

2013•2014
FACULTEIT GENEESKUNDE EN LEVENSWETENSCHAPPEN
*master in de revalidatiewetenschappen en de
kinesitherapie*

Masterproef

How does psychomotor therapy change the body awareness of patients with an eating disorder? Qualitative study

Promotor :
dr. Joeri CALSIUS

Lynn Fiddelaers , Marjon Valkeners
*Proefschrift ingediend tot het behalen van de graad van master in de
revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie*

2013•2014

FACULTEIT GENEESKUNDE EN
LEVENSWETENSCHAPPEN

*master in de revalidatiewetenschappen en de
kinesitherapie*

Masterproef

How does psychomotor therapy change the body awareness
of patients with an eating disorder? Qualitative study

Promotor :
dr. Joeri CALSIUS

Lynn Fiddelaers , Marjon Valkeners

*Proefschrift ingediend tot het behalen van de graad van master in de
revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie*

Acknowledgement

In order to obtain the title of 'Master of Science in Rehabilitation and Physiotherapy', we have studied the influence of psychomotor therapy on the body experience of patients with an eating disorder. During this process, we could count on the help of some important people who we would like to thank for their support and guidance.

First, we thank our promotor dr. J. Calsius for his professional guidance and advice. The moments of deliberation meant a significant support in the process and development of our thesis.

A special word of thanks goes to Michel Probst, head of psychomotor therapy in UPC Kortenbergh. Thank you for providing human resources and allowing us to interview clinical subjects. We would also like to thank all the participants for their commitment and honesty during the interviews.

We would like to show our gratitude to our family and friends for their unconditional support and encouragement. We could share difficult moments with them that are inevitable when writing a master's thesis. Thank you for critical reading and commenting our work.

Last but not least, we would like to thank each other for the fluent cooperation and mutual understanding, for the perseverance and pep talks at difficult moments. This is what teamwork is about.

Lanaken, 18 March 2014

Genk, 18 March 2014

M.V.

L.F

Situating

This master's thesis consists of two separated parts. The first theoretical part includes a literature study on the effects of two body-oriented interventions- the Feldenkrais method and Basic Body Awareness Therapy- on body awareness in patients with chronic and psychosomatic complaints. As it seems that Feldenkrais Therapy is currently less actively applied in Flanders and Basic Body Awareness Therapy is mainly applied in Scandinavian countries, we choose to specifically focus on psychomotor therapy as a body-oriented intervention that is currently applied in most psychiatric institutions in Flanders. We also limited our target group to a more homogeneous group of psychiatric patients in the second part of our thesis.

As explained in part one of our study, body awareness is an elaborated term that can be influenced by body-oriented therapies. Roxendal (1985) used the term Body Awareness as a general concept for the experience and use of the body. He defined body experience as an aspect of Body Awareness, which may refer to the whole body or to body parts. Body experience is the way in which the body is subjectively experienced by the patient at a present moment. In this second part, we will mainly focus on this specific part of body awareness.

Part two of our scription includes a practical part in which we try to find an answer to the question: 'How does psychomotor therapy change the body awareness of patients with an eating disorder?'. Psychomotor therapy is a treatment method that includes a combination of physical and body-oriented approaches. Psychomotor therapy has been well integrated into mental health care since 1965. Body awareness and physical activities are the basic elements of this approach (Probst 2010).

To our knowledge, there is poverty of evidence-based research on the effect of psychomotor therapy in patients with an eating disorder. Even less attention is drawn to the patients' perceptions and experiences. We believe a lot can be learned from the patients' perspective. A better comprehension of their experiences may give rise to the development or further expansion of research topics and the fine tuning of the therapy. In non-qualitative research, the importance of one's experience is often ignored. Therefore we decided to perform a qualitative study in which the narrative aspect is central and in which we listen to the patients' point of view.

This study fits primarily within the research area of physical therapy in mental health care. It is an independent study which is not situated within an ongoing research project.

The research design was entirely elaborated by both students. In deliberation with the promoter, semi-structured in depth-interviews were determined as most suitable research method. With guidance from the supervisor and based on a number of textbooks on qualitative research, the students became familiar with the method and prepared the interviews.

With respect to the recruitment of informants, the students contacted the head of psychomotor therapy at the University Psychiatric Centre Sint-Jozef in Kortenberg. An application for approval was prepared by both students and was submitted to the Ethics Committee. After obtaining the approval, informants were approached and recommended by Michel Probst on the basis of the predefined in- and exclusion criteria. All interviews took place in the presence of both students.

The subscription of the interviews was equally distributed among both students. The analysis of the acquired data was carried out by both students after thorough research in textbooks. Some parts of the analysis took place independently, other parts occurred in each other's presence as the input of both students was essential. Two intermediate moments with the promoter were inserted to evaluate the evolution of the data analysis.

Both students have an equal share in the academic writing. The various components of the thesis were equally distributed and subsequently, both students criticized each other's parts. If needed, parts were adjusted or corrected.

Master's thesis part 2:

“How does psychomotor therapy change the body awareness of patients with an eating disorder?”

Qualitative study

2nd Master

Rehabilitation sciences and physiotherapy

Academic 2013-2014

By Marjon Valkeners and Lynn Fiddelaers

Dr. J. Calsius, promotor

Table of contents

Part 1: Qualitative study

1. Abstract.....	11
1.1 Goal.....	11
1.2 Method.....	11
1.3 Results.....	11
1.4 Conclusion.....	11
2. Introduction.....	13
3. Method.....	19
3.1 Participants.....	19
3.2 Interview technique and interview process.....	19
3.3 Process of analysing the transcriptions.....	20
4. Analysing the transcriptions.....	21
4.1 Theme/ subtheme/ axial & open coding.....	21
5. Results.....	23
5.1 Feelings and thoughts.....	23
5.2 The body as a negative object.....	28
5.3 Psychomotor therapy as facilitator.....	29
6. Discussion.....	35
6.1 Discussion of methods.....	35
6.2 Discussion of results.....	35
6.2.1 Feelings and thoughts.....	35
6.2.2 The body as a negative object.....	37
6.2.3 Psychomotor therapy as facilitator.....	37
7. Conclusion.....	41

Part 2: Appendix

Appendix 1: Open Coding.....	45
Appendix 2: Guidelines by Journal of Bodywork and Movement Therapies.....	65
Appendix 3: Approval commision of ethics.....	73
Appendix 4: Informed consent.....	75

1. Abstract

1.1 Goal

The purpose of this qualitative study was to explore the influence of psychomotor therapy on the body experience of six individuals with an eating disorder.

1.2 Method

'The Interpretative Phenomenological Analysis' (IPA) was used to analyze the person's psychological experiences studied through the person's own perspective. It's about the experiences of individuals working from the basic assumption that the individual who experiences something is the expert.

1.3 Results

In all interviewed patients the intense focus on weight and body got out of hand. Body experience is influenced by a distorted body image and a disturbed way of thinking. Psychomotor therapy provides insight into the mindset and leads to rationalization of feelings and thoughts, which contributes to acceptance of the body and an improvement of self esteem and self image.

1.4 Conclusion

After an intensive period of psychomotor therapy, patients declare to feel more in contact with the own body and have less difficulties in accepting their body. Psychomotor therapy contributed to an amelioration of the body experience in six individuals with an eating disorder.

2. Introduction

Anorexia and bulimia nervosa are the two main diagnostic categories of eating disorders. In the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV 2004), body weight and shape disturbances are considered as basic elements of the clinical diagnosis of both anorexia nervosa and bulimia nervosa.

Vansteelandt et al (2007) define **anorexia nervosa** as an eating disorder, characterized by a restriction, maintenance of an abnormally low body weight, intense fear of weight gain, and body image disturbance. Body image refers to a multidimensional concept, which includes neurophysiological as well as psychological components. In his study, Probst (2006) clarifies the difference between these two components: *“The neurophysiological aspect refers to perceptual experience such as visual, spatial, sensory judgments, physical sensations, body awareness, body recognition, physical appearance, body size and shape. The psychological aspect refers to both cognitive (thought process and thinking style) and subjective (feelings, emotions and mood) experiences. A third behavioral component of body image (e.g., body checking or avoidance) might actually be the result of neurophysiological and psychological components.”* (Probst 2006).

Anorexia nervosa patients tend to acquire total control over their own body. Both physically (weight, food, hunger, fatigue) and mentally (perfectionism, asceticism) they want to control the inner and outer. Their fear of losing control translates into a huge fear of gaining weight, even when seriously underweight (Probst 2001).

The main feature of **bulimia nervosa** is a total loss of control over the eating behavior resulting in binge eating and purging. Compensatory behaviors that occur after a binge might include vomiting, laxative or other diet medication use, fasting, or excessive exercise (Vancampfort et al 2014).

Eating disorders are characterized by disturbances in eating behavior often accompanied by feelings of distress and concerns about one’s body weight and shape. (Vancampfort et al 2014). People with eating disorders show a distorted and negative perception of their body with regard to weight, size and shape. Additionally they dispose of an intense fear of gaining weight, drives and tensions and a clear lack of communication between body and mind. (Probst et al 1995). Therapies focusing on the treatment of eating disorders should aim to change these negative body experiences. (Probst et al 1997).

In the first part of our thesis, we examined the literature on the effect of two body-oriented interventions in patients with psychosomatic disorders. **Basic Body Awareness Therapy (BBAT)** focuses on three key elements: movements, breathing exercises and massage (Gyllensten et al 2003). The purpose of the treatment is to restore the body posture, breathing range and range of motion and to enhance mental and conscious concentration. BBAT assists in the acceptance of and getting in touch with one's own body, which results in an improvement of one's body awareness and integration of movements and breathing (Gard 2005). These elements focus on self exploration and self experience of movement quality (Catalan-Matamoros et al 2011). The patients acquire insight in the effect of different exercises on the body and learn to recognize bodily experiences. Additionally BBAT has effects on the ability to think, as a result of the acquired unity of body and mind. Patients experience an increased ability to concentrate, report a calmer activity level in the brain and having clearer thoughts which helps to give insight in their distorted way of thinking (Hedlund et al 2010).

The Feldenkrais method focuses on the development of body awareness during the performance of exercises and on alternative ways to use the body (Öhman et al 2011). During Feldenkrais sessions, the principles of motor learning are used. Through repetition, variability of performance, intrinsic feedback and exploratory learning, awareness is increased which reflects in an improvement of motor skills and postural control (Ullmann et al 2011). An exploratory learning approach is used in combination with elements of internal feedback. The intensive attention to intrinsic feedback as a motor learning strategy is closely linked to the concepts of body awareness and exploratory learning (Connors et al 2010). The patients become more aware of their posture and some body changes, without actively thinking about it. This might result in changes in behaviour that could facilitate better self care and increased well-being, both physically and mentally. Patients develop a new attitude towards themselves, they become more careful towards themselves and do not force themselves to do more than they can handle (Öhman et al 2011).

Body-oriented interventions are perceived as a useful application in the management of distorted body image in programs to control excessive exercise and in anxiety reduction. (Probst et al 1997). In their study, Catalan-Matamoros et al (2011) demonstrate the improvement of body dissatisfaction in patients with eating disorders by applying Basic Body Awareness Therapy. Also in the study of Laumer et al (1997), the effect of a body-oriented intervention, the Feldenkrais method, has been proven on the body experience in patients with anorexia and bulimia nervosa. Recently, the systematic review of Vancampfort et al (2014) summarized the evidence of body-oriented physical therapy approaches including massage, yoga and basic body awareness therapy in the treatment of anorexia and bulimia nervosa. The review findings indicate that, when added to standard care, these interventions might be of added value in reducing the eating pathology.

In the last few decades physiotherapy in psychiatry has been a developing professional field. **Psychomotor therapy (PMT)** has been described as a kind of physical activity and body-oriented therapy that has been well integrated into mental health care in Belgium and the Netherlands since 1965. PMT is a complementary type of therapy, based on a holistic approach, in which body awareness and physical activity in all its forms and corporeality are considered as cornerstones (Probst et al 2010). In Flemish psychiatric hospitals, PMT is practiced in various treatment programs for diverse patient settings. Psychomotor therapy can be incorporated in various psychotherapeutic approaches. It includes medical, psychological,agogic, kinesiological and rehabilitative components (Probst et al 2010). In the literature, it is suggested that PMT can influence the distorted body experience, the hyperactivity and the fear of losing self control (Vandereycken et al 1987). Based on previous studies and on the specific behavior of eating disorders, four general objectives were formulated for PMT: (1) rebuilding a realistic self, (2) regulation of hyperactivity, impulses and tension, (3) improvement of social interaction and (4) learning to enjoy the body. There are various ways to achieve these objectives with as basic elements self confrontation and self perception (Vandereycken et al 1992).

When reviewing the literature on the recovery process in eating disorders, the patient's opinion and experience in regard to important elements in the healing process, have rarely been asked for. We believe that one can learn a lot from the patient's perspective and point of view.

The main **purpose of our study** was to explore the body experiences of six patients with an eating disorder. Additionally, we were interested in a possible influence of psychomotor therapy on the body experience of these individuals. During the interviews, we asked patients how they experienced their body, both neurophysiological as psychological, before and after psychomotor therapeutic interventions. Steinhausen (2002) states that eating disorders are known to be therapy resistant. More than half of the patients do not recover and are at risk of developing a chronic disease. For those who do recover, it takes years and lots of effort to overcome the disease. It is therefore important to examine which elements of psychomotor therapy are experienced as helpful and useful in the recovery process of eating disorders.

References Introduction

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2004

Boeije H 2005 Analyseren in kwalitatief onderzoek. Boom Onderwijs, Amsterdam

Catalan-Matamoros D, Helvik-Skjaerven L, Labajos-Manzanares T, Martinez-de-Salazar-Arboleas A, Sanchez-Guerrero E 2011 A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 25, 617-626

Gard G 2005 Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation* 27, 725-728

Gyllensten AL, Hansson L, Ekdahl C 2003 Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 7, 173-183

Hedlund L, Gyllensten AL 2010 The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 14, 245-254

Connors KA, Galea, MP, Said, CM, Remedios, LJ 2010 Feldenkrais Method balance classes are based on principles of motor learning and postural control retraining: a qualitative research study. *Physiotherapy* 96, 324-336

Howitt D 2012 Introduction to qualitative methods in psychology. Essex: Pearson Education

Laumer U, Bauer M, Fichter M, Milz H 1997 Therapeutic effects of the Feldenkrais method "awareness through movement" in patients with eating disorders. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 47, 170-80

Mortelmans D 2013 Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Acco Leuven, Den Haag

Öhman A, Aström L, Malmgren-Olsson EB 2011 Feldenkrais therapy as group treatment for chronic pain – A qualitative evaluation. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 15, 153-161

Probst M, Van Coppenolle H, Vandereycken W 1995 Body experience in anorexia nervosa patients: an overview of therapeutic approaches. *Eating disorders Journal of treatment and Prevention* 3, 145-157

Probst M, Van Coppenolle H, Vandereycken W 1997 Further experience with the Body Attitude Test. *Eating and Weight Disorders* 2, 100-104

Probst M 2006 Body experience in eating disorders. *Adapted Physical Activity Bulletin* 5, 3-45

Probst M, Knapen J, Poot G, Vancampfort D 2010 Psychomotor therapy and psychiatry: what is in a name? *The Open Complementary Medicine Journal* 2, 105-113

Probst M 2001 De rol van de lichaamsbeleving in de psychomotorische therapie bij patiënten met eetstoornissen. In M. Probst en RJ Bosscher (red.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*. Zeist: Cure and Care Publishers, 63-90

Roxendal G 1985 Body awareness therapy and the body awareness scale. Treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy. *Thesis*, 1-60

Steinhausen HC 2002 The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry* 159, 1265-1283

Ullmann G, Williams HG 2011 Can Feldenkrais exercises ameliorate subclinical depressive symptoms in older adults? A Pilot Study. *The Journal of the South Carolina Medical Association* 107 Suppl: 7-10

Vancampfort D, Vanderlinden J, De Herts M, Soundy A, Adamkova M, Helvik-Skjaerven L, Catalan-Matamoros D, Lundvik-Gyllensten A, Gomez-Conesa A, Probst M 2014. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and rehabilitation* 36, 628-634

Vandereycken W, Depreitere L, Probst M 1987. Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy* 41, 252-259

Vandereycken W, Probst M, Van Bellinghen M 1992. Treating the distorted body experience of anorexia nervosa patients. *Journal of Adolescent Health* 13, 403-405

Vansteelandt K, Pieters G, Probst M, Vanderlinden J 2007. Drive for thinness, affect regulation and physical activity in eating disorders: a daily life study. *Behaviour Research and Therapy* 45, 1717-34

3. Method

3.1 Participants

A total of six respondents with an eating disorder participated in the study. Inclusion criteria were:

- 1) adult (+18) woman
- 2) diagnosed with an eating disorder (anorexia or bulimia nervosa)
- 3) in inpatient treatment
- 4) admitted for treatment to a specialized unit for eating disorders at the University Psychiatric Centre (UPC), Kortenberg
- 5) post-acute phase of the treatment
- 6) treatment led by psychomotor therapist prof. M. Probst

The group was composed of all women. They were between 18 and 52 years of age and were all Dutch speaking.

3.2 Interview technique and interview process

The study utilized a qualitative method with semi-structured in-depth interviews as the source of information. The interview consisted of open questions in order to obtain detailed information in the own words of the respondents with regard to their perception and experience.

In five cases, the interview took place at the patients' ordinary community psychiatric clinic, while one interview was carried out at the patient's home.

Six interviews were taken and conducted by the same two moderators, with the intention to follow a pre-assembled structured request protocol (see table 1).

The interviews had an average duration of 45 minutes and were recorded if there was written (informed consent) and verbal permission of the respondent. The recording was only used for data analysis. Also the final presentation of the results was done strictly anonymous.

Table 1 Interview guide with a structured request protocol

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">– Tell me whether and how psychomotor therapy has helped you personally:<ul style="list-style-type: none">• short-term• in daily life• long-term– What feels good during therapy?– Are there certain aspects during therapy that feel less comfortable? If yes, please explain?– Is there a different way of looking at your body or are there differences in your body experience as a result of psychomotor therapy? If yes, how would you describe this change? |
|---|

3.3 Process of analysing the transcriptions

The main interest of the present study was the experience of the psychomotor therapy on the body experience of patients with an eating disorder. An Interpretative Phenomenological Analysis was performed, based on a content analysis of the experiences of individuals as a qualitative method (Howitt 2013).

The total number of transcribed pages of text was 65, written with one and a half line spacing. The text was systematically reduced into meaning units. The IPA method that was used consists of eight consecutive steps (Howitt 2013; Mortelmans 2013; Boeije H 2005).

Table 2 IPA method: eight steps

1. After collecting the data, the interviews were transcribed verbatim. The researcher needs to have a high level of familiarity with the data. This occurs by reading and re-reading through the transcripts several times. The researcher notes impressions and ideas in a margin of the transcript.
2. In this primary document, there were important and recurring elements. Those became more abstract by storing them in codes. Codes are technically brief descriptions that express the abstract idea behind the code. Open coding means that these codes are assigned to relevant interview fragments. This is part of the analysis concerned with identifying, categorizing and describing phenomena found in the text.
3. Once open coding has been completed for each interview, the researcher will use axial coding to relate thematic concepts and categories across the data sets. Codes are related to each other and combined into meaningful categories. There should be a strong relationship between the axial code and what it said in the text. During this process, the researcher will revisit the original transcripts to ensure accuracy in coding. A cyclical process of constant comparison develops in order to find reciprocity between categories.
4. The researcher begins to identify themes and make notes of the major themes that can be spotted in the transcripts. The themes are summarised in words that constitute a brief phrase or title.
5. Many of the themes that are identified may group together to form broader themes. These themes are listed together in order to find connections between them.
6. Schematic important themes are used as a visual way of presenting the structure of broader themes and subthemes, which have developed out of the analysis.
7. The analysis of different cases and exploration of similar and exclusive subjects gives an indication of the nature of the variation across different cases.
8. The report includes all the themes that seem important in the analysis. Each theme is illustrated with the exact quotes from the interview transcripts as it is important to clarify the interpretation and the basis on which it has been built. This is a common assumption in qualitative research.

4. Analysing the transcriptions

4.1 Theme/ subthemes/ axial & open coding

Theme	Subthemes	Axial code	Open code *
<u>Body experience before therapy</u>	<u>Body as negative object</u>	Negative experience	1
			25
			26
		Alienation	27
			29
	<u>Feelings and Thoughts</u>	Body perception	19
			2
			10
			14
			15
			16
		Uncertainty/ fear	23
			18
			31
			44
		Disease awareness	3
			4
			5
			6
			7
8			
Low self image	22		
	21		
	45		
			40

*The open codes figure important quotes with similar characteristics of all the participants. If needed, we refer to appendix 1 on page 40.

Theme	Subthemes	Axial code	Open code*
<u>Body experience after therapy</u>	<u>Psychomotor therapy as facilitator</u>	Positive findings	36
			11
			48
			49
			34
			33
			32
			32
		Core elements	12
			13
			20
			24
			35
		Critical comments	38
			46
47			

*The open codes figure important quotes with similar characteristics of all the participants. If needed, we refer to appendix 1 on page 40.

5. Results

5.1 Feelings and thoughts

In all cases the eating disorder **started in a very innocent manner**. None of the informants were aware of the damage they inflicted upon themselves. Four informants initially wanted to lose a little weight while another one wanted to prove she could lead a healthy life instead of the typical student life. Eventually however, in all cases, the goal to getting thinner got out of hand.

Although they are repeatedly confronted with their weight loss by people close to them, informants undergo long **periods of denial and excuses** before they **understand and admit** the seriousness of their illness. One respondent made herself believe that she would feel better and more confident if she would lose weight. It however became clear that this was not the case. All informants tried to adjust their eating habits, but soon realized they are **not able to solve their problem on their own**. Their weight continued to fall until they were **exhausted and desperate**.

In an effort to seek help, five informants decided to **contact ambulatory professionals** such as general practitioners, psychologists, dieticians or specialists in eating disorders by themselves. In one case, the participant's parents sought help from a psychologist because the participant didn't show insight into her disease. Three informants completely depleted their energy supplies. Two of them could hardly walk a small distance before being hospitalized, one didn't even have the energy to carry out simple household tasks. Sooner or later, all informants needed an intensive specialized program for their eating disorder as outpatient services didn't seem sufficient. Three informants have been hospitalized multiple times during their lives due to relapse. For the three other participants it was however the first time that they were being hospitalized for an eating disorder.

The strong focus on weight and body already took place in the childhood of the participants and continues to play a major role. Three of the respondents explain how they had a perfect body image in mind but regardless of how hard they tried, they never achieved **their perception of perfection**. One informant explained how she felt the pressure in the gymnastic club she attended to remain small and not to develop the typical female characteristics. The more fragile and cute she appeared, the higher the scores would be.

This desire to remain small and not develop into a woman was also cited by another informant. She explained how she never dressed feminine, how she couldn't bear tight clothing and how she waited until the age of twenty-two before wearing a bra. After being released from the hospital, another informant was confronted with video images recorded at the beginning of her hospitalization period. Only then she realized how young and childish her face and body looked.

“ Ge voelt da wel hè, ge voelt dat daar verwacht wordt da ge klein blijft, da ge ni ontwikkelt als meisje want dan kreeg ge, amper nog punten, dan mocht ge nog eigenlijk de beste oefening daar neerzetten, maar, nee, da toonde ni, da was ni meer lief, da was ni meer fragiel, da was ni meer... ja, da voelt ge toch van, er is druk en ... ja en als ge dan een streverke zijt wilt ge da... pakt ge da der maar allemaal bij om misschien dan toch nog maar wa beter te kunnen zijn of te worden.” (informant 3)

The informants described their life as periods of stability interspersed with multiple periods of relapse. The **presence of supporting persons** in their environment plays an important role in the acceptance of their body and stabilization of the eating disorder. Close school friends, supporting parents, nice colleagues, a concerned son, husband or boyfriend, the presence and support of peers... they all influence the eating disorder of the respondents in a positive way. On the other hand, when personal relationships start wobbling, the eating disorder and body experience become worse.

