo werd de ene groep 20 minuten lang getraind in het kijken naar haar *onaantrekkelijkste* lichaamsdelen, terwijl de andere groep 20 minuten lang werd getraind in het kijken naar haar *aantrekkelijkste* lichaamsdelen. Voor en na werd gemeten hoe tevreden de proefpersoon over haar eigen lichaam was.

De groep die getraind werd in het kijken naar *onaantrekkelijke* lichaamsdelen, zonder dit zelf in de gaten te hebben, was na afloop van de training aanzienlijk minder tevreden over haar eigen lichaam. Werden proefpersonen echter getraind in het voortdurend kijken naar de eigen mooie lichaamsdelen, dan werden zij door die ‘positieve kijktraining’ aanzienlijk blijer met hun eigen lichaam als zij op voorhand niet zo tevreden over hun eigen lichaam waren (Smeets et al., 2011). Onze conclusie luidde: wie vooral aandacht besteedt aan haar *onaantrekkelijke* lichaamsdelen wordt minder tevreden met het eigen lichaam, wie daarentegen vooral aandacht besteedt aan haar *aantrekkelijke* delen wordt juist tevredener met het eigen lichaam.

Een verwachting die uit deze reeks experimenten voortvloeit, is dat het nogal uitmaakt waar eetstoornispatiënten tijdens de exposure naar kijken. Het succes van de exposure zou wel eens bepaald kunnen worden door de focus van aandacht. Wie vooral aandacht besteedt aan wat ‘lelijk’ gevonden wordt, zal daar geen beter lichaamsbeeld van krijgen. Wie daarentegen aandacht besteedt aan wat ‘mooi’ is, zal juist positiever over het eigen lichaam gaan denken. Het lijkt dus nuttig om tijdens de exposure veel aandacht aan mooie lichaamsdelen te besteden en de als *onaantrekkelijk* gepercipieerde delen te negeren. Patiënten met eetstoornissen doen dat niet vanzelf, immers hun natuurlijke neiging is om te kijken naar alles wat ‘lelijk’ is aan zichzelf (Jansen et al., 2005). Ze zouden geholpen kunnen worden door een behandelaar die tijdens de blootstelling de aandacht van de lichaamsontevreden patiënt op haar *aantrekkelijkste* lichaamsdelen richt (zie bijvoorbeeld Rekkers, 2005).

In de literatuur vonden wij slechts een handvol studies naar de effecten van herhaalde lichaamsexposure op de lichaamstevredenheid van patiënten met eetstoornissen. Delinsky en Wilson (2006) vergeleken een op mindfulness gebaseerde spiegelexposure met een niet-directieve controlebehandeling in een niet-klinische groep die erg ontevreden met haar eigen lichaam was. Men mocht zichzelf niet evalueren, moest emoties zo gelaten mogelijk ondergaan en niet onderdrukken. Dit hielp inderdaad om zich minder zorgen over het lichaam te maken, maar het verhoogde de lichaamstevredenheid niet. Hoewel de statistische analyse van Key en collega's (2002) geen schoonheidsprijs verdient, en het aantal patiënten erg klein was (6 in de ene en 9 in de andere groep), suggereren hun pilot bevindingen dat de toevoeging van 8 wekelijkse spiegelexposure sessies (+ exposure huiswerk) aan een reguliere behandeling voor anorexia nervosa tot een toename van de tevredenheid met het eigen lichaam kan leiden. Ook een kleine groep obese adolescenten profiteerde van 6 sessies lichaamsexposure (Jansen, Bollen, Tuschen-Caffier, Roefs, Tanghe & Braet, 2008) en vrouwen met overgewicht en een eetbuistoornis hadden profijt van 2 sessies lichaamsexposure (Hilbert, Tuschen-Caffier & Vögele, 2002). In de laatste twee studies ging het om patiënten met objectief overgewicht en de exposure was gericht op het neutraal leren beschrijven van het eigen lichaam, zonder daarbij te evalueren. Recent werd in een groep lichaamsontevreden studenten met een gezond gewicht onderzocht of het neutraal leren beschrijven van het eigen lichaam effectiever is dan 'mere exposure' aan het eigen spiegelbeeld (Moreno-Domínguez, Rodríguez-Ruiz, Fernández-Santaella, Jansen & Tuschen-Caffier, 2012). Tijdens de 'mere exposure' werd de proefpersoon geïnstrueerd om de gevoelens die het kijken naar het lichaam oproept te laten komen en te ervaren. Zij mocht niet actief proberen om een einde aan die gevoelens te maken. Elke groep kreeg 5 exposure sessies van 40 minuten. Het bleek dat de 'mere exposure' effectiever was dan het neutraal leren beschrijven: proefpersonen werden tevredener over hun lichaam door 'mere exposure' dan door het lichaam op neutrale wijze te beschrijven. Luethcke, McDaniel en Bekker (2011) vergeleken onlangs drie vormen van spiegelexposure: een op mindfulness gebaseerde exposure waarin de kandidaat een accepterende houding aanneemt, een exposure waarin de proefpersoon zichzelf neutraal beschrijft, en een exposure waarin proefpersonen positief moesten zijn over het uiterlijk of de functie van een lichaamsdeel. De interventie bestond uit twee sessies en in alle condities verbeterde de stemming en verminderden de eetstoornissymptomen. Maar alleen de groep die haar lichaam positief had beschreven liet een significante toename in tevredenheid met haar lichaamsdelen zien.

Die laatste bevinding strookt met wat onze experimentele studies suggereerden: iemands lichaamsbeeld verbetert het meest door veel aandacht te besteden aan de mooie delen van het eigen lijf en door de lelijke delen te negeren. In dit artikel beschrijven we een pre-klinische experimentele studie

waarin we onderzochten of het inderdaad beter is om tijdens de exposure te navigeren over hoge toppen dan door diepe dalen. Gezien onze experimentele bevindingen (Jansen et al., 2005; Smeets et al., 2011) en de effecten van Luethcke et al. (2011) luidde onze hypothese dat, tijdens exposure, het voortdurend focussen van iemands aandacht op haar aantrekkelijkste lichaamsdelen (positieve exposure) tot een significant positiever lichaamsbeeld zou leiden dan het focussen van iemands aandacht op haar onaantrekkelijkste lichaamsdelen (negatieve exposure).

