

Pimpuh door pompuh

EN

Wasting by breaking



Over lichaamsbeleving bij jongens in de sportschool

Studenten:	J. Meijer G.H. van de Ruitenbeek
Begeleider:	C. Niks
Beoordelaar:	M.G.B. Uijting
Datum:	21-05-2008
School:	School of Human Movement & Sports
Opleiding:	Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie

Inhoudsopgave

Voorwoord	Blz. 03
Samenvatting	Blz. 04
Inleiding	Blz. 05
Normale lichaamsbeleving	Blz. 06
Anorexia Nervosa	Blz. 06
Lichaamsbeleving en mannen	Blz. 07
Methode	Blz. 08
Onderzoeksgroep	Blz. 08
Methodiek	Blz. 08
Onderzoeksinstrumenten	Blz. 09
Analyse	Blz. 10
Resultaten	Blz. 11
LAV – Anorexia Nervosa	Blz. 11
LAV – Sportscholen	Blz. 12
LAV – Vergelijking	Blz. 12
Vragenlijst LECS – Anorexia Nervosa	Blz. 13
Vragenlijst LECS – Sportscholen – Onderzoeksgroep	Blz. 15
Vragenlijst LECS – Sportscholen – Controlegroep	Blz. 17
Vragenlijst LECS – Vergelijking	Blz. 19
Conclusie	Blz. 21
Discussie	Blz. 23
Aanbevelingen	Blz. 25
 Literatuur	 Blz. 26
 Bijlagen	 Blz. 28

Voorwoord

Het onderwerp van onze scriptie is geboren in een gesprek tussen Joost en René de Boer, onze stagebegeleider. Zij fitnessen beiden in dezelfde sportschool. Tijdens dit gesprek spraken zij over het feit dat sommige jongens erg fanatiek aan het trainen waren om gespierder te worden. In dit gesprek suggereerden zij dat deze drang naar gespierder worden net zo ongezond zou kunnen zijn als de drang naar slanker worden bij mensen met anorexia nervosa. René vroeg of Joost hier onderzoek naar zou willen doen. Het leek hem een interessant afstudeeronderwerp. Als uit dit onderzoek naar voren zou komen dat het fanatieke trainen echt zo ongezond is, zouden we een programma voor deze doelgroep kunnen opzetten binnen onze stage-instelling (Ikos, ambulante psychosociale hulpverlening).

Omdat dit onderzoek uit twee delen bestaat, een zoektocht naar lichaamsbeleving bij anorexia¹ en het afnemen van vragenlijsten bij jongens in sportscholen, vroeg hij aan Gendia om hem hierbij te helpen. Gezien eerdere positieve ervaringen in onze samenwerking, zagen we dit beiden wel zitten. We wilden deze samenwerking graag verder ontplooien, omdat we na het afstuderen collega's van elkaar zullen worden. In deze afstudeeropdracht konden we elkaars sterke en zwakke punten nog beter leren kennen. Hierdoor kunnen we beter gebruik maken van elkaars kwaliteiten. Zo konden we door deze samenwerking ook oefenen met de vierde BPT-competentie: overleggen en samenwerken.

Het zelf uitvoeren van onderzoek is in onze opleiding nog helemaal niet aan de orde geweest. Vanuit het werkveld hoorden we dat onderzoek binnen de psychomotorische therapie eigenlijk te weinig wordt gedaan. Door in deze afstudeeropdracht al kennis te maken met de principes van onderzoek doen, hopen we dat de stap om onderzoek te gaan doen kleiner wordt voor ons. Zo willen we ook een bijdrage leveren aan ons werkveld.

Er zijn heel veel mensen die ons hebben bijgestaan in het doen van dit onderzoek. We kunnen al die vrienden, familie en collega's hier niet noemen. Wel willen we hen bedanken voor hun steun en het meedenken met ons. Een aantal mensen willen we hier in het bijzonder noemen.

Allereerst bedanken we Michel Probst voor het beschikbaar stellen van zijn vragenlijst, de Lichaamsattitude Vragenlijst, en voor het mailcontact dat we met hem hadden. Ook voor de vele reacties vanuit klinieken die mensen met anorexia behandelen, zijn we erg dankbaar. In het bijzonder bedanken we Hester Nijhoff van Amarum, specialistisch centrum voor de behandeling van eetstoornissen, die ons leidde naar het onderzoek van Cecile Exterkate. Daarnaast bedanken we de eigenaren van de sportscholen Rinjani in Putten, Iedema en de Harderplaza in Harderwijk en Respod in Zwolle, die hun toestemming gaven om het onderzoek in hun sportscholen uit te voeren.

Hiernaast zijn er een aantal mensen die ons hielpen bij het opstarten van het onderzoek en het schrijven van het verslag. Allereerst denken we daarbij aan onze begeleider, Cor Niks. Hij gaf zowel positieve als kritische en opbouwende feedback. Dit zorgde ervoor dat we ons zowel gesteund als aangespoord voelden. Tijdens zijn afwezigheid was Dieneke Jol bereid om kritisch naar onze vragenlijst te kijken, bedankt daarvoor. Natuurlijk mogen we in deze rij René de Boer niet vergeten, die ons op het idee bracht om dit onderzoek te gaan doen. Bedankt! Tenslotte bedanken we Roger Linger, docent aan de Hogeschool Windesheim, voor het meedenken in onze onderzoeksopzet. Allen heel hartelijk bedankt!

¹ In dit onderzoek zullen we steeds spreken van anorexia, we bedoelen daarmee anorexia nervosa.

Samenvatting

Doel: Dit onderzoek is verricht om mogelijke verstoringen in de lichaamsbeleving bij jongens in de sportschool zichtbaar te maken. Dit hebben we gedaan door te onderzoeken op welke gebieden de lichaamsbeleving van jongens van 15 t/m 35 jaar in de sportschool overeen komt met de lichaamsbeleving van mensen van 15 t/m 35 jaar met anorexia.

Methode: We hebben onderzoek gedaan bij drie verschillende doelgroepen. Voor de eerste groep, mensen met anorexia, hebben we een literatuurstudie gedaan. Hierbij hebben we gezocht naar data van de Lichaamsattitude Vragenlijst (LAV). Door de samenvoeging van twee onderzoeksgroepen hebben we data van 302 personen met anorexia gebruikt. Daarnaast hebben we vanuit de literatuur antwoord gegeven op de door ons zelf ontwikkelde 'Vragenlijst LECS'. De onderzoeksgroep, jongens die meer dan twee keer per week sporten, bestond uit 58 proefpersonen in de leeftijd van 15 t/m 34 jaar. De controlegroep, jongens die twee keer per week of minder sporten, bestond uit 37 personen in de leeftijd van 15 t/m 33 jaar. Om de LAV geschikt te maken voor deze groepen, hebben we de nodige aanpassingen aangebracht in deze lijst. Deze twee groepen hebben zowel de aangepaste LAV als de 'Vragenlijst LECS' ingevuld. Dit gebeurde in vier verschillende sportscholen.

Analyse: Door middel van de LAV hebben we onderzocht op welk gebied de lichaamsbeleving van mensen met anorexia overeenkomt met de lichaamsbeleving van jongens in de sportschool. De 'Vragenlijst LECS' was hier een aanvulling op, waarin we hebben gekeken of de lichaamsbeleving het meest op het lichamelijk, emotioneel, cognitief of sociaal vlak overeenkomt. De controlegroep hebben we gebruikt om te bekijken of de lichaamsbeleving van jongens die meer dan twee keer per week sporten, meer overeenkomsten vertoont met mensen met anorexia dan jongens die twee keer per week of minder sporten.

Resultaten: De mensen met anorexia hadden een gemiddelde totaalscore op de LAV van 46,59. De gemiddelde totaalscore van zowel de onderzoeksgroep als de controlegroep lagen bijna de helft lager, namelijk respectievelijk 23,60 en 23,41. 11,6% van de jongens in de sportschool scoorden boven de door Probst et al. gestelde cut-off score.

De grootste overeenkomsten op de 'Vragenlijst LECS' zijn:

- De BMI (bij anorexia valt deze laag en bij de onderzoekspopulatie valt deze hoog binnen de categorie normaal gewicht)
- De reden om te gaan lijnen/sporten (veel gewenste lichamelijke veranderingen)
- Mensen met anorexia willen slanker worden, 70% van de onderzoekspopulatie wil gespierder worden
- Het goede gevoel dat het lijnen/sporten geeft
- De negatief gewaardeerde buik
- De stimulerende rol van anderen in het (beginnen met) lijnen/sporten.

Het enige grote verschil tussen de antwoorden van de onderzoeksgroep en de controlegroep, is dat de onderzoeksgroep het gespierder willen worden veel vaker als reden voor het sporten noemt dan de controlegroep.

Conclusie: De overeenkomst tussen mensen met anorexia en jongens in de sportschool, ligt vooral op het gebied van de waardering van de lichamelijke omvang (LAV1). Wat betreft LECS is er niet één gebied aan te wijzen waarop opvallend meer overeenkomsten zijn dan op de andere gebieden. Het sociale gebied vertoont iets minder overeenkomsten dan de andere gebieden. Gezien de kleine verschillen tussen de onderzoeks- en de controlegroep concluderen we dat het aantal keer in de week sporten geen goede maatstaf is voor het hebben van een positieve of negatieve lichaamsbeleving.

Inleiding

Lichaamsbeleving; een onderwerp dat ons altijd al heeft geïnteresseerd. Werken met het lichaam (lichaamsgericht werken) is ook een belangrijk onderdeel van de opleiding tot psychomotorisch therapeut. Wat lichaamsbeleving nu precies inhoudt is lastig te zeggen, getuige de vele omschrijvingen die gebruikt worden. In navolging van Rekkers & Schoemaker (2002) hanteren we in dit onderzoek de volgende definitie:

Een integratie van visuele en tactiele (exteroceptieve) informatie en perceptie en interpretatie van signalen, die van binnen uit het lichaam komen met subjectieve ervaringen van lichaamsfuncties (zowel affectief als emotioneel) en met ideeën en opvattingen (cognitief) over het eigen lichaam. (p. 50)

Naar de verstoorde lichaamsbeleving bij mensen met eetstoornissen is al veel onderzoek gedaan. Recente onderzoeken suggereren echter dat mensen met eetstoornissen juist een heel reëel beeld van zichzelf hebben en dat gezonde mensen een te optimistische kijk op hun eigen lichaam hebben. Deze kijk, ook self-serving body image bias genoemd, zorgt er wel voor dat mensen gezond blijven omgaan met hun lichaam (Jansen, Nederkoorn, Smeets, Havermans & Martijn, 2006). Hoe het ook zij, het is wel duidelijk dat de manier waarop mensen naar hun eigen lichaam kijken in nauw verband staat met de ontwikkeling van een eetstoornis. Niet voor niets is één van de (deel)criteria wat betreft anorexia: "Een stoornis in de wijze waarop het lichaam of het gewicht wordt ervaren" (DSM-IV-TR, 2001). (p. 315-316)

Dit product is een verslag van een onderzoek op een tot nu toe vrij onbekend gebied, namelijk de lichaamsbeleving van jongens van 15 t/m 35 jaar die regelmatig de sportschool bezoeken. Deze vraag kwam van onze stagebegeleider. Daarnaast hebben we affiniteit met dit onderwerp, omdat we dit om ons heen in de sportschool zien gebeuren. In Amerika zijn al verschillende onderzoeken naar de lichaamsbeleving gedaan, voornamelijk onder studenten (Pope et al., 2000). Hierin kwam naar voren dat veel mannen minder gespierd zijn dan ze zouden willen. Gemiddeld genomen willen zij zelfs 13 kg meer aan spieren hebben. Een aantal jaar voor deze onderzoeken, concludeerden studies al dat verschillende atleten leden aan 'reverse anorexia nervosa': ze vonden zichzelf klein en smal, terwijl ze in feite breed en gespierd waren (Pope, Katz & Hudson, 1993). Zoals de naam die men daar toen aan gaf al aangeeft, zou deze stoornis overeenkomsten vertonen met anorexia. De voor dit onderzoek interessante overeenkomst ligt in de overeenkomst in de lichaamsbeleving. Bij beide stoornissen kan deze lichaamsbeleving ervoor zorgen dat mensen in een isolement raken, omdat ze zichzelf niet meer op straat durven te vertonen. Daarnaast ligt het gevaar van overtraining continu op de loer. Een ongezonde ontwikkeling, zo luidt de conclusie.