“ Ik heb me toen uiteindelijk daar wat aan kunnen optrekken. Ik zeg, en die eerste vijf jaar waren zalig (legt nadruk op zalig)...ma de sfeer was echt geweldig, echt zo warm. Toen heb ik een heel goede periode gehad van, ik denk da ik echt écht goed was, acht jaar? En dan heb ik nog wel, twee jaar, da ik me nog heb kunnen houden, ma... dan voelde ik zelf eigenlijk al van... Zolang ik rondom mij fijne mensen heb, dan functioneer ik. Als ik daar nu grofweg op kijk hè. Ik denk dat da voor mij één van de grote pijlers is.” (informant 3)

All six ladies explained how their **body perception** is influenced by a **distorted body image and a disturbed way of thinking**. Two informants explained that when they looked at themselves in the mirror, they did not see reality. Instead, they saw an overweight person. One of them said that she could even see the difference in size of her belly before and after a meal or even before and after a glass of water. A third informant explained how she tested positive on dysmorphic features looking at her wrists before and after two hours of wiggling on her chair. A fourth informant on the other hand declares how she needed the mirror in order to confront herself with the reality of underweight. In the absence of a mirror, she thought her body was much more heavy and thick.

“Nee ik zag mezelf mager. Ik denk dat mijn lichaamsbeeld wel quasi juist was.. Ma bij mij, als ik mezelf zie, dan zie ik de waarheid, ma als die spiegel weg is dan... Als ik dan bij mijn vriendinnen sta dan zie ik mezelf 50 kilo dikker dan hun, terwijl ik dan voor de spiegel sta.. dan denk ik ‘oei, ik ben veel slanker dan ik denk’. Dus als ik het zie, dan zie ik het... ma als de spiegel weg is dan.. dan dan.. is da beeld ook weg. Alé ik had BMI 14, dan ja.. ge kunt bijna nie meer stappen... ja nee... da zag ik wel. Ik herkende mezelf ook niet meer. Ma ik had wel een onrealistisch beeld van hoe een BMI 20 eruit zag. Ik dacht dat ik veel molliger zou zijn als ik terug op da gewicht zou zijn. Da wel, ik had wel schrik van.. een BMI 20 das te dik. Da had ik wel. Da beeld was wel nie correct.” (informant 5)

This distorted way of thinking can also be extended to the **personal characteristics** of the informants, such as the **urge to control and the impulse of perfectionism**. It can be concluded from the interviews that all six respondents are highly performance driven. One respondent was hospitalized earlier as a result of a burn-out. Another informant tried to run her father's household for a period of three years after her parents got divorced and ended up with a depression at the age of seventeen. Three patients mentioned their eagerness to aim for perfectionism in everything they do.

“Ge hebt het gevoel van uzelf te verliezen, meer en meer, en dan houdt ge u vast aan wa ge, een aantal universele waardes: ‘Ge moet gezond eten en dan weet ge da ge goed bezig zijt’, ‘ge moet goed presteren op school en dan zijt ge goed bezig’, maar goed, dat doet niets met uw eigen gevoel van hoe da gij u voelt in uw vel. En... dat is alleen maar erger geworden, tot da ik op een bepaal moment ben... geflipt... een zenuwinzinking...”
(informant 6)

The negative body experience is influenced by personal feelings and thoughts. All informants explained how a **feeling of anxiety and uncertainty** is present in their lives. Based on the interviews, a subdivision can be made into four categories: fear to gain weight, fear to trust, persisting uncertainty and fear to relapse.

All participants associate eating and gaining weight with a sense of anxiety. Even when they are exhausted, and realize they urgently need to gain weight, they experience an intense fear which restrains them from eating. One respondent declared how she didn't dare to eat because she was scared to evolve from anorexia nervosa into bulimia.

“Ik weet nie hoe ik da heb gedaan. Ik herinner me ook weinig nog... Soms als ik met mijn vriendinnen aan het praten ben, die weten nog ‘oh weet ge nog’ of als die iets zeggen ... nee ik weet da nie... Ik denk als ik nog een halve kilo was afgevallen, da ik aan de sonde moest of zoiets. Ma ik weet dat er ook een periode was da ik zei, doe mij maar aan de sonde, want ik kan het nie. Da ik wel wa wou bijkome ma.. ja nu ging het nog altijd moeilijk om te begrippe, ma da ik gewoon nie kon eten, nie durfde. Wel wa bijkomen, ma da ik gewoon nie kon eten, nie durfde... ma nie durfde te eten want ik had toen een absoluut leeg gevoel... Ik heb nooit eetbuien gehad, ma ik had wel schrik om te beginnen eten, omdat ik hoor van mensen die van anorexia naar boulimie gaan en da wou ik nie..”
(informant 5)

Although they feel lonely and are longing for friendship and warmth, three informants declared to find it difficult to allow others into their lives and trust people. Over the years, they have lost confidence in other persons. Two informants mentioned how they have been hurt severely in the past and how this has lead to a general mistrust in others. One respondent indicated that she will only open up in the presence of persons she knows well and trusts.

“Zo hechten is ook, pfff, daar zit echt iets fout. Aan de ene kant heb ik heel fel zo, da ik op zoek ga naar iemand zo om altijd bij te kunnen zijn en warmte te hebben, da moet ni meer zijn; vriendschap, warmte... en aan de andere kant ben ik, ja, laat ik niemand toe. 't Is heel ingewikkeld, daar kan ik ook ni... ja, duw ik ook alles en iedereen weg. En... dus ja, da heeft zeker heel veel gedaan.” (informant 3)

All informants have tried to adapt their eating pattern many times in their lives. Sometimes on their own, other times with professional help. Although they understand the importance of gaining weight and have acquired insight into their disease during their hospitalization, they **keep on struggling with** (negative) **thoughts and feelings**. The urge to lose weight remains present.

“Dat is toch nog een gevecht. Dat is echt van, uzelf rationaliseren, van tegen uzelf zeggen: ‘Stop en eet.’ En het minste dag ge, euh... ik ben nu ook nog maar drie maanden hier, ik heb al veertig jaar een eetstoornis... dus euhm... hoe ga ik zeggen... ge moet daar aandacht aan geven.” (informant 1)

Until the current hospitalization, none of the respondents succeeded to completely control and cure from the disease. Due to this frequent relapse, they feel insecure with regard to the future. Four of the informants will soon resign. One of them has just left the hospital a few weeks ago after a period of six months of intensive therapy. All five informants are looking forward to start over in familiar surroundings. They all feel stronger both mentally and physically and have succeeded to accept their weight and body. Additionally, they reported to feel satisfied with their appearance and even manage to name positive aspects of their body. Despite the progress they have made, the **anxiety of relapse** remains present.

“Ik ga waarschijnlijk volgende week vrijdag op ontslag... ik zie het zitten... maar ik ben natuurlijk ook heel bang... Allé... ik begin er natuurlijk wel vol goeie moed aan... maar ja...” (informant 2)

“Het is een beetje positief en negatief. Langs de ene kant ben ik blij dat ik kan afsluiten, ma het is wel een beetje met de schrik om nu volledig thuis te zijn zonder de groep.” (informant 4)

Beside the predominant feeling of anxiety and uncertainty, the respondents show a very **low self esteem**. Three informants acknowledge to be ashamed of their bodies and their eating disorder. One of them feels **ashamed** and disappointed in herself because of the way she had dealt with everything. This **sense of failure** also exists with two other respondents who are blaming themselves for not having finished their studies and for not having achieved more in their lives.

All informants showed a **lack of self confidence** or a **low self image**. One informant kept on losing weight as she believed this would improve her self confidence. Nevertheless, she must admit this wasn't the case. She always kept feeling insecure, independently of her weight. Another informant explained how she used to run away from exams or an exercise in therapy, as a result of low self confidence. Two informants experienced difficulties in complimenting themselves for a good performance they have put down. One of them never praises herself as she assumes that performances should always become better, while the other doubts her own criticism. Others might have an opinion that doesn't correspond to hers.

“En ook, ja, mijn eigen vooroordelen laten varen hè... Uhm... oordelen...ja, uzelf aanvaarden als de persoon die ge ‘maar’ zijt. Voor mij voelt da heel erg zo aan...

En , daarnaast, durven zien en uitspreken wat ge wel goed doet, want ook dat, zal ik nooit doen.

Als ik dan vind van iets van: ‘Dat hebt ge eigenlijk wel goed gedaan’, ga de mij da nooit luidop horen zeggen, want, stel dat het dan toch niet zo is en ze pakken u daarop. Dus ja, dat is heel erg zoeken, nog altijd, da’s elke dag opnieuw.” (informant 6)

5.2 The body as a negative object

Already since childhood, all six informants **experience their bodies in a negative** fashion. This negative experience keeps on playing a major role in the further development of their lives and exists of different gradations. Feelings vary from an **average dissatisfaction** with their appearance, body weight and shape, to the most extreme feelings of **hate and disgust** towards their body. Three informants described their body as a threat, rather than a friend. Their body raises feelings of hate and makes them nauseate. One respondent explained how a feeling of satiety after a meal evoked the deepest feelings of hate towards herself. In one other case destructive tendencies appeared toward the own body as a result of extreme abomination.

“Ik eet, uw lichaam geeft een soort van verzadigingsgevoel dat bij de meeste mensen heel goed moet voelen, da roept de... de diepste haat in mezelf op, die iemand kan voelen, naar mezelf... en het eerste wat da ik dan denk is: ‘Oké, ma dit was het voor vandaag hè, ik eet ni meer. Uhm... omdat ge dat niet meer wilt voelen.” (informant 6)

Three out of six informants felt **alienated from their own bodies**. They experience their bodies as something that doesn't belong to them. One respondent explained how she used to avoid the confrontation with herself in the mirror as she couldn't stand looking at her own body. Another informant clarified how she kept her body, to the extent possible, **hidden from the outside world** and from herself by locking herself in and wearing loose clothing. One respondent felt literally cut off from her own feelings, both her emotional and physical needs.

“Ge wordt letterlijk afgesneden van uw eigen gevoel, zowel uw emotionele behoeften, ma ook uw fysieke. Moe... ja tuurlijk, ge zijt uitgeput, maar ge weet ook niet meer wat het is om uitgeslapen te zijn, dus moe... ja, tegen het einde wel, als uw fysieke reserve dan op nul staat. Maar zo 's avonds een gevoel van: ‘Ho, ik ben moe’, dat was me compleet vreemd. Honger, ik had geen honger. Want als ik stress hebt, dan verdwijnt dat gewoon. Uhm... dus ja, toen was da geen optie meer... Als gij uw hersens nog iets wilt laten aanmaken, dan hebt de energie nodig, dus ge wordt ook apathischer en doffer, in uw gevoel. Alleen angst is gigantisch, maar als ge ver genoeg doordrijft wordt ook da minder.” (informant 6)

“Ik denk da ik mijn eigen echt wel haatte. Euhm... en da ik ook zo helemaal ni meer het gevoel had da ik, da ik zo in mijn eigen lichaam ni meer zat eigenlijk... Da's zo... ja... nee, da voelde helemaal ni meer van mij aan... Als ik dan zo... in de spiegel keek... da ik dan zoiets had van: ‘Nee... ja... dees ben ik ni...’ Allé... da stemt toch ni overeen met wie da ik wil zijn of hoe da ik er wil uitzien. En euhm... meer in die zin en da ik ook zo... ja, euhm... ik had dan ook vooral zo, heel hard zoiets van, ja... ik had echt zo heel fel destructieve neigingen, dus ik had zoiets van: ‘Dá lichaam, dees, da moet hier zo rap mogelijk kapot.’ Euhm... dus... ja, da voelde gewoon echt ni van mijn eigen aan.” (informant 2)

5.3 Psychomotor therapy as facilitator

Based on the interviews, **four elements** can be **cited as key components in psychomotor therapy**. The psychomotor therapist, the presence of peers, the degree of openness and motivation of the patient and the time aspect contributed to the degree of success of the therapy.

The attitude and experience of the therapist are considered as important competences of the psychomotor therapist by all six respondents. It is noteworthy that four informants attributed the success of the therapy to the meaningful input and characteristics of their therapist. They typify their therapist as someone they trust in and can rely on at all times. One informant even described her therapist as the most valuable person in her life as a result of his sincerity and unconditional respect.

The fact of a slightly older male therapist was considered as an advantage by one respondent, because it set her at ease. Another informant experienced the encouraging words of the therapist as an added value. The degree of experience and education was pointed out by two informants as additional important features of the psychomotor therapist.

“Awel... ik denk... alle, da is zo, da's degene waar ik ooit al het meeste aan gehad heb. Ja... ja... da's iemand die ik vertrouw... die heeft da echt van in het begin en nog altijd... Ja... Die blijft eerlijk en... (denkt na)... euhm, je, die weet de dingen ook zo te plaatsen en, die laat u ook echt voelen van... toch het respect voor u als persoon... los van wat er gebeurt, of al honderd keer is gebeurd (huilt) of... en ge voelt dat die dat meent... ja...” (informant 3)

The presence of a group of peers has been considered as a positive factor by five respondents. The opinions and views of **group members** assisted in gaining insight into their own way of thinking. In addition, informants felt supported, encouraged and understood by peers who have suffered the same fate. One informant had encountered that group dynamics can vary. She explained how new, recently hospitalized group members often experience the advice of others as a threat instead of an opportunity.

“En omdat zij zelf ook wel aangeven of, of... u meedelen ja, dat ge toch wel fel veranderd zijt en... ja, ja, ik kan da ook wel aannemen. Ja, soms ziet ge da zelf ni, maar, dan sommen ze zo allerlei dingen op (lachje), da ik denk van: ‘Ah ja, da's precies toch net wel iets anders als toen ik hier binnen kwam’, en da doet wel deugd.” (informant 2)

“Ma der zijn ook veel nieuwe mensen, de vorige mensen, de vorige groep.. de dynamiek zat beter. Iedereen was eerlijk tege mekaar, als ge te weinig nam dan werd da gezegd.. da nam.. da werd...positief opgenomen, niet beledigend.” (informant 5)

Motivation and openness for the various components of psychomotor therapy are essential elements for a successful completion of the therapy. Two respondents were able to experience the advantages of the therapy from the moment they opened up and no longer resisted to understand the seriousness of the situation. One of them explained how her current hospitalization differs from the former one. During her previous hospitalization, she didn't dare to stand up for her opinion. She also showed a lot of resistance to therapy and only responded with socially desirable answers.

“En dan zo nu de PMT, nu ben ik zevenentwintig, en de PMT nu is wel... ik ben gewoon met een heel ander ingesteldheid eraan begonnen ook. Euhm... ik ben ook wel iets mondiger geworden als vroeger. Vroeger durfde ik ni praten, dus besprak ik ook niks van wat PMT... achteraf bespreekt ge dan, maar ik was altijd stil en ik zei nooit iets. Ni omdat ik ni wou, maar omdat ik gewoon ni durfde... Euhm... en nu... ten eerste bespreek ik echt wel bijna... altijd... mijn gevoel of wat er in mijn hoofd is ook... en euhm... ten tweede; ik stond ook echt wel open voor die relaxatie en voor die spiegel oefeningen. Ik had echt zoiets van: ‘Oké, nu ga ik da gewoon eens meedoen zoals da moet’, en ook die relaxatie oefeningen... zo.. dat toch een kans geven.” (informant 2)

Also, the **time aspect** is cited as a major factor in psychomotor therapy. During the first few months of hospitalization, patients faced difficulties in understanding the purpose and usefulness of the psychomotor exercises. It is only at a later stage of their hospitalization, that they experienced positive effects of the therapy. In five cases, it took at least a few months before the respondents were able to experience the effects of the therapy. According to two informants, it is necessary to first gain insight into ones feelings and thoughts before being able to experience positive effects of the therapy.

“Tot nu toe vind ik PMT nog altijd... mijn laatste maand heb ik veel aan PMT gehad (met de nadruk op veel). Ma op het begin had ik zoiets van ‘ik snap het nie’. Sommige oefeningen snapte ik gewoon nie, ma nu zie ik wel van...” (informant 5)

All participants experienced psychomotor therapy as an efficient form of therapy. They described this therapy as a therapy in which they are **confronted with their body image and mindset**; a therapy that makes them more aware of themselves, both physically and mentally.

“PMT is iets da ge constant meedraagt. En ja, ik denk al maar aan spiegel oefeningen. Ja kijk, hier is nu al een venster waarda ge uzelf in ziet, ja da's ook...ja, hoe ga ik daarmee om als ik daar ineens mezelf zie? Ja, het is zo. Ja, gewoon, ge voelt de hele tijd uw lichaam; Uhm, ja, dus, da's eigenlijk wel iets waarda ge constant iets mee kunt doen.” (informant 3)

Physically, psychomotor therapy leads to getting more in touch with one's own body. Four informants experienced a liberating or relaxing feeling purely by performing the prescribed exercises. One of them clarified how she feels more familiar with expressing her feelings via her body instead of using words. A closer connection to the body and a more positive body experience contribute to acceptance of the body, body weight and body shape. One respondent explained how she learned to accept her body and how she realized the need of disconnecting her feelings from her body image. Another three informants explained how mirror confrontation exercises helped them in the acceptance of gaining weight, in the discovery of positive aspects of their body, and in the acceptance of their problem zones. One informant declared how she was confronted with her underweight during video confrontation. She described how the video confrontation enabled her to look at herself from a distance and to make an objective estimation of her body.

“Euhm ik weet nog mijn opnamevideo, da vind ik echt iets goe. Ja op film zie ik er toch anders uit dan, zo in 3D... alé toch ongeveer. Op de foto, das zo vlak. Ma ik zag op foto of spiegel ook wel da ik mager was, ma als ge u zo zelf ziet rondlopen van alle hoeken, das toch zoiets van ‘huh’? Ook zo uit uzelf, dus ge kunt echt op uzelf kijken. En dan zag ik het nog meer van ‘hier moet iets aan gedaan worden’.” (informant 5)

“Dat doet wel wat met me... vanalles eigenlijk... vooral da ik zo, een beetje bewuster ben van mijn lichaam... misschien ook meer... het gevoel krijg van... ‘ja (lacht), dat is hier van mij’ (verwijst naar haar lichaam).” (informant 2)

Mentally, the therapy provides insight into a distorted way of thinking. Four respondents became aware of their disturbed way of thinking as a result of the therapy. The therapy led to rationalization of their feelings and thoughts, which also contributed to acceptance of their body. Two respondents explained how they were able to make a correct estimation of the circumference of the waist of others, but overestimated their own circumference. One of them declared how she didn't seem able to objectively assess herself, and how this had convinced her to rely more on the vision of others instead of trusting her own body image. A third informant clarified how mirror exercises made her aware of her low degree of attention and her urge to control things as she was often not focused on her body and distracted by thoughts.

“Maar wa da ik wel door de PMT gekregen is inzicht in hoe ik denk. Da ge dan voor de spiegel oefeningen staat en merkt da ge totaal bijvoorbeeld ni bezig zijt met in de spiegel te kijken. Da ge heel snel afgeleid zijt, uh, aan't plannen zijt, bezig zijt met hoe da ge dat gaat regelen, en ni, in het moment zijt. Dus da is mij heel erg opgevallen van, ja, en hoe erger dat da is, hoe slechter dat het eigenlijk met mij gaat. Dus da's voor mij nu een hele goeie graadmeter van, als ik alleen maar bezig ben met: ‘da zo, en da zo en da en da’, dan weet ik van: ‘C., STOP! Zet u neer, maak een lijstje, en laat het los.’ Da wil gewoon zeggen da ik weer de dingen niet kan loslaten.” (informant 6)

Additionally, psychomotor therapy shows a **positive effect on the self esteem and a more realistic reflection on the personal characteristics** of the patients. Patients show **more self confidence**; three informant are more likely to stand up for themselves and their opinions and feel more confident while performing and reviewing exercises. Instead of the regular sense of failure and shame, psychomotor therapy allows them to experience moments of success and satisfaction. Two informants clarified how they no longer experience a deep sense of disappointment, whenever an exercise doesn't turn out as good as they'd expected. During psychomotor therapy, they have learned to accept and deal with mistakes.

Three patients acknowledged to have gained **more respect** towards their own body and towards themselves as a person. They no longer require perfectionism and total control and even manage to compliment themselves regarding performances or their appearance.

*“Ja, en tegelijkertijd maken sommige oefeningen van Michel mij ook zo... zijn die ook wel goe voor zo mijn eigenwaarde zowa... uhm... in de zin van, da ik zo, uhm... Vroeger was het ook zo da ik altijd zo tot het laatste wachtte om zo, met ja te zeggen: ‘Zal kik nu wel gaan’. Bijvoorbeeld in’t midden van een kring staan en zo iedereen aankijken voor ne minuut, en da ik echt zo tot het allerlaatste wachtte, en nu heb ik ook zo meer zoiets van: ‘Oké’, misschien nog ni als eerste, maar da ik dan zo toch wel zeg van: ‘Oké, nu ga ik wel gaan’, en dat ik het dan ook wel doe. En dan, achteraf is daar dan zo wel... ja, een voldaan gevoel van, da ik zoiets heb van: ‘Ik heb da toch gedaan, en... da is mij ook gelukt’, en de reacties daarop zijn dan ook wel positief, omdat ge dat dan toch maar gedaan hebt... “
(informant 2)*

“Hij geeft ook relaxatie, en tis nie da ik mezelf beter kan ontspannen daardoor, maar wel da ik het minder erg vind als ik mezelf nie ontspan. In het begin was het zo een must van ‘dit is hier een ontspanningsoefening, ik moet hier totaal ontspannen worden’, en dan lukte da nie en dan zijt ge keigefrustreerd. Ma nu heb ik zo iets van ‘oké ik ben hier aan het piekeren.. oké laat die piekergedachten maar komen’. Ook da aanvaarden van ik kan nie 100% ontspannen zijn op dit moment, dan is het maar zo.” (informant 5)

Five respondents experienced psychomotor therapy as a valuable therapy as they can **implement** certain aspects of the therapy **into their daily lives**. During therapy, the participants have been confronted with their own bodies in different kinds of exercises such as mirror confrontation exercises, video confrontations, expression exercises... Also in daily life, people often get confronted physically with themselves in mirrors and windows. Two respondents emphasized the importance of being confronted with themselves during therapy, as this is an issue they have to deal with in everyday life. A third respondent explained how she applies several aspects of the mirror confrontation exercise each time she steps on the scale in order to measure her body weight.

Additionally, the positive influence of psychomotor therapy on self esteem and personal characteristics can be integrated in the personal lives of the patients. One informant reported how she learned to express her thoughts and feelings during therapy. In her personal life, she used to step aside and withdraw in the presence of dominant persons. Nowadays, she realizes the importance of expressing and defending her own opinion. Two informants reported they can apply multiple aspects of the therapy into their daily life, but they are also very conscious of the fact that integrating the therapy into their daily life will take a long time and will cost a lot of effort.

“Ik doe da nu thuis ook. Elke woensdagochtend, voor de weging, kijk ik in de spiegel en zeg ik tegen mezelf en ik geloof dat dan ook: ‘ik ben niet de dik, wat die weegschaal ook zegt. Zolang da ge er niet te dik uitziet, wat is dan het probleem? Want oké ik ben misschien nie meer mager, ma wel nog altijd slank.’ Tis van: ‘tis goe, wat die weegschaal ook zegt’. Want ge zijt zo geconcentreerd op da getal da ge uzelf nie meer ziet. En als ge zoiets hebt van: ‘ik zie (nadruk op zie) er goed uit,’ dan maakt het nie uit wat die weegschaal zegt... en da helpt.” (informant 5).

“... da’s nu zoeken naar andere manieren, en dat is iets dat nu maar begint hè, naar hoe ga ik met de dagelijkse dingen om, hoe ga ik om met dingen die ik tegenkom, met opmerkingen van mensen, zoeken naar wa ik wil, naar wa ik belangrijk vind, waar da ik voor wil gaan, hoeveel energie da ik in dingen probeer te steken, het perfectionisme loslaten in een aantal dingen, omda ge ni in alles perfectionistisch kunt zijn.” (informant 6)

Patients assigned this positive evolution to psychomotor therapy, whether or not in combination with **other therapies** that are offered during the hospitalization period. One respondent experienced the combination of occupational therapy and psychomotor therapy as very useful. Personally, she found it important to get challenged to do things she found difficult to accomplish in her everyday life, such as standing up for her own opinion. Another informant explained how it took months before she could finally achieve looking at herself in the mirror and accepting her body. She explained how she met her friends during a school visit, the day before the mirror confrontation took place. The respondent isn't sure if the positive body experience would have taken place in case she didn't meet her friends. Nevertheless, the positive effects remained present during the subsequent mirror confrontation exercises. Besides psychomotor therapy, also **the overall effect of food** has been mentioned by one participant, as contributing factor to the closer connection with her body.