METHODE

Ethiek, setting & design

De studie werd getoetst en goedgekeurd door de ethische commissie van de Maastrichtse faculteit Psychologie en Neurowetenschappen. Informed consent werd aan het begin van het onderzoek verkregen van elke deelnemer. Na het invullen van de vragenlijsten tijdens de voormeting werden de scores op alle vragenlijsten direct zorgvuldig bestudeerd. In geval van erg hoge scores volgde er een gesprek waarin werd nagegaan of het veilig en verstandig leek om deel te nemen aan dit onderzoek of dat het beter was om dit niet te doen.

De training vond plaats op de universiteit Maastricht in een laboratorium met een hoge en brede spiegelwand. De behandelaars waren Maastrichtse psychologiestudenten die hun masterthesis over dit onderzoek schreven (VV & YH). Voorafgaande aan het onderzoek werden zij door AJ, SM en MR uitgebreid getraind in de uitvoering van beide vormen van protocollaire exposure.

Tijdens de eerste sessie vond de intake en voormeting plaats. Daarna volgden 5 exposure sessies van 30 minuten, verspreid over 2 tot 3 weken. Direct na de laatste exposure sessie vond de nameting plaats. Een maand na de laatste sessie + nameting volgde de follow-up meting.

Proefpersonen

Vrijwel alle Maastrichtse psychologiestudenten nemen aan het begin van het eerste jaar deel aan een uitgebreide screening. Als onderdeel van die screening vullen zij een vragenlijst over lichaamstevredenheid in; de 'mijn uiterlijk' vragenlijst (Bouman, 1999). Deze gevalideerde lijst meet in welke mate men tevreden is met 31 lichaamsdelen. Ook biedt de lijst informatie over gedrags- en cognitieve correlaten van tevredenheid over het uiterlijk. De lijst discrimineert tussen patiënten met Body Dysmorphic Disorder (BDD) en gezonde mensen (Bouman, 1999). Vrouwelijke eerste- en tweedejaars studenten die hoog scoorden op deze lijst (top 20%) en daarbij een normaal gewicht rapporteerden (Body Mass Index (BMI) tussen 19 en 25) werden via e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan onze 'lekker-in-je-vel' training. Van de 27 geïnteresseerden bleken er vier tijdens de intake niet echt ontevreden met hun lijf en één kandidaat was naar ons oordeel te depressief (BDI score > 30) om mee te doen

aan deze experimentele training op de universiteit. Laatstgenoemde werd doorverwezen naar de GGZ. Uiteindelijk deden er 22 jonge vrouwen mee aan de training en het onderzoek. Na afloop van het onderzoek werd een proefpersoon vanwege een eetstoornis doorverwezen naar de RIAGG Maastricht voor een gespecialiseerde eetstoornisbehandeling.

De gemiddelde leeftijd was 19,8 jaar ($SD = 1,5$, range 18 - 23) en de gemiddelde BMI was 23,5 ($SD = 2,4$, range 18 - 29; 3 personen BMI > 25). Dat drie proefpersonen een BMI groter dan 25 hadden kan iets zeggen over de betrouwbaarheid van zelfrapportage (tijdens de screening) maar omdat de screening enige tijd voorafgaande aan dit onderzoek plaatsvond (variërend tussen de 6 en 18 maanden), was verandering van gewicht tussen screening en onderzoek uiteraard ook mogelijk. De mensen met een BMI groter dan 25 mochten gewoon mee doen; twee ervan hadden een BMI net boven de 25 en lager dan 26, een had een BMI van 29. We hadden geen empirische reden om te veronderstellen dat deze proefpersonen met (een beetje) overgewicht niet zouden kunnen profiteren van de exposure om zichzelf aantrekkelijker te gaan vinden en vonden het sneu om ze alsnog van deelname uit te sluiten toen aan het einde van de voormeting duidelijk werd dat zij een BMI > 25 hadden. De proefpersonen werden random verdeeld over beide condities (positieve vs. negatieve exposure). Deelnemers binnen beide condities verschilden niet in leeftijd en BMI.

Eerste bijeenkomst

Aan het begin van de eerste bijeenkomst werden de vragenlijsten ingevuld (voormeting). Ook werd er een 'aantrekkelijkheids hiërarchie' van lichaamsdelen opgesteld: elke patiënt gaf 33 lichaamsdelen van zichzelf een rapportcijfer tussen 0 (zeer negatief) en 10 (zeer positief). Blootstelling aan de 8 hoogst gescoorde lichaamsdelen vond plaats in de positieve exposure, blootstelling aan de 8 laagst gescoorde lichaamsdelen vond plaats in de negatieve exposure. Als er in dit artikel gesproken wordt van aantrekkelijke/positieve/mooie of onaantrekkelijke/negatieve/lelijke lichaamsdelen, dan is dat zo volgens de proefpersoon. Het gaat steeds om haar perceptie van wat positief en negatief, mooi en lelijk, aantrekkelijk en onaantrekkelijk is.

Na het opstellen van de hiërarchie volgde uitleg van de rationale. In de positieve exposure werden de bevindingen uitgelegd die tonen dat selectief kijkgedrag, naar uitsluitend onaantrekkelijke delen, leidt tot lichaamsontevredenheid terwijl selectief kijken naar aantrekkelijke delen leidt tot meer tevredenheid. In de negatieve exposure werd het habituatiemodel uitgelegd. Verteld werd dat het vermijden van confrontatie met het eigen lichaam de ontevredenheid vergroot en dat langdurige blootstelling zonder vermijding nodig is om de negatieve gevoelens te laten uitdoven. Daarna werd de praktische procedure van de interventie besproken (aantal sessies, procedure tijdens de sessies, kleding en huiswerkopdrachten). Tot slot werd de geloofwaardigheid van de behandeling gescoord. Tabel 1 toont dat beide exposurevarianten

even geloofwaardig waren. Opmerkelijk is dat de proefpersonen in beide condities er van tevoren niet heel veel vertrouwen in hadden dat deze training hen van hun lichaamsontevredenheid af zou kunnen helpen.

Tabel 1: Verwachtingen over de therapie

	positieve (n=11)	negatieve (n=11)	t (20)
Hoe logisch?	7.0 (1.4)	7.0 (1.0)	0 (NS)
Hoeveel vertrouwen?	5.1 (1.5)	6.2 (2.0)	1.4 (NS)
Aanraden?	6.5 (1.4)	7.0 (1.6)	0.9 (NS)

Op een schaal van 1 tot 9 (1 = helemaal niet/helemaal geen, 9 = buitengewoon/buitengewoon veel) werden de volgende vragen beantwoord: 1) hoe *logisch* lijkt deze training voor u te zijn, 2) hoeveel *vertrouwen* heeft u er in dat deze training u van uw lichaamsontevredenheid afhelpt, en 3) in hoeverre zou u deze training *aanraden* aan een vriendin met soortgelijke problemen.