Wij hopen dat we door dit onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan het zichtbaar maken van mogelijke verstoringen in de lichaamsbeleving bij jongens in de sportschool. Dit doen we door te onderzoeken op welke gebieden de lichaamsbeleving van jongens van 15 t/m 35 jaar in de sportschool overeen komt met de lichaamsbeleving van mensen van 15 t/m 35 jaar met anorexia. Daartoe hebben we de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

1. Welke overeenkomsten zijn er tussen de lichaamsbeleving bij jongens van 15 t/m 35 jaar die meer dan twee keer per week sporten in een sportschool en mensen van 15 t/m 35 jaar met anorexia?
2. Welke overeenkomsten zijn er tussen deze twee groepen in de verschillende onderdelen van LECS?

Normale lichaamsbeleving

Vanaf 11 jaar ontwikkelen mensen zelfreflectie. In de fases vóór dit levensjaar leert iemand hoe zijn omgeving reageert op zijn gedrag en worden relaties en eigenschappen steeds duidelijker voor het individu. Kugel (1973) stelt dat in het ontwikkelen van het idee over je lichaam de spiegel die mensen uit jouw milieu je voorhouden zelfs de doorslaggevende rol speelt. Zelfreflectie zorgt ervoor dat je kunt nadenken over jezelf en je (veranderende) lichaam. De ontwikkeling van dit denkvermogen gaat nog een tijd langer door, tot en met de adolescentieperiode. Er wordt dan een beeld gevormd over het eigen lichaam en een beeld van hoe anderen tegen jouw lichaam aankijken. Als dit zonder pestgedrag of andere moeilijke ervaringen samengaat, is de kans groot dat je jezelf leert accepteren zoals jij nu bent. Dan ben je tevreden met hoe jouw lichaam is en hoe je zelf bent. Niet elke ontwikkeling verloopt zo vlekkeloos. Sommige mensen ontwikkelen een stoornis in de lichaamsbeleving. Deze stoornis in de lichaamsbeleving (Body Dysmorphic Disorder, BDD) wordt in de DSM-IV-TR (2001) als volgt beschreven:

(A) Een preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk. Indien er een geringe lichamelijke afwijking aanwezig is, dan is de ongerustheid van betrokkene duidelijk overdreven. (B) De preoccupatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen. (C) De preoccupatie is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld ontevredenheid over de lichaamsvorm en omvang bij anorexia nervosa). (p. 284)

Over het algemeen is het zo dat mensen van wie de lichaamsbeleving het meest afwijkt van wat in de cultuur als een normale lichaamsbeleving wordt beschouwd, het meest last hebben van deze afwijking. Philips (1996) concludeert dat veel mensen met BDD ondanks deze last sociaal-maatschappelijk gezien veelal goed functioneren.

Zoals hiervoor al kort uitgelegd is, denken vrijwel alle gezonde mensen positiever over zichzelf dan anderen over hen denken. Dit geldt ook voor de manier waarop men zijn eigen lichaam beleeft. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die gezond zijn een positiever beeld hebben van zichzelf dan een onafhankelijk panel had (Jansen et al., 2006). Zij leggen vooral de nadruk op de mooie delen van hun lichaam. Hierdoor ontwikkelen zij een positieve lichaamsbeleving. Een negatieve lichaamsbeleving kan ontstaan wanneer men bijvoorbeeld vooral de nadruk legt op de lichaamsdelen die men niet zo mooi vindt. In het genoemde onderzoek werd een onafhankelijk panel gevraagd naar zijn waardering van het lichaam. Deze waardering werd vergeleken met de eigen waardering om te bepalen of de lichaamsbeleving van iemand juist is. Als deze lichaamsbeleving verstoord is, kan dit, naast BDD, ook een kenmerk zijn van anorexia.

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa is een bekend ziektebeeld in de westerse cultuur. De laatste decennia is er veel gesproken over onder andere de invloed van de media op het ontwikkelen van dit ziektebeeld. Letterlijk betekent anorexia 'gebrek aan eetlust door een nerveuze oorzaak.' Deze letterlijke vertaling zet mensen op een dwaalspoor, want mensen met anorexia hebben wel degelijk honger. Sommige mensen met anorexia onderdrukken dit gevoel uit angst om dik te worden (beperkende type anorexia). Anderen eten wel, maar braken of slikken laxeer- of plaspillen na het eten (purgerende type anorexia). Wanneer in dit onderzoek gesproken wordt over anorexia, worden beide typen bedoeld.

Naast deze angst om dik te worden, wordt ook vaak een stoornis in de lichaamsbeleving als belangrijk kenmerk van anorexia genoemd. Mensen met anorexia weten (cognitief) wel dat ze niet te dik zijn, maar zo voelen ze het niet (emotioneel). Rekkers et al. (2002) noemen in navolging van Rosen drie symptomen van die verstoorde lichaamsbeleving bij mensen met

anorexia: een vervormde perceptie van de lichaamssomvang, een negatieve lichaamsbeleving en een stoornis in het gedrag.

DSM-IV-TR (2001) noemt deze 'stoornis in de wijze waarop het lichaam of het gewicht wordt ervaren' als één van de kenmerken van anorexia. Een geheel andere stoornis, echter gerelateerd aan dit kenmerk van anorexia is de 'stoornis in de lichaamsbeleving'. Deze stoornis valt in de DSM-IV-TR onder de somatoforme stoornissen.

Lichaamsbeleving en mannen

Er is de laatste jaren voornamelijk aandacht geweest voor de lichaamsbeleving bij vrouwelijke personen met anorexia(symptomen). Veel onderzoek naar lichaamsbeleving richt zich op vrouwen en dit vaak met betrekking tot een slank lichaam willen hebben. Toch wordt steeds duidelijker dat ook veel mannen tegenwoordig grote problemen hebben met hun lichaamsbeleving. Zo bleek uit onderzoek dat het percentage mannen dat ontevreden is met het eigen uiterlijk, is gestegen van 15% in 1972 tot 43% in 1997 (Pope, Phillips & Olivardia, 2000b). Ander onderzoek geeft aan dat dit een gevolg zou kunnen zijn van de rolmodellen van filmsterren die er steeds gespierder uit zien de laatste jaren (Pope et al., 2000a). Bij mannen kan dit in verband worden gebracht met zichzelf niet gespierd genoeg vinden, zoals vrouwen die zich vergelijken met modellen uit bijvoorbeeld videoclippen zichzelf te dik vinden. Deze vorm van verstoring in de lichaamsbeleving wordt Muscle Dysmorphia (MD) genoemd. Muscle Dysmorphia is een vorm van de bekendere, al genoemde Body Dysmorphic Disorder.

Bij MD gaat alle aandacht naar de gespierdheid van het eigen lichaam. Dit kan tot gevolg hebben dat men zich gaat houden aan strenge trainingsschema's en dat men zich gaat schamen voor het eigen lichaam. Dit zou kunnen leiden tot een sociaal isolement. Hiernaast kan er een verlaagd zelfbeeld ontstaan, dat zich kan uiten in een depressie, angst- of eetstoornis. Daarnaast wordt er door mensen met MD regelmatig gebruik gemaakt van anabole steroïde (Rekkers, 2002).

In Nederland is nog weinig onderzoek gedaan naar de lichaamsbeleving bij mannen. Uit de onderzoeken die tot nu gedaan zijn, komt onder andere het volgende naar voren:

- Er zijn geen mannen onderzocht die voldoen aan de criteria van MD.
- Ongeveer 10% van de mannen hebben wel symptomen van MD en dus eventueel aanleg om dit te ontwikkelen.
- Veel mannen schatten zichzelf gespierder in dan zij in werkelijkheid zijn.

Met dit onderzoek willen wij een bijdrage leveren aan het onderzoek naar lichaamsbeleving bij mannen in Nederland.

In ons onderzoek gaat het niet om het diagnosticeren van MD. Het gaat ons specifieker om de lichaamsbeleving van mannen, alhoewel toegespitst op gespierdheid. Hiertoe willen wij bekijken op welke gebieden de lichaamsbeleving van jongens van 15 t/m 35 jaar te vergelijken is met de lichaamsbeleving van mensen met anorexia in dezelfde leeftijdscategorie.

In de volgende hoofdstukken komen achtereenvolgens onze methode, resultaten, conclusie, discussiepunten en aanbevelingen aan de orde. Zou de lichaamsbeleving, die vaak de insteek binnen de psychomotorisch therapie voor anorexiaclienten is, ook de insteek kunnen worden in de benadering van jongens van 15 t/m 35 jaar in Nederlandse sportscholen?

Methode

Onderzoeksgroep

We hebben gekozen om de lichaamsbeleving van jongens te vergelijken met mensen met anorexia, omdat zij in vergelijking met andere eetstoornissen (boulimia nervosa en atypische eetstoornissen) een positievere lichaamsbeleving hebben (Probst, Van Coppenolle & Vandereyken, 1992). Onze praktijkonderzoeksgroep is een niet-klinische groep jongens. Zij zijn geen psychiatrische cliënten. We verwachten dan ook dat de lichaamsbeleving van deze jongens beter te vergelijken is met de lichaamsbeleving van mensen met anorexia dan met die van mensen met andere eetstoornissen. Daarnaast is er over de lichaamsbeleving bij mensen met anorexia al veel gepubliceerd, zodat we een betrouwbare vergelijkingsgroep hebben. Bovendien is de Lichaamsattitude Vragenlijst (LAV), ons onderzoeksinstrument, speciaal ontwikkeld ter beoordeling van de lichaamsbeleving van vrouwen met anorexia.

Voor de data van de LAV van mensen met anorexia hebben we gebruik gemaakt van twee studies, namelijk die van Probst et al. (1992, N=213) en die van Exterkate (2007, N=89). Hierbij hebben we zowel naar de totaalscore als naar de deelscores op de LAV gekeken.

Ook de data van de BMI's hebben we uit deze studies gebruikt.

De leeftijd bij eerstgenoemde studie varieerde van 15 t/m 30 jaar. Dit kwam overeen met de leeftijdsgroep die wij wilden onderzoeken. In de andere studie werd gewerkt met mensen in de leeftijd van 18 t/m 53 jaar. We hebben een aantal keer contact gehad met de opdrachtgever van deze studie, kliniek Amarum te Warnsveld. Zij gaven eerst aan dat de onderzoeksresultaten voor ons beschikbaar gesteld konden worden, maar kwamen hierop terug, omdat wij geen relatie hadden met de kliniek, zoals eerst gedacht. Het is dus niet gelukt om de 35+-ers hieruit te filteren. Er bestaat dus een kans dat er in deze groep een aantal mensen is die officieel buiten de door ons gestelde leeftijdscategorie vallen.

Voor de antwoorden op de 'Vragenlijst LECS', ons tweede onderzoeksinstrument, hebben we informatie uit verschillende literaire bronnen over anorexia samengevoegd. Hierbij is de onderzoeksgroep dus veel groter, het betreft immers een combinatie van veel verschillende onderzoeken. We hebben onze resultaten laten lezen door twee ervaringsdeskundigen (een ex-cliënt en de zus van een cliënt). Zij konden zich vinden in deze resultaten.