“Ik weet ni, of dat da door de PMT komt, dan wel door het feit dat ik nu gewoon dingen voel, en vroeger ni, en da zal waarschijnlijk eerder door het algemeen effect van eten komen, en van uzelf toe te laten van dingen te voelen en tijd te nemen om dingen te voelen, uhm... maar zowel op emotioneel als op fysiek vlak, ‘voel’ ik gewoon veel meer, en begin ik ook mijzelf toe te laten van dingen te voelen. Uhm... vroeger als ik hoofdpijn had... als ge daar hard genoeg in zijt hebt ge ook geen hoofdpijn hè. Vooral ni aan toegeven. En nu... uhm... voel ik veel meer en is het ook veel moeilijker om da... om da weg te duwen. Komt da specifiek door de PMT, komt da door het feit da ik veel meer voel omdat mijn hersenen vanalles hebben om dingen te laten voelen, ik weet da ni...” (informant 6)

Three informants who will soon leave the hospital have arranged one or more types of outpatient counseling to guide them when they continue their lives in their habitual surroundings. Two respondents will receive ambulatory psychological follow-up, one of them in combination with the guidance of a dietician. A third respondent has arranged ambulatory follow-up from a psychologist and aftercare group that are both associated to the psychiatric hospital she has stayed at.

Two patients appointed to definitely make use of psychomotor therapy in case this therapy would be available in ambulatory care. The possibility to receive guidance from an outpatient psychomotor therapist has been appointed by both informants as an added value, in addition to the scheduled therapies with psychologists. Breathing techniques in cases of hyperventilation, guided mirror confrontation in order to learn to accept ones changing body, relaxation techniques, the possibility to discuss very specific concerns such as the purchase of underwear, the need of a new cup size, the development of a customized sports program... were mentioned as possible interventions whereby the assistance and guidance of a psychomotor therapist can be appropriate.

“Ik ga waarschijnlijk volgende week vrijdag op ontslag... ik zie het zitten... maar ik ben natuurlijk ook heel bang... Allé... ik begin er natuurlijk wel vol goeie moed aan... maar ja... er zijn dingen... ik ga wel ene ambulante psycholoog enzo hebben, maar ja... dingen gelijk PMT en spiegel oefeningen enzo, da heb ik thuis ni meer... dus, ik ga me daar heel, ja... bewust van moeten zijn, van alles wat ik dan van hier zo heb geleerd, ik ga moeten zien da ik da ni vergeet. Euhm... ja, ik zei da overlaats ook nog na spiegel oefeningen, ik zeg van: ‘Ja, nu heb ik mij een hele week dik gevoeld, en ik doe die spiegel oefeningen dan mee, en eigenlijk zag ik deze keer da ik... da ik eigenlijk echt ni te dik ben’. En ik zeg: ‘Maar thuis heb ik die spiegel oefeningen ni.’ (lacht)... dus... ja... aanvullend aan mijn gesprek met de psycholoog zou ik die spiegel oefeningen toch kunnen gebruiken als houvast... maar voor de rest... ik zie het wel zitten...”. (informant 2)

“Ik denk da... ja... op momenten dat het bijvoorbeeld moeilijker zou gaan, dat een psychomotore therapie erbij, zou kunnen voorkomen da ge terug moet opgenomen worden. Ik denk, stel da ik ooit zwanger word, en de optie bestaat, dat ik er gebruik van zou maken. Al is het maar, om te voorkomen dat het ooit moeilijk wordt. Ma, ik weet van mijn eigen dat ik ni in de spiegel zou durven kijken, omdat ik bang ben om wa da ik zou zien, en als ge dan iemand hebt, die bij wijze van spreken, gewoon uw hand vasthoudt, en samen met u in de spiegel staat, en die... ja... ik weet ni of dat da voor u logisch, of dan wel heel raar overkomt... uhm... ik zou da makkelijker vinden bij een therapeut, dan bijvoorbeeld bij mijn man. Omdat ik mij meer zou schamen dat ik het daar moeilijk mee heb, ook al is dat uwe man...” (informant 6)

6. Discussion

6.1 Discussion of methods

This study applies a qualitative approach and describes the effects of psychomotor therapy on the basis of the personal experiences of six interviewees with an eating disorder. The number of informants was small; only six patients were interviewed about their experiences. The main purpose was, however, to gather patient-based information as an indicative reference. The idea is that this information could be further examined and compared on a broader scale in future studies.

The decision to end the data collection after six interviews was based partly on the fact that the same experiences were reported several times and saturation was conveyed in the last interviews. Nevertheless, there may be some bias regarding this decision.

The patients who participated in this study can be considered to be well motivated. All of them have experienced positive effects of PMT, which may have led them to participate in this study. Another possibility could be that a positive therapeutic encounter had been established between them and their psychomotor therapist. The patients included in the study were offered the opportunity to participate in this study by their own physiotherapist. This also may have influenced the selection of participants, resulting in a positive sample of patients.

In order to increase the internal validity, 'triangulation by researcher' was used. Five other persons were engaged in the sorting of meaning units. It concerns five last year students in physical therapy who are all familiar with qualitative research. In this comparison, there was a high level of agreement. Then when categorizing the meaning units to a higher abstraction, a comparison was made between the two authors and a qualified professor in physical therapy (specialized in mental health) and psychology. The level of agreement was again high.

All informants also met other caregivers during their hospitalization period such as psychologist, dieticians, psychiatrists, occupational therapists etc. Many of the described effects of psychomotor therapy are therefore probably a result of the influence of several therapists. Different kinds of therapy and medication can make it possible for other interventions to work and vice versa. Also the effect of dietary supplements can play an important role in the physical and mental processes of people with eating disorders. However, some effects are described by the patients as direct effects of psychomotor therapy, connected to different exercises, such as mirror confrontation exercises and video confrontation. Two informants mentioned external factors such as the overall effect of food, and the presence of supporting friends as contributing factors to the positive effect of PMT. It is difficult to investigate the mere effect of psychomotor therapy in itself on patients as most interventions in psychiatric hospitalized populations exist out of a combination of several forms of therapy in combination with medical treatment.

6.2 Discussion of results

6.2.1 Feelings and thoughts

After long periods of denial and excuses, the informants gained insight into the seriousness of their disease. They realized they weren't able to solve their problems without professional help. Also the presence of supporting persons in their lives such as parents, partners, family and friends etc. was considered as an important factor in the recovery process. On, the other hand, when personal relationships are unstable, the eating disorder and body experience tend to deteriorate.

The study of Vanderlinden et al (2007) shows that support of parents and family were considered to be of a moderate importance in the recovery process of patients with eating disorders. These patients also emphasize the need for more insight in the origins of their eating habits as this isn't always clear. This lack of insight might clarify the innocent start of the eating disorder, as described by the informants in our study.

All respondents explained how their body perception is influenced by a distorted body image and a disturbed way of thinking, which can also be extended to the personal characteristics of the informants, such as the urge to control and the impulse of perfectionism. Patients with eating disorders are known to dispose of symptoms such as a disturbed body image. They experience a distorted and negative body perception with regard to weight, size and shape, an intense fear of gaining weight (even when in reality severe underweight is visible), drives and tensions (Catalan-Matamoros et al 2011). Patients with an eating disorder lack communication between the body and the mind, and dispose of negative body experiences.

All aforementioned symptoms were also reported during the interviews by our informants who suffer from an eating disorder. The negative body experience is influenced by personal feelings and thoughts. Furthermore, all informants described the presence of anxiety and uncertainty in their day to day lives. Even when being exhausted, they experienced an intense fear which restrained them from eating.

Until the current hospitalization, none of the respondents succeeded to completely control and cure from the disease. Despite the progress they have made, they keep on struggling with feelings and thoughts regarding weight loss. The inner anxiety of relapse remains present. In their systematic review, Vancampfort et al (2014) state that current treatments for anorexia and bulimia nervosa are moderately successful. From the interviews, we can conclude that, the five informants who will soon get dismissed from hospitalization, have experienced a positive evolution. Nevertheless, they all feel insecure and remain anxious for relapse, as their past is characterized by stable periods interspersed with periods of relapse. Besides the predominant feeling of anxiety and uncertainty, all respondents showed a low self image and a lack of self confidence.

6.2.2 The body as a negative object

Already since childhood, all six informants experience their bodies in a negative manner. This negative body perception keeps playing a major role in the further development of their lives and consists of different gradations, with hate and disgust as most extreme feelings in three informants.

Although it is commonly known and written in the literature that people with eating disorders dispose of a negative body experience, there are, to our knowledge, few studies that address the seriousness of the negativity of this body experience. This demonstrated the importance of qualitative research. Too often, quantitative research ignores the importance of 'the lived experience' in a population.

During the interviews, three respondents explained how they felt alienated from their own body at a certain moment. One respondent explained how she used to avoid the confrontation with herself in a mirror. Another informant clarified how she kept her body hidden from herself and the outside world, by wearing loose clothing and locking herself in. One respondent literally felt cut off from her own feelings and both her emotional and physical needs.

6.2.3 Psychomotor therapy as facilitator

The study of Catalan-Matamoros et al (2011) has shown the feasibility of Basic Body Awareness Therapy for people with eating disorders. Drives (towards eating or thinness), body dissatisfaction, quality of life and the level of the eating disorder have been significantly improved as a result of the therapy. In our study, patients acknowledged similar effects of psychomotor therapy. As a result of PMT, the informants in this study were less preoccupied with their weight. They experienced less fear of weight gain and were able to accept their body. Body dissatisfaction and weight have been improved in five out of six patients. One patient was only hospitalized a few days before the interview took place. She wasn't able to benefit from the therapy as she had only just been hospitalized, but she did contribute a lot of useful information concerning psychomotor therapy and how it had helped her during previous episodes.

Probst et al (1997) found that body dissatisfaction and distorted body perceptions, which exist in high levels in patients with eating disorders, improve through body-oriented therapies. Additionally, they concluded that the amelioration of body dissatisfaction is related to the body image which is an important diagnostic tool for patients with eating disorders. PMT has been described by the informants as leading to a higher degree of self awareness, both physically (getting more in touch with one's body) and mentally (more positive body experience, insight in a disturbed body image and distorted way of thinking, improved self esteem), which in turn led to body acceptance.

All six informants explained how their body perception was influenced by a distorted body image and a disturbed way of thinking. Psychomotor therapy was reported by all informants as a therapy in which they are confronted with their body image and mindset; a therapy that makes them more aware of themselves, both physically and mentally.

Physically, PMT leads to getting more in touch with one's body. Patients experienced a more positive body experience which in turn led to acceptance of the body, body weight and body shape.

Mentally, the therapy provided insight into the distorted way of thinking. Four informants reported improvements in their disturbed way of thinking as a result of the therapy. The therapy helped them in rationalizing their feelings and thoughts, which also contributed to the acceptance of their body. 'Getting insight in their problems and underlying mechanisms' was also considered as highly important and meaningful during therapy by patients with an eating disorder in another recent study (Vanderlinden 2007).

In the first part of our master's thesis, we already explained how body awareness therapies, such as the Feldenkrais method and Basic Body Awareness Therapy, aim to gain insight into the use of one's body, in terms of body function, behavior and interaction with oneself and others (Gyllensten et al 2003). In this sense, we could assign psychomotor therapy to the group of body awareness therapies. Hedlund and Gyllensten (2010) concluded that Basic Body Awareness Therapy in patients with schizophrenia showed positive effects on affect regulation, body awareness and self esteem, in social contexts and on the ability to think. Similar effects were reported by our informants with an eating disorder who underwent psychomotor therapy. Additionally, our informants declared how PMT influenced their self confidence and personal characteristics. Three informants are more likely to stand up for themselves and their opinions and feel more confident due to PMT. 'Learning to express one's opinion and feelings' was also evaluated as a very important element in therapy by patients with an eating disorder in the study of Vanderlinden (2007). Three informants acknowledged to have gained more respect towards themselves as a person and towards their body. They no longer require perfectionism and total control and even manage to compliment themselves regarding performances or their appearance.

From the study of Laumer et al (1997), it was concluded that patients with an eating disorder experienced increasing contentment regarding their problem zones as a result of the Feldenkrais method. They became more familiar with their own body which resulted in an ameliorisation of acceptance. Other results were a more spontaneous, open and self confident behavior and the decrease of the wish to return to the security of early childhood. This wish to return to childhood also appeared from the interviews, as three informants clarified their desire to remain small (with undeveloped physical features). From our interviews, we can conclude that the patients experienced a similar effect as a result of psychomotor therapy. According to the content analysis, certain experienced effects of psychomotor therapy were reported frequently, by most informants. This indicates that the experienced treatment effects might be rather general and common experiences. However, future large scale studies will have to support these assumptions.

Vanderlinden et al (2007) concluded that patients with eating disorders perceive improving self esteem, body experience and body image as core constructs of their treatment. They refer to several studies in which the opinions of patients regarding 'important ingredients' of a psychotherapeutic treatment for eating disorders are more or less in accordance. In the study of Button and Warren (2001), individual psychotherapy and the relationship with the therapist (empathic and supportive) were reported as important elements in the treatment of anorexia nervosa. Gaining insight into the problem, admitting that the eating disorder is a problem, self acceptance, becoming aware of one's feelings and needs and experiencing the self as 'good enough' were mentioned as other important elements therapy should focus on (Lamoureux and Bottorff 2005). In the study of Noordenbos (1992), patients acknowledge that they need to learn to focus on and give more attention to their body.

From our interviews, we can conclude that the six informants, who contributed to our study, have experienced the aforementioned elements as positive effects of psychomotor therapy. Five out of six informants are more satisfied with their body and even manage to accept their bodies after intensive psychomotor therapy in combination with other therapy types such as psychotherapy, adapted eating schedules, occupational therapy and medical treatment. Additionally, patients mentioned a positive influence on their body and self image and also on their body experience. The same five informants gained insight in their distorted body image and disturbed way of thinking as a result of psychomotor therapy. The study of Vanderlinden also indicates that items such as 'learning to evaluate the body positively' and 'improving the body experience' were rated as very important ingredients of therapy by patients with an eating disorder.

From the interviews, it seemed that patients had difficulties in trusting others. Nevertheless, informants defined the presence of their therapist and the presence of group members who have suffered the same faith as an important element of psychomotor therapy. Therefore, we assume that, during therapy, the informants must have learned to trust their therapist and the team members. The fact that the psychomotor therapy is provided in group with peers might contribute in the process of learning to trust others in daily life. Vanderlinden et al (2007) also concluded that the 'support of the therapist' was evaluated as a very important element in therapy by patients with an eating disorder.

Despite the encouraging data presented here, there were some limitations in the study. As said, the study was carried out on a limited number of interviewees. It is therefore not possible nor is it the purpose of this thesis to generalize the effects of psychomotor therapy on persons suffering from eating disorders. Nevertheless, we like to emphasize the importance of our findings, as these individual experiences of patients with eating disorders may serve as guidance for further studies. As such this thesis should be considered as a valid starting point. Further studies with larger sample sizes should be conducted in order to be able to generalize the results and could for example focus on overall experienced effects of PMT, effects of other body-oriented therapies, differences among the diagnosis groups etc.

It is also important to acknowledge that Psychomotor Therapy may not be equally suitable for all patients. Some patients may benefit more from individualized face-to-face therapies, while others may benefit more from group-based session. Therefore it could be important that future research focuses on questions such as which individuals benefit most from which type of treatment.

7. Conclusion

This qualitative study focused on possible effects of psychomotor therapy on the body experience of six individual patients with an eating disorder. From the interviews, it appeared that the informants with eating disorders dispose of a distorted body image and disturbed way of thinking. They are characterized by feelings of anxiety and uncertainty, the desire to remain small and lack developed physical features, the urge to control and the impulse of perfectionism. The informants regard their bodies as negative objects. Hate and disgust are put forward as the principle descriptive terms when describing their feelings about their appearance. Because of this negative objectification, persons suffering from an eating disorder often tend to feel alienated from their own body. The body is not considered as a physical characterization of themselves but as an object over which they have no control.

Psychomotor therapy is perceived as an effective form of therapy as patients encounter improvements in self awareness, both physically and mentally. A closer contact with one's own body, a more positive body experience, insight in a disturbed body image and distorted way of thinking and improved self esteem arise as a result of PMT and contribute to the process of accepting one's physical appearance..

The role of the therapist, the presence of peers, one's own motivation and openness and the time aspect are considered as key elements of psychomotor therapy. In order to generalize our findings future studies on larger scales are desirable. It would also be interesting to study patients on a more long term basis. The results of such a study would allow researchers and therapists to take note of the pro's and con's of psychomotor therapy and truly grasp the benefits of PMT.

References Discussion

Button E, Warren R 2001 Living with anorexia nervosa: the experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7,5 years after initial presentation to a specialized eating disorder service. *European Eating Disorders Review* 9, 74-96

Catalan-Matamoros D, Helvik-Skjaerven L, Labajos-Manzanares T, Martinez-de-Salazar-Arboleas A, Sanchez-Guerrero E 2011 A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 25, 617-626

Connors K, Galea M, Said C, Remedios L 2010 Feldenkrais Method balance classes are based on principles of motor learning and postural control retraining: a qualitative research study. *Physiotherapy* 96, 324-336

Gyllensten A, Hansson L, Ekdahl C 2003 Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 7, 173-183

Hedlund L, Gyllensten A 2010 The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 14, 245-254

Lamoureux M, Bottorff J 2005 "Becoming the real me": recovering from anorexia nervosa. *Health Care Women International* 26, 170-188

Laumer U, Bauer M, Fichter M, Milz H 1997 Therapeutic effects of the Feldenkrais method "awareness through movement" in patients with eating disorders. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 47, 170-80

Noordenbos G 1992 Improving the process of recovery of patients with anorexia nervosa. *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa* 4, 17-32

Probst M, Van Coppenolle H, Vandereycken W 1997 Further experience with the Body Attitude Test. *Eating and weight disorders* 2, 100-104

Vancampfort D, Vanderlinden J, De Herts M, Soundy A, Adamkova M, Helvik-Skjaerven L, Catalan-Matamoros D, Lundvik-Gyllensten A, Gomez-Conesa A, Probst M 2014 A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and rehabilitation* 36, 628-634

Vanderlinden J, Buis H, Pieters G, Prbst M 2007 Which elements in the treatment of eating disorders are necessary 'ingredients' in the recovery process? – A comparison between patient's and therapist's view. *European eating disorders review* 15, 357-365

Part 2: Appendix

Appendix 1: Open coding

- 1 *“...dat maakte dat ik eigenlijk al een mollig kind was.” (C.M.); “...maar altijd heel bewust geweest van ‘ik ben mollig’.” (C.M.); “...Ik vond dat jammer dat ik mollig was.” (C.M.); “Ik was toch een beetje molliger en ik had dat toch liever anders gezien.” (C.M.); “...ik was toen ni zo ongelukkig met mijn lichaam... “ (C.M.); “...het is ni alleen uw lichaam, het is uw gezicht ook, en uw gezicht, alle, mijn gezicht, was geweldig oud geworden hè, van te weinig te eten en te mager te zijn.” (C.M.); “...ja, lichamelijk ja, voelde ik mij wel echt helemaal niet oké in mijn vel.” (D.Y.); “Euhm... ik denk ni da ik hier ben buiten gegaan met een gevoel van: ‘Dees is oké.’” (D.Y.); “Nee, da voelde echt ni goed aan. Ik was echt ni tevreden met mijn eigen.” (D.Y.); “...ik voelde me echt zo’n beetje, ja... ‘lomp’ eigenlijk zo.” (D.Y.); “...ik ben hier dan eigenlijk ook ni met een goe gevoel vertrokken.” (D.Y.); “Dus dan waren der ineens heel veel eetbuien, dan ben ik ook gigantisch veel bijgekomen, waarda ik het natuurlijk écht keimoeilijk mee had.” (D.Y.); “Ik vond mezelf te zwaar.” (D.Y.); “...da voelde echt héél slecht aan.” (D.Y.); “...het begin kwam kik daar toch heel veel van bij. Maar ja... daar voelde ik mij dan ook heel slecht bij.” (D.Y.); “...tot op de moment da ik ne foto van mijn eigen zag (lacht) en dan dacht ik: ‘Oh nee’.” (D.Y.); “...het afvallen op zich had ni zozeer te maken, of ni alleen te maken met... ‘ik voel me ni goed ik mijn vel’”. (D.Y.); “Dus dan keek ik altijd maar in de spiegel en ik hoopte dat dan, het beeld da ik had in de spiegel toch beter zou zijn als hoe ik mij voelde, ma da was dan ni.” (D.Y.); “Ja, da voelt vaak ni goed.” (K.E.); “En als ge u nie goe voelt, dan denk ik ook nie da ge da echt gaat uiten in uw zelfvertrouwen.” (M.A.); “Ik ben voor mijn eetstoornis ik ga nie zegge dik geweest, ma zowa zwaarder, en toen voelde ik mij ook onzeker, ma das puur mijn lichaam dan.” (M.A.); “Toen ik mollig was, hield ik absoluut nie van mijn lichaam.” (M.A.); “In het begin, als ik op mijn BMI zat, was zo van ‘ohnee da gaat hier echt nie’, en ik voelde me rotslecht.” (M.A.); “Ik voelde me wel de molligste onder mijn vriendinnen.” (P.L.); “Ik weet wel da ik vaak tege mezelf gezegd heb ‘ik zou terug minder wille wegen’.” (P.L.); “Nee ik herkende mezelf nie... Ik vond het lelijk mager.” (P.L.); “Ik herkende mezelf ook niet meer...” (P.L.); “En ik weet dat ik toen meer woog dan iemand en dat ik da toen al erg vond.” (P.L.); “Da vind ik soms wel irritant, van ‘waarom ben ik nie mager gebouwd’.” (P.L.); “Frustrerend, want ge kunt daar niks aan veranderen. Ik zal altijd breder blijven... hoeveel ik ook weeg en das wel frustrerend.” (P.L.); “Het was niet alleen mijn figuur da ik nie aanvaardde, ma ook gewoon hoe da mijn wenkbrauwen zijn ofzo (lacht), van die stomme dingen.” (P.L.); “Ma vooral mijn brede schouders en mijn buik, is zoiets...” (P.L.); “...en mijn benen, omda ik zo elke dag naar school fietste. Heb ik zelfs een tijd opzettelijk trager gefietst, zodat men beenspieren zouden afbreken, omda ik da ook irritant vond da ik geraakte nie goe in mijn broek.” (P.L.); “...en ik vond mijzelf na ne tijd ook te gespierd, ik voelde me mannelijk op een of andere manier.” (P.L.); “...ik vond mezelf zo nie goe.” (P.L.); “...iets stoorde mij wat maakte dat ik da toch nie aanvaardde hoe ik eruit zag.” (P.L.); “Ik zou héél graag langere onderbenen willen, ja. Ik mankeer tien centimeter en ze zitten écht allemaal daar.” (C.V.); “De periode net voor ik werd opgenomen, ik vond mijzelf te mager.” (C.V.); “Ik keek in de spiegel en ik zag, ja oké, da’s wel heel mager, en da vind ik ni mooi, en da ge zo aders kunt zien lopen, of hier kunt zien lopen...” (C.V.)*
- 2 *“In die tijd was zéér slank de mode.” (C.M.); “...toen was het ideaalbeeld zéér slank.” (C.M.); “Een bijzonder knap buurmeisje, en die was dus slank binnen de juiste maten en alles, en die deed dat ook.” (C.M.); “...zeer bekende zangeres, slank bleef, namelijk die at en die braakte.” (C.M.); “...wie da ge gewoon wilt zijn als persoon,*