Positieve exposure

Tijdens de 'positieve' training (5 sessies) werd de aandacht exclusief op de aantrekkelijkste lichaamsdelen gericht met als doel om een 'positieve aandachts-bias' te induceren en automatiseren. Bijkomend doel was het uitdoven van gevoelens van spanning, schaamte en gene die gepaard gaan met positief denken en praten over het eigen lichaam. Per keer stonden 2 lichaamsdelen uit de hiërarchie met de 8 hoogst gewaardeerde lichaamsdelen centraal – begonnen werd met het lichaamsdeel waar de proefpersoon het makkelijkst naar kon kijken en over kon praten. Geoefende lichaamsdelen werden de sessies erna steeds herhaald. De proefpersoon moest het betreffende lichaamsdeel positief beschrijven en aangeven waarom het aantrekkelijk / mooi gevonden werd. Beschreven werd wat er precies zo mooi aan het lichaamsdeel was, gevolgd door positieve aandacht voor de vorm, functie, kleur, symmetrie, gezondheid, gevoel, etcetera van het lichaamsdeel. De behandelaar corrigeerde de proefpersoon als zij niet in de ik-vorm sprak, als zij haar schoonheid relativeerde en als haar aandacht niet op de juiste lichaamsdelen was gericht. Er werd door de behandelaar voortdurend positief bekrachtigd en samengevat. Bij elk lichaamsdeel werd een kernwoord bedacht en genoteerd, bijvoorbeeld prachtig, schitterend, kleurrijk, elegant, vrouwelijk, mooi gevormd, krachtig, enzovoort. Na elke sessie was er ook een huiswerkopdracht; dagelijks gericht kijken naar de mooie lichaamsdelen die geoefend waren en ze positief beschrijven. Ook was er elke keer nog een specifieke opdracht: 1) het bedenken en opschrijven van 30 synoniemen voor het woord mooi, 2) het bedenken van 10 positieve zinnen over het eigen uiterlijk, 3) het maken van een positieve spiegel (een spiegel versieren met foto's, plaatjes en teksten die de proefpersoon een goed gevoel over zichzelf zouden geven), 4) het maken van een collage met plaatjes van lichamen, lichaamsdelen, modellen en vrouwen die minder mooi zijn dan de proefpersoon. De huiswerkopdrachten hadden tot doel om de proefpersoon

ook thuis met haar lichaam bezig te laten zijn, op een manier die goed paste bij de positieve exposure.

Negatieve exposure

Tijdens de 'negatieve' training (5 sessies) werd de aandacht van de proefpersoon exclusief gericht op de onaantrekkelijkste lichaamsdelen, met als doel dat de daarmee gepaard gaande emoties, zoals verdriet en angst maar ook walging en afschuw, zouden uitdoven. Per keer stonden 2 lichaamsdelen uit de hiërarchie met de 8 laagst gewaardeerde lichaamsdelen centraal – begonnen werd met het deel waar de proefpersoon het makkelijkst naar kon kijken en over kon praten. De behandelaar stelde vragen over wat de proefpersoon zag en voelde. De behandelaar hield goed in de gaten of de proefpersoon goed bleef kijken, haar aandacht er wel bij hield en zichzelf niet afleidde. Ze zorgde er voor dat de proefpersoon bleef kijken naar haar minst aantrekkelijke lichaamsdelen en dat zij haar gevoelens niet uit de weg ging. Ze corrigeerde de proefpersoon ook als haar aandacht niet op de juiste lichaamsdelen was gericht. De proefpersoon praatte over het lichaamsdeel, beschreef het lichaamsdeel, en sprak over de emoties die het lichaamsdeel opriep. Er werd door de behandelaar veel positief bekrachtigd ('heel goed gedaan') en steeds goed samengevat. Bij elk lichaamsdeel werd een kernwoord bedacht en genoteerd. Na elke sessie was er een huiswerkopdracht; elke keer werd er afgesproken dat er dagelijks geoefend zou worden van wat er in de sessie was gedaan: gericht kijken naar de onaantrekkelijkste lichaamsdelen die geoefend waren en de bijbehorende emoties ervaren. Ook was er elke keer een specifieke opdracht: 1) het bedenken en opschrijven van 30 emoties en bijpassende synoniemen, 2) het bedenken van 10 zinnen die de emoties beschrijven die bij het kijken naar het eigen lichaam optreden, 3) het maken van een spiegel (een spiegel versieren met foto's, plaatjes en teksten die o.a. met het eigen lichaam van de proefpersoon te maken hebben), 4) het maken van een collage met foto's van de proefpersoon, ook foto's waar zij niet blij mee is. De huiswerkopdrachten hadden tot doel om de proefpersoon ook thuis met haar lichaam bezig te laten zijn, op een manier die goed paste bij de negatieve exposure.

In de eerste exposure sessie werd de proefpersoon in gedachten (in vitro) blootgesteld aan haar eigen lichaam, tijdens de daarop volgende 4 sessies (2 t/m 5) vonden de sessies plaats voor een grote spiegel, in eigen bh en onderbroek of bikini. De daadwerkelijke exposure duurde 30 minuten. Tussen de sessies door maakte de proefpersoon huiswerk. Beide behandelaars gaven beide trainingen.

Metingen

Voor en na de training en een maand later (follow-up) gaf de proefpersoon een cijfer (0 - 10) voor haar eigen lichaam. Ook werden verschillende andere

aspecten van het lichaamsbeeld gemeten: de neiging om de omvang van het eigen lichaam steeds te controleren (Body Checking Questionnaire (BCQ); Reas, Whisenhunt, Netemeyer & Williamson, 2002), de neiging om confrontatie met het eigen lichaamsbeeld te vermijden (Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ); Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991), enkele aan het lichaamsbeeld gerelateerde cognitieve schema's (Appearance Schemas Inventory-Revised (ASI-R); Cash, Melnyk & Hrabosky, 2004) en de mate van piekeren over eigen lichaamsvormen (EDEQ; Fairburn & Beglin, 1994). Tevens werden stemming en zelfwaardering gemeten met Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 2002) en de Rosenberg Self-esteem Vragenlijst (RSE; Rosenberg, 1965).