De data van jongens in de sportschool, hebben we verzameld door de vragenlijsten af te nemen in twee sportscholen in Harderwijk, één in Putten en één in Zwolle. In het totaal hebben 102 jongens deze vragenlijsten ingevuld. Hierin hebben we scheiding gemaakt tussen een onderzoeksgroep en een controlegroep. Er bleken zeven lijsten niet volledig ingevuld te zijn. Die zijn daarom niet verder meegenomen in het onderzoek. Zo kwamen we tot een onderzoeksgroep die uit 58 jongens in de leeftijd van 15 t/m 34 jaar bestaat. Deze jongens sporten meer dan twee keer per week. De controlegroep bestaat uit 37 jongens in de leeftijd van 15 t/m 33 jaar. Deze jongens sporten twee keer per week of minder.

Zo hebben we gegevens verzameld van drie verschillende doelgroepen: Mensen met anorexia, jongens die meer dan twee keer per week sporten en jongens die twee keer per week of minder sporten.

Onderzoeksofzet

Om gegevens wat betreft anorexia te verkrijgen, hebben we contact gehad met veel verschillende instellingen die mensen met anorexia behandelen. Eind januari hebben we verschillende mails naar hen gestuurd. De meeste benaderden hebben hierop gereageerd en zo ontdekten we dat de LAV, ontwikkeld door Van Coppenolle in 1984 (Probst, Van Coppenolle & Vandereyken 1999), de meest gebruikte lijst ter beoordeling van de lichaamsbeleving is. Tot deze conclusie kwamen ook Rekkers & Schoemaker (2002). Daarnaast kregen we via de mail veel tips voor verwante literatuur, waar we dankbaar

gebruik van hebben gemaakt. De link naar het proefschrift van C.C. Exterkate was erg waardevol voor ons, omdat daarin data van de LAV van mensen met anorexia werden beschreven.

Michel Probst beantwoordde onze vraag om zijn lijst te mogen gebruiken positief. Hij stuurde ons de lijst, samen met andere artikelen over de LAV die hij had gepubliceerd. Halverwege maart hadden we de aanpassingen om de lijst geschikt te maken voor gebruik in de sportschool klaar. Daarnaast hebben we zelf een lijst ontwikkeld, gebaseerd op een theorie die ontwikkeld is binnen de School of Human Movement and Sports. Deze noemen we de 'Vragenlijst LECS.' Hierover volgt in dit hoofdstuk meer.

Voordat we de lijsten gingen gebruiken, hebben we Dienneke Jol gevraagd de aanpassingen op de LAV en de 'Vragenlijst LECS' van feedback te voorzien. Op haar advies hebben we de laatste aanpassingen gemaakt.

Om sportscholen warm te krijgen voor ons onderzoek hebben we ons persoonlijk netwerk aangesproken. We schreven vier sportscholen aan, die alle vier positief reageerden. We hebben verschillende sportscholen aangeschreven, omdat we dachten dat de cultuur binnen een sportschool van grote invloed kan zijn op de ontwikkeling van de lichaamsbeleving van de jongeren daar. Om een algemeen beeld te krijgen van de lichaamsbeleving van de jongens van 15 t/m 35 jaar hebben we sportscholen waarin wij verschillende culturen proefden (familiaal t.o. prestatiegericht), aangeschreven.

In dit onderzoek verzamelen we zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens. Harinck (2006) geeft aan dat beide soorten gegevens elkaar goed kunnen aanvullen.

Onderzoeksinstrumenten

Lichaamsattitude Vragenlijst

Zoals genoemd hebben we de LAV van Probst et al. gebruikt (bijlage 1). Deze lijst bestaat uit 20 vragen waarbij men telkens op een 6-puntenschaal scoort (van altijd tot nooit). Exclusief vraag 4 en 9, waarbij het net omgekeerd is, staan deze zes woorden voor respectievelijk 5 t/m 0 punten. Hoe hoger de score, hoe verstoorder de lichaamsbeleving. De 20 vragen zijn verdeeld in vier schalen (bijlage 1), te weten:

- de waardering van je lichaamsomvang (LAV1)
- de vertrouwdheid met het lichaam (LAV2)
- de confrontatie met het lichamelijk voorkomen (LAV3)
- een restschaal (LAV4)

Op deze schalen kunnen respectievelijk maximaal 35, 35, 20 en 10 punten worden behaald.

Sommige vragen van de LAV hebben we moeten aanpassen om de lijst bruikbaar te maken voor jongens in de sportschool (bijlage 2B). Alle vragen die aangepast moesten worden, vallen onder schaal 1. Uit deze schaal hoefde alleen vraag 11 niet aangepast te worden. Bij de aanpassingen hebben we gebruik gemaakt van het artikel van Bervoets (2007) en van Rekkers (2002). De volgende aanpassingen zijn hierin gemaakt:

Vraag 3	Mijn heupen lijken me te breed	is geworden	Mijn bovenlichaam lijkt me te smal
Vraag 5	Ik verlang er sterk naar om slanker te zijn	is geworden	Ik verlang er sterk naar om gespierder te zijn
Vraag 6	Mijn borstomvang vind ik te groot	is geworden	Mijn bovenarmen vind ik te dun
Vraag 10	Ik vind mezelf te dik	is geworden	Ik vind mezelf te smal

Vraag 13 Bepaalde delen van mijn lichaam lijken opgezwollen	is geworden	Bepaalde delen van mijn lichaam lijken te klein
Vraag 16 Mijn buik ziet er uit alsof ik zwanger ben	is geworden	Mijn buik ziet er uit als een pudding

Het mooie van de LAV is, dat het een compleet beeld van de lichaamsbeleving geeft. Het gaat op alledrie de symptomen van een verstoorde lichaamsbeleving (Rekkers et al., 2002) in. Zo gaat vraag 10 (Ik vind mezelf te dik) over de vervormde perceptie van het lichaam, vraag 1 (Wanneer ik mezelf vergelijk met leeftijdsgenoten voel ik me ontevreden over mijn lichaam) over het negatieve lichaamsbeeld en vraag 7 (Ik heb de neiging mijn lichaam te verbergen) over een stoornis in het gedrag.

Vragenlijst LECS

Ons tweede onderzoeksinstrument is de 'Vragenlijst LECS' (bijlage 2A). LECS staat voor lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal. Op de School of Human Movement and Sports wordt LECS gebruikt om het menselijk gedrag te beschrijven en hieraan betekenis te verlenen. Er wordt dus niet alleen gekeken naar de lichamelijke aspecten van het gedrag, maar ook naar de emotionele, cognitieve en sociale aspecten. De theorie van LECS is een operationalisering van het biopsychosociaal model, het overheersende model in de huidige (psychische) gezondheidszorg.² In het tweede jaar van de opleiding is deze theorie in de lessen Bewegingsgerichte Methodieken aan ons geïntroduceerd. De 'Vragenlijst LECS' hebben we zelf ontwikkeld. We gebruiken de resultaten op deze lijst om een vergelijking te trekken tussen onze doelgroepen. In deze lijst vragen we naar de lengte en het gewicht van de proefpersoon. Dit vragen we om zo hun BMI uit te rekenen, zodat we de BMI's van onze doelgroepen kunnen vergelijken. De BMI wordt namelijk veel gebruikt in onderzoeken naar mensen met anorexia, omdat dit goed aangeeft hoe ernstig de situatie is. Wanneer je BMI tussen de 19 en de 25 valt, spreek je van een normaal gewicht.

Voordat de proefpersonen de lijsten invulden, vulden zij het informed consent in (bijlage 3).

Analyse

De LAV is speciaal ontwikkeld voor vrouwen met anorexia. Toch concludeerden Probst et al. (1992) dat de lijst ook voor andere onderzoeksgroepen gebruikt kan worden. In later onderzoek (Probst, Van Coppenolle & Vandereyken, 1998) werd het vermoeden dat de lijst voldoende discrimineert tussen mensen met anorexia en gezonde mensen bevestigd. De scores op de LAV waren namelijk respectievelijk 48,35 (SD: 19,43) en 25,86 (SD: 13,73). De cut-off score, de score waar de grens ligt tussen de cliëntengroep en de niet-clientengroep, werd in 1995 door Probst et al. op 36 gesteld.

De lijst heeft een goed interne betrouwbaarheid (alpha v. Cronbach: 0,93) en ook de test-hertest pretendeert betrouwbaarheid ($r=0,87-0,92$ voor de totaalscore) (Probst et al., 1992). Deze betrouwbaarheid moet gerelativeerd worden bij de interpretatie van schaal 4. Daarom wordt in de studies waarin de LAV wordt gebruikt, de scores van schaal 4 meestal niet als aparte schaal in de analyses gebruikt. In het berekenen van de totaalscore worden de scores op deze schaal wel meegenomen. Zowel in de gebruikte onderzoeken als in ons eigen onderzoek is deze lijn van puntentelling gevolgd.

Voor het verwerken van de gegevens van de 'Vragenlijst LECS' hebben we gebruik gemaakt van de door Harinck (2006) genoemde vignettebenadering. We hebben de meeste antwoorden kunnen indelen in verschillende categorieën. Deze categorieën noemen we in dit onderzoeksverslag.

² Hekking, P. (2008). *Ongepubliceerde nota*.

Resultaten

LAV – Anorexia Nervosa

In het onderzoek van Probst et al. (1992) werd er onderscheid gemaakt tussen het vastende en het mengtype anorexia. Wij hebben beide types samengevoegd. Dit hebben we gedaan door het gemiddelde van de scores te nemen, gecorrigeerd voor het aantal proefpersonen. Met de volgende formule kwamen we tot de gemiddelde scores zoals beschreven in tabel 1:

$$\text{Gem. score} = (Gem_1 \times N_1 + Gem_2 \times N_2) / (N_1 + N_2)$$

Ook de standaarddeviaties (SD) hebben we samengevoegd. De resultaten hiervan staan ook vermeld in tabel 1. We berekenden de nieuwe standaarddeviaties door middel van de volgende formule:

$$SD = \sqrt{(SD_1^2 \times N_1 + SD_2^2 \times N_2) / (N_1 + N_2)}$$

Onderdeel LAV	Score anorexia (N=213)
LAV1	9,49 (7,21)
LAV2	15,76 (8,24)
LAV3	11,00 (4,94)
LAV totaal	44,66 (18,87)

Tabel 1: Antwoordpatroon van de LAV bij mensen met anorexia (gemiddelde en SD)

In het onderzoek van Exterkate (2007) werd onderscheid gemaakt tussen de in de inleiding genoemde typen anorexia (beperkende en purgerende type). Bij de hieronder gepresenteerde resultaten zijn deze types ook samengevoegd, volgens de hierboven beschreven formules. De LAV is op twee momenten afgenomen, bij de intake en na een intensieve, gespecialiseerde dagbehandeling van vijf maanden. De scores van beide momenten worden hier vermeld. Ook in deze onderzoeksresultaten is de vierde categorie van de LAV alleen in de totaalscore meegenomen.