	<p>van het werk da ge wilt doen, en hoe da ge wilt zijn in uw sociaal leven en euhm... ja... daar is nog wel, nogal wat afstand in.” (D.Y.);</p> <p>“...ik dacht, ik wil da ook.. en dan wou ik ongeveer evenveel als haar wegen... da was zo mijn doel.” (P.L.); “Ma ik vond dat mijn vriendinnen altijd slanker waren en ik dacht ik moet der iets aan doen...” (P.L.); “...hah, die moeten nie afvallen want zie, die zien er zo goed uit op hun BMI want die zijn slank gebouwd’.” (P.L.)</p>
3	<p>“...’ah maar zo werkt dat!! Maar nu versta ik het!! Dat is dus de manier waarop mensen slank zijn!! Dat kan ik ook!’ En zo is het eigenlijk begonnen...” (C.M.); “Natuurlijk niet wetende dat dat een ziekte is. En zeker niet wetende dat dat een verslaving is.” (C.M.); “...dan ben ik dat op een dag echt actief beginnen toepassen, met alle gevolgen vandien eigenlijk.” (C.M.); “...ik heb vandaag eigenlijk niet gegeten... oh ma wat fijn... ik ga dat morgen nog eens nemen, en overmorgen nog, en weet ge wat, ik ga da daar eens ene kilo of drie mee proberen af te vallen’, en ge zijt vertrokken.” (C.M.); “Gewoon door een vriendinneke dat zegt: ‘Kijk, op die manier wordt dat gedaan.’, en ge zit in een systeem wat de rest van uw leven gaat beïnvloeden hè.” (C.M.); “...da moment wou ik gewoon ook heel, gewoon (gniffelt ironisch), een béétje vermageren, dat is dan uit de hand gelopen.” (D.Y.); “...en dan had ik al zo, helemaal zoiets van: ‘Ja... ’t is toch goe?!’.” (D.Y.); “...beggonnen, vrij, ja onschuldig met wat met wa eten te schrappen en ongezonde dingen.” (M.A.); “...op vakantie geweest.. en die vriendin is redelijk gezond. En ik dacht, ik wil da ook.” (P.L.); “Eerst ben ik 4 of 5 kilo gewoon afgevallen zoals iedere... alé ik ging dan ook naar de hogere school, daar zijn geen speeltijden nie meer en had ik geen koekjes nie meer bij. Ma da was nie bewust, ik was gewoon 4 kilo afgevallen.” (P.L.); “Ik had daar... alé geen besef van, want ik ging dan gewoon voor haar neus op de weegschaal staan en ja.. zoveel en ik zag daar geen probleem in.” (P.L.); “Ma ik had nooit zo ver wille gaan. Da was nie mijn bedoeling.” (P.L.); “Ja ik heb gewoon gezien wat die at en we waren ook ver van de winkel en we hebben dan ook 1 dag geen eten gehad ofzo of 2.” (P.L.); “Hoe bij mij de eetstoornis begonnen is, da’s heel moeilijk, da’s heel vaag, euh...” (V.C.); “Euhm... da’s begonnen toen da ik den eerste keer op kot ging, denk ik, vermoed ik. En ik weet dat ik echt zoiets had van: ‘Ik ga dat niet doen zoals iedereen, ik ga dat op een andere manier aanpakken, en ik ga ni bier en frieten en...’, en dat is er heel, heel langzaam in geslopen.” (V.C.)</p>
4	<p>“Vandaag doe ik dat nog wel, maar morgen ga ik dat niet meer doen.’ Maar dat ging niet. Ik deed dat iedere dag opnieuw, en opnieuw, en opnieuw.” (C.M.); “En ik heb dat geprobeerd om toch maar weer op eigen krachten te doen.” (C.M.); “Ik wil er iets aan doen.” (C.M.); “...en ge hebt zoiets van: ‘Da moet gewoon’.” (D.Y.); “...ik had zoiets van: ‘Hier moet echt wel een eind aan komen’.” (D.Y.); “Want ik wou bijkomen...” (P.L.); “Da ik wel wa wou bijkome ma...” (P.L.); “Mijn doel was van ademruimte te creëren om de energie te hebben om die problemen aan te pakken.” (V.C.); “...ik heb het op een andere manier geprobeerd om ermee om te gaan, het is denk ik duidelijk geweest dat het geen oplossing was.” (V.C.)</p>
5	<p>“En dan ben ik eens naar de studentenarts geweest.” (C.M.); “...mijn eerste afspraak heb ik hier in het ziekenhuis gehad met een arts.” (C.M.); “En dan heb ik hier gebeld met dokter Geraerts...” (C.M.); “Dus ik moet naar de eetkliniek, ik moet leren normaal eten...” (C.M.); “...ik ben dan zo redelijk rap in therapie gegaan, ambulante.” (D.Y.); “...dan ben ik zo, ik denk op mijn zestien jaar, hier voor de eerste keer opgenomen geweest.” (D.Y.); “...en dan ben ik in therapie gegaan, allé, terug op zoek gegaan naar ene psycholoog...” (D.Y.); “...en uhm, ja, omdat er dan ook de eetbuien waren... en euh... ja, nu ben ik hier in juli toegekomen.” (D.Y.); “...na een dik half jaar alarm geslagen en ben ik naar de psycholoog geweest.” (M.A.); “...na een halfjaar zeven maanden ben ik hulp gaan zoeken.” (M.A.); “Dan ben ik uiteindelijk bij Johan Vanderlinden terecht gekomen.” (M.A.); “...en dan hebben ze hulp ingeschakeld.” (M.A.); “En dan in januari ben ik naar de dokter gegaan en die heeft gezegd van ja.. het is een ongezond gewicht, ge moet bijkomen...” (P.L.); “...dan ben ik ambulante hulp beginne te zoeken en dan ben ik ook naar een diëtiste</p>

	<p>gegaan.” (P.L.); “Via de huisarts. Die heeft gezegd van ‘misschien is een opname toch beter’.” (P.L.);</p> <p>“En da’s echt wel het voordeel da ik het nu zelf heb beslist. Het voelde... ook da voelde aan als iets, als een goeie beslissing.” (V.C.); “En dan heb ik samen met de psycholoog gezegd van: ‘Kijk, ik wil mij laten opnemen’.” (V.C.)</p>
6	<p>“‘Ja ma, dat is een ziekte, een verslaving’.” (C.M.); “...ik was achttien jaar, en toen had ik ook al door dat er iets niet klopte.” (C.M.); “En die arts heeft mij gezegd: ‘U bent eetverslaafd.’ En dan ben ik beginnen wenen.” (C.M.); “Dokter, ik wist het al, maar het komt toch hard aan als ene arts u dat eigenlijk in uw gezicht zegt’.” (C.M.); “Maar eigenlijk, dat is allemaal utopie want het blijft in uw hoofd. Van één kant wilt ge zo niet worden, maar ge wordt eigenlijk nog erger.” (C.M.); “...en ik voelde thuis van: ‘Ik ben wel thuis maar eigenlijk genees ik niet. Eigenlijk, mijn gewicht blijft te laag. Eigenlijk heb ik een eetstoornis’.” (C.M.); “...ik woog minder maar ik wist dat het op een oneerlijke manier verkregen was. Of op een zeer ongezonde manier.” (C.M.); “Dus ik wist: ‘Ik ga moeten bijkomen, ik ga moeten gezond eten’.” (C.M.); “...dat eetgestoorde gedrag zit toch wel ergens in uw hoofd.” (C.M.);</p> <p>“...ik was, ik was écht te mager...” (C.M.); “Je beseft van: ‘Ik heb een probleem’.” (C.M.); “...omda ge dan ook wel wist da ge echt té mager waart.” (D.Y.); “...ja... nee... da’s gewoon ni oké hè.” (D.Y.); “...ik weet ook wel da zolang da ik da ni loslaat, da het gewoon ook nooit oké gaat zijn.” (D.Y.); “Ik ben opgenomen omdat het gewoon thuis echt ni meer ging.” (D.Y.); “...vond ik eigenlijk van mijn eigen wel da ik zo wat te mager was.” (D.Y.); “...en heb ik gezegd der klopt iets niet.” (M.A.); “Ik ben pas tot het besef gekomen toen dat ik hier was eigenlijk, dat heeft heel lang geduurd.” (M.A.); “Ik wist dat er iets mis was.” (M.A.); “En ja, ik ging alleen maar achteruit dusja..” (M.A.); “Vanaf 45 kilo dacht ik: oei, ‘t is te veel. (M.A.); “Hmm ik wist dat het nodig was, want thuis ging het écht nie..” (M.A.); “En nu... begin ik te beseffen.. ik beseft het nog altijd nie ten volle, dat ik misschien meer nodig heb.” (M.A.); “Ma ik zag op foto of spiegel ook wel da ik mager was.” (M.A.); “En dan zag ik het nog meer van ‘hier moet iets aan gedaan worden’.” (M.A.); “Dan weet ik ook dat het vanaf da getal nie meer gezond is, da kan ik rationeel inzien, want da is nie meer gezond voor mij.” (P.L.); “...besepte ik ook wel heel goed.” (V.C.); “Ik bedoel, niet eten, was duidelijk ni de ideale oplossing om met de dingen om te gaan.” (V.C.); “Of het helemaal realistisch was da beeld, da weet ik ni, da ga ik u nooit kunnen vertellen, maar ik zag wel da ik te mager was, en ook als ik op de weegschaal stond...” (V.C.)</p>
7	<p>“...dat bestaat niet, dat kan niet, ik ben geen psychiatrische patiënt, dat bestaat helemaal niet...” (C.M.); “...heel lang heeft geduurd eer dat ik het aanvaard heb en dat ik meer naar de psycholoog ging omdat ik moest en het niet echt aanvaardde.” (M.A.); “...ma dan komt ge thuis en zijn uw gedachten beter dan die van de psycholoog.” (M.A.); “...maar ik was te overtuigd van mijn eigen gedachten.” (M.A.); “...ik was ook te trots om da af te geven. Ik doe toch juist wa iedereen op tv zegt da ik moet doen. Wa is het probleem?”. (P.L.); “...en ge zegt ‘nee mijn beeld is nie gestoord.’” (P.L.)</p>
8	<p>“Ik had het niet gezocht, maar nu het zich toch voordeed kon ik er eigenlijk mijn voordeel terug bij doen.” (C.M.); “Ik heb die laten zetten, ook eigenlijk een eetgestoorde gedachte... allè, eetgestoord... ook met de gedachte van: ‘Dan ga ik niet meer zoveel hoeven te eten en dan hoef ik ook ni meer te braken’.” (C.M.); “... ge maakt u dat in het begin ook wijs hè: ‘Ik voel me niet goed, ik moet afvallen want dan ga ik me beter voelen’.” (C.M.); “Ik dacht dat ik zekerder ging worden door af te vallen, ma eigenlijk werd ik alleen maar onzekerder.” (M.A.); “...en ik maakte mezelf ook blaasjes wijs: ‘da is nie zo erg’... en dan ging da naar de 40, ‘das nie zo erg’ en dan ja.. ge zit uzelf gewoon iets wijs te maken op den duur.” (P.L.); “...en ja ik weet dat ik in het begin iemand was die veel excuusjes zocht.” (P.L.); “Ja ik denk da ge aan het begin nog veel excuusjes maakt, ma als die excuusjes dan verdwijnen ziet ge wel...” (P.L.); “Ja anders begint ge toch gewoon excuusjes te verzinnen. Te rationaliseren</p>

	<p>waarom dat de oefening fout is gelopen. (P.L.)</p>
9	<p>“...braken geeft ook een geweldige ontspanning. Dus ge zijt bijzonder gespannen in een situatie, ge eet, en ge braakt. En ge hebt een ontlading.” (C.M.); “Dan heb ik keurturnen gedaan... ja, zolang ik het gedaan heb heb ik daar heel veel plezier in gehad.” (K.E.); “...mijn troost was ja, ik kon sporten, kon ik wat spanning ook in kwijt, 'k wist da'k da graag deed.” (K.E.); “Met sport heb ik da ook, da's het enige waar ik wa rust in vind.” (K.E.)</p>
10	<p>“...bijzonder geobsedeerd, door lichaam, gewicht... Ja, dat is altijd zo geweest...” (C.M.); “...minder wegen dat mijn gewicht ni meer zo een belangrijke rol speelt.” (C.M.); “...toen braakte ik nog niet, dus nog niet, en zo kwam ik drie kilo per week bij.” (C.M.); “...zie waar ik ga uitkomen!. Ik dacht: 'Ik weeg binnenkort 250 kilo hè, als dat zo verder gaat.'” (C.M.); “...eetgestoorde mensen willen liever minder wegen dan meer.” (C.M.); “...beetje minder wegen... ik zie het nog altijd liever op de weegschaal... ik zie het nog altijd liever...” (C.M.); “...BMI twintig... dat waren misschien maar vier kilo om bij te komen, dus ni veel... maar da is al moeilijk hè.” (C.M.); “...had ik zoiets van: 'Daar moet minstens drie kilo af terug.’” (D.Y.); “Ik heb altijd zo wel, de laatste drie jaar onder mijn BMI gezeten, omdat da voor mij, ja, beter aanvoelde.” (D.Y.); “Ik heb dat dan nog een maand kunnen volhouden en dan is mijn gewicht terug achteruit beginnen gaan eigenlijk.” (D.Y.); “Ge wordt natuurlijk liever ni daarmee geconfronteerd, met uw lichaam, maar ja, da is er toch, dus.” (K.E.); “Nee ik zag mezelf mager. Ik denk dat mijn lichaamsbeeld wel quasi juist was.” (P.L.); “...als ik mezelf zie, dan zie ik de waarheid, ma als die spiegel weg is dan...” (P.L.); “...terwijl ik dan voor de spiegel sta.. dan denk ik 'oei, ik ben veel slanker dan ik denk.’” (P.L.); “Ik herinner me ook nog in het eerste middelbaar da we zo medisch onderzoek waar ik aan iedereen het gewicht aan het vragen was.” (P.L.); “...en da ik ook al bezig was van 'ja ik moet terug vermageren, want ik ben zoveel kilo bij.’” (P.L.); “...‘ik moet terug eten zoals op reis’, en dan ben ik daar terug mee begonnen en dan nie meer mee gestopt.” (P.L.); “En dan ben ik begonnen met 's middags alleen maar fruit te eten, 's morgens at ik dan een boterham met een stuk fruit en 's middags 2 stukken fruit en 's avonds ja.. een beetje van het avondmaaltijd.” (P.L.); “...da ik zoiets had van 'mijn benen zijn te gespierd' en begon ik trager te fietsen daarvoor, zodat die zouden verminderen.” (P.L.); “Ma ik ontwikkel ook rap spieren, want nu ik ben pas 2 maanden terug aan het sporten en als ik dan mijn oefeningen doe, zie ook mijn armspieren heel fel en bij de rest dan zo nie, terwijl die al jaren sporten.” (P.L.); “Ik was een beetje bezorgd over mijn gewicht toen ik laatst bij de dokter was.” (V.C.); “...eigenlijk zou'k da graag loslaten, zo da beeld van mijn eigen.” (V.C.)</p>
11	<p>“En daar heeft de psychomotorische training in geholpen. Het aanvaarden van een hoger gewicht.” (C.M.); “...je leert daar minder problemen rond te maken.” (C.M.); “...ben ik er wel in gegroeid om da lichaam te accepteren en dat da los moet staan van ja hoe da ge u voelt eigenlijk.” (M.A.); “...begin november is die klik gekomen bij de spiegel oefeningen, dat het opeens wel beter ging. En de laatste tijd gaat het ook beter.” (M.A.); “Die klik is bij mij vooral gekomen door die spiegel oefeningen.” (M.A.); “Ik heb vooral met die spiegel oefeningen leren aanvaarden van 'ik ben blij met mezelf.’” (P.L.); “En da heeft dan ne klik gemaakt, want dan heb ik gewoon telkens opnieuw, elke week, gewoon in de spiegel mezelf leren aanvaarden, op da moment en nie denken van ik moet nog 10 kilo.” (P.L.); “Ma gewoon da ge uzelf in het globaal beeld goe vindt.” (P.L.); “Want oké ik ben misschien nie meer mager, ma wel nog altijd slank.” (P.L.)</p>
12	<p>“Dat lukt niet direct. Daar heb je zowat tijd voor nodig... wat durf... wat doorzettingsvermogen... “ (C.M.); “Ja, 't is oké', en ik moet da ook ni oké vinden, of nog ni oké vinden, da komt misschien nog wel...” (D.Y.); “...ja, da duurt wel langer. Euh... da's misschien zo nog maar iets van de laatste maand ofzo...” (D.Y.); “Ma spiegel oefeningen... hoor ik van de meeste wel... ni allemaal van in het begin maar, na verloop van tijd, toch wel dat de meeste daar echt wel iets aan hebben...”</p>

(D.Y.); "Da heeft wel effe geduurd." (M.A.); "Tis eigenlijk pas september/ oktober geweest tegen da het zowat echt..." (M.A.); "Het is maanden van juli tot november slecht gegaan en dan is die klik gekomen." (M.A.); "...het is nie zo van 'ah PMT, ah direct..' het heeft wel effe geduurd voor ik da inzicht kreeg." (M.A.); "Maja da is dan iets da ik zal moeten aanvaarden en da ik ook binnen een paar maand kan aanzien." (P.L.); "Nee als ik het nu kan aanvaarden, is da goe en nie verder denken. En da heb ik tot de dag vandaag nog altijd, zoiets van 'ah vandaag ben ik goe'." (P.L.); "Da helpt, gewoon denken van 'vandaag ben ik goe'." (P.L.); "Ma het is nu pas dat ge begint in te zien van..." (P.L.); "...dus als ge da merkt van 'ik ben beter in deze oefening dan een maand geleden', dan begint ge het te zien." (P.L.); "Geef het wat tijd, geef uzelf... wat tijd. En het... het komt, uiteindelijk, wel goed'." (V.C.); "...zo die kleine stapjes zetten... da mogen schuifelen zo... aftasten, voelen... wat dat uw fysieke grenzen zijn, hoe dat da voelt een fysieke grens, hoe da ge die zelf leert aanvoelen..." (V.C.)

13

"... veel van die therapie, vind ik persoonlijk, hangt van Michel af. Da's gewoon ene hele goeie therapeut." (C.M.); "Dus ik bedoel... als iemand, waar ge minder vertrouwen zou in hebben, dat zou geven, dan zou dat misschien minder effect hebben." (C.M.); "Maar omdat ik zóveel vertrouwen had in Michel... ook zo van u durven daarin te laten gaan..." (C.M.); "...hij die zei van: 'we laten niemand vertrekken die ongelukkig is met zijn gewicht enzo', en euhm... ja hoe zal ik zeggen... het is dan toch gelukt." (C.M.); "Ja, zoals ik zeg, ik had groot vertrouwen in Michel." (C.M.); "... ja, ge krijgt van Michel zelf ook wel vaak te horen van, allé ja: 'Ge kunt da wel'." (D.Y.); "... alle, da is zo, da's degene waar ik ooit al het meeste aan gehad heb." (K.E.); "... da's iemand die ik vertrouw... die heeft da echt van in het begin en nog altijd..." (K.E.); "Ja... Die blijft eerlijk en..." (K.E.); "Euhm, je, die weet de dingen ook zo te plaatsen..." (K.E.); "...die laat u ook echt voelen van... toch het respect voor u als persoon... los van wat er gebeurt, of al honderd keer is gebeurd (huilt) of... en ge voelt dat die dat meent..." (K.E.); "...ik vind da wel een heel waardevolle therapie. Ma, ja, als ik daar eerlijk in ben dan toch, gewoon ook degene die het geeft." (K.E.); "Ik heb het ook al gehad van mensen en dan dacht ik: 'Ohh, jeetje, nee alstublieft vandaag gene PMT hè want ... da komt hier ni goed'. Dat doet heel veel." (K.E.); "De inbreng ook van die therapeut, ge voelt zo'n dingen rap genoeg, van, da mag daar heel belachelijke dinge zijn op zich wa ge moet doen, ma, de manier waarop het aangebracht wordt." (K.E.); "Euhm, de persoon die het geeft en uw groep eigenlijk ook." (M.A.); "Hij spreekt ook altijd achteraf na zijn sessie, alé zitte we ook altijd effe samen en praten we daar wel over." (M.A.); "Ma Michel is daarin zowa ervaren persoon in en ik denk wel dat die weet wat die zegt." (M.A.); "Ik denk die oefeningen dat da wel door iemand opgeleid moet gegeven worden..." (P.L.); "Ik denk dat ge de essentiële kenmerken moet hebben om da te kunnen geven." (P.L.); "Michel zijn therapie, maar ook hij als therapeut, als persoon, zeker een rol in gespeeld, dat is euhm... een soort van basisvertrouwen." (V.C.); "En ook hoe da hij da als persoon daarin stond. Ik had da nooit van een vrouw kunnen hebben. Voor mij persoonlijk hielp dat, dat dat een oudere man was, dat heeft iets rustgevend, voor mij. Ja, zoiets geruststellend." (V.C.); "Zo den eerste keer terug gaan zwemmen, ne keer badmintonnen, zo dat voldane gevoel voelen, en toch zeker zijn dat er iemand is die derop gaat letten dat ge der ni compleet over gaat." (V.C.); "Iemand die ge achter de therapie kunt aanspreken, compleet in paniek, van: 'Ah! En ik heb dat gedaan, en dat gedacht en zo en zo, en nu ben ik compleet van de kaart, en ik weet ni meer wat ik hiermee moet doen'." (V.C.); "Ik denk dat het meer ligt aan goede therapeuten, die zin weten te geven aan de therapie. Meer dat dan wat ge precies doet." (V.C.)

- 14 *"...ene zestienjarige zoon, die confronteert u daar honderd procent mee hè." (C.M.); "...je krijgt geweldig positieve reacties met bereiken. Dus het is ni, als ge jong zijt dat ze u liever slanker zien, als ge ouder zijt vinden ze dat ge er beter gaat uitzien als ge meer gevuld zijt." (C.M.); "Dus ge wordt bijzonder positief bekrachtigd met meer te eten, en gevulder te zijn." (C.M.); "Ik had ook heel fel, ik had héél fel schrik dat da waar was, dat hij mij zou laten zitten daarvoor, en de schande daarvoor was zó groot, dat ik mijn uiterste best gedaan heb om te stoppen met te veel te eten, zeker om te stoppen met braken, en dat is gelukt." (C.M.); "...maar ge kunt toch wel die mensen... ge begint die toch wel te geloven... en ge begint uw eigen gedachten in vraag te stellen. Want als iedereen iets, hetzelfde zegt, en ge zijt de enige die nog staat met uw eigen standpunt, dan is het misschien niet slecht om toch eens aan uw eigen standpunt te gaan twijfelen." (C.M.); "Ik denk da ik dan, een heel jaar, ja... een beetje op datzelfde gewicht ben blijven schommelen. Euhm... dus da ging wel goed... ik had dan natuurlijk ook wel, euhm, een betere ambulante opvolging dan de eerste keer... ook een psychologe..." (D.Y.); "Het is een korte periode beter gegaan tijdens die relatie..." (D.Y.); "Ma ik zag die wel graag. Euhm... en dan was da zo met eten, het was ni heel erg... het was zo... en mijn gewicht bleef ook meer stabiel." (D.Y.); "En de omgeving heel erg... uhm... en ik denk dat daar ook wel sowieso wel gaatjes in hebben gezeten." (K.E.); "En dan een heel groot stuk is de omgeving. Thuis, ik ga alle, ni, want ze hebben thuis echt, echt altijd euh, ja, op hun manier, echt gedaan wa da ze konden... Ma ja... die... die zijn ni empathisch." (K.E.); "Dus dat doet heel veel, als ge daar dan zo wa opvang in hebt... " (K.E.); "...en ik heb me toen uiteindelijk daar wat aan kunnen optrekken. Ik zeg, en die eerste vijf jaar waren zalig." (K.E.); "Ma de sfeer was echt geweldig, echt zo warm." (K.E.); "Dan is da daar zo beginnen veranderen en uitbreiden en ander collega's en... euh... dan werd da een stuk... en dan voelde ik wel..." (K.E.); Zolang ik rondom mij fijne mensen heb, dan functioneer ik. Als ik daar nu grofweg op kijk hè. Ik denk dat da voor mij één van de grote pijlers is. (K.E.); "Ik denk dat da voor mij... Mocht ik dan iemand hebben om op terug te vallen, dan zou ik het denk ik wel redden ma... nu is het de laatste jaren ver weg allemaal." (K.E.); "De dag voordien was ik terug naar school gegaan, wat mij enorm deugd had gedaan, blij om iedereen terug te zien." (M.A.); "Ma zelfs in de media, als ge zo op Vitaya van die dieetprogramma's ziet, ge krijgt het gevoel alsof uw cholesterol verhoogt als ge ene koffiekoek eet. Ik had zoiets van 'ik ben goe bezig', toen ik eigenlijk ongezond weinig at." (P.L.); "Had ik het gevoel van ik ben goed bezig, want ik doe wat ze op tv zeggen." (P.L.); "Ik weet nog dat ik soms op familiefeesten 3 keer naar het desserts buffet ging, da mensen zeiden 'alé naam respondent, ga jij nog eten', da ik zei 'ja ik loop dat der morgen wel af.'" (P.L.); "Ik had daar veel aan dat iemand tegen mij zei 'kijk dit is hetgeen da ik neem en dit is hetgeen da gij neemt... zie het verschil.'" (P.L.); "Omdat ik altijd gehoord heb da ik brede schouders had, terwijl ik da zelf nie vond." (P.L.); "...heb ik gevoeld wat voor invloed dat die sociale druk heeft..." (P.L.); "Mijn mama begrijpt mij, ma men papa is gewoon... stress. Dus ze wisten het wel.. ma ja.. ze zijn er ook heel steunend in geweest." (P.L.); "Hier doet iedereen hetzelfde, iedereen eet hetzelfde.. dan voelt het ook alsof ge juist bezig zijt." (P.L.); "Ma ik heb da soms nog als ik naar huis ga en ik eet wa ik moet eten, dat da soms fout voelt." (P.L.); "Hier doet iedereen hetzelfde en dan heb ge het gevoel 'ah ik ben goe bezig', in plaats van 'ah nee ik ben slecht bezig'." (P.L.); "Ik denk als ik 50 weeg dat ik direct naar mijn ouders ga of naar iemand om te zorgen dat ik stabiel blijf op zijn minst." (P.L.); "...en er wordt vanalles verwacht, er wordt verwacht dat ge leuk en vrolijk en dinge zijt, terwijl als ik aan zo'n tafel zit da ik zoiets heb van : 'Al die keuze, al die...', en ik blokkeer. (V.C.)*
- 15 *"Dus ik moet naar de eetkliniek, ik moet leren normaal eten, en ik moet het gewicht dat daarmee gepaard gaat, moet ik aanvaarden." (C.M.); "Maar het is ni zo, dat ik bijvoorbeeld tien kilo ben bijgekomen. Ik ben misschien in zijn geheel vijf kilo bijgekomen. Dus, dat valt nogal mee." (C.M.);*