Tijdens de exposure sessies werd op 100 mm lange horizontale lijnen (Visueel Analoge Schalen; VAS) elke 5 minuten gemeten hoe de proefpersoon zich op dat moment voelde (gespannen, somber, angstig, trots, aantrekkelijk en tevreden met het lichaam; 0 = negatief, 100 = positief). Aan het einde van elke exposure sessie werd nagegaan hoe aantrekkelijk zij haar aantrekkelijkste en haar onaantrekkelijkste lichaamsdeel vond (0 = erg onaantrekkelijk, 100 = erg aantrekkelijk).

RESULTATEN

Voordat we begonnen bleken beide groepen al enigszins van elkaar te verschillen: de groep die positieve exposure kreeg gaf haar eigen lichaam een significant lager cijfer dan de groep die negatieve exposure kreeg ($t(20) = 2.98, p = 0.007$). Ook had de positieve exposure groep een marginaal lagere zelfwaardering ($t(20) = 1.97, p = 0.063$). Op de overige afhankelijke variabelen was er geen verschil op de voormeting.

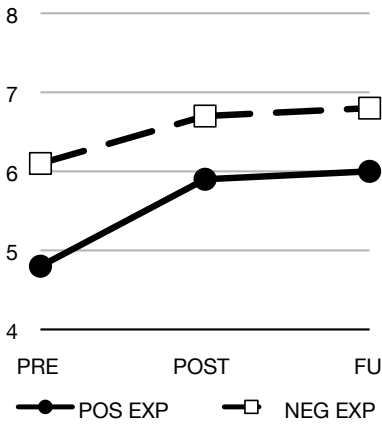
Lichaam

Figuur 1 toont de resultaten op de lichaamsgerelateerde metingen, voor en na de exposure behandeling en tijdens de follow-up een maand later. Het cijfer voor het eigen lichaam (1A) was significant hoger na de training, in beide condities. De variantieanalyse toonde een significant effect van meetmoment ($F(1.47, 29.4) = 14.6, p < 0.001$), en ook van conditie ($F(1,20) = 6.7, p < 0.02$), maar geen significante interactie. De figuur laat zien dat de groep die positieve training kreeg op alle momenten een lager cijfer aan haar eigen lichaam gaf in vergelijking met de groep die negatieve training kreeg, dus ook al voor de training - ondanks de randomisatie (de groep is klein). Het effect van de exposure is evenwel in beide groepen gelijk: beide groepen profiteren even veel van de exposure, de waardering voor het eigen lichaam neemt door de exposure significant toe in beide groepen.

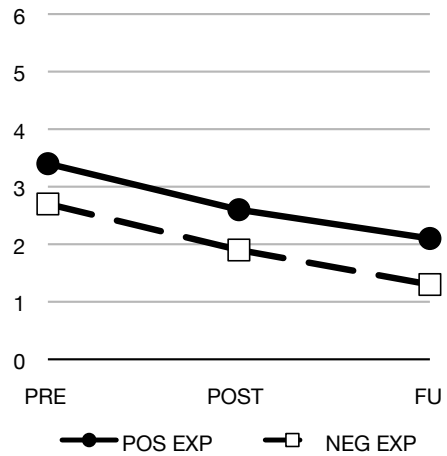
Het piekeren over de eigen lichaamsvormen (1B) nam significant af in beide condities (hoofdeffect meetmoment: $F(1.6, 32.2) = 22.7, p < 0.001$). Er was geen verschil tussen de condities. Zoals in figuur 1C te zien is nam ook het controle-

ren van het lichaam in beide groepen significant af (hoofdeffect meetmoment: $F(1,58, 31.65) = 12.4, p < 0.001$). Ook wordt het kijken naar het eigen lichaam (1D) minder vermeden na afloop van de training (hoofdeffect meetmoment: $F(2,40) = 12.9, p < 0.001$). Opmerkelijk is dat alle gunstige effecten een maand na de exposure nog bestaan. De statistische analyses op de eerste vier lichaamsgerelateerde maten tonen uitsluitend effecten van meetmoment en geen hoofd- of interactie effecten. Dit betekent dat er verbetering optrad, maar dat de verbetering in beide groepen plaatsvond en in beide groepen even sterk was.

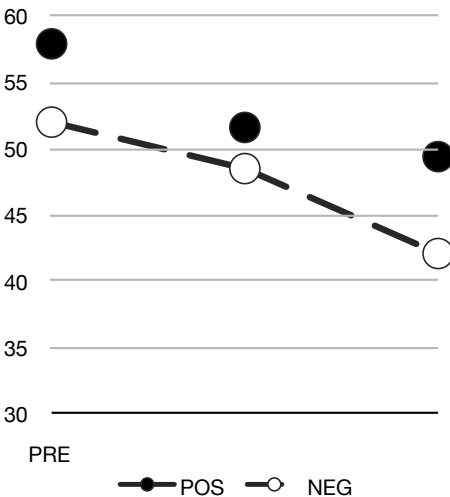
1A: CIJFER VOOR HELE LICHAAM



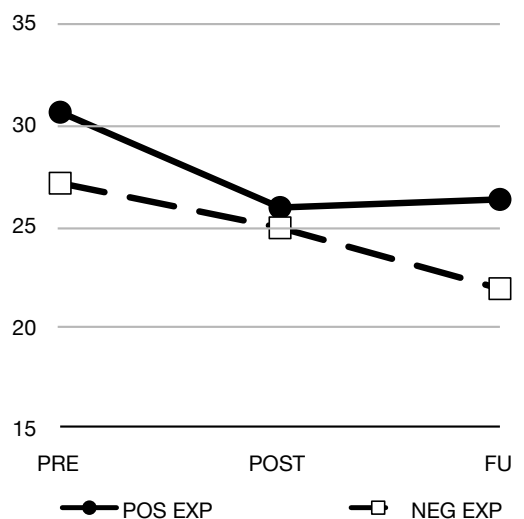
1B: PIEKEREN OVER LICHAAMSVORMEN (EDEQ)



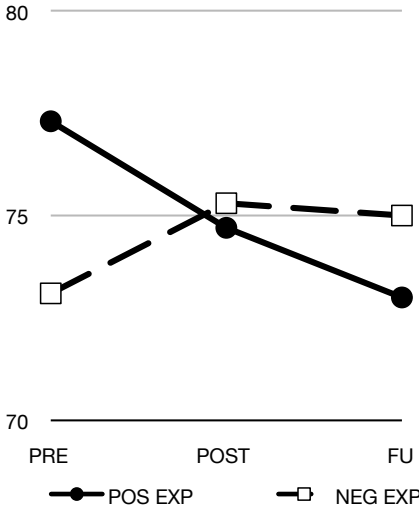
1C: CONTROLEREN LICHAAM (BCQ)