Onderdeel LAV	Score anorexia (N=89)
LAV1 – intake	16,48 (8,48)
LAV2 – intake	21,01 (7,02)
LAV3 – intake	14,36 (3,98)
LAV totaal – intake	59,17 (16,76)
LAV1 – na beh.	16,12 (9,22)
LAV2 – na beh.	16,38 (8,34)
LAV3 – na beh.	11,55 (4,93)
LAV totaal – na beh.	51,20 (20,67)

Tabel 2: Antwoordpatroon van de LAV bij mensen met anorexia (gemiddelde en SD)

In de vergelijking van tabel 1 en tabel 2 wordt duidelijk dat er verschillen liggen in de scores die gevonden werden door Probst et al. (1992) en Exterkate (2007). Deze verschillen liggen vooral op de eerste schaal van de LAV. In het verdere onderzoek gebruiken we uit laatstgenoemd onderzoek de scores van de mensen met anorexia na de behandeling, omdat die het meest overeen komen met de scores uit het onderzoek van Probst et al. (1992) en omdat onze onderzoeksgroep uit mensen bestaat die geen psychiatrische achtergrond hebben. We verwachten dan ook de meeste overeenkomsten met de groep die de behandeling al gevolgd heeft. Aan de standaarddeviatie te zien, is het aantal mensen dat beneden de cut-off score scoort, gestegen na de behandeling. Wanneer we namelijk de

standaarddeviatie van het gemiddelde aftrekken, is die score voor de behandeling 42,41 en erna 30,53. Exterkate (2007) geeft in haar onderzoek aan dat de groep na de behandeling nog steeds niet helemaal 'gezond' verklaard is. Hun gemiddelde totaalscore ligt nog steeds boven de cut-off score. We maken dus nog steeds een vergelijking tussen mensen met *anorexia* en jongens in de sportschool.

LAV – Sportscholen

Nadat er ruim 100 vragenlijsten ingevuld waren, hebben we de scores van de drie verschillende schalen en van de totaalscore van de LAV uitgerekend. Hierin hebben we een scheiding gemaakt tussen onze onderzoeksgroep en onze controlegroep. In tabel 3 staan de resultaten van de onderzoeksgroep weergegeven. Tabel 4 geeft de resultaten van de controlegroep weer.

Onderdeel LAV	Score onderzoeksgroep (N=58)
LAV1	9,16 (4,91)
LAV2	4,17 (2,99)
LAV3	4,34 (3,29)
LAV totaal	23,60 (8,96)

Tabel 3: Antwoordpatroon van de LAV van de onderzoeksgroep (gemiddelde en SD)

Onderdeel LAV	Score controlegroep (N=37)
LAV1	9,19 (5,30)
LAV2	4,51 (3,19)
LAV3	4,57 (2,79)
LAV totaal	23,41 (8,99)

Tabel 4: Antwoordpatroon van de LAV van de controlegroep (gemiddelde en SD)

Van de onderzoeksgroep hebben zes jongens een score die hoger ligt dan de door Probst et al. (1995) gestelde cut-off score van 36. Dit is 10,3% van de onderzoeksgroep. Bij de controlegroep ligt het percentage op 13,5% (N=5). In zijn totaliteit betekent het dus dat 11,6% van de jongeren in de sportschool boven deze cut-off score scoort. Deze percentages komen ongeveer overeen met de gevonden percentages voor mannen met 'Muscle Dysmorphia symptomen' door van Dongen & Doeven (2006) en van Geertsom & Sonneveld (2007), namelijk respectievelijk 10,1% en 9,1%. Schouten & de Wit (2007) vonden echter een veel hoger percentage (25%) onder mannen die de opleiding tot sportleider volgden.

LAV – Vergelijking

Tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep zijn geen duidelijke verschillen gevonden op de verschillende schalen van de LAV. Hieronder zullen we alleen spreken van een vergelijking tussen onze onderzoeksgroep en mensen met *anorexia*. De verschillen tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep zijn echter zo klein, dat de verschillen in zowel de absolute als de procentuele gegevens te verwaarlozen zijn. Het aantal keer per week naar een sportschool gaan is dus geen indicatie om de score van de LAV in te schatten.

De score op de LAV1 verschillen bij de twee onderzoeken over mensen met *anorexia* het meest. Gezien het onderzoek van Probst et al. ligt de grootste overeenkomst tussen mensen met *anorexia* en onze onderzoeksgroep op deze schaal van waardering van de lichaamsomvang. Ook wanneer we het gemiddelde van beide onderzoeken onder mensen met *anorexia* nemen, ligt hier de grootste overeenkomst. De percentages van de maximaal te behalen score verschillen hier maar 6,5 procentpunt (32,7%-26,2%).

Het is duidelijk dat de vertrouwdheid met het eigen lichaam (LAV2) van mensen met *anorexia* veel minder is dan die van onze proefpersonen uit de onderzoeksgroep. Op deze schaal waren maximaal 35 punten te behalen. Mensen met *anorexia* scoren gemiddeld bijna

de helft (45,6%) van dit puntenaantal. Onze onderzoeksgroep scoort iets meer dan 11,9% van dit totaal.

Op de schaal die de confrontatie met het lichamelijk voorkomen meet, zijn de overeenkomsten weer groter. Mensen met anorexia scoren hier ruim de helft (55,8%) van het totaal aantal punten (20). Onze onderzoeksgroep scoort 21,7% van dit totaal.

Het grootste verschil in de gemiddeldes van het totaal is dat het gemiddelde van mensen met anorexia in beide onderzoeken boven de cut-off score komt. Bij de onderzoeksgroep nadert het gemiddelde deze cut-off score niet eens. Gemiddeld scoren mensen met anorexia 46,59 punten op de LAV. De proefpersonen uit onze onderzoeksgroep scoren slechts bijna de helft van deze punten.

Vragenlijst LECS – Anorexia Nervosa

Hieronder volgen de antwoorden die de mensen met anorexia zouden kunnen geven op de Vragenlijst LECS. Tussen accolades staat extra uitleg over de antwoorden, gevonden in de literatuur.

Lichamelijk

BMI:

Mensen met anorexia hebben een gemiddeld BMI van 15,77 (SD:1,78) bij de intake. Na de behandeling is dit gestegen naar 19,23 (SD:1,32) (Exterkate 2007).

(Dit betekent dat ze bij de intake vermagerd waren, maar na de behandeling net binnen de categorie 'normaal gewicht' vallen.)

Lichamelijke klachten:

- | | |
|---------------------------------|---|
| - Vermagering | - Koude, blauwe ledematen |
| - Haaruitval | - Het heel snel koud hebben |
| - Vochtophoping (oedeem) | - Vertraagde ademhaling |
| - Droge huid | - Flauwvallen |
| - Obstipatie | - Slapeloosheid |
| - Groeiachterstand | - Groei van donshaar op gezicht, rug en armen |
| - Uitblijven van de menstruatie | |
| - Vermoeidheid | |

Er zijn weinig mensen met anorexia die al deze klachten hebben gehad. Het is een opsomming van mogelijke lichamelijk klachten.

(Osteoporose (botontkalking), vertraagde hartslag en een lage bloeddruk komen ook regelmatig voor. De twee laatstgenoemde 'klachten' zijn aanpassingen van het lichaam om te kunnen overleven bij erge vermagering. Voor een volledige lijst van afwijkingen bij anorexia ten gevolge van ondergewicht verwijzen we naar Rekkers & Schoemaker (2002b)).

Wat men wil veranderen aan het lichaam dmv niet eten/braken:

Slanker worden.

(Verminderen van lichaamsgewicht en -omvang en/of het tegengaan van de ontwikkeling van vrouwelijke lichaamsvormen.)

Emotioneel

Gevoel in dagelijks leven:

Het niet-eten geeft een goed gevoel aan mensen met anorexia. Dit schept zekerheid, geeft hen het gevoel krachtig te zijn.

(Ze kunnen de controle over zichzelf en hun omgeving bewaren. Dit gevoel is vaak belangrijker dan het afvallen. Dit wordt onder andere duidelijk in het feit dat anorecten, zelfs als ze heel mager zijn, moeite hebben met het gaan eten.)

Gevoel bij een keer wel eten:

Bang om zichzelf te verliezen in grenzeloosheid en/of angst om aan te komen (bv: binge-eating disorder krijgen). Het geeft een gevoel van zwakte, wat kan leiden tot depressieve gevoelens.

(Dit gevoel blijft ook als ze al veel afgevallen zijn.)

Gevoel na de reactie van anderen:

Complimenten van anderen vanwege het afvallen geven een goed gevoel.

(Mensen die anorexia ontwikkelen, hebben zich vaak eerder in hun leven een buitenbeentje gevoeld. Om te voorkomen dat dit weer zo wordt, maken ze het anderen naar hun zin. Ze zijn erg gevoelig voor de reactie van anderen. Het idee dat mensen hen aardig vinden wanneer ze slank zijn, speelt bij velen een grote rol.)

Welke lichaamsdelen waardeert je positief/negatief?

Positief: meestal geen.

Negatief: borsten, billen, buik en benen.

Cognitief

Bevindingen van eigen lichaam:

Ontevreden, lelijk. Altijd gefixeerd op de plekken waar nog vet zit.

(Hun lichaam voldoet niet aan het ideaalbeeld dat ze hebben.)

Wat denk je dat anderen van je lichaam vinden?

Te dik en lelijk.

(Hieraan koppelen ze vaak gelijk het kopje 'minderwaardig'.)

De reden om te gaan lijnen:

Dunner willen worden.

(Daarachter ligt vaak de onzekerheid en de angst om de controle over emoties kwijt te raken.

Een wat minder voorkomende reden is het lastig vinden om de veranderingen van hun vrouwelijk lichaam te accepteren en dit door lijnen tegen te gaan.)

Wat is een reden om toch een keer te gaan eten?

Als anderen opmerkingen gaan maken over het niet-eten, hun onrust laten blijken.

(Vaak wordt er daarna gebraakt.)

Sociaal

De rol van anderen in het lijnen

Samen begonnen met een vriendin. Regelmatig opmerkingen gekregen over hun lichaamsomvang.

(Het niet-eten is vaak een manier om de controle over zichzelf te houden. Wanneer ze bijvoorbeeld niet geleerd hebben om over hun gevoelens te praten, is het lijnen een manier om controle over deze gevoelens te krijgen en te houden.)

Prioriteit van het lijnen

Het lijnen staat op de eerste plaats, gaat voor alles.

(Bezoek wordt bijvoorbeeld geweigerd als er training op het programma staat.)

Effect op sociale leven

Eenzaamheid en conflicten over het niet-eten en niet meer kunnen werken en/of studeren.

(Het sociaal isolement komt doordat mensen hun eetproblemen vaak geheim houden, ze het lijnen belangrijker vinden dan het onderhouden van sociale contacten en ze door hun lichamelijke conditie wegvallen uit sociale situaties (bv: werkkring).)

Vragenlijst LECS – Sportscholen – Onderzoeksgroep

Bij de algemene vragen kwam naar voren dat de oudste persoon uit de onderzoeksgroep 34 en de jongste 15 jaar was. Bij deze algemene vragen kwam ook de verhouding cardio- en krachttraining aan de orde. Die verhoudingen lagen als volgt:

	Onderzoeksgroep (N=58)
Cardio	31,6 %
Kracht	68,4 %

Tabel 5: Verhouding cardio- en krachttraining in de onderzoeksgroep

Lichamelijk

BMI:

De BMI van de onderzoeksgroep is gemiddeld 24,04 (SD 3,38). Dit gemiddelde valt hoog binnen de categorie normaal gewicht.

Lichamelijke klachten:

44 van de 58 proefpersonen (75,9%) gaven aan geen lichamelijke klachten te ervaren. Van de genoemde klachten worden alleen de knieën en de onderrug vaker dan één keer genoemd.

Wat men wil veranderen aan het lichaam dmv sporten:

De genoemde antwoorden op deze vraag zijn te verdelen in drie categorieën. Dat zijn:

- Gespierder worden (70,7%)
- Afvallen (27,6%)
- Conditie opbouwen (22,4%)

Sommige proefpersonen gaven dus meerdere antwoorden. 'Gespieerder worden' wordt ook zo letterlijk het vaakst genoemd, namelijk 29 keer (50%). Daarnaast worden veel hieraan verwante antwoorden gegeven, zodat we op een totaal van ruim 70% komen.