“...maar ik weet, mijn verstand weet: ‘Nee, stop daarmee, het moet meer.’” (C.M.); “...ge moet leven hè... ene keer moet dat eten in die buik...” (C.M.); “...maar ik voelde mij er dan wel oké bij eigenlijk. Beter dan de vorige keer eigenlijk, hoewel der maar twee kilo verschil tussen zat...” (D.Y.); “En ja, dan moest ik ook wel tien kilo ofzo terug bijkomen... Ja, da ging wel goed... in het begin voelde ik mij daar zelfs eigenlijk ni echt slecht bij...” (D.Y.); “...ik moet zeggen dat ik mij niet goed voelde, op die BMI twintig... echt ni... ik vond het echt te veel.” (D.Y.); “Ja... ik... eigenlijk viel het mee en kon ik daar wel vrede mee sluiten zo, ja... ik had het er wel moeilijk mee maar ca va nog...” (D.Y.); “...ik heb mij daar ook ni echt door laten doen, en ik ben dan ook wel gewoon blijven bijkomen.” (D.Y.); “...ik heb mij daar ook ni echt door laten doen, en ik ben dan ook wel gewoon blijven bijkomen.” (M.A.); “En het is nie da ik een gigantisch verschil zag ma toch zag ik het verschil wel. Ik was vrij tevreden wel.” (M.A.); “...ma ja nu dat da dichterbij komt kunt ge da wel beter aanvaarden.” (P.L.); “...moet ik daar ook mee leren omgaan da ik mezelf ben en nie een ander... en da kan ik nu wel inzien.” (P.L.); “Ik heb nu zoiets van, sommige mensen zijn gewoon mooier gebouwd, zullen meer aanleg hebben tot een figuur. Ma soms zie ik ook mensen die slechter gebouwd zijn.” (P.L.); “Ik mag zeker nie klagen.” (P.L.); “Ma ik ben wel content nu.” (P.L.); “Het is zo zonde om da terug te laten minderen, want ik sport gewoon graag.” (P.L.); “Ma nu heb ik wel zoiets van als ik er zo blij uitzien, is het goe.” (P.L.); “Dan heb ik zoiets van ‘naam respondent, stop... het maakt nie uit’. Ik wil me daar nie meer mee bezig houden.” (P.L.); “En ja er bestaan mooiere mensen ma ik ben zeker goe genoeg. Ik ben nie iemand waarvan gezegd ‘wauw’ maar gewoon goe genoeg eigenlijk.” (P.L.); “Ik ben nie reuzetrots op mezelf, ma ik ga mezelf ook nie meer verstoppen. Da heb ik.. het is goed genoeg.” (P.L.); “Ma door da ze zeggen dees gewicht is goe voor u en ge ziet uzelf, weet ik zelf van dees lichaam is wa ik hoor te hebben.” (P.L.); “Ma als ik gewoon recht sta en in de spiegel kijk, weet ik dees is hoe het hoort. En da aanvaard ik.” (P.L.); “...ma das nu... nee het is wel goed genoeg...” (P.L.); “Bijkomend proces van mij leren aanvaarden op de weegschaal, omdat ik er wel goed uit zag. Dan is die weegschaal iets minder belangrijker.” (P.L.); “Ma het zelfbeeld op zich, alle, zo puur mijn lichaam, is denk ik wel oké.” (V.C.); “...overtuigd zijn van, weet e, als ge twee kilo bijkomt, ten eerste, gaat ge ze zien? En ten tweede; het doet er ni toe want uw andere capaciteiten zijn voldoende...” (V.C.); “Ik hoef ni bang te zijn van de feestdagen. Ik heb die extra’s toch nodig.” (V.C.)

16

“... toch beter, ontspannender enzovoort uitzie.” (C.M.); “Ja, ge voelt een groot verschil. Bijkomen, dat voelt ge, ge voelt gewoon dat ge meer kracht, meer energie hebt.” (C.M.); “Dat zou ik nu, vandaag de dag, wel aankunnen. Ge voelt een groot verschil...” (C.M.); “...dat voelt ge geweldig in kracht en uithoudingsvermogen... dat maakt een heel groot verschil... een heel groot verschil...” (C.M.); “Maar nee, het antwoord is in feite: ‘Ik moet bijkomen en ge zult meer kracht hebben. Zo zit het eigenlijk.’” (C.M.); “...er zijn momenten da ik zo, eigenlijk echt wel best tevreden ben met hoe da ik er zo, nu uitzie...” (D.Y.); “Dees vind ik wel oké.” (D.Y.); “...en de spiegel oefeningen hier zijn natuurlijk ook wel zo, ja, zodanig da ge bijvoorbeeld ook wel, ja, dat hem u vraagt om iets positiefs over uw lichaam te zeggen, al is da maar één ding...” (D.Y.); “...ik kijk dan ook wel nooit naar mijn armen, ik kijk altijd naar de rest, terwijl ja, da’s dan toch al iets waarda ge tevreden over zijt.” (D.Y.); “Als ge u goe voelt in, in uw vel, dan zult ge da ook uitstralen.” (M.A.); “En die zei dan ook zeg positieve dingen over u, ma dan lukte da zo nie.” (P.L.); “Ma in de spiegel oefening moet ge da ook , zeg 1 positief ding, en da helpt ook.” (P.L.); “En da ook kunnen zeggen, van kijk da vind ik goe aan mezelf.” (P.L.); “Da ge meer ziet van uw lichaam, en nie enkel uw buik of benen of billen ma ook de kleur van uw ogen, de lengte van uw haar...” (P.L.); “Terwijl als ge van kop tot teen afgaat, hebt ge zoiets van ‘daar heb ik nog nooit naar gekeken, ma eigenlijk is da wel goe’.” (P.L.); “t Is maar ne keer da ge terug begint te eten, dan komt het gevoel terug en dat is...” (V.C.); “Ik weet ook, hoe da ik er zo uitzie, nu veel beter dan tien kilo geleden... en ik ben ook wel trots op hoe da ik er uitzie.” (V.C.);

	<p><i>"Ik vind ook echt da ik er goed uitzie. Ik, ik denk da ik chance heb met mijn figuur." (V.C.); "Ik voel mij wel mooier dan da ik er op diene video, in mijn ogen, uitzag." (V.C.); "Ik voel mij ook mooi." (V.C.)</i></p>
17	<p><i>"...kon nog geen blokske meer om." (C.M.); "Dat zou ik fysiek niet aangekunnen hebben..." (C.M.); "Dus als ik dan zo, zoveel bij kwam en zo, eigenlijk ... voelde ik mij lichamelijk vermoeider als toen ik was binnengekomen." (D.Y.); "...begonnen met laborant uiteindelijk, ma ik had da stoeleke helemaal onderuit gewieheld..." (K.E.); "t Is al zoveel en zo lang gewoon, moedeloosheid en... quasi geen geloof dat da nog kan beteren, dat het veel te diep zit, hoe graag ik ook wil." (K.E.); "Alé ik had BMI 14, dan ja.. ge kunt bijna nie meer stappen..." (P.L.); "En ik bewoog ook heel veel." (P.L.); "Ik sportte maandag, dinsdag, donderdag, zaterdag en zondag en ik ging ook elke dag met de fiets naar school. Dus ik denk dat da ook wel veel heeft gedaan." (P.L.); "Nee ik heb altijd al sportief geweest." (P.L.); "Ik weet nie hoe ik da heb gedaan. Ik herinner me ook weinig nog... Soms als ik met mijn vriendinnen aan het praten ben, die weten nog 'oh weet ge nog' of als die iets zeggen 'mijn oma is uit het ziekenhuis, da ik me gewoon nie herinner da we da gesprek hebbe gehad..." (P.L.); "Ik denk als ik nog een halve kilo was afgevallen, da ik aan de sonde moest of zoiets." (P.L.); "...doe mij maar aan de sonde, want ik kan het nie." (P.L.); "...omda ik als ik binnen kwam was ik heel wanhopig..." (P.L.); "Ik heb altijd competitie gezwommen. Ik was daar goed in en da was zo mijn identiteit..." (V.C.); "Ik voel da ni meer, ik voel niks meer... en dan is't ook heel... moeilijk... om te gaan uitmaken wat ge wilt..." (V.C.); "Nee, nee'. Da was ook het enigste da nog in mij opkwam: 'Wat dan wel, geen idee, maar néé'." (V.C.); "...en omdat ik ook op zo'n punt stond dat er geen andere opties meer waren voor mij op dat moment. Voortdoen was geen optie meer." (V.C.); "Ik had ook ni de fysieke reserve meer van het jaar ervoor om nog op dezelfde manier verder te doen..." (V.C.); "...moe... ja, tegen het einde wel, als uw fysieke reserve dan op nul staat." (V.C.); "Ge moet gigantisch veel ondervoede cellen terug gaan voeden, dat vraagt héél veel extra energie." (V.C.); "Da's gelijk een babytje dat opnieuw moet gaan ontwikkelen. Da vraagt voor zo'n mini ding, gigantisch veel energie." (V.C.); "Ge hebt niets van reserves..." (V.C.); "...gepaard met de stress van dat eten, van dat fysieke doen, de hele psychotherapie die daarbij komt en alle emoties waar ge dan doorgaat, da vraagt zoveel energie..." (V.C.)</i></p>
18	<p><i>"Nee, dat is toch nog een gevecht. Dat is echt van, uzelf rationaliseren, van tegen uzelf zeggen: 'Stop en eet.' En het minste dag ge, euh... ik ben nu ook nog maar drie maanden hier, ik heb al veertig jaar een eetstoornis... dus euhm... hoe ga ik zeggen... ge moet daar aandacht aan geven." (C.M.); "Ja, mijn gewicht is heel hard geschommeld, want dan waren die eetbuien ineens gedaan en dan ben ik ineens terug twintig kilo afgevallen ofzo, dus dan was ik ineens weer fel met ondergewicht, en dan kwamen die eetbuien terug, dus was ik weer terug keiveel bijgekomen dus... Ja, mijn gewicht schommelde gewoon keihard." (D.Y.); "...maar als ik die foto nu terug zie heb ik wel zoiets van: 'ja nee...'. Ik heb er nog altijd moeite mee om terug bij te komen'." (D.Y.); "... da schommelt gewoon nog heel hard, echt van dag tot dag, of misschien zelfs (lacht), in de loop van de dag." (D.Y.); "Ja, soms ben ik echt wel zo heel tevreden met hoe da ik er nu uitzie, en soms zijn er momenten da ik denk van: 'Dees voelt ni goe aan'." (D.Y.); "En da schommelt nog héél fel, ja..." (D.Y.); "... ik heb echt nog niet geleefd, nee... Die eetstoornis is toch altijd wel blijven sluimeren." (D.Y.); "...ma het heeft altijd wel ne rol gespeeld." (K.E.); "...da blijft voor mij een probleempunt, ma ik kan er al beter mee om gaan." (M.A.); "Er zijn nog altijd momenten dat ik me nie goed voel daarmee, en da ik echt zoiets heb van alé.. ma het is zo, het hangt er een beetje vanaf. Ma het is al beter." (M.A.); "Dat hangt er ook weer vanaf in welke stemming dat ik ben, ma ik ben vrij tevreden." (M.A.); "Daar heb ik het nog altijd moeilijk mee, als ik zo zie da ik meer eet dan een ander, omda ik da zo het gevoel heb van 'ooh ik ben slecht bezig, ik moet doen wa zij doen'. Da heb ik nog altijd." (P.L.);</i></p>

“...als ik zo merk da ik terug ben aan het beginnen te tellen, hoeveel dat ik gegeten heb, wat ik beter zou eten...” (P.L.); “Ik heb wel nog altijd soms moeite met, bijvoorbeeld als ik zo zit, dat dees tegen mijn broek duwt... daar heb ik nog altijd moeilijkheden mee.” (P.L.); “Sommige dagen gaan vrij goed, andere dagen euh, zijn heel moeilijk...” (V.C.); “Ja, en nu wil ik gans mijn leven op een andere manier inrichten, maar de setting is wel gewoon hetzelfde.” (V.C.); “Dus ja, dat is heel erg zoeken, nog altijd, da’s elke dag opnieuw.” (V.C.); “..flasht gewoon door u hoofd, ofda ge da nu wilt of ni, zo van: ‘Ja, zou ik da wel doen, is da der ni over?’.” (V.C.); “En ik denk dat dat, da vind ik veel moeilijker om daar tegen te vechten dan tegen da eten zelf.” (V.C.); “En op dagen dat da eigenlijk goed lukt, lukt ook dat eten goed, en lukt al de rest goed. En ge hebt dagen dat het ook gewoon allemaal in het honderd loopt....” (V.C.); “Zijn er meer slechte als goeie dagen? Ja, absoluut.” (V.C.)

19 “In het begin zelfs, denkt ge dat ge voor de maaltijd, na de maaltijd, dat ge dat verschil ziet en dan zijt ge dik.” (C.M.); “Allé... ik bedoel, eigenlijk, ja... objectief gezien kunde, allè, ge kunt da ni zien da ge zo... Allé, natuurlijk, mensen met een eetstoornis zien da wel hè.” (D.Y.); “Soms hoort ge hoe fout ge eigenlijk denkt.” (M.A.); “Ma met die eetstoornis, da hing allemaal samen dus ik bleef mezelf dik zien, hoe mager ik ook was.” (M.A.); “Ik zag da nie, ik zag da zelf nie in de spiegel. Da was eigenlijk alleen op foto da ik da kon zien, en dan nog. Ik kon wel zien van zo zie ik mezelf nie, ma om dan ook te denken aan mager was dan ook weer te..” (M.A.); “...ma da stopte nie omda als ik dacht dat ik terug gewoon ga eten da ik abnormaal veel ging stijgen...” (P.L.); “Als ik dan bij mijn vriendinnen sta dan zie ik mezelf 50 kilo dikker dan hun...” (P.L.); “...als de spiegel weg is dan.. dan dan.. is da beeld ook weg.” (P.L.); “Ma ik had wel een onrealistisch beeld van hoe een BMI 20 eruit zag.” (P.L.); “Ik dacht dat ik veel molliger zou zijn als ik terug op da gewicht zou zijn.” (P.L.); “Da beeld was wel nie correct.” (P.L.); “...omda ik dacht da een BMI 20 breder was.” (P.L.); “Want nu kan ik wel zegge van ahja die zien er ongeveer wel uit zoals ik, dus die hebbe wel een BMI 20, ma da zag ik nie..” (P.L.); “...ik weet ook da ik in het derde middelbaar ook evenveel wou wegen als in het eerste middelbaar...” (P.L.); “Terwijl da is de puberteit, das normaal, ma toen was het.. ja kon ik da zo nie begrijpen, dat als ge volwassen werd dat ge een paar kilo bij moet.” (P.L.); “Ik weet toen ik 5 kilo bij was, had ik zoiets van ‘ma eigenlijk ben ik tevreden, waarom zou ik nog 10 kilo bijkomen?’ , en toen vond ik mezelf niet meer te mager.” (P.L.); “Ma als ik nu blij ben, ben ik nie meer blij met mijn 10 kilo.” (P.L.); “Gelijk bijvoorbeeld bij Michel had ik wel de juiste omtrek, bij mij nie.” (P.L.); “Want ik keek dan naar tv, en naar mijn vriendinnen en die zagen der allemaal zo mager uit. Dus daarom wist ik nie hoe ik er hoorde uit te zien.” (P.L.); “Want ge zijt zo geconcentreerd op da getal da ge uzelf nie meer ziet.” (P.L.); “...dat blijft één van de moeilijke punten. Zo eigenlijk uw manier van denken aanpassen.” (V.C.); “...ma mijn manier van denken is compleet vervormd.” (V.C.); “Dus da’s zo’n manier van denken, eerder waarda ge tegen moet vechten.” (V.C.); “...der is zo een belletje he: ‘BMI 20, oh nu hoef ik ni meer te eten, ik heb da bereikt.’ (V.C.); “... heb ik last van dysmorphie? Ja, ik heb da getest. Ge voelt u te dik; ge kijkt naar uw polsen; die zijn te dik. Ge zit twee uur zo in de les (beweegt op haar stoel), en ge ziet, ge ziet uw polsen dunner.” (V.C.); “...klopt het wat ik zie, en daarbij was het heel duidelijk: ‘Oké, op sommige momenten klopt het niet.’ (V.C.); “Ik weet dat ge’t zo ziet en ge kunt u misschien slecht voelen, maar weet gewoon dat het niet klopt!’ (V.C.); “...zie ik het altijd gelijk dat het helemaal is? Nee.” (V.C.)

20 “...en de reacties daarop zijn dan ook wel positief, omdat ge dat dan toch maar gedaan hebt...” (D.Y.); “...heb dat dan wel zo kunnen bespreken, en ook da kunnen zeggen, en dan reacties daarop gehad vanuit de groep en da heeft dan zo ook wel geholpen...” (D.Y.); “En omdat zij zelf ook wel aangeven of, of... u meedelen ja, dat ge toch wel fel veranderd zijt en...” (D.Y.); “Ja, soms ziet ge da zelf ni, maar, dan sommen ze zo allerlei dingen op...” (D.Y.); “...de groep en iedereen weet waarover ze praten.” (M.A.); “...leeftijdsgenoten, of bijna leeftijdsgenoten, die hetzelfde kennen. Ge kent er uw verhaal in. Dat heeft voor mij wel een grote steun geweest.” (M.A.); “Ja het helpt wel als ge anderen zo hoort...” (M.A.); “Ma ik denk da ze hier als groep nie echt zullen liegen, terwijl de buitenwereld zal da misschien wel doen...” (M.A.);

	<p>“...ge vertrouwt de groep...” (M.A.); “...en ook de reacties van de anderen daarop.” (M.A.); “Omdat wij zijn een heel sterke groep en steunen elkaar eigenlijk wel...” (M.A.); “...ik denk als ge dan teamwork moet doen dat dat ook nie werkt, terwijl wij wel.. we zijn een heel hechte groep.” (M.A.); “...is da wel interessant wat de andere daarover denkt. Soms zien die dat anders dan gij zelf.” (M.A.); “Ja en dan de reacties die ge daar rond dan.. want we bespreken da in groep, da helpt ook altijd. Da ge zo andere reacties krijgt, andere ervaringen.” (P.L.); “Euhm als het een goede groep is, altijd positief.” (P.L.); “Ma der zijn ook veel nieuwe mensen, de vorige mensen, de vorige groep.. de dynamiek zat beter. Iedereen was eerlijk tege mekaar, als ge te weinig nam dan werd da gezegd.. da nam.. da werd...positief opgenomen, niet beledigend.” (P.L.); “...ge kunt wel voor uw mening uitkomen tegen de therapeut ma ik denk dat het als eerste stap makkelijker is om da in groep te doen...” (P.L.); “...nu kan ik dat ook tegen de therapeut zelf, ma de eerste stap is toch makkelijker als ge da in groep doet...” (P.L.); “De groep zal u wel helpen..” (P.L.)</p>
21	<p>“...dat is ni niks hè. Ik zit in de psychiatrie hè, en ik heb ene stempel daardoor ook in mijn dagelijks leven.” (C.M.); “...maar je probeert het zelf op te lossen, want die stap naar de psychiatrie, dat is dus wel dé totale overgave hè.” (C.M.); “Ge gaat naar de psychiatrie... dat is toch wel... da’s ene hele stap hoor.” (C.M.); “Ik wou dat toch niet gezegd hebben dat ik braakte.” (C.M.); “Ja, dat is schaamte. Dat is schaamte om dat toe te geven.” (C.M.); “...ik ben normaal gezien een nette, een nette vrouw, dus beeld u zo een nette vrouw in...boven de pot. Nee hè... dat wilt ge zelf niet zien, en dat wilt ge ook ni weten van iemand anders ook ni hè, dus liegt ge daarover hè.” (C.M.); “...ook omdat ik mij gewoon zo hard schaamde voor mijn lichaam, ja...” (D.Y.); “...ik schaam mij gewoon (spreekt heel zacht), dat is het overheersende gevoel...” (V.C.); “Ja weet e, ik schaam mij gewoon dood, over hoe da ik ben omgegaan met de dingen.” (V.C.); “Omdat ik mij meer zou schamen dat ik het daar moeilijk mee heb, ook al is dat uwe man...” (V.C.)</p>
22	<p>“Dokter, eigenlijk heb ik een eetstoornis.” (C.M.); “Dokter, ik heb eigenlijk een eetprobleem, een eetverslaving enzo.” (C.M.); “Gelijk nu op mijn werk ook, daar heb ik verschillende keren gezegd: ‘Ja, ik heb een eetstoornis’.” (C.M.); “... Maar eerlijk... ik heb mijn ouders nooit durven zeggen dat ik een eetstoornis had.” (C.M.); “... nu, durf ik dat meer zeggen...” (C.M.); “: ‘Ja,’ zei ik tegen die mensen, ‘ik ben opgenomen in Kortenberg wegens eetstoornis’.” (C.M.); “Het feit dat ik dat toen heb gezegd... ik had ook zoiets van... het was taboedoorbrekend.” (C.M.); “... het gaat niet...” (M.A.)</p>
23	<p>“Ik ga waarschijnlijk volgende week vrijdag op ontslag... ik zie het zitten... maar ik ben natuurlijk ook heel bang...” (D.Y.); “Ja jongens, ik heb genoeg opnames gehad...” (K.E.); “Het is een beetje positief en negatief. Langs de ene kant ben ik blij dat ik kan afsluiten, ma het is wel een beetje met de schrik om nu volledig thuis te zijn zonder de groep.” (M.A.); “Als da gewicht zo terug efkes naar beneden gaat dan weet ik van... ik heb nummer 50 in mijn hoofd, ik mag die 49 nie meer zien, want da is zo die trigger van ik ga verder, ik zit nu toch al in de 40 en 30.” (P.L.); “Dus nu nie meer onder de 50, ik wil die 40 nie meer zien staan want dan gaat het fout, da weet ik.” (P.L.); “Ma ik weet wel da ik nie meer zo diep ga gaan en da ik eerder hulp ga zoeken. Ik wil nie meer heel da proces doorgaan, das zo vermoeiend.” (P.L.); “Misschien wel dat het zo efkes bergaf ga, ma ik weet dat ik nie meer onder die 50 gaat.” (P.L.); Schrik om helemaal te hervallen heb ik nie, ma terug 5 kilo ofzo afvallen... da wel.” (P.L.);</p>
24	<p>“Dus eigenlijk was da zo, ook ni in die zin echt motiverend.” (D.Y.); “...heb altijd mijn best gedaan en gedaan wa da ik moest doen...” (D.Y.); “Ge hebt ook wel die motivatie” (D.Y.); “...al voorda we daaraan begonnen dacht ik van: ‘Ik kan da ni, punt.’ Dus ja... als ge al met zo’n ingesteldheid daaraan begint, dan lukt da gewoon ook echt ni.” (D.Y.); “...ik ben gewoon met een heel ander ingesteldheid eraan begonnen ook.” (D.Y.);</p>