1D: VERMIJDEN LICHAAM (BIAQ)



1E: COGNITIES LICHAAM (ASI-R)



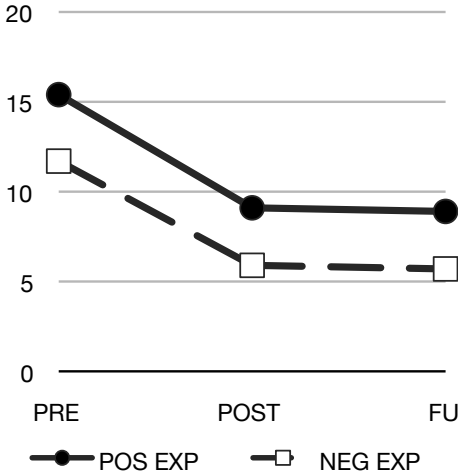
Figuur 1: Lichaamsgerelateerde scores op voormeting (PRE), nameting (POST) en een maand later (FU). 1A: cijfer voor het eigen lichaam, 1B: piekeren over eigen lichaamsvormen (EDEQ), 1C: body checking (BCQ), 1D: body avoidance (BIAQ) en 1E: lichaamsgerelateerde cognities (ASI-R).

De lichaamsgerelateerde cognities (1E) laten iets anders zien. De analyse toont een significant interactie-effect, $F(2,40) = 3.6, p = 0.036$. Figuur 1E illustreert dat de positieve exposure tot verbetering in lichaamsbeeld gerelateerde cognities/schema's leidt terwijl de negatieve exposure juist een verslechtering van die cognities en schema's tot gevolg heeft.

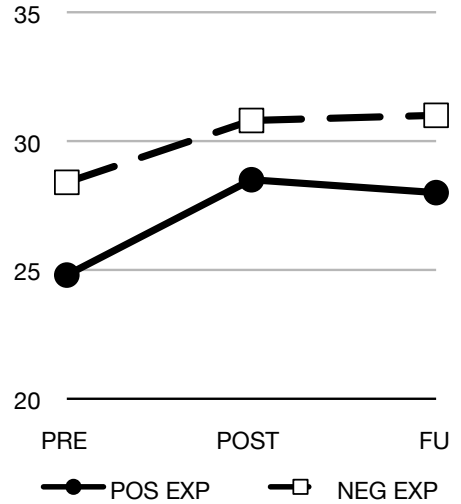
Depressie en zelfwaardering

De zelfwaardering nam toe ($F(1.53, 30.54) = 13.3, p < 0.001$) en depressieve symptomen namen af ($F(2,40) = 24.3, p < 0.001$) na beide vormen van exposure (zie figuur 2). De analyses tonen naast genoemde significante hoofdeffecten voor meetmoment tevens een marginaal significant conditie-effect; dit illustreert dat de groep die de positieve exposure kreeg de neiging had om steeds iets depressiever te zijn ($F(1, 20) = 3.4, p = 0.08$) en een iets lagere zelfwaardering ($F(1, 20) = 3.4, p = 0.08$) te hebben aan het begin van de behandeling en ook aan het einde en bij de followup. Beide groepen verbeteren tijdens de behandeling en de mate van verbetering is voor beide groepen gelijk (geen significante interactie-effecten).

DEPRESSIEVE SYMPTOMEN (BDI)



ZELFWAARDERING (RSE)



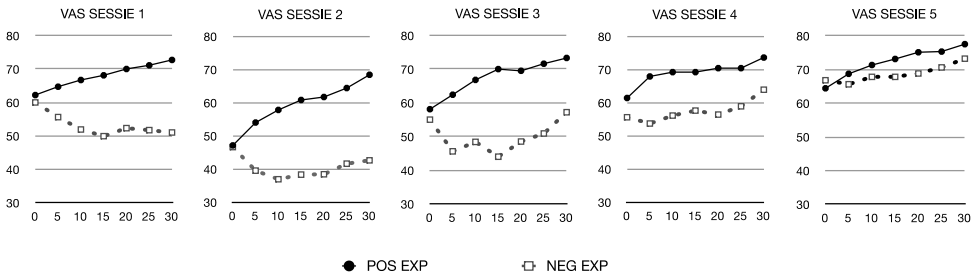
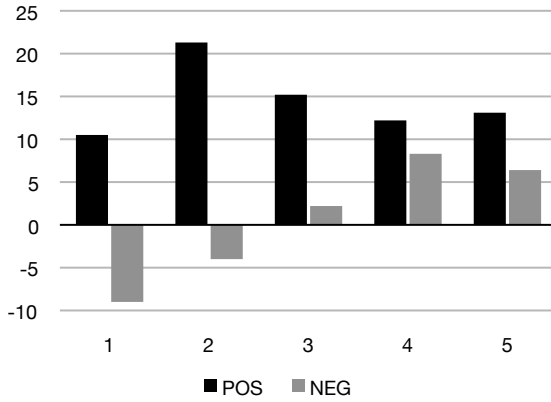
Figuur 2. Depressieve symptomen (BDI) en zelfwaardering (RSE) op voormeting (PRE), nameting (POST) en een maand later (FU).

Emoties tijdens exposure

Tijdens de exposure scoorden proefpersonen elke 5 minuten hoe zij zich op dat moment voelden (spanning, angst, somberheid, aantrekkelijk, tevredenheid met lichaam, trots op zichzelf). De scores op de verschillende schaaltes werden gemiddeld. *Figuur 3* toont het verloop per sessie (onder) en de verschillen tussen het begin en eind van elke sessie (boven). Een positieve verschilscore betekent dat negatieve emoties verminderen tijdens de blootstelling, c.q. dat men zich beter gaat voelen tijdens de exposure. Een negatieve verschilscore betekent dat men zich slechter is gaan voelen tijdens de exposure.