Emotioneel

Gevoel in dagelijks leven:

30 proefpersonen (51,7%) noemen het gevoel wat zij door het sporten krijgen goed. Een klein aantal van deze groep noemen hierbij ook het zich fitter voelen. Daarbij gaven nog eens 20 proefpersonen aan dat ze zich fitter voelen. In het totaal zijn het 25 proefpersonen (43,1%) die aangaven dat ze zich fitter voelen door het sporten. Zowel het energie kwijtraken als het zelfvertrouwen stimuleren wordt hierbij door drie proefpersonen (5,2%) genoemd. Eén van de proefpersonen geeft aan dat het sporten voor hem bijna een verslaving is.

Gevoel bij een keer niet sporten:

19 proefpersonen (32,8%) gaven aan dat zij het jammer vinden wanneer ze een keer niet kunnen sporten. Ze balen hier dan van. 15 proefpersonen (25,9%) gaven aan dat ze zich lui of slap voelden als ze een keer niet gingen sporten. Tien proefpersonen (ruim 17,2%) antwoordden dat ze een schuldgevoel kregen wanneer ze het sporten een keer oversloegen. Daartegenover gaven ook zeven proefpersonen (12,1%) aan dat ze genieten van het feit dat ze het sporten een keer overslaan, omdat dit hen rust geeft.

Gevoel na de reactie van anderen:

24 proefpersonen (41,4%) gaven aan dat de reactie van anderen hen een goed gevoel geeft. Drie proefpersonen gaven aan dat hen dit zelfs een kick geeft. Nog eens drie proefpersonen gaven aan dat de reactie van anderen hen zowel kan stimuleren als kan remmen in het verder gaan met sporten. Daartegenover staat een groep van 18 personen (31,0%) die schrijft dat de reactie van anderen hen niets doet.

Welke lichaamsdelen waardeer je positief/negatief?

Zowel bij positief als bij negatief worden veel verschillende antwoorden gegeven. De meest voorkomende noemen we hier.

Positief: borst, benen en armen.

Negatief: buik, benen, armen en borst.

Cognitief

Bevindingen van eigen lichaam:

29 proefpersonen (50%) gaven aan dat ze tevreden zijn met het lichaam dat ze nu hebben.

Acht personen (13,8%) zijn meer dan tevreden met hun lichaam. De anderen (N=21, 36,2%) zijn minder tot niet tevreden. Hiervan gaven drie proefpersonen aan dat ze heel erg ontevreden zijn.

Wat denk je dat anderen van je lichaam vinden?

Bij deze vraag gaven 18 proefpersonen (31,0%) aan dat ze denken dat anderen hun lichaam in orde vinden. 18 anderen denken dat anderen hun lichaam mooi en/of sexy vinden. Een minderheid (20,7%) geeft aan dat ze denken dat anderen hen te dik vinden.

De reden om te gaan sporten:

23 keer (39,7%) wordt bij deze vraag geantwoord dat het gezonder worden een belangrijke reden is. Daarnaast worden het werken aan de conditie en het afvallen 11 keer (19,0%) genoemd. Het gespierder worden, wordt door 18 proefpersonen (31,0%) als reden genoemd. Nog eens vijf proefpersonen (8,6%) gaven aan dat ze door het sporten strak willen worden en blijven. Zowel het feit dat het sporten leuk is als het er goed uit willen zien wordt door zes proefpersonen (10,3%) genoemd. Vijf proefpersonen gaven aan dat ze het sporten als ontspanning zien. Twee proefpersonen (3,4%) noemen het zelfverzekerder zijn door het sporten als belangrijke reden.

Wat is een reden om het sporten een keer over te slaan?

21 proefpersonen (36,2%) gaven aan dat werk of school een reden is om niet te gaan sporten. 12 proefpersonen (20,7%) gaven aan om sociale redenen het sporten wel eens over te slaan. Acht proefpersonen (13,8%) noemen 'rust nemen' als reden. Zowel vermoeidheid als het geen zin hebben wordt door zeven proefpersonen (12,1%) genoemd.

Sociaal

De rol van anderen in het gaan naar de sportschool:

26 proefpersonen (44,8%) gaven aan dat anderen een rol spelen, omdat ze het gezellig vinden om samen naar de sportschool te gaan. Een even grote groep geeft aan dat anderen geen of nauwelijks een rol spelen. Twee proefpersonen (3,4%) gaven aan dat ze anderen als voorbeeld zien, net zo willen worden als zij.

Prioriteit van het sporten:

12 proefpersonen (20,7%) gaven aan dat het sporten een zeer hoge prioriteit heeft, soms zelfs als prioriteit nummer één. Nog eens 19 proefpersonen (32,8%) gaven het sporten een hoge prioriteit. 13 proefpersonen (22,4%) gaven aan dat ze het sporten redelijk belangrijk vinden. Acht proefpersonen (13,8%) gaven aan dat het sporten geen (hoge) prioriteit heeft.

Effect op sociale leven:

12 proefpersonen (20,7%) gaven aan dat het sporten een positief effect heeft op hun sociale leven. Nog eens 14 proefpersonen (24,1%) gaven aan dat ze door het sporten meer sociale contacten opdoen. 17 proefpersonen (29,3%) gaven aan dat het sporten geen effect heeft op hun sociale leven. Drie proefpersonen (5,2%) gaven aan dat het sporten een negatief effect heeft op hun sociale leven, bijvoorbeeld omdat ze hun vrienden hierdoor minder zien. Twee opvallende antwoorden waren het 'gestresst worden als ik een keer niet kan' en het 'minder agressief zijn' in het sociale leven.

Vragenlijst LECS – Sportscholen – Controlegroep

Bij de algemene vragen kwam naar voren dat de oudste persoon uit de controlegroep 33 en de jongste 15 jaar was. De verhouding cardio- en krachttraining lag als volgt:

	Controlegroep (N=37)
Cardio	37,2 %
Kracht	62,8 %

Tabel 6: Verhouding cardio- en krachttraining in de controlegroep

Lichamelijk

BMI:

De BMI van de controlegroep is gemiddeld 23,07 (SD 2,92). Dit gemiddelde valt binnen de categorie normaal gewicht.

Lichamelijke klachten:

33 van de 37 proefpersonen (89,2%) gaven aan geen lichamelijke klachten te ervaren. De overige vier proefpersonen noemden elk een andere klacht, namelijk last van de nek/rug, rug, enkel en bronchitis.

Wat men wil veranderen aan het lichaam dmv sporten:

Ook in deze groep zijn de genoemde antwoorden hoofdzakelijk te verdelen in de drie categorieën. De percentages liggen hier wel heel anders. De categorieën zijn:

- Gespierder worden (32,4%)
- Afvallen (21,6%)
- Conditie opbouwen (37,8%)

Hiernaast gaven vier proefpersonen (10,8%) aan dat ze sporten om te zorgen dat lichamelijke klachten verminderen. Ook nog eens vijf proefpersonen (13,5%) gaven aan dat ze door het sporten niets willen veranderen.

Emotioneel

Gevoel in dagelijks leven:

15 proefpersonen (40,5%) noemden het gevoel dat zij door het sporten krijgen goed.

Daarnaast gaven 20 proefpersonen (54,1%) aan dat ze zich fitter/gezonder voelen door het sporten. Twee proefpersonen (5,4%) merken ontspanning door het sporten.

Gevoel bij een keer niet sporten:

13 proefpersonen (35,1%) gaven aan het jammer te vinden wanneer ze een keer niet kunnen sporten. Slechts drie personen (8,1%) gaven aan dat ze er echt van balen. Nog eens drie proefpersonen antwoordden dat ze een schuldgevoel krijgen wanneer ze het sporten een keer overslaan. Daarnaast gaf één persoon aan dat hij er onrustig van wordt. Acht proefpersonen (21,6%) gaven aan dat ze zich lui of slap voelen als ze een keer niet gaan sporten. Drie proefpersonen (8,1%) gaven juist aan dat ze energie over hebben wanneer ze het sporten een keer overslaan.

Gevoel na de reactie van anderen:

23 proefpersonen (62,2%) gaven aan dat de reactie van anderen hen een goed gevoel geeft. Eén proefpersonen gaf aan dat hem dit trots maakt. Daartegenover staat een groep van 12 personen (32,4%) die schreef dat de reactie van anderen hun gevoel niet beïnvloedt.

Welke lichaamsdelen waardeer je positief/negatief?

Wat opvalt is dat 17 proefpersonen (45,9%) aangaven tevreden te zijn met hun benen.

Daarnaast worden de volgende lichaamsdelen acht, zeven of zes keer genoemd:

Positief: armen, borst, buik, schouders.

Bij de negatief gewaardeerde lichaamsdelen worden vooral de buik (43,2%) en de armen (29,7%) vaak genoemd. Daarnaast worden benen en borst ook regelmatig benoemd. Ook de schouders, rug en de voeten worden een aantal keer genoemd.

Cognitief

Bevindingen van eigen lichaam:

23 proefpersonen (62,2%) gaven aan dat ze tevreden zijn met het lichaam dat ze nu hebben. Vier personen (10,8%) zijn meer dan tevreden met hun lichaam. De anderen (N=10, 27,0%) zijn minder dan tevreden. Hiervan gaven vier proefpersonen aan dat ze heel erg ontevreden zijn.

Wat denk je dat anderen van je lichaam vinden?

Bij deze vraag gaven 13 proefpersonen (35,1%) aan dat ze denken dat anderen hun lichaam in orde vinden. Zes proefpersonen denken dat anderen hun lichaam mooi en/of sexy vinden. Een aantal (N=5, 13,5%) gaf aan dat ze denken dat anderen hen te dik vinden. Zes proefpersonen (16,2%) gaven aan geen idee te hebben wat anderen van hun lichaam vinden.

De reden om te gaan sporten:

14 proefpersonen (37,8%) gaven gezonder worden als reden aan. Nog eens twee proefpersonen (5,4%) gaven aan hun lichamelijke klachten te willen verminderen door het sporten. Het werken aan de conditie wordt door 12 proefpersonen (32,4%) genoemd. Het gespierder willen worden wordt door tien proefpersonen (27,0%) als reden genoemd. Veel proefpersonen hebben bij deze vraag meerdere antwoorden gegeven. Ook de volgende redenen worden vaker genoemd:

- Leuke vrijetijdsbesteding (N=10)
- Er goed uit willen zien (N=5)
- Afvallen (N=3).

Wat is een reden om het sporten een keer over te slaan?

Tien proefpersonen (27,0%) gaven aan dat werk of school een reden is om niet te gaan sporten. 12 proefpersonen (32,4%) gaven aan om sociale redenen het sporten wel eens over te slaan. 14 proefpersonen (37,8%) gaven aan soms geen tijd te hebben en het sporten daarom over te slaan. Vermoeidheid wordt door acht proefpersonen genoemd (21,6%). Het geen zin hebben wordt door vijf proefpersonen (13,5%) genoemd. Twee proefpersonen gaven aan het sporten nooit over te slaan.

Sociaal

De rol van anderen in het gaan naar de sportschool:

20 proefpersonen (54,1%) gaven aan dat anderen een stimulerende rol hebben in het gaan naar de sportschool. Dit was vooral vanwege de gezelligheid. De overige proefpersonen gaven aan dat anderen niet of nauwelijks een rol spelen in het gaan naar de sportschool.