	<p>“... en da ik echt zo tot het allerlaatste wachtte, en nu heb ik ook zo meer zoiets van: ‘Oké’, misschien nog ni als eerste, maar da ik dan zo toch wel zeg van: ‘Oké, nu ga ik wel gaan.’” (D.Y.); “...ik wist dan ook wel; als ik voor die opname kies, dan ga ik ook wel naar mijn BMI 20 moeten, maar ik had ook wel zoiets van: ‘Ja, dat ga ik er dan ook wel moeten bijnemen’.” (D.Y.); “Ik had toen ook wel echt die motivatie van: ‘Ik wil hier écht vanaf geraken’.” (D.Y.); “Gewoon al vanwege het feit dat ik met zo’n ander ingesteldheid ben begonnen...” (D.Y.);</p> <p>“...dus die verandering denk ik, was naar Michel en naar andere mensen van het team ook wel natuurlijk, vrij groot al...” (D.Y.)</p>
25	<p>“...ik voelde mij echt wel walgelijk.” (D.Y.); “...eigenlijk voelt ge u zo een beetje vies van uw eigen ook al...” (D.Y.); “...was wel écht gewoon vies van mijn eigen, ja. Ik denk dat da zo voor uw eigenwaarde écht wel ni goed is.” (D.Y.); “Ja... ik denk da ik mijn eigen echt wel haatte.” (D.Y.); “Uw lichaam is, alle, voor mij toch, eerder een bedreiging dan ne vriend.” (K.E.); “...ik eet, uw lichaam geeft een soort van verzadigingsgevoel dat bij de meeste mensen heel goed moet voelen, da roept de... de diepste haat in mezelf op, die iemand kan voelen, naar mezelf...” (V.C.)</p>
26	<p>“...ik heb dan ook heel veel last terug gekregen euh, van automutilatie.” (D.Y.); “...maar toen kwam da ook wel heel sterk terug naar boven.” (D.Y.); “...ik had echt zo heel fel destructieve neigingen...” (D.Y.); “Dá lichaam, dees, da moet hier zo rap mogelijk kapot.” (D.Y.)</p>
27	<p>“Euhm... en da ik ook zo helemaal ni meer het gevoel had da ik, da ik zo in mijn eigen lichaam ni meer zat eigenlijk...” (D.Y.); “Nee, da voelde helemaal ni meer van mij aan.” (D.Y.); “Allé... da stemt toch ni overeen met wie da ik wil zijn of hoe da ik er wil uitzien.” (D.Y.); “... ja, da voelde gewoon echt ni van mijn eigen aan...” (D.Y.); ‘Dat ik zoiets had van, ja... omdat da ook zo hard ni meer... ja... ik had zoiets van: ‘Wat maakt het nu uit’ (ironisch lachje). Ik Had echt zoiets van, ja... da lichaam doet maar.’” (D.Y.); “Ge wordt letterlijk afgesneden van uw eigen gevoel, zowel uw emotionele behoeften, ma ook uw fysieke.” (V.C.); “Maar zo ’s avonds een gevoel van: ‘Ho, ik ben moe’, dat was me compleet vreemd. Honger, ik had geen honger. Want als ik stress hebt, dan verdwijnt dat gewoon.” (V.C.); “Als gij uw hersens nog iets wilt laten aanmaken, dan hebt de energie nodig, dus ge wordt ook apathischer en doffer, in uw gevoel.” (V.C.); “Alleen angst is gigantisch, maar als ge ver genoeg doordrijft wordt ook da minder. ’t Is maar ne keer da ge terug begint te eten, dan komt het gevoel terug en dat is...” (V.C.); “Oké, vandaag eet ik gewoon ni, want dan voel ik ook niets meer’.” (V.C.); “Ik wil verdwijnen, het is mij te veel.” (V.C.); “Oké, ma dit was het voor vandaag hè, ik eet ni meer. Uhm... omdat ge dat niet meer wilt voelen.” (V.C.); “En da zijn dan de momenten da ik het liefst zou verdwijnen...” (V.C.)</p>
28	<p>“Ik had eigenlijk ook het gevoel dat ik geen controle meer had over mezelf. Uhm... maar dus ook niet over mijn lichaam.” (D.Y.); “...Ik heb heel graag controle over alles...” (D.Y.); “...da heeft er toen in gemaakt da’k nog wa meer ging toestorten op mijn turnen, want da was mijn enige ding en daar was ik heel, heel goed in.” (K.E.); “Ma dan door da afvallen voelde ik mij dan, sterker zal ik maar zeggen...” (M.A.); “Ik was eigenlijk trots op mezelf. Zo het verkeerde, ik was ook te trots om da af te geven.” (P.L.); “En nu probeer ik zo niks nie meer op de winkellijst te schrijven, omda ik zo iets heb van ‘gebruik wa in het huis is’. Da heb ik denk ik wel minder in controle. Toen was het... ja ik bepaal alles.” (P.L.); “...had ik dan te horen gekregen, da ze vonden dat ik dan te veel controle op hen uitoefende.” (P.L.); “Want da had ik, als ik iets fout deed dan zocht ik iets wat ik wel zou kunnen. En dan dacht ik ‘ah gezond zijn’. Dan kan ik nog iets, dan ben ik goed bezig.” (P.L.); “...begin was het zo een must van ‘dit is hier een ontspanningsoefening, ik moet hier totaal ontspannen worden’.” (P.L.); “...anders willen zijn en het anders willen doen...” (V.C.);</p>

	<p>“...ja, ge hebt het gevoel van uzelf te verliezen, meer en meer, en dan houdt ge u vast aan wa ge, een aantal universele waardes: ‘Ge moet gezond eten en dan weet ge da ge goed bezig zijt’.” (V.C.); “En... dat is alleen maar erger geworden, tot da ik op een bepaal moment ben... geflipt... een zenuwinzinking...” (V.C.); “Oké, ik ben hier nu, en ik moet hier nu zoveel mogelijk zien, want als ge hier zijt kunt de ’t toch ni maken van, en ge moet...” (V.C.); “...door de honger te voelen voelt ge u in een soort van overwinningsrush...” (V.C.); “Bij mij gaat dat ook om: ‘Ik mag mezelf niks gunnen’.” (V.C.); “Nee, ik mocht ni slapen, ik mocht zeker geen verzadigingsgevoel van te eten of iets ongezond te eten of iets...” (V.C.); “...verantwoordelijkheid op u nemen die gij totaal ni op u moet nemen...” (V.C.); “Da wil gewoon zeggen da ik weer de dingen niet kan loslaten.” (V.C.); “Uhm... vroeger als ik hoofdpijn had... als ge daar hard genoeg in zijt hebt ge ook geen hoofdpijn hè. Vooral ni aan toegeven.” (V.C.); “...maar, ik heb nooit zoiets gehad van: ‘Ik ben te dik, ik wil magerder zijn’. Eerder van: ‘Ah! Controle verliezen als ik meer eet en bijkom.’ Eerder dat.” (V.C.)</p>
29	<p>“Ik kwam ook ni meer buiten, euh, (lacht), dus ik ging ook ni naar school, ja, ik sloot mij eigenlijk gewoon op.” (D.Y.); “...tijdens die periodes van die eetbuien en dit en dat, droeg ik ook zo heel... ja... losse kleren.” (D.Y.); “...da was echt zo los mogelijk allemaal, omdat ik ja... mij echt zo... ja omdat ik mijn eigen echt dik vond... echt om te verbergen, zeker dan als ik zoveel bijkwam...” (D.Y.); “Vroeger vermeed ik spiegels...” (D.Y.); “Ik vermeed da, ik kon da nie zien.” (D.Y.)</p>
30	<p>“... en ik, ik zag er... alle, ik kleepte mij echt ni vrouwelijk, ni op ofzo, hakken ofzo droeg ik ook nooit dus...” (D.Y.); “... ja, als ik dan zo kleren aandeed die da zo... ik kon echt ni verdragen dat er iets spande... dus... ik denk dat ik zelfs tot mijn tweeëntwintig jaar gewacht heb om gewoon al maar een bh te dragen, omdat ik zoiets had van... da voelde gewoon... ik kon da ni verdragen.” (D.Y.); “...ge voelt da wel hè, ge voelt dat daar verwacht wordt da ge klein blijft, da ge ni ontwikkelt als meisje want dan kreeg ge, amper nog punten...” (K.E.); “...dan mocht ge nog eigenlijk de beste oefening daar neerzetten, maar, nee, da toonde ni, da was ni meer lief, da was ni meer fragiel, da was ni meer...” (K.E.); “Alé ik zag dan de 2 beelden terug. Ik kon dan zien dat ik er vrij jong uit zag precies, het was maar 5 maand geleden ma ik zag er precies veel jonger uit. Mijn gezicht leek veel jonger, mijn lichaam ook eigenlijk.” (M.A.);</p>
31	<p>“En dat is zo ‘scary’, zó ‘scary’, dat ge op den duur in de zeventig kilo...” (C.M.); “da was ook gewoon omdat ik gewoon te angstig werd en , en, een uitlaatklep en... ja... maar als ik die foto nu terug zie heb ik wel zoiets van: ‘ja nee...’. Ik heb er nog altijd moeite mee om terug bij te komen.” (D.Y.); “...ma nie durfde te eten want ik had toen een absoluut leeg gevoel...” (P.L.); “...uiteindelijk wou ik nie meer afvallen, maar ik had te veel schrik nog om te eten.” (P.L.); “Da wel, ik had wel schrik van.. een BMI 20 das te dik.” (P.L.); “Das het onbekende wa ge ingaat, ge weet nie hoe ge er gaat uitzien als ge bijkomt he, das het angstaanjagende.” (P.L.); “...ma ik had schrik hoe ik er dan ging uitzien.” (P.L.); “...ma da ik gewoon nie kon eten, nie durfde.” (P.L.); “Ik heb nooit eetbuien gehad, ma ik had wel schrik om te beginnen eten, omdat ik hoor van mensen van anorexia naar boulimie gaan en da wou ik nie.” (P.L.); “Toen had ik schrik om nog 10 kilo bij te komen..” (P.L.); “...ik heb wel gaandeweg meer schrik gehad om bij te komen” (V.C.); “En als ge dan zo... doodsbang voor dat zwembad staat, omdat ge u alleen nog maar kunt herinneren dat de laatste keer dat ge dat gedaan hebt, dat ge uitgeput waart, en ni eens iets dierf te eten daarna...” (V.C.)</p>
32	<p>‘Ik ben de baas’, en da was dan wel goe voor mij omdat ik zo heel onzeker was en mezelf ook heel fel weg cijferde, en da hielp wel zo om uzelf eens te tonen en ook die drempel over te gaan.” (D.Y.); “... en tegelijkertijd maken sommige oefeningen van Michel mij ook zo... zijn die ook wel goe voor zo mijn eigenwaarde.” (D.Y.); “En dan, achteraf is daar dan zo wel... ja, een voldaan gevoel van, da ik zoiets heb van: ‘Ik heb da toch gedaan, en... da is mij ook gelukt’...” (D.Y.); “...verandering op gebied van... ik denk zelfzekerheid ook vooral. En daar hebben de oefeningen van Michel ook wel bij geholpen.” (D.Y.);</p>

"...een pak zelfzekerder voel en misschien ook wel wa meer eigenwaarde heb zo." (D.Y.); "Ah ja, da's precies toch net wel iets anders als toen ik hier binnen kwam', en da doet wel deugd." (D.Y.); "...da ge zo echt verandering begint te voelen van: 'Ik begin hier zelfzekerder te worden, of ik begin zo toch wel wat meer eigenwaarde en zo te krijgen, euhm...' (D.Y.); "...dan zo een beetje meer aanvaardt, hoe da ge eruit ziet, maar ook, wie da ge zo eigenlijk zijt, van persoon zo, dan... ja... als ge da ni meer altijd zit af te breken, dan voelt ge u sowieso al een beetje zelfzekerder, denk ik." (D.Y.); "...der was ook groepsactiviteit, zo het samenwerken, mekaar vertrouwen, der waren ook dingen zoals controle afgeven en bijhouden." (M.A.); "Ik heb daar wel bij bepaalde sessies veel aan gehad. Hij geeft ook altijd een oefening met de koorden, da ge zo eerst moet schatten..." (M.A.); "De PMT sessies hebben wel iets aan mijn zelfvertrouwen gedaan, da merk ik wel." (M.A.); "In de positieve zin, om da ik meer.. hier heb ik ook geleerd, das PMT, om te praten. Terwijl ik da voordien nooit zou gedaan hebben. Alé nie daarover.." (M.A.); "Daar ben ik ook meer van bewust geworden da ge uw mening moogt zeggen." (M.A.); "Da ge moogt zeggen wa da gij vindt. En da zou ik voordien nie gedaan hebben." (M.A.); "De dingen waar zo vooral iets achter zat van zelfvertrouwen." (M.A.); "...ma dan heb ik zoiets van ja als da is wat ik denk ga ik daar nie mee blijven zitten. Daar merk ik wel da ik in gegroeid ben." (M.A.); "Ik denk vooral door die PMT, ik vond dat de meest interessante therapie van allemaal." (M.A.); "...om dan uw ervaringen te delen en als ge het dan niet eens zijt met iets, dat dan te zeggen." (P.L.); "...der is zo een oefening 'ik ben de baas', en dan moet ge ook zegge wie denkt ge da gewonne heeft.. da ge da kunt zeggen van kijk ik vond die in die oefening der beter uitkome... da ge da ook leert." (P.L.); "Misschien omdat ge merkt dat ge beter voor u mening kunt opkomen." (P.L.); "...en ik zie ook een verschil in de oefeningen van PMT. Daar zie ik ook dat ik meer durf. En daarin merkt ge van 'ah dat heeft zijn nut gehad', want ge ziet uzelf evolueren in die oefeningen." (P.L.); "...ma ook uzelf vertrouwen da ge da kunt." (P.L.); "En das ook iets da ge moet leren. Ook al denkt ge dat ge het niet kunt, ge kunt proberen. Het niet erg vinden als het mislukt." (P.L.); "Ook leren aanvaarden dat een oefening kan mislukken. En daarmee leren omgaan dat het mislukt." (P.L.); "Terwijl ge dan leert in PMT dat ge moogt mislukken, das nie erg.. probeer het dan opnieuw." (P.L.); "Mijn mening durven zeggen. Ook tegen de therapeut zelf, daar ben ik heel hard in veranderd." (P.L.); "Veel assertiever, nie denken om da ik een andere mening heb dat da fout is. Het ook uitleggen wa ge bedoelt. Daar ben ik veel in gevorderd." (P.L.); Euhm, ja zelfvertrouwen en niet op uiterlijk alleen, ma gewoon in het vertrouwen dat ge het kunt. Da ge iets kunt (met de nadruk op iets) en het ook niet erg vinden als het niet lukt. Het gewoon minder erg vinden als ge mislukt." (P.L.); "Ma bij de PMT en ergo doet ge oefeningen en wordt ge uitgedaagd. Moet ge wel iets doen, ofwel is da creatief zijn ofwel een oefening doen. En iets durven zeggen. Dus vooral da.." (P.L.); "Ma nu heb ik ook zoiets van 'ik kan andere dingen dan da." (P.L.); "...zag da ik minder stress had voor die oefening, omdat ik minder de druk voelde van 'ik moet dat hier goed doen'. Dus ik had zoiets van 'als het nie goe is, is het nie goe'." (P.L.); "...ik weet dat ik de baas ben over mezelf, een ander kan da nie afpakken, dus da zelfvertrouwen...3 (P.L.); "...ook relaxatie, en tis nie da ik mezelf beter kan ontspannen daardoor, maar wel da ik het minder erg vind als ik mezelf nie ontspan." (P.L.); "Ma nu heb ik zo iets van 'oké ik ben hier aan het piekeren.. oké laat die piekergedachten maar komen'." (P.L.); "Ja.. ja. Het moet niet meer allemaal goe zijn. Als ik nie ontspannen ben dan is het maar zo." (P.L.); "Want die relaxatie heeft me nie echt geholpen om te relaxeren, ma wel om te dingen los te laten eigenlijk." (P.L.); "De spiegel oefeningen zeker wel, da heeft wel bijgedragen." (P.L.); "En PMT, de video's en ook wel gewoon da loslaten, van het goe willen doen in die opdrachten, de beste daarin willen zijn, voor uw mening willen opkomen." (P.L.); "...durven discussiëren met de therapeut met de groep tijdens de oefeningen. Da heeft wel geholpen." (P.L.); "Ma bij mij heeft da vooral mij assertief gemaakt, da ik meer op kom voor alles wat ik denk." (P.L.); "Ook als ik een oefening niet zinvol vindt durf ik da te zeggen." (P.L.); "Da ging vroeger, ook al vond ik mezelf goe, da ging gewoon nie, da kan ik nu wel." (P.L.);

	<p>“Ja anders kijkt ge daar niet naar. Anders zegt ge alleen maar de negatieve dingen.” (P.L.); “Als ge u goe voelt in uw vel, gaat ge u ook zelfverzekerder voelen en da heb ik wel gemerkt.” (M.A.); “Michel zijn oefeningen; zo niet de leiding nemen... En dan ni aantrekken als't in't honderd loopt.” (V.C.); “Zo... zo dat basis dinge, zo dat vertrouwen in uzelf, in uw eigen kunnen, in uw eigen lichaam.” (V.C.); “En daarin heeft zijn therapie heel veel geholpen. In zo da, ja... kijk, da gaat, da kan, da lukt...” (V.C.)</p>
33	<p>“...er zijn wel zo momenten zo, dat da wel lukt, of dat da gedeeltelijk lukt... om zo efkes tot rust te komen...” (D.Y.); “...voor mij is het makkelijk, alle, of dan, mij uitdrukken met mijn lichaam, gewoon al, in iets zonder te moeten zeggen da, ik kan daar wel veel in kwijt. Op welke manier ook.” (K.E.); “Ik voel me ni altijd beter met PMT, maar ik mag mijn lichaam dan ook op één of ander manier, daar mag ik da ook gebruiken en da geeft voor mij al een bevrijdend gevoel.” (K.E.); “...zo langs de ene kant u proberen te ontspannen, zoals bijvoorbeeld in stressituatie of in het algemeen.” (M.A.); “Ontspanning.. ja oké da was wel eens leuk tussenin, ma da was nie zo extreem belangrijk voor mij.” (M.A.); “Zo den eerste keer terug gaan zwemmen, ne keer badmintonnen, zo dat voldane gevoel voelen...” (V.C.)</p>
34	<p>“Ik zie wel van mezelf, ondanks het feit dat ik nog altijd niet goed slaap, dat ik er toch beter, ontspannender enzovoort uitzie.” (C.M.); “Ja, als ge hier dan binnenkomt en ge moet, ik zeg maar iets, vijftien kilo bijkomen, en ge zou geen enkele keer in de spiegel kijken... dan gaat het verschil wel heel groot zijn.” (D.Y.); “Dus, ge hebt dan twee keer spiegel oefeningen in de week, ja... als ge dan, ge moet hier 700gram in de week bijkomen, ja, da zie de ni hè.” (D.Y.); “Ja, nu heb ik mij een hele week dik gevoeld, en ik doe die spiegel oefeningen dan mee, en eigenlijk zag ik deze keer da ik... da ik eigenlijk echt ni te dik ben.” (D.Y.); “Ma ik zag op foto of spiegel ook wel da ik mager was, ma als ge u zo zelf ziet rondlopen van alle hoeken, das toch zoiets van ‘huh’? Ook zo uit uzelf, dus ge kunt echt op uzelf kijken.” (P.L.); “Ik heb, denk ik wel, een juister beeld over hoe mijn lichaam er hoort uit te zien. Vooral hoe mijn lichaam (nadruk op mijn) er hoort uit te zien.” (P.L.); “...ook naar andere dingen kijken in plaats van wat u stoort.” (P.L.); “En als ge zoiets hebt van ik zie (nadruk op zie) er goed uit, dan maakt het nie uit wat die weegschaal zegt.. en da helpt.” (P.L.); “Dus da is mij heel erg opgevallen van, ja, en hoe erger dat da is, hoe slechter dat het eigenlijk met mij gaat.” (V.C.); “Ge hebt gewoon ene ‘reality check’ nodig af en toe.” (V.C.)</p>
35	<p>“Spiegel oefeningen en relaxatie oefeningen... die hebben mij toen ni geholpen en... ik denk dat da vooral aan mijn eigen lag. Omdat ik zoiets had van... ja... ik had daar echt zo... heel veel weerstand...” (D.Y.); “Daar had ik zoiets van: ‘Nee, ik vind da ni goe.’ En ik wou da ook ni goed vinden. (D.Y.); “Ik ben ook wel iets mondiger geworden als vroeger. Vroeger durfde ik ni praten, dus besprak ik ook niks van wat PMT.” (D.Y.); “...maar ik was altijd stil en ik zei nooit iets. Ni omdat ik ni wou, maar omdat ik gewoon ni durfde...” (D.Y.); “...ten eerste bespreek ik echt wel bijna... altijd... mijn gevoel of wat er in mijn hoofd is ook...” (D.Y.); “Ten tweede, ik stond ook echt wel open voor die relaxatie en voor die spiegel oefeningen. Ik had echt zoiets van: ‘Oké, nu ga ik da gewoon eens meedoen zoals da moet’, en ook die relaxatie oefeningen... zo.. dat toch een kans geven.” (D.Y.); “Ma het bespreken heeft daar ook wel een hele grote rol in... Uhm... bijvoorbeeld dat ik gewoon eerlijk ben nu.” (D.Y.); “Terwijl in vorige opnames zei ik altijd van: ‘Ja, nee, ‘t is goed’, omdat ik dacht van: ‘Ze willen horen dat het goe is’, en dat heb ik nu ni meer gedaan.” (D.Y.); “...omda ik zo, vanaf het begin ben beginnen praten.” (D.Y.); “...en ik voelde dan zelf natuurlijk ook wel van: ‘Ja, dees is wel... ja, ik praat, en ik ben eerlijk.’ (D.Y.); “...ma ge moet u daar op een gegeven moment toch wel voor open stellen want anders werkt da écht ni.” (D.Y.); “...mensen in mijn groep die zoiets hebben van: ‘Relaxatie: nee.’ Ja, dan gaat da ook ni helpen natuurlijk hè.” (D.Y.); “...en ge moogt uw mening ook zeggen.” (M.A.);</p>