Bij deelnemers aan de positieve exposure leidt elke sessie tot een aanzienlijke toename van positieve gevoelens tijdens de exposure; wie positieve exposure doet wordt daar steeds weer blij van; dat is ook te zien in de grafiek die het verloop weergeeft. De negatieve exposure daarentegen zorgt eerst voor een toename van negatieve gevoelens (sessie 1 en 2), daarna blijven de gevoelens ongeveer gelijk (sessie 3) en vervolgens buigt het patroon om: dan leidt ook de negatieve exposure tot een toename van positieve gevoelens (sessie 4 en 5). De interacties (type exposure x tijd) in de eerste drie sessies zijn significant, de interacties in sessie 4 en 5 zijn niet meer significant. Beide laatste sessies tonen wel een significant hoofdeffect van tijd en dit betekent dat vanaf sessie 4 beide vormen van exposure leiden tot meer positieve gevoelens. Opvallend is dus dat de groep die negatieve exposure doet, het in het begin erg zwaar heeft, maar dat de laatste sessie van beide vormen van exposure een vrijwel gelijk verloop van gevoelens laat zien, gevoelens die steeds positiever worden.

EMOTIES

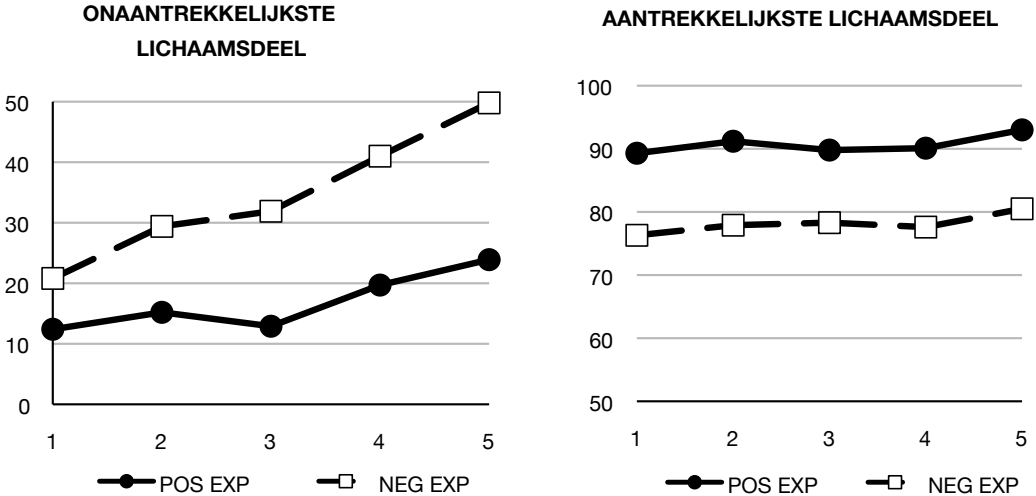


Figuur 3. Boven: gemiddeld verschil in emotie-score tussen begin en eind van de exposure sessies. Een positieve score wijst op een verbetering van emoties tijdens de exposure, een negatieve score wijst op een verslechtering van emoties tijdens de exposure. Onder: het verloop van emoties tijdens de exposure.

Aantrekkelijkste en onaantrekkelijkste lichaamsdeel

De positieve exposure was voortdurend gericht op de aantrekkelijkste lichaamsdelen, zoals gepercipieerd door de proefpersoon. Figuur 4 laat zien dat de groep die positieve exposure kreeg, haar aantrekkelijkste lichaamsdeel steeds significant aantrekkelijker beoordeelt dan de groep die negatieve exposure kreeg (hoofdeffect voor groep: $F(1,15) = 10.1, p = 0.006$). De positieve exposure helpt dus in het nog mooier gaan vinden van het toch al aantrekkelijkste lichaamsdeel. Opvallender echter is wat er gebeurt met het onaantrekkelijkste lichaamsdeel. De negatieve exposure leidde tot een flinke stijging in de gepercipieerde aantrekkelijkheid van het onaantrekkelijkste lichaamsdeel. De stijging in aantrekkelijkheid van het onaantrekkelijkste lichaamsdeel is tijdens de positieve exposure aanzienlijk kleiner (hoofdeffect voor meetmoment: $F(2,33, 32.6) = 7.1, p = 0.002$; hoofdeffect voor type exposure: $F(1,14) = 7.6, p = 0.015$; interactie is net niet significant, $p = 0.11$ waarschijnlijk als gevolg

van een powerprobleem). Deze bevindingen suggereren dat het lichaamsdeel waar de aandacht langdurig op gericht wordt (uiteindelijk) aantrekkelijker gevonden wordt, of het nu om een lichaamsdeel gaat dat in eerste instantie negatief beoordeeld wordt of een lichaamsdeel dat in eerste instantie positief wordt beoordeeld.



Figuur 4: Verloop van aantrekkelijkheid (0 - 100) van het aantrekkelijkste en het onaantrekkelijkste lichaamsdeel.

Tot slot hebben we de proefpersonen weer gevraagd of ze de behandeling zouden aanraden aan een goede vriendin met soortgelijke problemen. Op een schaal van 1 (helemaal niet) tot 9 (buitengewoon) gaven de patiënten aan de positieve exposure een 7.2 ($SD = 1.3$) en de patiënten aan de negatieve exposure een 7.5 ($SD = 2.0$). Dit verschilde niet ($t(20) < 1$). We kunnen daaruit concluderen dat beide vormen van exposure als zinvol ervaren werden.

DISCUSSIE

In deze experimentele pre-klinische studie werd allereerst onderzocht of het richten van de aandacht op aantrekkelijke lichaamsdelen tijdens blootstelling aan het eigen lichaam leidt tot meer lichaamstevredenheid dan het richten van de aandacht op onaantrekkelijke lichaamsdelen. Dit bleek niet het geval. Beide vormen van blootstelling waren effectief en leidden tot significant grotere lichaamstevredenheid, minder 'body checking', minder vermijding en minder piekeren over het eigen lichaam. Alleen de vragenlijst ASI-R, die disfunctionele cognities rondom het lichaamsbeeld pretendeert te meten, toont dat de positieve exposure leidde tot minder disfunctionele cognities terwijl de negatieve exposure juist tot meer disfunctionele cognities leidde.