Prioriteit van het sporten:

Twee proefpersonen (5,4%) gaven aan dat het sporten een zeer hoge prioriteit heeft. Daarnaast gaven zeven proefpersonen (18,9%) het sporten een hoge prioriteit. Negen proefpersonen (24,3%) gaven aan dat ze het sporten redelijk belangrijk vinden. Voor de overigen heeft het sporten geen (hoge) prioriteit.

Effect op sociale leven:

Negen proefpersonen (24,3%) gaven aan dat het sporten een positief effect heeft op hun sociale leven. Nog eens vijf proefpersonen (13,5%) gaven aan dat ze door het sporten meer sociale contacten opdoen. 18 proefpersonen (48,6%) gaven aan dat het sporten geen effect heeft op hun sociale leven.

Vragenlijst LECS – Vergelijking

Het verschil tussen cardio- en krachttraining ligt bij de onderzoeksgroep iets meer richting kracht. Dit verschil is te klein (5,6 procentpunt) om hier concluderende uitspraken over te doen.

Lichamelijk

BMI:

De BMI van onze proefpersonen lag binnen de categorie normaal gewicht. Zoals de mensen met anorexia laag binnen deze categorie scoren, zo scoren de jongens uit de onderzoeksgroep een hoog gemiddelde binnen deze categorie. De controlegroep scoort gemiddeld. Het percentage dat buiten deze gemiddelde categorie scoort ligt in de controlegroep (27,0%) iets lager dan in de onderzoeksgroep (31,0%). De spreiding is bij de onderzoeksgroep veel groter dan bij de mensen met anorexia.

Lichamelijke klachten:

Hierin vinden we helemaal geen overeenkomsten. De controlegroep scoort ten opzichte van de onderzoeksgroep veel hoger wat betreft het niet hebben van klachten.

Gewenste veranderingen aan het lichaam:

De onderzoeksgroep noemt in hoge mate het gespierder willen worden. In de controlegroep daarentegen liggen de gewenste veranderingen veel meer verspreid. De wens (slanker/gespierder worden) komt dus wel tot uitdrukking in het gedrag (niet eten/veel sporten). Het afvallen, wat bij anorexia de meest gewenste verandering is, wordt door zowel de onderzoeks- als de controlegroep vaak genoemd. Dit zijn vooral mensen met een te hoog BMI, in tegenstelling tot mensen met anorexia die meestal voor het lijnen al binnen de categorie normaal gewicht vallen.

Emotioneel

Gevoel in dagelijks leven:

Alle groepen noemen het positieve gevoel. In deze vraag konden de proefpersonen niet duidelijk maken of dit gevoel belangrijker is dan het gespierder worden op zich, zoals mensen met anorexia voornamelijk voor dit goede gevoel willen afvallen. Veel proefpersonen noemen het gevoel dat het sporten veroorzaakt 'fit/gezond.' Mensen met anorexia noemen dit niet.

Gevoel bij een keer eten/niet sporten:

Een groot aantal proefpersonen gaf aan het wel jammer te vinden als het sporten een keer wordt overgeslagen. Ongeveer een kwart van de proefpersonen geeft aan dat ze zich lui voelen als ze een keer niet gaan sporten. Het echte schuldgevoel zoals mensen met anorexia dat kennen wordt door tien personen (17,2%) uit de onderzoeksgroep en door vier (10,8%) uit de controlegroep genoemd.

Gevoel na de reactie van anderen:

De proefpersonen uit beide groepen gaven aan dat de reactie van anderen hen een goed gevoel geeft. Hierbij is niet onderzocht of deze mensen afhankelijk zijn van de complimenten voor de waardering van zichzelf. Wel gaven zes mensen (10,3%) in de onderzoeksgroep aan dat de reactie van anderen heel belangrijk voor hen is. In de controlegroep is dit er slechts één. Een groot aantal proefpersonen (>30%) gaf aan niets te voelen na de reactie van anderen. Dit is een groot verschil met mensen met anorexia.

Welke lichaamsdelen waardeer je positief/negatief?

Zowel de buik als de benen en borst worden door alle groepen als negatief gewaardeerd lichaamsdeel genoemd. Opvallend is dat bij de controlegroep de buik ook positief wordt benoemd. De borst wordt zowel bij de onderzoeks- als bij de controlegroep positief benoemd. Mensen met anorexia daarentegen kunnen tijdens de periode van anorexia vaak

geen positief gewaardeerde lichaamsdelen noemen. Door deze vraag wordt duidelijk dat voor beide doelgroepen deze lichaamsdelen in het oog springen als het gaat om de waardering van het eigen lichaam.

Cognitief

Bevindingen van eigen lichaam:

Mensen met anorexia zijn het minst tevreden over hun eigen lichaam. In de controlegroep zitten percentueel de meeste tevreden mensen (73,0%). De onderzoeksgroep zit hier tussen in. 63,8% van deze groep is tevreden met zijn lichaam.

Wat denk je dat anderen van jou lichaam vinden?

Onze proefpersonen waren positiever over het beeld dat anderen van hun lichaam hadden dan de mensen met anorexia. In de onderzoeksgroep waren wel meer jongens die dachten dat anderen hen te dik vonden dan in de controlegroep. In de controlegroep gaven zes personen aan dat ze hier nog nooit over nagedacht hadden. Dit is een verschil met mensen met anorexia die juist heel veel waarde hechten aan het oordeel van anderen en daar dan ook regelmatig aan zullen denken.

De reden om te gaan lijnen/sporten:

De redenen om dit te gaan doen lagen bij onze proefpersonen veel verder uit elkaar dan bij mensen met anorexia. De overeenkomst zit wel in het feit dat er heel veel gewenste lichamelijke veranderingen als argument worden genoemd. Twee personen uit de onderzoeksgroep gaven aan dat ze sporten om zelfverzekerder te worden. Dat komt overeen met de onzekerheid die mensen met anorexia tegen willen gaan door het lijnen.

Een reden om te gaan eten/het sporten over te slaan:

Het verschil hierbij is dat mensen met anorexia dit doen door de druk die ze van buitenaf voelen en jongens in de sportschool redenen vanuit zichzelf kunnen verzinnen om het sporten een keer over te slaan.

Sociaal

De rol van anderen:

Mensen met anorexia hebben vaak negatieve ervaringen opgedaan, bijvoorbeeld met pesten. Geen van onze proefpersonen noemde deze ervaringen. De overeenkomst zit wel voor een groot deel in het samen beginnen met lijnen/sporten. Op deze manier stimuleren anderen om te gaan lijnen/sporten. Twee proefpersonen uit de onderzoeksgroep gaven aan dat zij anderen als voorbeeld zien. Bij mensen met anorexia komt dit ook veelvuldig voor.

Prioriteit van het lijnen/sporten:

Net zo als bij anorexia gaf een aantal proefpersonen aan dat het sporten op de eerste plaats staat in hun leven. In de onderzoeksgroep is de prioriteit wel hoger dan in de controlegroep.

Effect op het sociale leven:

Het effect bij anorexia is over het algemeen negatief. Een groot deel van de proefpersonen gaf aan dat het sporten een positief effect heeft. Bij de onderzoeksgroep ligt dit percentage nog hoger dan bij de controlegroep. Bij laatstgenoemde groep gaf bijna de helft van de proefpersonen aan dat het sporten geen effect heeft, ten opzichte van een kleine 30% in de onderzoeksgroep. In de controlegroep worden, in tegenstelling tot in de onderzoeksgroep, helemaal geen negatieve effecten op het sociale leven genoemd.

Conclusie

Het doel van dit onderzoek was een bijdrage te leveren aan het zichtbaar maken van mogelijke verstoringen in de lichaamsbeleving bij jongens in de sportschool. Dit hebben we gedaan door te kijken op welke gebieden de lichaamsbeleving van de jongens van 15 t/m 35 jaar overeenkomt met de lichaamsbeleving van mensen met anorexia in dezelfde leeftijdscategorie. We verwachtten overeenkomsten op de verschillende schalen van de LAV. Daarnaast verwachtten we dat ze op verschillende delen van het lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal vlak overeenkomsten vertoonden wat betreft hun drive om niet te eten (anorexia) en hun drive om meer dan twee keer per week te sporten in de sportschool.

In de volgende tabel zetten we de gemiddelde scores van mensen met anorexia vanuit de onderzoeken van Probst et al. (1992) en Exterkate (2007) en de gevonden scores van onze onderzoeks- en controlegroep naast elkaar.

Onderdeel	Anorexia (N=213)	Anorexia (N=89)	Onderzoeks-groep (N=58)	Controlegroep (N=37)
LAV1	9,49 (7,21)	16,12 (9,22)	9,16 (4,91)	9,19 (5,30)
LAV2	15,76 (8,24)	16,38 (8,34)	4,17 (2,99)	4,51 (3,19)
LAV3	11,00 (4,94)	11,55 (4,93)	4,34 (3,29)	4,57 (2,79)
LAV totaal	44,66 (18,87)	51,20 (20,67)	23,60 (8,96)	23,41 (8,99)

Tabel 7: Antwoordpatroon van de LAV van de drie verschillende doelgroepen.

De oorzaak voor de genoemde verschillen tussen de scores in het onderzoek van Probst et al. (1992) en Exterkate (2007) kan liggen in het tijdsverschil tussen de twee onderzoeken. De laatste jaren wordt er steeds meer van mensen verwacht dat ze op zichzelf kunnen reflecteren, dat ze kunnen nadenken over wat ze deden en hoe ze zich voelen. Dit komt niet alleen in de vernieuwingen van het onderwijs naar voren. Het zou er voor kunnen zorgen dat mensen hoger scoren op lijsten die vragen naar subjectieve beleving, omdat ze meer gewend zijn om naar hun eigen beleving te kijken, dichterbij de beleving staan.

In tabel 7 wordt heel duidelijk dat het verschil tussen de mensen met anorexia en de jongens in de sportschool groot is. De jongens halen gemiddeld de cut-off score van 36 lang niet. Wel zijn er in het totaal 11 jongens (11,6%) die boven deze score zitten. In de laatstgenoemde groep zitten wel de personen die schreven dat zij zelfvertrouwen krijgen door het sporten en dat zij zich schuldig voelen als ze een keer niet gaan. Bovendien gaven bijna al deze personen aan dat zij breder willen worden. Wat ook opvalt is dat deze personen wel tevreden zijn met hun lichaam, maar ook aangaven dat het altijd beter kan. Het percentage komt overeen met eerder gevonden percentages van jongens met 'muscle dysmorphia symptomen.' In de inleiding vertelden wij al dat het ons niet ging om het diagnosticeren van die stoornis, maar om de lichaamsbeleving, toegespitst op gespierdheid, van deze jongens te meten. Nu komt naar voren dat bij 11,6% van de jongens in de sportschool deze lichaamsbeleving (enigszins) verstoord is. De proefpersoon die aangaf dat het sporten voor hem bijna een verslaving was geworden, scoorde laag op de LAV. Wel geeft hij aan zich 'geestelijk minder' te voelen als hij het sporten een keer overslaat.

De overeenkomsten tussen mensen met anorexia en jongens in de sportschool, ligt vooral op het gebied van de waardering van de lichamelijke omvang. Rekkers et al. (2002b) noemen dit ook het meest in het oog springende en meest beschreven symptoom van de lichaamsbeleving. Het gaat hierbij om de over- of onderschatting van lichaamsmaten en omvang.

Er zijn een aantal overeenkomsten op lichamelijk gebied. De BMI was goed te vergelijken: Zoals hij bij de mensen met anorexia laag binnen de categorie normaal gewicht was, zo was hij dat bij de jongens hoog. Daarnaast was de drive om gespierder te worden in de onderzoeksgroep heel hoog. Dit is te vergelijken met de drive om slanker te worden van de mensen met anorexia. Hierin zien we ook een verschil met de controlegroep, waar de wensen wat betreft het veranderen van het lichaam veel meer verspreid lagen. We vonden geen overeenkomsten in lichamelijke klachten.