	<p>“...want ge werkt die therapie ook soms een beetje tegen, om da ge het niet wilt inzien.” (P.L.); “...ma als da wegvalt, da ge het aanvaardt dat ge fout zijt, dan begint die PMT te werken (P.L.); Ma als ge vast houdt bij uw overtuigen dan ja.. dan kan die therapeut denken wat hij wilt, ik heb toch gelijk.” (P.L.)</p>
36	<p>“Sommige oefeningen van de PMT kan ik zo toch wel integreren naar hierbuiten toe...” (D.Y.); “...om da zo met kleine dingen te kunnen doorbreken, dan is da zo van: ‘Misschien kan ik da dan ook wel zo hierbuiten, zo kleine dingen gaan doorbreken...’ (D.Y.); “...omdat ge daar eigenlijk ook ni van start mee zijt kunnen gaan.” (D.Y.); “PMT is iets da ge constant meedraagt. En ja, ik denk al maar aan spiegel oefeningen. Ja kijk, hier is nu al een venster waarda ge uzelf in ziet, ja da’s ook.. ja, hoe ga ik daarmee om als ik daar ineens mezelf zie?” (K.E.); “En nadien, ik denk dat het ook een beetje zal opletten zijn dat ik me niet laat..dat er niemand de baas over mij gaat spelen, dat ik terug in mijn schelp kruip en gehoorzamen, ma da ik ook durf te zeggen wat ik denk.” (M.A.); “Da is soms nog wel moeilijk bij bepaalde personen die nog heel bazig en dominant zijn, ook omdat ik dan weet dat ik sowieso commentaar terug krijg. Ma tis me al gelukt, de afgelopen keren dat ik naar school ben geweest, dat als ik niet akkoord was met iets dat ik ook wel gezegd heb.” (M.A.); “Hetgeen dat mij het meeste heeft geholpen is mijn eigen mening durven zeggen, ja voor mijn eigen mening uitkomen.” (M.A.); “...als ik me beter voel en goed in mijn vel, dan heb ik misschien een makkelijker leven.” (M.A.); “...want als ik het hier nog nie op video kan zien van een ander, hoe ga ik dan buiten rondlopen met mensen in bikini.” (P.L.); “Ik doe da nu thuis ook. Elke woensdagochtend, voor de weging, kijk ik in de spiegel en zeg ik tegen mezelf en ik geloof dat dan ook ‘ik ben niet de dik, wat die weegschaal ook zegt’.” (P.L.); “...dus goed ja, da’s nu zoeken naar andere manieren, en dat is iets dat nu maar begint hè, naar hoe ga ik met de dagelijkse dingen om.” (V.C.); “...hoe ga ik om met dingen die ik tegenkom, met opmerkingen van mensen, zoeken naar wa ik wil, naar wa ik belangrijk vind, waar da ik voor wil gaan, hoeveel energie da ik in dingen probeer te steken.” (V.C.); “Ik geef mijzelf nog wel vijf jaar eigenlijk, uhm... tegen da ge uw leven zo weer op de rails hebt.” (V.C.); “Allemaal goed en wel maar dit is een spelletje. Dit gaat mij niet helpen in het dagelijks leven.” (V.C.); “PMT is heel waardevol... allé, ruiten, spiegels... in het dagelijkse leven is PMT daar heel waardevol.” (V.C.); “Maar PMT is zeker ook wel belangrijk... ook omdat ge in al die dingen wa da ge doet, ook wel continu geconfronteerd wordt met spiegels.” (V.C.)</p>
37	<p>“Ontslagvideo, wa dan op zich al een héél groot verschil is met dan die opnamevideo, en... ja... ik... vond da echt ni oké wat ik dan zag op, op die ontslagvideo.” (D.Y.); “het probleem met die opnamevideo’s... toen da ik hier mijn opnamevideo zag deze keer had ik zoiets van: ‘Tja... da’s toch goe?!’.” (D.Y.); “Ik dacht zo van, der moet toch ni... da’s toch oké?” (D.Y.); “Ik vond dat dan op da moment eerder demotiverend...” (D.Y.); “...en dan zag ik die opnamevideo en dan dacht ik: ‘Oei...’” (D.Y.)</p>
38	<p>“Er was eigenlijk ni echt veel geregeld... ik had geen ambulante psychologe meer, dus ik viel echt wel in een gat toen.” (D.Y.); “Ik ga wel ene ambulante psycholoog enzo hebben, maar ja... dingen gelijk PMT en spiegel oefeningen enzo, da heb ik thuis ni meer... dus, ik ga me daar heel, ja... bewust van moeten zijn, van alles wat ik dan van hier zo heb geleerd, ik ga moeten zien da ik da ni vergeet.” (D.Y.); “Maar thuis heb ik die spiegel oefeningen ni.’... dus... ja... aanvullend aan mijn gesprek met de psycholoog zou ik die spiegel oefeningen toch kunnen gebruiken als houvast... “ (D.Y.); “Ik heb een ambulante psycholoog van hier, ik ga nog alles hier houden. Ik ga me hier ook laten wegen, ik heb ook een nazorggroep hier...ik ben het hier nu gewoon.” (P.L.); “Als ik zou kunnen kiezen, dan zou ik naast ambulante begeleiding van een psycholoog, ook begeleid willen worden met PMT ambuland.” (V.C.); “Ademhalings oefeningen, ze hebben da nu onlangs gedaan, ik heb da zelf nooit gedaan daar, maar ik weet dat ik heel vaak hyperventileerde.” (V.C.); “Spiegel oefeningen, ja. Begeleid in de spiegel kijken” (V.C.); “En ook al is dat dan niet elke week. Maar af en toe, eens samen met iemand in de spiegel kijken” (V.C.);</p>

“Los van het feit of da ik da wil of ni, stel da ik kinderen wil... zwanger worden, bijkomen, dat veranderende lichaam... euhm... ja, graag met ne therapeut bij. En iemand die ja, snapt over zulke dingen...” (V.C.); “En dan denk ik da psychomotore oefeningen... ja... Ik zeg maar iets: ‘Nieuw ondergoed gaan kopen, op’t moment da ge ne nieuwe cup nodig hebt...’, alle... da zijn heel veel flipmomenten hè. Uh... een broek aandoen waarda ge ni meer inpast, gaan sporten, voelen dat u borsten op en neer gaan... “ (V.C.); “Uhm... gaan zwemmen, u in uw shortje vertonen... dat is voor iedereen persoonlijk maar ik... ja... of da ge op zijn minst ene therapeut hebt bij wie da ge zeer specifiek, die dingen kunt gaan bespreken, en raad kunt vragen.” (V.C.); “Want da was het voordeel aan Michel. Een sportprogramma, da’s goed. Ma ge kon da wel samen met hem bespreken. Ik kan ook naar mijne psycholoog maar die kan ni samen met mij een sportprogramma opstellen hè.” (V.C.); “Relaxatieoefeningen... persoonlijk zou dat voor mij niet veel uitmaken, maar voor mensen die op een andere manier denken, is dat absoluut wel een meerwaarde.” (V.C.); “Dus ik denk eigenlijk echt van wel, dat dat een heel grote meerwaarde zou kunnen zijn, ambulante opvolging met psychomotore therapie.” (V.C.); “Ik persoonlijk heb da nodig... maar voor... ik denk da... ja... op momenten dat het bijvoorbeeld moeilijker zou gaan, dat een psychomotore therapie erbij, zou kunnen voorkomen da ge terug moet opgenomen worden.” (V.C.); “Ik denk, stel da ik ooi zwanger word, en de optie bestaat, dat ik er gebruik van zou maken.” (V.C.); “Ik weet van mijn eigen dat ik ni in de spiegel zou durven kijken, omdat ik bang ben om wa da ik zou zien, en als ge dan iemand hebt, die bij wijze van spreken, gewoon uw hand vasthoudt, en samen met u in de spiegel staat.” (V.C.); “Ik zou da makkelijker vinden bij een therapeut, dan bijvoorbeeld bij mijn man.” (V.C.)

39

“En dan heb ik mezelf een burn-out gewerkt...” (C.M.); “Daar heb ik ook heel veel aan, perfectionisme is daar nog eens versterkt...” (K.E.); “...en als ge dan een streverke zijt wilt ge da... pakt ge da der maar allemaal bij om misschien dan toch nog maar wa beter te kunnen zijn of te worden.” (K.E.); “Mijn droom was Olympisch kampioen worden en dan Latijns-Griekse met wiskunde in het middelbaar en dan unief doen met doctoreren en in de wetenschap gaan.” (K.E.); “Ik ben gene opgever, ik zal altijd vechten...” (K.E.); “Nu heb ik da terug met sporten ook... da heb ik terug ook. En met school heb ik da ook... Ma toen was het alleen maar geconcentreerd zijn op gezondheid.” (P.L.); “Want das ook, we willen zo alles perfect doen.” (P.L.); “...en dan lukte da nie en dan zijt ge keigefrustreerd.” (P.L.); “...gewoon da gewoon goed genoeg vinden en niet altijd streven naar beter, beter.” (V.C.); “...en ook van thuis uit zit het er wel heel hard in van het altijd goed te moeten doen.” (V.C.); “Uw best: dat is al uw capaciteiten gebruiken, zonder context zo, als dat is wat ge kunt, dan is dat uw best, ongeacht dat ge daarnaast ook nog tien andere dingen doet die ook tijd, en ook energie enzo vragen.” (V.C.); “Het zit sowieso in mijn karakter om mijzelf die druk op te leggen, ma het is ook iets dat we van thuis uit hebben meegekregen.” (V.C.); “Ik heb altijd alles gedaan om geen opmerkingen te krijgen. Uhm... dus ja, zit dat erin, ik had ook anders op de situatie kunnen reageren natuurlijk.” (V.C.); “...moet ik het zelf doen en ik moet da goed doen, ja da komt vanuit uzelf, u willen bewijzen, ik heb wel een enorme bewijsdrang.” (V.C.); “...ik zal u bewijzen dat het wél kan.” (V.C.); “En door een accumulatie van situaties waar da ge u in gaat bewijzen, wordt e verkramp, voelt de u meer en meer in een keurslijf geduwd.” (V.C.); “...ge moet goed presteren op school en dan zijt ge goed bezig.” (V.C.); “Ook de eerste keer dat ik een beslissing genomen heb, dwars van alle verwachtingen van iemand die eigenlijk in een vijfde jaar geneeskunde zit, en altijd in eerste zit door is, da keigoed doet, constant presteert en doet.” (V.C.); “Het perfectionisme loslaten in een aantal dingen, omda ge ni in alles perfectionistisch kunt zijn.” (V.C.); “...denk dat het een van mijn sterktes is, mijn doorzettingsvermogen, maar het heeft me ook wel gekraakt.” (V.C.); “Ma ik verwacht al ni meer van mijn eigen, dat het vandaag fantastisch gaat.” (V.C.); “Ik heb een depressie gehad als ik zeventien was door compleet overwerkt te zijn.” (V.C.);

	<p>"Ik heb mijn vader zijn huishouden drie jaar gerund, allé, ni alleen gedaan, maar ook georganiseerd en gezorgd da het in orde kwam, en nagedacht en heel veel verantwoordelijkheid daar op mij genomen, en een hele hoop situaties..." (V.C.); "En dan op een bepaald moment depressief geraakt, en ook dat te goed willen doen hè. Daar te snel vanaf willen zijn, ni daarin kunnen opgeven." (V.C.); "Ik vind vooral dat ik al die dingen wél kan, dus dat ik da ook maar altijd moet tonen, en moet bewijzen." (V.C.); "...zeggen allemaal niets, en we zullen nooit toegeven dat het niet gaat, we zullen nooit hulp vragen, alles moet altijd perfect." (V.C.); "Vroeger zou ik mijzelf nooit toegelaten hebben om te voelen dat ik 'maar' twintig minuten had gezwommen." (V.C.)</p>
40	<p>"Dan heb ik eigenlijk zo drie jaar op kot gezeten maar ik... ik ging... ja, ik ben na het eerste jaar van studies verwisseld omdat ik (ironische lachje) ni naar de lessen ging en dan heb ik twee jaar andere studies gedaan maar ik ging dan ook al ni veel naar de les dus, da's eigenlijk helemaal mis gelopen. Ik heb dan eigenlijk ook niks kunnen afmaken... euhm... van studies." (D.Y.); "En da is dan ook het enige waarvan ik zal zeggen da ik goed voor was, waar ik iets in had kunnen bereiken... en mijn rijbewijs wa ik ooit gehaald heb, maar voor de rest euh... nee...dik gefaald..." (K.E.); "Ik heb daar nog altijd héél veel pijn van da ik da ni heb kunnen afmaken..." (K.E.); "Ik heb geen één van allen kunnen doen dus... en toen heb ik ook ene hele knak gehad." (K.E.); "...da was het enige waar ik ooit wa vertrouwen in gehad heb, da ik ni, wel, een beetje mijn manneke in kan staan, en... ma voor de rest." (K.E.); "Teleurstelling ook als ik op de weegschaal stond er er was iets af..." (V.C.); "Ik kom elke keer teleurgesteld terug van, kijk dan vraagt de om hulp, of dan vraagt ge om iets te doen, en die doen da, mensen doen dat dan carrément ni of doen da op zo'n manier da ik denk van: 'Ja, hier heb ik niks aan. Dit had ik ook zelf gekunnen.'" (V.C.); "Ik moet alleen opletten da'k... omdat ik bang ben om op andere manieren te falen, da'k de focus daar ni teveel op leg." (V.C.)</p>
41	<p>"Ook zo wel wat problemen gehad in het verleden dan zo met mannen dan, en da ik mij dan ook wel heel gemakkelijk liet, liet gebruiken zo." (D.Y.); "Ze waren sowieso tegen het stuk dat ik nog sport ging doen omdat ik ook heel moeilijk grenzen kan trekken." (K.E.); "En dan ben ik toch weer euh, mijn grenzen overgegaan. (K.E.); "Hoe bewaak ik ook mijn grenzen?" (V.C.); "Ik vind mij alleen ongelooflijk lui als ik ni constant met mijn capaciteiten iets doe. En daar gaat het compleet over de grens." (V.C.)</p>
42	<p>"Aan de ene kant heb ik heel fel zo, da ik op zoek ga naar iemand zo om altijd bij te kunnen zijn en warmte te hebben, da moet ni meer zijn; vriendschap, warmte..." (K.E.); "Ma ja, dan op kot gegaan, en dan die eenzaamheid was dan toch ook ni..." (K.E.); "Dat mis ik heel hard in mijn leven. En dat is heel zeker één van de redenen van mijn eetstoornis, dat gemis aan zo iemand..."; "Hoe graag da ik da soms ook zou willen, zo iemand die naast u staat." (V.C.)</p>
44	<p>"...en aan de andere kant ben ik, ja, laat ik niemand toe." (K.E.); "...duw ik ook alles en iedereen weg." (K.E.); "Ik heb nog één keer nu, nog ni zo heel lang geleden, da was gewoon, ja, da ging goed en, ja, daar ben ik heel hard van verschoten, en ik heb nu, nee (kordaat), écht ni meer. Da was zelfs geen relatie..." (K.E.); "Ik weet het ni, ik vind mensen eigenlijk op dit moment heel onbetrouwbaar en ja... ik ga... als ze beginnen met dingen uit te spreken en beloftes, dan ga ik al lopen, want da hoeft ik nog ni meer te horen, daar komt toch niks van." (K.E.); "...ik ben nog altijd als de dood om zo'n dingen terug mee te maken." (K.E.); "En van de moment da ik, da mag iets kleins zijn hè, ma als ik voelde; daar, de kink in het kabelke begint, dan begin ik al te wiebelen." (K.E.); "Ge kunt niet iedereen daarin vertrouwen, sommigen zegge da gewoon om u een plezier te doen. Ma het is ook een beetje weten wie da ge kunt vertrouwen hé." (M.A.); "Ja ik kan wel de leiding nemen bij sommige dingen, ma dan moet het echt zijn bij mensen da ik echt vertrouw. Als da mensen zijn da ik nie ken, zal ik da zeker nie doen." (M.A.); "Mij ni meer durven geven, omdat mensen daar wel misbruik van maken en omdat da... pijn doet." (V.C.); "Da vertrouwen, da ge da kunt, en da zich da ni tegen u gaat keren, da is heel moeilijk... (V.C.);</p>

“Der zijn maar heel, heel weinig mensen die ik vertrouw, om dingen uit handen te geven, om...” (V.C.); “En ten tweede....moet ik er ook bijna honderd procent zeker van zijn, dat die mensen mij niet laten vallen, dat ik die kan vertrouwen, en dat is... zeer moeilijk.” (V.C.); “Ja, fundamenteel vertrouw ik al geen mensen...” (V.C.); “Ik ben al zo vaak daarin... een mes in mijne rug gekregen.” (V.C.); “Mij blootgeven? Enkel en alleen tegen mensen die da mij ni zo heel erg aanstaan of waarda ik gene band mee heb, want die kunnen mij ook niks maken.” (V.C.); “Vanaf da mensen op een bepaalde grens komen, of dicht komen, da ge dan al zoiets hebt van: ‘Oké, ma ni korter’.” (V.C.); “Da ik maar vertrouwen heb ne keer dat anderen mij zowa vertrouwen geven.” (V.C.); “Ik ga niet zeggen dat ik heel veel vertrouwen heb in het algemeen, dat de dingen wel loslopen, zo iemand ben ik ni.” (V.C.); “...en vertrouwen naar andere mensen; nee, daar doen we ni aan mee...” (V.C.); “Dat hebt ge eigenlijk wel goed gedaan’, ga de mij da nooit luidop horen zeggen, want, stel dat het dan toch niet zo is en ze pakken u daarop.” (V.C.)

45

“Ik ben normaal gezien een nette, een nette vrouw, dus beeld u zo een nette vrouw in... (zucht) boven de pot.” (C.M.); “Meestal loop ik weg van al mijn angsten...” (D.Y.); “Geboren als gevoeliger persoon (K.E.); “Da ge van bij de geboorte ook al een heel groot stuk mee hebt van, van weerbaarheid.” (K.E.); “Ik ben voor mijn eetstoornis ik ga nie zegge dik geweest, ma zowa zwaarder, en toen voelde ik mij ook onzeker, ma das puur mijn lichaam dan.” (M.A.); “Misschien dat da ook onzekerheid is...” (M.A.); “Als ge u onzeker voelt en nie goe in uw vel, dan ja.. ik denk da ge da ook uitstraalt op een of andere manier.” (M.A.); “...ma ik had ni echt meer zelfvertrouwen, nog altijd nie.” (M.A.); “Nee echt zekerder ben ik er zeker niet door geworden.” (M.A.); “...hoe laag mijn gewicht ook was, ik ben daar nooit zelfzekerder door geweest...” (M.A.); “...en er zijn momenten dat ik me minder zelfzeker voel en dan voel ik me ook slechter in mijn vel.” (M.A.); “Dan staat ge tegenover iemand die zelfvertrouwender, alé meer zelfvertrouwen heeft precies in uw ogen en dan nee.. da vond ik nie leuk. Ik wil zo liever nie overkomen, als ik ben de baas.” (M.A.); “Mijn zelfbeeld krikte daarvan op. Zo van ‘ik kan iets, ik ben goe bezig’.” (P.L.); “Ma ik wist nie wanneer ik het wél goed zou vinden.” (P.L.); “Das stom, want iedereen wilt, elke vrouw wilt da, wilt er gespied uitzien, ma ik had zoiets van ‘nee dit is te, ik voel me net ne man’.” (P.L.); “Want ik ben toen dicht geklapt en ik heb gezegd ‘ik doe da nie, ik kan da nie’.” (P.L.); “Omdat ge denkt da ge da nie kunt, en uzelf daar nie in vertrouwt.” (P.L.); “Ook zo hierbuiten, gelijk zo van tijd een examen meedoen en da nie ontwijken omdat ge denkt dat ge het niet kunt.” (P.L.); “Das zo uzelf negatief ervaren, van ik kan het niet dus ik ga weg.” (P.L.); “Ik had een heel wanhopig gevoel van, het gaat nooit goe zijn had ik in mijn hoofd. Nu nie, binnen 16 kilo nie, nooit eigenlijk.” (P.L.); “Het was precies nooit goe, ondergewicht nie en normaal gewicht nie..” (P.L.); “Ik heb vroeger ook naar een psycholoog geweest voor mijn zelfbeeld.” (P.L.); “Ge moet gewoon durven in een groep, want das ook zo een probleem, nie durven iets te doen en schrik wat andere mensen denken.” (P.L.); “Want ik vond mijzelf soms mooier dan aan ander, ma toch vond ik het nie goed genoeg” (P.L.); “...omdat ik er dan niet in geslaagd was om zelf over mijn angst te stappen.” (V.C.); “Ik had dan ook ene vriend, die achteraf gezien, zeker niet aan mijn zelfwaarde heeft bijgedragen (V.C.); “...nog altijd is da zoeken naar: ‘Wa wil ik, wa vind ik hier eigenlijk van?’ Alleen uhm... alleen voelt ge da ni wat ge zelf wilt.” (V.C.); “En dat maakt het heel onzeker, hoe ga ik om met die onzekerheid...” (V.C.); “Ik was mijn eigenwaarde kwijt...” (V.C.); “...ook, ja, mijn eigen vooroordelen laten varen hè... Uhm... oordelen...ja, uzelf aanvaarden als de persoon die ge ‘maar’ zijt. Voor mij voelt da heel erg zo aan...” (V.C.); “...daarnaast, durven zien en uitspreken wat ge wel goed doet, want ook dat, zal ik nooit doen.” (V.C.); “...dan is da nog ene keer toegeven aan uzelf en naar anderen da ge’t ni kunt, da ge ni voldoet, da ge ni capabel zijt.” (V.C.); “Ik weet ni in hoeverre dat dat mijn zelfvertrouwen op dit moment ten goede zou komen. Het gevoel van zo niks alleen te kunnen...” (V.C.); “Ik heb geen negatief zelfbeeld. Ik vind mijn eigen ni dom, of lelijk, of incompetent.” (V.C.);

	<p>“...da ben ik eigenlijk verloren van der gewoon voor te gaan, ongeacht de consequenties, zo da lef.” (V.C.); “...al die dingen samen hebben mij zo’n onzeker ding gemaakt en... die het liefst zou verdwijnen.” (V.C.); Ik kan echt wel denken van: ‘Ik... ja... ik vind da ik da goed gedaan heb’, ma ik zal da nooit luidop roepen, want wie weet ben ik daar wel compleet fout in. Da’s dat zelf twijfelen denk ik.” (V.C.); “Geld uitgeven aan mijn eigen, is da der ni over, is da wa ik echt wil?’ Twijfel; teveel keuzes en twijfel, da maakt het zo deze periode wel weer efkes moeilijk.” (V.C.); “Ik vind het nog makkelijker om in het midden te gaan staan, en het goed te doen, dan om... niets te doen en niet te weten wat de mensen denken, of dat ze misschien denken dat ik totaal niet geïnteresseerd ben terwijl dat... die onzekerheid...” (V.C.);</p>
46	<p>“En dan de dag daarna kwam die klik bij de spiegel oefeningen, dus ik voelde me eigenlijk wel al vrij blij, ja ik voelde me terug goed. Misschien heeft het daar iets mee te maken...” (M.A.); “Ik denk dat da een samenloop is van alles. Ma.. als ik de therapieën dan zo bekijk, vooral de combinatie van ergo en PMT.” (P.L.); “Ik weet ni, of dat da door de PMT komt, dan wel door het feit dat ik nu gewoon dingen voel, en vroeger ni, en da zal waarschijnlijk eerder door het algemeen effect van eten komen, en van uzelf toe te laten van dingen te voelen en tijd te nemen om dingen te voelen.” (V.C.); “Komt da specifiek door de PMT, komt da door het feit da ik veel meer voel omdat mijn hersenen vanalles hebben om dingen te laten voelen, ik weet da ni...” (V.C.); “Ma ik denk dat dat eerder het totaalpakket is.” (V.C.)</p>
47	<p>“Da vond ik zo wel een beetje onwennig... omda iedereen staat te kijken.” (M.A.); “Ik ben de baas’, da ge zo tegenover mekaar moet gaan staan en alleen maar ‘ik ben de baas’ mag zeggen, da vond ik nie zo leuk.” (M.A.); “...dan moet ge zo echt als een baas overkomen.. ma ik ben zo nie.” (M.A.); “De ene sessie is al interessanter dan de andere. Das eigenlijk, gelijk die relaxatie das verschillende keren voorgevallen, en dan kent ge het uiteindelijk.” (M.A.); “Ma op het begin had ik zoiets van ‘ik snap het nie.’” (P.L.); “Sommige oefeningen snapte ik gewoon nie, ma nu zie ik wel van...” (P.L.); “Ik weet nog dat ik tege mezelf zei ‘wa helpt da nu, zo tegen iemand staan roepen ik ben de baas, dat doe me niks’.” (P.L.); “...da ge in uw eigen denkt van ‘ja wa doet da aan eetstoornis.’” (P.L.); “Ja in het begin, omdat ge die oefeningen zo raar vindt. Zo van ‘waarom moet ik hier een spel staan spelen, waar ik woorden bij onthou, of ik ben de baas roepen.’” (P.L.); “Ik vind da hij soms wel, ik heb hem da ook al gezegd, ons precies blaasjes wijsmaakt.” (P.L.); “En dan had ik ook zoiets van ‘ja wat heeft die oefening nu gedaan.’” (P.L.); “...ma dan had ik zoiets van ja da heeft mij nu nie echt tot inzicht laten doen komen.” (P.L.); “PMT is gewoon minder duidelijk wat het doe. Das zo, ge weet nie wa ge ervan kunt verwachten.” (P.L.); “Das ook het eerste wat iedereen vraagt als ze hier binnen komen ‘we gaan PMT doen, wa is da?’” (P.L.); “Niemand heeft echt door wat het inhoudt, ik denk dat ik het nog altijd nie door heb wat da eigenlijk inhoudt...” (P.L.); “De video van Michel, de laatste video... uhm... ik wou da’k die nooit had gedaan. Ik zag daar zó slecht uit.” (V.C.); “...da was dezelfde dag als da ik ging vertrekken in Kortenberg, dus teveel emoties om daar naar te kijken, en ik had echt zoiets van: ‘Nee nee, dit is niet hoe da ik mij voel.’” (V.C.); “PMT, ik vond dat altijd heel raar in therapieën.” (V.C.); “Michel heeft zo... Ik kon er ook vaak wel het therapeutische van inzien, als ge’t wou zien.” (V.C.); “...da ge zo het gevoel had van: ‘Wat moet ik hier in godsnaam mee?’ Ik had heel vaak het gevoel van: ‘Dit is een spelletje.’” (V.C.)</p>
48	<p>“Allè, ik heb dat ook geloofd dat dat helpt dus euh, om alles te kunnen plaatsen enzo, dus euhm... ja, ik heb dat gedaan, ik heb daar niet teveel moeite mee gehad.” (C.M.); “En die psychomotorische therapie helpt daarin, in het rationaliseren, en ook vooral, dat drie kilo, of vier of vijf kilo, dat is niet het einde van de wereld hè.” (C.M.); “Ge maakt u daar zóoo een groot probleem van, maar eigenlijk ... wat, wat, wat... wat scheelt dat?” (C.M.); “Maar dat ik niet meer van : ‘Ik ben dik’. Waar dat dat ervoor was van: ‘Hu... ik ben dik!’. Ge kunt dat meer plaatsen.” (C.M.);</p>

“Maar nee, ik ben niet dik, ik heb water gedronken. Ik moet een paar keer gaan plassen en het is weg.” (C.M.); “Michel geeft die mensen feedback en ik geef Michel gelijk, zijne feedback is juist, dus eigenlijk is die ook op mij van toepassing.” (C.M.); “Ge hoort van de andere mensen de feedback daarop, de reflectie op die feedback, bouwt ge uw eigen systeem, en zegt ge van: ‘Ja, Michel heeft gelijk.’” (C.M.); “Ma dat dat toch ook wel alé raar is... da ge da precies nie bij uw eigen kunt, ma wel bij een voorwerp.” (M.A.); “Alé da ge nie objectief naar uzelf kunt kijken. Wa heel raar is! Da ge nie objectief naar uzelf kunt kijken, ma wel naar anderen.” (M.A.); “Michel heeft toen ook gezegd van, als iemand tegen u zegt van de groep da ge ni dik zijt, da ge die persoon moet vertrouwen, omdat die u wel objectief kan zien. En da was wel heel raar om te geloven!” (M.A.); “Ben ik er wel in gegroeid om da lichaam te accepteren en dat da los moet staan van ja hoe da ge u voelt eigenlijk.” (M.A.); “Ge beleeft die sessie op dat moment, ma dat ge achteraf ook eens gaat nadenken wat heeft het met mij gedaan.” (M.A.); “Ja, dat ik nie minder moet eten om goed te zijn.” (P.L.); “En das nie zo belangrijk om er mager uit te zien. Mensen gaan u ook aanvaarden als ge er niet zo mager uit ziet.” (P.L.); “Ma vooral als ge dan de evolutie van uzelf ziet, vind ik dat het duidelijk wordt.” (P.L.); “...want die therapie is net om u te laten inzien van ge hebt een gestoord beeld.” (P.L.); “Zolang da ge er niet te dik uitziet, wat is dan het probleem.” (P.L.); “Maar wa da ik wel door de PMT gekregen is inzicht in hoe ik denk.” (V.C.); “Op die manier heeft PMT me wel inzicht gegeven in, in mezelf. Ni per se fysiek, ma wel in hoe ik denk.” (V.C.); “Dus vanaf dat het moet, is het niet meer leuk, want dan moet het, of dan gaat het met zoveel stress gepaard da ge da ni meer kunt doen op een goei manier...” (V.C.)