Interessant is het verloop van gevoelens tijdens de exposure sessies. De positieve exposure was voortdurend prettig om te ervaren, want de gevoelens van de proefpersonen werden tijdens elke blootstelling positiever. De negatieve exposure bleek daarentegen in het begin helemaal niet prettig. De proefpersonen voelden zich tijdens de eerste twee exposuresessies steeds slechter. Beide trainsters meldden soms bezorgd in het klinische logboek dat proefpersonen na de eerste exposuresessies gedeprimeerd naar huis gingen. Die klinische observatie stemt overeen met wat de cijfers zeggen: de blootstelling aan de als onaantrekkelijk gepercipieerde lichaamsdelen maakt aanvankelijk bedroefd. Maar na sessie 3 vond er een omslag plaats: tijdens sessie 4 en 5 leidde de negatieve exposure wel tot een positievere stemming. Dat is belangwekkend: wie langdurig de confrontatie met haar eigen 'onaantrekkelijke' delen aangaat, lijdt daar steeds minder onder en gaat die delen steeds aantrekkelijker vinden. Dat positieve exposure een goed gevoel geeft en tot een betere stemming leidt is niet zo vreemd. Maar dat de proefpersonen door de negatieve exposure uit een dal klimmen door zichzelf te blijven blootstellen is intrigerend. Deze bevinding duidt er op dat lichaamsexposures langdurig moeten zijn en vaak herhaald moeten worden om gunstige effecten te bewerkstelligen. De grafieken die het verloop van gevoelens tijdens de blootstelling reflecteren suggereren dat een blootstelling minimaal 30 minuten moet duren. Dit verklaart wellicht ook waarom de experimentele studies in het laboratorium (Jansen et al., 2005; Smeets et al., 2011) tot verslechtering van de stemming en verminderde aantrekkelijkheid leidden: die experimenten waren eenmalig en kort; klaarblijkelijk te kort om positieve effecten te bewerkstelligen. Dit strookt met bevindingen van Vocks, Legenbauer, Wächter, Wucherer en Kosfelder (2007) die vonden dat een 40 minuten durende exposure in eerste instantie leidde tot een toename van negatieve gevoelens die vervolgens weer langzaam minder werden. Ook in onze studie zien we dat de gevoelens van de proefpersonen aan de negatieve exposure in eerste instantie flink wat slechter worden, en pas veel later verbeteren.

De tweede vraag, *waarom* exposure aan het eigen lichaam veranderingen in tevredenheid zou bewerkstelligen, kunnen we niet precies beantwoorden omdat beide vormen van exposure effectief bleken te zijn. Door middel van de positieve exposure probeerden wij een aandachtsbias voor aantrekkelijke lichaamsdelen te induceren. Of dit werkelijk gelukt is weten we niet want dat hebben we niet gemeten. Een positieve aandachtsbias lijkt echter niet noodzakelijk want de negatieve exposure leidde ook tot verbetering van het lichaamsbeeld. De exposure aan onaantrekkelijke lichaamsdelen leidde tot de verwachte habituatie van negatieve gevoelens. Maar ook die habituatie lijkt niet cruciaal voor verbetering van het lichaamsbeeld; de positieve exposure conditie habitudee aanzienlijk minder en liet toch ook flinke verbetering in lichaamsbeeld zien. We weten kortom niet waarom de exposures effectief zijn. Meer onderzoek naar het proces dat verandering bewerkstelligt is interessant en nodig.

De derde vraag, of en hoe een lichaamsexposure precies uitgevoerd moet worden, kan wel enigszins beantwoord worden. Voor de klinische praktijk zijn de volgende aanbevelingen van belang. Allereerst lijkt het inderdaad belangrijk om patiënten met eetstoornissen in vivo bloot te stellen aan het eigen lichaam. Liefst zo bloot mogelijk. Verschillende studies, waaronder de hier gerapporteerde, tonen aan dat blootstelling aan het eigen lichaam tot een positiever lichaamsbeeld kan leiden. Zowel de positieve als de negatieve exposure, dus blootstelling aan gepercipieerde aantrekkelijke dan wel onaantrekkelijke lichaamsdelen, is effectief. Een tweede aanbeveling is dat vooral negatieve exposures niet te snel moeten stoppen, ook al vindt de patiënt het erg onaangenaam. Deze studie, het verloop van gevoelens, suggereert dat verbetering pas optreedt als de exposure doorgezet wordt, ondanks dat het, in eerste instantie, erg moeilijk en onaangenaam is. Vervolgonderzoek zou moeten nagaan hoe lang een effectieve exposure precies moet duren en hoe belangrijk het voor de verbetering van lichaamsbeeld is om negatieve gevoelens tijdens de blootstelling te laten uitdoven. Vooralsnog adviseren wij om een exposure van ongeveer een half uur te doen. De derde aanbeveling is dat de exposure vaak herhaald moet worden. De eerste paar keren leidt blootstelling aan de als onaantrekkelijk ervaren lichaamsdelen tot aanzienlijke intensivering van negatieve gevoelens en verslechtering van het lichaamsbeeld. Die gevoelens worden pas na herhaalde blootstelling positiever. Systematisch onderzoek zou moeten uitwijzen hoeveel exposuresessies tot de beste resultaten leiden en/of minimaal noodzakelijk zijn voor verbetering van het lichaamsbeeld. Vooralsnog suggereren de studies dat meer sessies beter werken dan minder sessies.

Tijdens deze studie speelde de behandelaar een belangrijke rol. Zij begeleidde de proefpersoon tijdens de exposure, ze zorgde er voor dat de proefpersoon naar specifieke lichaamsdelen keek, en ze bemoeide zich ook met de gedachten en gevoelens van de proefpersoon. In de positieve exposure mocht de proefpersoon uitsluitend positief over haar lichaam spreken, in de ik-vorm, zonder verkleinwoorden, enzovoort. Door positiever over haar lichaam te denken en praten hoopten we het begin te maken van een selectieve aandachts- en interpretatiebias voor haar eigen mooie lichaamsdelen, zoals we dat ook zien in gezonde vrouwen, en die gerelateerd is aan een positiever lichaamsbeeld (Jansen et al., 2005, 2006). In de negatieve exposure hield de behandelaar goed in de gaten dat de proefpersoon naar haar onaantrekkelijke delen bleef kijken, en dat zij haar gevoelens die daarmee gepaard gingen uitsprak. Hoe belangrijk deze processen voor een effectieve exposure zijn is niet duidelijk, dat moet verder onderzocht worden. We kunnen wel concluderen dat deze aanpak geholpen heeft. Het lijkt, kortom, weinig effectief om een patiënt ongestructureerd te laten kijken zonder dat precies duidelijk is wat het doel van de blootstelling is. De behandelaar kan maar het best weten wat hij/zij precies wil bereiken en volgens een gedetailleerd protocol te werk gaan zodat de patiënt goed begeleid en gestuurd kan worden.