Op emotioneel gebied komt het positieve gevoel na het sporten/lijnen en na de reactie van anderen overeen. Hierbij hebben mensen met anorexia dit gemiddeld genomen veel sterker. Het schuldgevoel zoals veel mensen met anorexia dat hebben als ze een keer wel gegeten hebben, komt bij 17,3% van de jongens uit de onderzoeksgroep ook zo duidelijk naar voren. In de controlegroep lag dit percentage een stukje lager (10,8%). De lichaamsdelen die over het algemeen negatief worden gewaardeerd (buik, benen en borst(en)) komen ook overeen.

Bij het cognitieve stuk verschillen de ideeën over het eigen lichaam tussen mensen met anorexia en onze onderzoeksgroep. De onderzoeksgroep heeft waarschijnlijk ook een realistischere kijk op de werkelijkheid, want zij denken vaker dan de controlegroep dat anderen hen dik vinden en ook de BMI lag in deze groep hoger. De opvallendste overeenkomst op dit gebied is de wil om iets aan het eigen lichaam te veranderen. Wat dat precies is, verschilt, maar die wens voor verandering is er bij beide groepen.

Op het sociale vlak kunnen niet zoveel vergelijkingen gemaakt worden. Wat hier uitspringt is de rol van anderen in het beginnen met lijnen en het gaan naar de sportschool. Anderen hebben hierin veelal een stimulerende rol.

Er is niet één gebied aan te wijzen waarop de overeenkomsten het grootst zijn. Wel wordt duidelijk dat er op het sociale gebied minder overeenkomsten zijn dan op de overige gebieden.

Zowel op de LAV als op de 'Vragenlijst LECS' zijn de verschillen tussen de antwoorden van de onderzoeksgroep en de controlegroep niet groot. Alleen op de vraag naar de gewenste lichamelijke verandering wordt door de onderzoeksgroep veel vaker 'gespierder willen worden' genoemd. Gezien de kleine verschillen concluderen we dat het aantal keer in de week sporten geen goede maatstaf is voor het beoordelen van de lichaamsbeleving.

Discussie

In dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van veel verschillende literaire bronnen en van persoonlijke ervaringen. Dit maakt de betrouwbaarheid van de data van de mensen met anorexia groot. Daarnaast is de LAV een valide en betrouwbaar instrument om de lichaamsbeleving te meten (Probst et al., 1992). De gemiddeldes die wij uit de onderzoeken hebben gebruikt, waren afgerond. Dit maakt de uitkomsten die in dit onderzoek worden genoemd onnauwkeurig. De cijfers waren echter afgerond op twee decimalen, zodat het verschil met de onafgeronde cijfers niet groot zal zijn. In het onderzoek zelf hebben we telkens met de onafgeronde cijfers verder gewerkt.

In het onderzoek van Exterkate (2007) waren er ook proefpersonen die ouder dan 35 jaar waren. Deze 35+-ers hebben we niet uit de data kunnen halen, omdat we de originele data niet in mochten zien. Hoeveel mensen dat precies waren, is niet bekend. De kans dat het er meer waren dan 10% is klein, aangezien de gemiddelde leeftijd 25,8 jaar was met een standaarddeviatie van 5,8. De kans dat er veel 35+-ers met anorexia mee hebben gedaan is klein. Anorexia komt namelijk vooral voor bij vrouwen van 15 t/m 30 jaar.³

Het was jammer dat de originele LAV niet toepasbaar was op onze onderzoeksgroep. Hierdoor waren we genoodzaakt enkele kleine aanpassingen te doen. Zoals Probst in een mail aangeeft, verandert dit de betrouwbaarheid en de validiteit van de vragenlijst. We hebben in dit onderzoek deze zaken niet gemeten voor de aangepaste vragenlijst. Vervolgonderzoek zou uit kunnen wijzen of de lijst met de genoemde aanpassingen ook betrouwbaar en valide is. We hebben namelijk een aantal lichaamsdelen met elkaar vergeleken, waarvan wij vanuit de literatuur veronderstelden dat die te vergelijken vielen. Dit is echter niet wetenschappelijk bewezen. Veel woordaanpassing waren echter zo klein, dat ze in principe via de antwoordcategorieën hetzelfde maten, maar beter aansloten bij de onderzoeksgroep. De vragen die we aanpasten, vielen allemaal op schaal één van de LAV. Dit was de schaal waarop de overeenkomst tussen mensen met anorexia en de jongens in de sportschool het grootst was. Omdat er op deze schaal veel punten zijn gescoord, kunnen we aannemen dat de aanpassingen de jongens aanspraken. De scores liggen niet zo ver van de andere scores af dat het mogelijk zou zijn dat we het de jongens te makkelijk hebben gemaakt om te scoren.

We hebben de selectie tussen de onderzoeks- en de controlegroep verdeeld aan de hand van het aantal keer sporten per week. Het was beter geweest als we daarbij ook gevraagd hadden naar het aantal keer dat men graag zou willen sporten. Dat had misschien een betere indicatie gegeven van wat men het liefst wil. Aan de andere kant is het ook goed dat we dit criterium hebben genomen, omdat zo duidelijk wordt hoeveel de jongens ervoor over hebben om regelmatig te gaan sporten.

De vergelijking die we in dit onderzoek hebben gemaakt, is niet helemaal zuiver. De data van de mensen met anorexia zijn namelijk grotendeels afkomstig van meiden. In de sportschool hebben we alleen gekeken naar de lichaamsbeleving van jongens. Daarnaast was de leeftijdscategorie zo groot dat de fase waarin iemand leeft (puberteit/volwassenheid) van invloed kan zijn geweest op de antwoorden die zij gaven. Daarbij is het wel zo dat deze spreiding ook al binnen alle drie de doelgroepen ligt, waardoor deze verschillen elkaar kunnen opheffen.

We hebben de vragenlijsten bij vier verschillende sportscholen afgenomen. Dit hebben we gedaan om de verschillende culturen die binnen de sportscholen bestaan, te ondervangen.

³ <http://www.trimbos.nl/default4676.html?back=1>

Dat er verschil is in cultuur hebben we geproefd tijdens de bezoeken aan de sportscholen. Tegelijk is dit ook te zien in de scores en het gemiddeld aantal keer sporten per week. Bij de ene sportschool behoorde 69,6% van de proefpersonen tot de controlegroep, bij de andere sportschool behoorde 100% tot de onderzoeksgroep.

In de antwoorden die de jongens gaven, kwam naar voren dat de vragen erg vanuit ons therapeutisch referentiekader waren gesteld. Zo hebben veel jongens goed of oké geantwoord op de volgende vragen: 'Wat geeft het feit dat je sport voor gevoel in je dagelijks leven?' en 'Wat vind je van je lichaam?' Dit zou zo kunnen zijn, omdat ze niet wisten wat ze anders moesten antwoorden, omdat ze niet zo stilstaan bij zichzelf en hun eigen gevoel als wij dat in de opleiding tot therapeut hebben geleerd.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de lichaamsbeleving van jongens in de sportschool minder zorgen baart dan de lichaamsbeleving bij mensen met anorexia. De verklaring hiervoor is dat er bij de mensen met anorexia alleen uit is gegaan van mensen met een psychiatrische stoornis en bij de jongens niet. Bij het onderzoek naar een verstoring in de lichaamsbeleving was bij mensen met anorexia al een voorselectie gemaakt van mensen die hier waarschijnlijk problemen mee hebben. Daarnaast zit er een groot verschil in de bias van mensen met anorexia die opgenomen zijn en jongens die thuis wonen. Eerstgenoemde groep zal sneller toegeven dat ze ergens moeite mee hebben. Mensen met anorexia die zelf hulpverlening hebben gezocht, hebben hierin immers al toegegeven dat ze ergens moeite mee hebben. Daarnaast is het mogelijk dat de jongens vanuit stoer gedrag de lijst niet helemaal eerlijk hebben ingevuld. We hebben wel geprobeerd om de proefpersonen deze lijst niet onder de blik van leeftijdsgenoten te laten invullen, om dit risico zo klein mogelijk te houden, maar dat is niet altijd gelukt.

Aanbevelingen

Naast de in de discussie genoemde aanbevelingen, hebben we nog een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Het doel van dit onderzoek was om een bijdrage te leveren aan het zichtbaar maken van mogelijke verstoringen in de lichaamsbeleving bij jongens in de sportschool. In Nederland is hier nog niet veel onderzoek naar gedaan. Het meeste onderzoek uit Nederland wat hieraan gerelateerd is, is gericht op het diagnosticeren van MD. Ons onderzoek is een mooie aanvulling op deze gegevens. Om het doel verder uit te werken is het belangrijk dat hier verder onderzoek naar wordt gedaan. We denken dat dit het best via interviews gedaan kan worden, omdat er bij deze doelgroep eerst een stukje bewustwording nodig is, voordat duidelijk wordt hoe zij echt naar zichzelf kijken. Na dit interview zou je hen de LAV in kunnen laten vullen, om ook kwantitatieve gegevens te verkrijgen. Dit zou dan het best in een afgeschermd ruimte gedaan kunnen worden, om het stimuleren van stoer gedrag tegen te gaan.

In dit onderzoek kwam naar voren dat het aantal keer sporten per week geen goede maatstaf is voor het hebben van een positieve of negatieve lichaamsbeleving. In vervolgonderzoek zou het goed zijn om in het interview te vragen hoe vaak iemand *zou willen* sporten. Dit is misschien een betere maatstaf.

In dit onderzoek hebben we gekeken naar alle jongens van 15 t/m 35 jaar die sporten in de sportschool. Voor vervolgonderzoek zou het mooi zijn om te proberen al snel een filtering te maken, zodat je meer gegevens kunt verkrijgen over jongens die in de gevarenzone zitten wat betreft hun lichaamsbeleving. Dit zou je kunnen doen door middel van interviews. Wanneer je zo een kleinere onderzoeksgroep krijgt, zou het ook interessant zijn om te bekijken wat je binnen de psychomotorische therapie met deze jongens zou kunnen doen om deze ontwikkeling ten goede te keren.

Dit onderzoek is verricht onder jongens in de sportschool. Hierbij kwam naar voren, net als in andere onderzoeken, dat de lichaamsbeleving of de drang naar gespierdheid bij ongeveer 10% van de jongens mogelijk negatieve gevolgen kan hebben. In dit onderzoek hebben we alleen gekeken naar jongens die sporten in de sportschool. Maar hoe zit het met de lichaamsbeleving bij jongens die ergens anders (veelvuldig) sporten? En bij jongens die helemaal niet aan sport doen? De drang naar gespierdheid is hier wellicht minder, maar is de verstoring in de lichaamsbeleving niet net zo groot? Een heel andere vraag is die naar de drang naar gespierdheid bij vrouwen. Hoe zit dit bij hen? Interessante vragen voor vervolgonderzoek.