49 *“Die PMT, dat is niet fijn, dat is moeilijk, ge moet daar voor de spiegel staan, ge moet die inspanning doen, ge moet met uzelf bezig zijn.” (C.M.); “Tegen hier voor mijne eigen spiegel staan, met mezelf bezig zijn... dat heeft me keer na keer iets gedaan.” (C.M.); “Inderdaad, ge staat gewoon met uw gezicht voor de spiegel hè gedurende, wat zal het zijn, een half uur? Ge zijt gewoon met uzelf bezig dus is dat ook confronterender. (C.M.); “En hier met mijn spiegel oefeningen ben ik wel met mezelf bezig. Ge kunt u minder verstoppen.” (C.M.); “PMT is iets da ge constant meedraagt. En ja, ik denk al maar aan spiegel oefeningen. Ja kijk, hier is nu al een venster waarda ge uzelf in ziet, ja da’s ook... ja, hoe ga ik daarmee om als ik daar ineens mezelf zie?” (K.E.); “Ja, logisch dat dat dan ni een simpele therapie is. Ma, ja, daarom vind ik da juist ook wel des te belangrijker of des te waardevoller.” (K.E.); “Waarschijnlijk ook omdat het te confronterend was... “ (D.Y.); “Het is eigenlijk ook die opname video da mij wel geholpen heeft van zo zie ik mezelf nie...” (M.A.); “Opnamevideo, da vind ik echt iets goe. Ja op film zie ik er toch anders uit dan, zo in 3D”; (P.L.); “En das raar da ge uzelf zo ziet bewegen.. echt.” (P.L.); “Da ge dan voor de spiegel oefeningen staat en merkt da ge totaal bijvoorbeeld ni bezig zijt met in de spiegel te kijken” (V.C.); “Maar PMT is zeker ook wel belangrijk... ook omdat ge in al die dingen wa da ge doet, ook wel continu geconfronteerd wordt met spiegels.” (V.C.)*

Appendix 2: Guidelines by Journal of Bodywork and Movement Therapies

The journal Editor, Leon Chaitow, welcomes articles for publication in the journal. The manuscript should be sent as an email attachment to jbmeditor@mac.com. In order to speed up the refereeing process internet transmission of submissions with illustrations included are encouraged. For ease of downloading these should not be of high resolution at the submission stage. For ease of editing, these should not be embedded as email: they should be sent as attached document files. Full details of electronic submission and formats can be obtained from <http://www.elsevier.com/author> or from Author Services at Elsevier. It is imperative that these guidelines to authors be followed, including referencing style and type and resolution of suggested illustrations. (See below).

DISK SUBMISSION

If unable to submit your manuscript via email then the submission of a **disk** along with your typescript is accepted. The Editor will accept a 3.5 inch disk in any **IBM or Macintosh** word processing format (Microsoft Word 2001 is preferred). Please indicate on the label attached to your disk, your name, address, typescript title and **the name of the word processing package used**.

WORD COUNT

We can accept full articles of between 2000 and 4000 words in length. Shorter reports and items will comprise fewer words. Please check your ideal length with the journal Editor.

PRESENTATION OF TYPESCRIPTS

Your article should be typed on one side of the paper, double spaced with a margin of at least 3cm. Rejected articles, and disks, will not be returned to the author unless an SAE is enclosed.

Papers should be set out as follows, with each section beginning on a separate sheet: **title page, abstract, text, acknowledgements, references, tables, and captions to illustrations**.

Title Page

The **title page** should give the following information:

- title of the article
- full name of each author
- you should give a maximum of four **degrees/qualifications** for each author and the current relevant appointment
- name and address of the department or institution to which the work should be attributed
- name, address, telephone and fax numbers of the author responsible for correspondence and to whom requests for reprints should be sent.

Abstract

This should consist of **100-150 words summarising** the content of the article.

Text

Headings should be appropriate to the nature of the paper. The use of headings enhances readability.

Three categories of headings should be used:

- major ones should be typed in capital letters in the centre of the page and underlined
- secondary ones should be typed in lower case (with an initial capital letter) in the left hand margin and underlined
- minor ones typed in lower case and italicised

Do not use 'he', 'his', etc. where the sex of the person is unknown; say 'the patient', etc. Avoid inelegant alternatives such as 'he/she'. Avoid sexist language.

Avoid the use of first person ('I' statements) and second person ('you' statements). Third person, objective reporting is appropriate. In the case of reporting an opinion statement or one that cannot be referenced, the rare use of 'In the author's opinion?' or 'In the author's experience?.' might be appropriate. If in doubt, ask the editor or associate editor for assistance.

Acronyms used within the text are spelled out at the first location of usage and used as the acronym thereafter. For example, 'The location of a central trigger point (CTrP) is central to a taut fiber. The CTrP is palpated by.....'

Single quotation are used to express a quote marks (Matthews (1989) suggests, 'The best type of?') while double quotation marks are used for a quote within a quote or to emphasise a word within a quote.

Promotion of self, seminars or products is inappropriate. Reference to a particular product as it applies to the discussion, particularly where valid research of the product or comparison of products is concerned, can be included as long as a non-promotional manner is used.

References

The accuracy of references is the responsibility of the author. This includes not only the correct contextual use of the material, but also the citation itself. In the text your reference should state the author's surname and the year of publication (Smith 1989); if there are two authors you should give both surnames (Smith & Black 1989). When a source has more than two authors, give the name of the first author followed by 'et al'. (Smith et al 1989). No commas are used between the name and date. It is important to verify the correct and full title, the full authorship, and all other reference details with the original source (book, journal, etc.,) or through a service, such as Medline or ScienceDirect.

A list of all references in your manuscript should be typed in alphabetical order, double spaced on a separate sheet of paper. Each reference to a paper needs to include the **author's surname and initials, year of publication, full title of the paper, full name of the journal, volume number and first and last page numbers**. The names of multiple authors are separated by a comma with each appearing as surname followed by initials. The date is placed after the author's name(s), not at the end of the citation.

Here are examples:

Cleary C, Fox JP 1994 Menopausal symptoms: an osteopathic investigation. *Complementary Therapies in Medicine* 2: 181-156

References to books should be in a slightly different form:

Chaitow L 1996 *Muscle Energy Techniques*. Churchill Livingstone, Edinburgh

Hicks CM 1995 *Research for Physiotherapists*. Churchill Livingstone, Edinburgh

When citing a paper that has a digital object identifier (doi) please use the following style:

Liebenson C 2000 Sensory motor training. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 4: 21-27.
doi: 10.1054/jbmt.2000.0206

Tables

These should be double spaced on separate sheets and contain only horizontal lines. Do not submit tables as photographs. A short descriptive title should appear above each table and any footnotes suitably identified below. Ensure that each table is cited in the text.

Illustrations

The journal is fully illustrated throughout. Please give consideration at an early stage of writing your paper to the illustrations which will enhance and develop the text. It is the author's responsibility to provide all the illustrations for the paper. However, following discussion with the Editor, *Journal of Bodywork & Movement Therapies* may undertake (at no expense to the author) redrawing from supplied references figures. Additionally *Journal of Bodywork & Movement Therapies* has access, at no cost to the author, to illustrations appearing elsewhere in Elsevier imprint books and journals. Full source details, as well as photocopied or scanned images, should be supplied at submission. Label each figure with a figure number corresponding to the order it appears within the article (i.e., Figure 1, Figure 2). Ensure that each illustration is cited within the text ('see Figure 1') and that a caption is provided.

Photographs Please submit high-quality black and white prints, clearly labelled, on the back with a soft crayon. Do not use ink.

Line drawings and figures Supply high-quality printouts on white paper produced with black ink. The lettering and symbols, as well as other details, should have proportionate dimensions, so as not to become illegible or unclear after possible reduction; in general, the figures should be designed for a reduction factor of two to three. The degree of reduction will be determined by the Publisher.

Illustrations will not be enlarged. Consider the page format of the journal when designing the illustrations. Photocopies are not suitable for reproduction. Do not use any type of shading on computer-generated illustrations.

Captions Ensure that each illustration has a caption. Supply captions as a caption list on a separate sheet, not attached to the figure. A caption should comprise the figure number as cited within the text, a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves (such as labels) to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Computer-generated illustrations can be difficult to reproduce clearly unless there is good definition and clarity of outline. For example, NCP may be used to label the illustration while the caption would include 'NCP = neutral calcaneal position'.

Reproduction of borrowed illustrations or tables or identifiable clinical photographs The written permission of patients must be obtained and submitted with identifiable clinical photographs. Permission to use illustrations and tables which have appeared elsewhere must be obtained in writing from the original publishers, and submitted with the typescript. Borrowed material should be acknowledged in the captions in this style: 'Reproduced by kind permission of... (publishers) from... (reference)'.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors whose articles appear in journals published by Elsevier, to comply with potential manuscript archiving requirements as specified as conditions of their grant awards. To learn more about existing agreements and policies please visit <http://www.elsevier.com/fundingbodies>

Changes to authorship

This policy concerns the addition, deletion, or rearrangement of author names in the authorship of accepted manuscripts:

Before the accepted manuscript is published in an online issue: Requests to add or remove an author, or to rearrange the author names, must be sent to the Journal Manager from the corresponding author of the accepted manuscript and must include: (a) the reason the name should be added or removed, or the author names rearranged and (b) written confirmation (e-mail, fax, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed. Requests that are not sent by the corresponding author will be forwarded by the Journal Manager to the corresponding author, who must follow the procedure as described above. Note that: (1) Journal Managers will inform the Journal Editors of any such requests and (2) publication of the accepted manuscript in an online issue is suspended until authorship has been agreed.

After the accepted manuscript is published in an online issue: Any requests to add, delete, or rearrange author names in an article published in an online issue will follow the same policies as noted above and result in a corrigendum.

COPYRIGHT

A paper is accepted for publication on the understanding that it has not been submitted simultaneously to another journal in the English language.

US NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH) VOLUNTARY POSTING ("PUBLIC ACCESS") POLICY

Elsevier facilitates author response to the NIH voluntary posting request (referred to as the NIH "Public Access Policy"; see <http://publicaccess.nih.gov/>) by posting the peer-reviewed author's manuscript directly to PubMed Central on request from the author, 12 months after formal publication. Upon notification from Elsevier of acceptance, we will ask you to confirm via e-mail (by e-mailing us at NIHauthor-request@elsevier.com) that your work has received NIH funding and that you intend to respond to the NIH policy request, along with your NIH award number to facilitate processing. Upon such confirmation, Elsevier will submit to PubMed Central on your behalf a version of your manuscript that will include peer-review comments, for posting 12 months after formal publication. This will ensure that you will have responded fully to the NIH request policy. There will be no need for you to post your manuscript directly with PubMed Central, and any such posting is prohibited.

AUTHORS' RIGHTS

As an author you (or your employer or institution) may do the following:

- make copies (print or electronic) of the article for your own personal use, including for your own classroom teaching use
- make copies and distribute such copies (including through email) of the article to research colleagues, for the personal use by such colleagues (but not commercially or systematically, e.g., via an e-mail list or list server)
- post a pre-print version of the article on Internet websites including electronic pre-print servers, and to retain indefinitely such version on such server or sites
- post a revised personal version of the final text of the article (to reflect changes made in the peer review and editing process) on your personal or institutional website or server, with a link to the journal homepage (on elsevier.com)
- present the article at a meeting or conference and to distribute copies of the article to the delegates attending such a meeting
- for your employer, if the article is a 'work for hire', made within the scope of your employment, your employer may use all or part of the information in the article for other intra-company use (e.g., training)
- retain patent and trademark rights and rights to any processes or procedure described in the article
- include the article in full or in part in a thesis or dissertation (provided that this is not to be published commercially)

- use the article or any part thereof in a printed compilation of your works, such as collected writings or lecture notes (subsequent to publication of your article in the journal)
- prepare other derivative works, to extend the article into book-length form, or to otherwise re-use portions or excerpts in other works, with full acknowledgement of its original publication in the journal.

For further information on author's rights please see
<http://www.elsevier.com/wps/find/authorsview.authors/authorsrights>.

ETHICS

Work on human beings that is submitted to the Journal of Bodywork and Movement Therapies should comply with the principles laid down in the Declaration of Helsinki; Recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects. Adopted by the 18th World Medical Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, amended by the 29th World Medical Assembly, Tokyo, Japan, October 1975, the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983, and the 41st World Medical Assembly, Hong Kong, September 1989. The manuscript should contain a statement that the work has been approved by the appropriate ethical committees related to the institution(s) in which it was performed and that subjects gave informed consent to the work. Studies involving experiments with animals must state that their care was in accordance with institution guidelines. Patients' and volunteers' names, initials, and hospital numbers should not be used.

PATIENT ANONYMITY

Studies on patients or volunteers require ethics committee approval and informed consent which should be documented in your paper. Patients have a right to privacy. Therefore identifying information, including patients' images, names, initials, or hospital numbers, should not be included in videos, recordings, written descriptions, photographs, and pedigrees unless the information is essential for scientific purposes and you have obtained written informed consent for publication in print and electronic form from the patient (or parent, guardian or next of kin where applicable). If such consent is made subject to any conditions, Elsevier must be made aware of all such conditions. Written consents must be provided to Elsevier on request. Even where consent has been given, identifying details should be omitted if they are not essential. If identifying characteristics are altered to protect anonymity, such as in genetic pedigrees, authors should provide assurance that alterations do not distort scientific meaning and editors should so note. If such consent has not been obtained, personal details of patients included in any part of the paper and in any supplementary materials (including all illustrations and videos) must be removed before submission.

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT FOR AUTHORS

All authors are requested to disclose any actual or potential conflict of interest including any financial, personal or other relationships with other people or organizations within three years of beginning the submitted work that could inappropriately influence, or be perceived to influence, their work.

PAGE PROOFS

One set of page proofs in PDF format will be sent by e-mail to the corresponding author (if we do not have an e-mail address then paper proofs will be sent by post). Elsevier now sends PDF proofs which can be annotated; for this you will need to download Adobe Reader version 7 available free from <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>. Instructions on how to annotate PDF files will accompany the proofs. The exact system requirements are given at the Adobe site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/acrrsystemreqs.html#70win>.

If you do not wish to use the PDF annotations function, you may list the corrections (including replies to the Query Form) and return to Elsevier in an e-mail. Please list your corrections quoting line number. If, for any reason, this is not possible, then mark the corrections and any other comments (including replies to the Query Form) on a printout of your proof and return by fax, or scan the pages and e-mail, or by post.

Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Therefore, it is important to ensure that all of your corrections are sent back to us in one communication: please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility. Note that Elsevier may proceed with the publication of your article if no response is received.

OFFPRINTS

The corresponding author, at no cost, will be provided with a PDF file of the article via e-mail. The PDF file is a watermarked version of the published article and includes a cover sheet with the journal cover image and a disclaimer outlining the terms and conditions of use. Additional paper offprints can be ordered by the authors. An order form with prices will be sent to the corresponding author. For further information please consult <http://www.elsevier.com/authors>

CHECKLIST

Please check your typescript carefully before you send it off to the Editor, for both correct content and typographical errors, as it is not possible to change the content of accepted typescripts during the production process.

- Full details of corresponding author, including email address
- If submitting by post, original text plus two good copies (and a labelled disk)
- Figures of reproducible quality (not photocopies, unless these are for redraw purposes)
- Referenced list in correct style
- Written permission from original publishers and authors to reproduce any borrowed material
- Written permission from identifiable models used in photographs or patients whose case discussions are detailed
- Conflict of interest statement

UPC KU Leuven



Universitair Psychiatrisch Centrum K U Leuven
campus Kortenberg
Leuvensesteenweg 517
3070 Kortenberg
tel +32 2 758 05 11
fax +32 2 759 98 78
www.uc-kortenberg.be

Kortenberg, 27 november 2013

Beste,

Wat is de invloed van 'psychomotorische' therapie op het lichaamsbewustzijn van patiënten met een eetstoornis.

Betreft: studie ons ref. **EC2013-150**

Het etisch comité UPC KU Leuven, campus Kortenberg heeft geen bezwaren.
Adviseert positief. Het informed consent is ok.

Veel succes en vriendelijke groet

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ria Dhaeze', written over a horizontal line.

Ria Dhaeze, secretaris ethisch comité

Appendix 4: Informed consent

Dit formulier is bedoeld om u te informeren over het medisch-wetenschappelijk onderzoek waarvoor we uw medewerking vragen. Voor ons onderzoek zijn we concreet op zoek naar volwassen vrouwen (leeftijd +18) met een eetstoornis, in de post-acute fase van de behandeling, die begeleid worden door psychomotorische therapeut Prof. M. Probst in UPC campus Kortenberg.

Vooraleer u toestemt om aan deze studie deel te nemen, is het belangrijk dat u onderstaande tekst aandachtig doorneemt. Daarna kunt u, indien u dit wenst, op het bijgevoegde formulier schriftelijk uw toestemming geven voor deelname. Ook na akkoord behoudt u het recht om op elk moment uw deelname aan het onderzoek stop te zetten.

Doel en beschrijving van de studie

Deze studie gaat over het individuele *lichaamsbewustzijn* bij personen met een eetstoornis. Het doel van de studie is om, aan de hand van individuele semi-gestructureerde diepte-interviews, te peilen naar de verandering van de lichaamsbeleving als gevolg van psychomotorische therapie. We gaan met andere woorden na hoe individuele personen met een eetstoornis hun lichaam ervaren na x-aantal sessies psychomotorische therapie en of er al dan niet verandering in de ervaring van hun lichaam waarneembaar is.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

In dit onderzoek wordt gewerkt met semi-gestructureerde diepte-interviews. Een semi-gestructureerd diepte-interview is een kwalitatieve onderzoeksmethode, waarbij de patiënt openlijk vertelt over het onderzoeksonderwerp, namelijk lichaamsbeleving/lichaamsbewustzijn. Een aantal vragen met betrekking tot dit onderwerp zijn vooraf opgesteld met als doel het gesprek in goede banen te leiden. De gemiddelde duur van het interview bedraagt drie kwartiers en zal plaatsvinden in het UPC Kortenberg onder leiding van Lynn Fiddelaers en Marjon Valkeners, beide leden van het onderzoeksteam. Het gesprek zal worden opgenomen met audioapparatuur zodat verwerking en analyse van de resultaten mogelijk is.

Vrijwillige deelname

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. Door het bijgevoegde toestemmingsformulier te ondertekenen geeft u te kennen dat u akkoord gaat met de inzameling van uw gegevens voor het onderzoek. Ook na ondertekening behoudt u het recht om zich terug te trekken uit het onderzoek zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkel nadeel of verlies van voordelen met zich meebrengen. Uw beslissing zal geen weerslag hebben op uw medische behandeling.

Verzekering

Er wordt voor deze studie geen specifieke verzekering voorzien waardoor de deelnemer ook geen aanspraak kan maken op enige vorm van vergoeding of dekking. Vanwege het lage risico verbonden aan het onderzoek (interview) en de afwezigheid van therapeutische interventies binnen deze studie kan geen enkel effectief of vermeend, rechtstreeks of indirect gevolg verhaald worden op de onderzoekers of opdrachtgevers.

Vergoeding

Er worden geen vergoedingen voorzien.

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Uw identiteit en uw deelname aan deze studie worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zult niet bij naam of op een andere herkenbare wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met de studie (wet van 1992).

Commissie voor ethiek

Deze klinische studie werd beoordeeld en goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek.

Contactpersoon

Indien u na het lezen van de brief nog aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u op elk ogenblik contact opnemen met een van de onderzoekers.

Namens het onderzoeksteam

Met dank en vriendelijke groeten,

Lynn Fiddelaers
Lynn.fiddelaers@student.uhasselt.be

Dr. Joeri Calsius
Joeri.calsius@uhasselt.be

Marjon Valkeners
Marjon.Valkeners@student.kuleuven.be

TOESTEMMINGSFORMULIER

Titel studie: Wat is de invloed van psychomotorische therapie op het lichaamsbewustzijn van patiënten met een eetstoornis?

Deel enkel bestemd voor de patiënte:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende (naam & voornaam) _____ dat ik over de studie ben ingelicht en een kopie van de "Patiënteninformatie" en het "Toestemmingsformulier" ontvangen heb. Ik heb de informatie gelezen en begrepen. Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Bovendien werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik bevredigende antwoorden gekregen heb.

- Ik heb begrepen dat ik mijn deelname aan deze studie op elk ogenblik mag stopzetten nadat ik het onderzoeksteam hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen.
- Ik ga akkoord met de verzameling, de verwerking en het gebruik van de gegevens uit het interview. Mijn privacy zal worden gegarandeerd en persoonlijke informatie zal strikt vertrouwelijk behandeld worden. Ik ben mij bewust van het doel waarvoor deze gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van deze studie
- Ik begrijp dat het audiomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.
- Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan deze studie.

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening patiënt(e) (of wettelijk vertegenwoordig(st)er): _____

Deel enkel bestemd voor het onderzoeksteam:

Wij, ondergetekende, _____,
bevestigen hierbij dat wij, _____ (naam van de patiënte voluit) hebben
ingelicht en dat zij haar toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan de studie.

Datum: _____

Plaats: : _____

Handtekening: _____

Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

How does psychomotor therapy change the body awareness of patients with an eating disorder? Qualitative study

Richting: **master in de revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie-revalidatiewetenschappen en kinesitherapie bij musculoskeletale aandoeningen**

Jaar: **2014**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

Fiddelaers, Lynn

Valkeners, Marjon