Het is niet duidelijk of individuele exposure beter werkt dan exposure in groepsverband. Individuele exposure heeft wel voordelen: de behandelaar heeft volledig de touwtjes in handen, en hij of zij kan precies volgens protocol werken. Met een groep mee evaluerende eetstoornispatiënten op de achtergrond wordt een groot deel van die controle uit handen gegeven. Het is onwaarschijnlijk dat de meekijkende en meelevende patiënten precies de goede dingen zeggen waardoor er een risico bestaat dat de exposure niet de gewenste effecten heeft.

Ons advies is om lichaamsexposure uitsluitend te doen bij patiënten met lichaamsbeeldproblematiek en een (vrijwel) normaal gewicht of overgewicht. Het gaat er ten slotte om dat mensen een normaal of iets hoger dan normaal gewicht leren accepteren, dat ze blijer worden met een gezond uiterlijk. Patiënten met anorexia nervosa zouden pas lichaamsexposure moeten krijgen op het moment dat ze het normale gewicht gaan benaderen, niet eerder. Het risico van eerdere blootstelling is dat ze hun magere lijf mooi(er) gaan vinden. Het lijkt daarentegen wel een nuttige methode om positiever te leren denken over het iets 'dikker' wordende lijf. Of de exposure ook voor patiënten met body dysmorphic disorder (BDD) een geschikte methode is om lichaamsdelen minder aversief te vinden, is een interessante onderzoeksvraag.

Tot slot. Zowel de positieve exposure als de negatieve exposure blijken goed te werken. De positieve exposure is veel prettiger om te doen; daar wordt de patiënt vooral blij van. Alleen de positieve exposure leidde tot gunstige effecten op verandering van irrationele cognities, gemeten met de ASI-R. De negatieve exposure is veel zwaarder voor de patiënten. Maar de negatieve exposure leidde uiteindelijk wel tot een aanzienlijk positievere evaluatie van het meest verafschuwde lichaamsdeel dan de positieve exposure. Onze voorlopige en pragmatische conclusie is dat het verstandig lijkt om positieve en negatieve exposure te combineren, bijvoorbeeld starten met een vijftal sessies negatieve exposure gevolgd door een vijftal positieve. De empirie zal moeten uitwijzen of dit inderdaad wijze raad is.

SUMMARY

Exposure interventions for reducing body dissatisfaction

Body dissatisfaction is a risk factor for eating disorders, and eating disorder patients usually show intense body loathing. Studies into the effectiveness of eating disorder treatment show that persistent body dissatisfaction at the end of treatment predicts relapse. It seems necessary to develop interventions that are effective in the reduction of body dissatisfaction. In this study, female students that are extremely dissatisfied with their bodies were treated with one of two exposure interventions: 'positive' or 'negative' exposure. In the positive exposure condition attention was exclusively directed at the body parts that were evaluated as

most attractive by the participant. In the negative exposure condition attention was exclusively directed at the body parts that were evaluated as most unattractive. It was hypothesized that the positive exposure would be more effective to reduce body dissatisfaction. It was however found that both exposure interventions were very effective in the reduction of body dissatisfaction.

Key words: body image, body exposure, body satisfaction, eating disorders

LITERATUUR

- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (2002). Beck Depression Inventory - Second Edition. Nederlandse vertaling: Does, A.J.W., van der (2002). Handleiding bij de Nederlandse versie van Beck Depression Inventory - second edition (BDI - II - NL). The Psychological Corporation/Swets Test Publisher: San Antonio, TX/ Lisse, NL.
- Bouman, T.K. (1999). Mijn Uiterlijk Vragenlijst. Rijksuniversiteit Groningen.
- Butters, J.W., & Cash, T. (1987) Cognitive behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 889-897.
- Delinsky, S.S., & Wilson, G. T. (2006). Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 108-116.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fernández, F., & Vandereycken, W. (1994). Influence of video confrontation on the self-evaluation of anorexia nervosa patients: a controlled study. *Eating Disorder Journal of Treatment and Prevention*, 2, 135-140.
- Grant, J.R., & Cash, T. F. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy: comparative efficacy of group and modest-contact treatments. *Behavior Therapy*, 26, 69-84.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Vögele, C. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 137-144.
- Jansen, A. (2001). Towards effective treatment of eating disorders: Nothing is as practical as good theory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1007-1022.
- Jansen, A., Nederkoorn, C., & Mulkens, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy* 43, 183-196.
- Jansen, A., Smeets, T., Martijn, C., & Nederkoorn, C. (2006). I see what you see: the lack of a self-serving body image bias in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 123 - 135.
- Jansen, A., Bollen, D., Tuschen-Caffier, B., Roefs, A., Tanghe, A., & Braet, C. (2008). Mirror exposure reduces body dissatisfaction and anxiety in obese adolescents: A pilot study. *Appetite*, 51, 214-217.
- Key, A., George, C. L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H., & Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: The role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 185-190.
- Moreno-Domínguez, S., Rodríguez-Ruiz, S., Fernández-Santaella, M.C., Jansen, A., & Tuschen-Caffier, B. (2012). Pure versus guided mirror exposure to reduce body dissatisfaction: A preliminary study with university women. *Body Image*, 9, 285 - 288.
- Mulkens, S., & Jansen, A. (2009). Mirror gazing increases attractiveness in satisfied, but not in dissatisfied women: A model for body dysmorphic disorder? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 211-218.
- Reas, D.L., Whisenhunt, B., Netemeyer, R., & Williamson, D.A. (2002). Development of the Body Checking Questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 324-333.

- Rekkers, M.E. (2005). Opvallen of afvallen? Spiegel- en video-exposure ter versterking van positieve lichaamsbeleving bij patiënten met eetstoornissen. In J. de Lange & R. Bosscher (red.), *Psychomotorische therapie in de praktijk*. (pp. 25-41). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Rosen, J.C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 263-269.
- Rosen, J.C., Strebniak, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 32-37.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Shafran, R., Lee, M., Payne, E., & Fairburn, C.G. (2007). An experimental analysis of body checking. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 113-121.
- Smeets, E., Jansen, A., & Roefs, A. (2011). Bias for the (un)attractive self: On the role of attention in causing body (dis)satisfaction. *Health Psychology, 30*, 360 - 367.
- Stewart, T. M. (2004). Light on body image treatment: Acceptance through mindfulness. *Behavior Modification, 28*, 783-811.
- Stice, E., & Shaw, H.E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of findings. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 985-993.
- Tuschen-Caffier, B., Vögele, C., Bracht, S., & Hilbert, A. (2003). Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 573-586.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Wächter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2007). What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 62*, 231-239.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.