Literatuur

- Bervoets, H. (2007). Van nicht tot kerel. *Volkskrant magazine*, 8/12/07, 22-26.
- Bremer, R. (2000). *Deskundigen over eetstoornissen. De meest gestelde vragen over eetstoornissen helder en overzichtelijk beantwoord*. Baarn: Tirion.
- Choi, P.Y. L., Pope Jr, H.G. & Olivardia, R. (2002). Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 36, 375-377.
- Dongen, H. van & Doeven, L. (2006). *De aanwezigheid van "Muscle Dysmorphia" onder mannen die aan krachttraining doen in Amsterdamse sportscholen*. Bachelor Onderzoeksproject, VU, Faculteit der Bewegingswetenschappen.
- Geertsom, C. van & Zonneveld, S. (2007). *Lichaamsbeleving bij Nederlandse studenten*. Bachelor Onderzoeksproject, VU, Faculteit der Bewegingswetenschappen.
- Harinck, F. (2006). *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Antwerpen: Garant.
- Jansen, A., Nederkoorn, C., Smeets, T., Havermans, R. & Martijn, C. (2006). Jij ziet, jij ziet wat ik niet zie. Het vertekende lichaamsbeeld van gezonde vrouwen. *De Psycholoog*, 41, 518-526.
- Kugel, J. (1973). *Psychologie van het lichaam*. Utrecht: Het Spectrum.
- McCreary, D. R., Sasse, D. K., Saucier, D. M. & Dorsch, K.D. (2004). Measuring the drive for muscularity: Factorial validity of the drive for muscularity scale in men and women. *Psychology of Men and Masculinity*, 5(1), 49-58.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2001) *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Phillips, K.A. (1996). *The Broken Mirror, understanding and treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford University Press, New York.
- Pope, C.G., Pope, H.G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R. & Phillips, K.A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder, *Body Image*, 2, 395-400.
- Pope Jr, H.G., Katz D.L. & Hudson J.I (1993). Anorexia nervosa and 'reverse anorexia' among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 406-409.
- Pope Jr, H.G., Olivardia, R., Gruber, A.J. & Borowiecki, J. (1999). Evolving Ideals of Male Body Image as Seen Through Action Toys. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 65-72.
- Pope Jr, H.G., Gruber, A.J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C. & Hudson, J.I., (2000a). Body Image Perception Among Men in Three Countries. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1297-1301.
- Pope Jr, H.G., Phillips, K.A., & Olivardia, R. (2000b). *The Adonis Complex: the secret Crisis of Male Body Obsession*. New York: The Free Press.

Probst, M., Van Coppenolle, H. & Vandereyken, W. (1992). De Lichaamsattitude-Vragenlijst (LAV) bij patiënten met eetstoornissen: onderzoeksresultaten, *Bewegen & Hulpverlening*, 4, 286-299.

Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1998). De lichaamsattitudevragenlijst: validering en normering. In: J. Simons (Ed.), *Actuele themata uit de psychomotorische therapie* (pp. 79-90). Leuven: Acco.

Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1999), *The Body Attitude Test (BAT)*.

Probst M., De rol van de lichaamsbeleving in de psychomotorische therapie bij patiënten met eetstoornissen (2001). In: M. Probst, & R. Bosscher (Eds.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie* (63-90). Zeist: Cure & Care publishers.

Rekkers, M.E. (1999). *Lichaamsbeleving voor cliënten met eetstoornissen*. Psychomotorische therapie module. Amsterdam.

Rekkers, M. E. (2002a). Verstoorde lichaamsbeleving bij mannen: muscle dysmorphia. In: L. Konsten & M. Peters (Eds.). *Terug naar de toekomst. De bijdragen aan de studietweedaagse van de NVPMT* (112-119).

Rekkers, M.E. & Schoemaker, E. (2002b). *Gewichtige lichamen. Lichaamsbeleving en eetstoornissen*. Leuven: Acco.

Schouten, J. & Wit, M. (2007). *De aanwezigheid van 'Muscle Dysmorphia' onder mannelijke studenten op een Nederlandse opleiding tot sportleider*. Bachelor Onderzoeksproject, VU, Faculteit der Bewegingswetenschappen.

Spaans, J. (1998). *Slank, slanker, slankst. Over anorexia nervosa en wat je er aan kunt doen*. Amsterdam: Boom

Spanjers, T. (1993). *Hier ben ik. Over anorexia en bulimia nervosa*. Amsterdam: VITA

Woertman, L. (1994). *Beelden van een lichaam. De mentale representatie van lichaamsbeelden*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

Auteur onbekend (2008). Ik ben een man en heb een vrouwenziekte. *Flair*, 15, 42-43.

Auteur onbekend (2008). Mannen met een eetstoornis. *Vriendin*, 4, 24-27.

- Elektronisch proefschrift

Exterkate, C.C. (2007) *Eating disorders in Day Treatment. Aspects of assessment and comeout*. Retrieved February 15, 2008 from http://webdoc.ubn.ru.nl/mono/e/exterkate_c/eatidiind.pdf

- Elektronisch tijdschriftartikel

Schapendonk, W., Coumans, B. & Rens van Kleij (2006). Bigorexia. Hoe groot wil jij worden? [Electronic Version] *Sport & Fitness*, 132, ?.

Van het internet

www.trimbos.nl

Bijlage 1: Lichaamsattitude Vragenlijst (LAV) – origineel

		A L T I J D	M E E S T A L	D I K W I J L S	S O M S	Z E L D E N	N O O I T
1	<i>Wanneer ik mezelf vergelijk met leeftijdsgenoten voel ik me ontevreden over mijn lichaam</i>						
2	Mijn lichaam lijkt me een gevoelloos voorwerp						
3	Mijn heupen lijken me te breed						
4	Ik voel me thuis in mijn eigen lichaam						
5	Ik verlang er sterk naar om slanker te zijn						
6	Mijn borstomvang vind ik te groot						
7	<i>Ik heb de neiging mijn lichaam te verbergen (bv. Door losse kleding)</i>						
8	<i>Wanneer ik mezelf in de spiegel bekijk, voel ik me ontevreden over mijn lichaam</i>						
9	Ik kan me gemakkelijk lichamelijk ontspannen						
10	Ik vind mezelf te dik						
11	Ik voel mijn lichaam als een last die ik moet meedragen						
12	Mijn lichaam lijkt het mijne niet te zijn						
13	Bepaalde delen van mijn lichaam lijken opgezwollen						
14	Mijn lichaam is voor mij een bedreiging						
15	<u>Mijn uiterlijk is erg belangrijk voor mij</u>						
16	Mijn buik ziet er uit alsof ik zwanger ben						
17	In mijn lichaam voel ik een gejaagdheid						
18	<i>Ik ben jaloers op anderen omwille van hun figuur (uiterlijk)</i>						
19	Er gebeuren dingen in mijn lichaam die mij beangstigen						
20	<u>Ik observeer mijn uiterlijk in de spiegel</u>						

Legende:

Schaal 1

Schaal 2

Schaal 3

Restschaal

Bijlage 2: Vragenlijsten (LECS en aangepaste LAV) voor jongens van 15 t/m 35 jaar die sporten in een sportschool

Onderzoek

‘Lichaamsbeleving’

Vragenlijst voor:

- **Jongemannen die sporten in de sportschool!**

Producers:

- **Gendia van de Ruitenbeek**
- **Joost Meijer**

Bijlage 2A: Vragenlijst LECS

Uitleg

De eerste vragenlijst (over LECS) is gemaakt in het kader van ons onderzoek naar de lichaamsbeleving van jongens van 15 t/m 35 jaar in sportscholen. LECS staat voor lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal. De lijst bestaat uit 11 open vragen.

De tweede vragenlijst is een, iets aangepaste, bestaande vragenlijst die de manier waarop mensen hun lichaam beleven meet. Bij deze vragenlijst vult u/jij bij elke stelling in in welke mate die op u/jou van toepassing is.

We willen u/jou vragen deze lijsten waarheidsgetrouw in te vullen. Dat zal de resultaten van ons onderzoek ten goede komen. Het invullen van deze lijst kost je ongeveer 20 minuten. Alvast hartelijk bedankt voor het invullen.

Vragenlijst LECS

Datum:-.....-2008

Algemeen

Leeftijd:jaar

(Gemiddeld) aantal keer in de sportschool per week:

Lichamelijk

– Hoe lang ben je?

..... m

– Hoeveel weeg je?

..... kg

– Heb je lichamelijke klachten en zo ja welke?

.....
.....
.....

– Wil je wat veranderen aan je lichaam door het trainen? En zo ja, wat zou je dan willen veranderen?

.....
.....
.....

Emotioneel

– Wat geeft het feit dat je sport voor gevoel in je dagelijks leven?

.....
.....

– Wat voor gevoel heb je als je een keer niet gaat sporten?

.....
.....

– Wat voor gevoel geeft de reactie van anderen over jouw sporten jou?

.....
.....

– Noem twee lichaamsdelen waar je tevreden mee bent en twee waar je minder tevreden/ontevreden mee bent.

Tevreden:

.....

Ontevreden:

.....

Cognitief

- Wat vind je van je lichaam?

.....

- Hoe denk je dat andere mensen jouw lichaam vinden?

.....

- Wat is de reden dat je wilt/gaat sporten?

.....

- Wat is voor jou een reden om niet te gaan sporten, het een keer over te slaan?

.....

Sociaal

- Welke rol hebben anderen (vermeldt ook over wie je schrijft, bijvoorbeeld vrienden of ouders) in het gaan naar de sportschool?

.....

- Wat voor prioriteit heeft het sporten ten opzichte van andere dagelijkse bezigheden?

.....

- Wat voor effect heeft het naar de sportschool gaan op je sociale leven?

.....

Bijlage 2B: LICHAAMS - ATTITUDE - VRAGENLIJST (LAV)

		A L T I J D	M E E S T A L	D I K W I J L S	S O M S	Z E L D E N	N O O I T
1	Wanneer ik mezelf vergelijk met leeftijdsgenoten voel ik me ontevreden over mijn lichaam						
2	Mijn lichaam lijkt me een gevoelloos voorwerp						
3	Mijn bovenlichaam lijkt me te smal						
4	Ik voel me thuis in mijn eigen lichaam						
5	Ik verlang er sterk naar om gespierder te zijn						
6	Mijn bovenarmen vind ik te dun						
7	Ik heb de neiging mijn lichaam te verbergen (bv. Door losse kleding)						
8	Wanneer ik mezelf in de spiegel bekijk, voel ik me ontevreden over mijn lichaam						
9	Ik kan me gemakkelijk lichamelijk ontspannen						
10	Ik vind mezelf te smal						
11	Ik voel mijn lichaam als een last die ik moet meedragen						
12	Mijn lichaam lijkt het mijne niet te zijn						
13	Bepaalde delen van mijn lichaam lijken te klein						
14	Mijn lichaam is voor mij een bedreiging						
15	Mijn uiterlijk is erg belangrijk voor mij						
16	Mijn buik ziet er uit als een pudding						
17	In mijn lichaam voel ik een gejaagdheid						
18	Ik ben jaloers op anderen omwille van hun figuur (uiterlijk)						
19	Er gebeuren dingen in mijn lichaam die mij beangstigen						
20	Ik observeer mijn uiterlijk in de spiegel						

Bijlage 3: Informed consent

Informed consent

Met de ondertekening van dit formulier geeft u toestemming voor deelname aan het onderzoek. Dit formulier dient voorafgaande aan de deelname ingevuld te worden.

Ik, (naam):

neem deel aan het onderzoek naar de lichaamsbeleving van jongens van 15 t/m 35 jaar die sporten in een sportschool, uitgevoerd door Joost Meijer en Gendia van de Ruitenbeek, studenten aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle.

Ik ben door de proefleider voldoende op de hoogte gebracht van de inhoud en de strekking van het onderzoek.

De volgende punten zijn aan de orde:

- Deelname aan het onderzoek is vrijwillig en terugtrekking is altijd mogelijk.
- Het doel van het onderzoek is mij duidelijk
- De vragenlijsten die tijdens het onderzoek worden afgenomen, worden alleen vrijwillig door mij ingevuld.
- Resultaten en gegevens van het onderzoek zullen alleen anoniem aan derden worden gepresenteerd.

Ik stem in met deelname aan dit onderzoek en onderteken hiertoe deze verklaring.

Handtekening Proefpersoon:

Handtekening Proefleider:

Datum: