

‘Verder met littekens’, een groepstherapie voor mensen met een gemutileerd uiterlijk

Bettina Aler, Nancy van Loey

Nederlandse Brandwonden Stichting, Beverwijk; Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland, Beverwijk

Samenvatting

Dit artikel beschrijft een groepstherapie gericht op verbetering van het zelfbeeld voor mensen met littekens ten gevolge van brandwonden. Deze behandeling is ontwikkeld door de Nederlandse Brandwonden Stichting, voortbouwend op een sociale vaardigheidstraining voor deze doelgroep. Er wordt eerst een kader geschetst van de problematiek van deze populatie, waaronder seksuele problemen. De therapie wordt inhoudelijk toegelicht en de gebruikte technieken worden beschreven. Tot slot worden er ervaringen uit de praktijk beschreven en wordt een casus gepresenteerd.

Ernstige brandwonden gaan tot op de dag van vandaag gepaard met esthetisch onaantrekkelijke littekens. De littekens van brandwonden zijn vaak hypertrofisch, d.w.z. rood, dik en bobbelig waardoor ze erg in het oog springen. Na verloop van tijd kan wat verzachting van deze typische kenmerken optreden maar verdwijnen doen ze niet. Bovendien kunnen ze functionele beperkingen veroorzaken wanneer de littekens ter hoogte van gewrichten gesitueerd zijn of wanneer (delen van) ledematen geamputeerd zijn.

In onze maatschappij waar schoonheid en aantrekkelijkheid geassocieerd wordt met succes, kunnen mensen met uiterlijke onvolkomenheden geconfronteerd worden met een waaier aan negatieve reacties uit de buitenwereld. Aangestaard worden, hoorbare opmerkingen over hun uiterlijk, ongevraagde intrusieve vragen over de oorzaak van hun afwijkende uiterlijk, vermijdend en stigmatiserend gedrag vallen hen regelmatig ten deel (Partridge & Robinson, 1995). Het hebben van littekens gaat ook vaak samen met psychische problemen zoals angst en depressie, een verlaagd

zelfbeeld of negatief lichaamsbeeld, sociale isolatie en seksuele problemen (Thombs, Notes, Lawrence, Magyar-Russell, Bresnick & Fauerbach, 2008; Van Loey & Van Son, 2003).

Brandwonden kunnen seksuele functies direct aantasten wanneer de genitaliën en/of anale zone diep verbrand zijn. Daarnaast kunnen in littekens van brandwonden gevoelsproblemen ontstaan; het gaat dan vaak over ongevoeligheid of overgevoeligheid die aanraking pijnlijk maakt. Aangenomen wordt dat de meest voorkomende oorzaak van seksuele problemen na het oplopen van brandwonden indirect van aard is, m.a.w. dat door een negatief lichaamsbeeld of zelfbeeld ten gevolge van littekenvorming de kwaliteit van intieme interpersoonlijke relaties en het genieten van seksualiteit aangetast worden. Er is aangetoond dat het lichaamsbeeld na het oplopen van brandwonden negatiever beleefd wordt in de loop van de tijd. Dit geldt vooral voor vrouwen en mensen met ernstige verbrandingen (Thombs et al., 2008). Gezien seksualiteit onlosmakelijk verbonden is met zelfbeeld en lichaamsbeeld kunnen brandwonden de seksuele beleving beïnvloeden al dient gezegd dat er nog weinig onderzoek verricht is naar de mogelijke invloed van brandwonden op het seksuele leven. Voor een overzicht van de bestaande literatuur over seksuele problemen bij mensen met brandwonden verwijzen we naar Faber en Van Loey (2008).

Uit de literatuur (Partridge, 1998) en in de praktijk blijkt er behoefte te bestaan aan het leren omgaan met littekens in interpersoonlijke relaties. In de jaren '90

Drs. B. Aler, GZ-psycholoog / gedragstherapeut. Nederlandse Brandwonden Stichting
 Postbus 1015, 1940 EA Beverwijk. E: baler@brandwonden.nl
 Dr. N. van Loey, Programmaleider psychosociaal onderzoek, Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland, Postbus 1015, 1940 EA Beverwijk. E: nvanloey@burns.nl
 Voor meer informatie over deze interventie kunt u contact opnemen met de eerste auteur.

ontstond in Groot-Brittannië een sociale vaardigheidstraining voor mensen met voornamelijk zichtbare aandoeningen. De Nederlandse Brandwonden Stichting heeft dit programma verder ontwikkeld. Het behandelt alle aspecten van het intermenselijk functioneren, waaronder seksuele problemen. Hoewel de therapie niet specifiek gericht is op seksuele problemen, komen deze regelmatig aan de orde tijdens de groepsinterventies.

Doel, deelnemers en indicaties

Doel

Het voornaamste doel van de behandeling is het gunstig beïnvloeden van het zelfbeeld en het positiever maken van het lichaamsbeeld, door het integreren en accepteren van de littekens en het onder de aandacht brengen van de schoonheid van ongeschonden lichaamsdelen.

Beschrijving van de deelnemers

Ongeveer 60% van de deelnemers zijn vrouwen in de leeftijdsgroep van 25 tot 60 jaar en ongeveer 40% zijn mannen van dezelfde leeftijd. De deelnemers zijn grofweg in twee categorieën te verdelen: mensen met vroeg en laat verworven brandwondenlittekens. De grootste groep deelnemers wordt gevormd door de vroege verbrandingen.

Veel ongevallen met brandwonden als gevolg vinden plaats in de levensfase van 0 tot 4 jaar. De snelle ontwikkeling van motorische vaardigheden op die leeftijd en het exploratieve gedrag in combinatie met een onveilige omgeving (bijv. hete thee op tafelkleed of het snoer van de waterkoker binnen handbereik van het kind) leiden regelmatig tot ernstige heetwaterverbrandingen. Het ongeluk vindt meestal in de familiecontext plaats. Daardoor is er vaak sprake van traumatisering van de ouders en schuldgevoelens over het ongeval. Recent is aangetoond dat schuldgevoelens van moeders van kinderen met blijvende littekens posttraumatische stresssymptomen in stand houden tot tien jaar na het ongeval (Bakker, van Loey, van Son & van der Heijden, in press). Het zien van de littekens kan de schuldgevoelens activeren en herinneringen oproepen aan het ongeval en de verpleging in het ziekenhuis. Het niet verwerken van het ongeval door de ouders kan leiden tot verschillende reacties. Ouders kunnen de littekens bagatelliseren door te zeggen: 'je blijft gewoon op voetbal'. Ouders kunnen ook het kind overbeschermen door te zeggen: 'je mag van zwemles af'. Daardoor houden ze het kind kwetsbaar. In getraumatiseerde gezinnen wordt meestal weinig tot niet over het ongeval gepraat en treedt vaak parentificatie op: het kind gaat de ouders beschermen tegen

hun angst en schuldgevoelens door extra dapper te zijn: 'maak je over mij maar geen zorgen'. Cliënten vertellen hun ouders vaak niet dat ze hulp hebben gezocht uit angst hen te kwetsen.

Bij het bereiken van de adolescentie kan er sprake zijn van het snel wisselen van partners. Dit om te bewijzen dat er geen problemen zijn met de littekens: 'kijk mij maar, ik kan iedereen krijgen'. Ook zijn er cliënten die, vanuit deze thematiek bij hun eerste partner blijven: 'ik mag blij zijn dat ik iemand heb'.

Bij een brandwondenongeval op latere leeftijd treden door de littekenproblematiek vaak bewuste veranderingen in lichaamsbeeld en zelfbeeld op. In tegenstelling tot de op jonge leeftijd verworven littekens hebben deze mensen duidelijke herinneringen aan hun ongeschonden lichaam. Angstklachten ten gevolge van het ongeval en rouw om het verlies van schoonheid staan op de voorgrond.

Indicaties en contra-indicaties

Vóór deelname vindt een intakegesprek plaats waarin gekeken wordt of iemand baat kan hebben bij de groepstherapie. In dit gesprek worden sociale schaamte in de publieke ruimte besproken en intieme schaamte. Het blijkt dat men vaak jarenlang de littekens onder de kleren geheim heeft gehouden en seksueel contact heeft vermeden. Daarnaast besteden we aandacht aan de depressieve klachten vanuit het negatief zelfbeeld. Contra-indicaties zijn onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, psychotische kenmerken en posttraumatisch stressstoornis. Te veel angstklachten over het ongeval zorgen ervoor dat ook de verhalen over de ongevallen van andere deelnemers traumatiserend werken. Tot slot dienen deelnemers een bepaald niveau van cognitieve vaardigheden te hebben die overeenkomen met ongeveer een IQ van 80.

Het programma

Het gaat om een groepstherapie van acht bijeenkomsten van vijf uur met maximaal acht deelnemers. Meestal hebben we ongeveer zes deelnemers. De therapie maakt gebruik van een combinatie van veelgebruikte technieken zoals cognitieve gedragstherapie en sociale vaardigheidstraining. Deze worden aangevuld met de lichaamstekening (Scheffers, 2008) en de spiegeltechniek uit de psychomotore therapie (Schoemaker, 2002). De seksuele problematiek wordt bespreekbaar gemaakt door de therapeute door middel van de lichaamstekening. De lichaamstekening brengt de intieme schaamte in kaart en daardoor wordt seksualiteit vanaf de eerste bijeenkomst onderwerp van therapie. We zullen de gebruikte technieken vervol-

gens puntsgewijs bespreken.

De lichaamstekening

De lichaamstekening is een techniek ontwikkeld in de psychomotore therapie, waarbij deelnemers door middel van het inkleuren van een lichaamstekening een waardering geven aan (delen van) hun lichaam. In de eerste bijeenkomst worden de lichaamstekeningen ingekleurd. Dit zijn blanco plaatjes met lichaamscontouren.

In de eerste tekening brengen de cliënten de littekens of andere geschonden lichaamsdelen objectief in kaart en beschrijven zij de structuur van de huid en de eventuele functionele beperkingen. Als iemand in een bepaald gebied van het lichaam geen gevoel meer heeft en er pijnklachten zijn, is het van belang dat de cliënt zich hiervan bewust wordt en het belang inziet zijn partner hiervan op de hoogte te stellen. Bij functionele problemen door littekens wordt nagegaan of iemand medische ingrepen vermijdt door angstige herinneringen aan vroegere operaties. Ook kunnen in de nabespreking de problemen rond seksualiteit aan bod komen. Zo kan een litteken aan de binnenkant van de dij of het missen van een tepel veel schaamte oproepen en vermijdt de cliënt daardoor intiem lichamelijke contact.

In een tweede lichaamstekening kleuren de cliënten hun lichaam in met twee tinten groen en twee tinten rood. De kleur groen staat voor de gebieden waarover men tevreden is en de kleur rood voor de gebieden waarover men ontevreden is. Het gaat hier om de subjectieve evaluatie of waardering van het lichaam. De nuances geven de cliënt de mogelijkheid gradaties aan te brengen (beetje (on)tevreden of heel (on)tevreden). In de onderstaande tekst gaan we niet in op de gradaties.

Als er geen of weinig groen wordt gebruikt heeft iemand een negatief lichaamsbeeld. Op deze manier wordt ook zichtbaar of iemand (grote) delen helemaal niet kleurt, dit kan op dissociatie duiden. Ook kan op basis van de lichaamstekening duidelijk worden dat iemand onverwerkte psychische trauma's heeft. Bijvoorbeeld in rood aangegeven delen die geassocieerd zijn met de pijn van verbandwissels, met complicaties van (reconstructie)operaties of met betrekking tot andere ziekten. In sommige gevallen is hiervoor traumatherapie geïndiceerd. Ook kan blijken dat iemand zich onvoldoende verzorgt, bijvoorbeeld de huid niet vet genoeg houdt. Hier is vaak sprake van vermijding.

Tenslotte wordt in de laatste sessie nogmaals een lichaamstekening met groen en rood ingekleurd zonder terug te kijken naar de eerste tekening. Hieruit kan afgeleid worden of er verandering in de lichaamswaardering of het zelfbeeld heeft plaatsgevonden.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie wordt veelvuldig toegepast om onderliggende disfunctionele schema's te veranderen. Bij het toepassen van de cognitieve therapie in de groep wordt een lijst gemaakt van cognities die samenhangen met het hebben van littekens. Veel voorkomende cognities of automatische gedachten zijn: 'ik ben minder waard dan anderen', 'ik zal altijd weer in de steek gelaten worden', 'ik ben geen echte vrouw'. Aan de hand van het zogenaamde Gedachte-Gevoel-Gedrag schema wordt duidelijk gemaakt hoe deze cognities een rol spelen in het zelfbeeld en het contact met anderen.

Daarnaast vindt psycho-educatie plaats aan de hand van de 'denkfouten' van Beck. De denkfouten die veel voorkomen zijn: 'gedachten lezen' en 'negatieve toekomst voorspellen'. Binnen het onderdeel cognitieve therapie wordt het zelfbeschadigend taalgebruik altijd gecorrigeerd. Zo wordt de formulering van bijvoorbeeld 'dat smerige stuk huid daar' anders geformuleerd tot 'waar dat geribbelde litteken zit'.

Tijdens de volgende sessies krijgen de deelnemers de opdracht hun negatieve cognities uit te dagen. De groep onderzoekt wat voor de persoon in kwestie de meest beschadigende cognitie is, en met behulp van de groep wordt een krachtige tegengedachte geformuleerd, genaamd: het motto. De deelnemers zetten het motto op een kaartje en dragen dat bij zich. In moeilijke situaties kunnen zij teruggrijpen naar het motto. Een man die zo onzichtbaar mogelijk wil zijn door angst voor afwijzing, kiest het motto: 'kijk maar, hier ben ik!'. Hij neemt als huiswerk minder verhullende kleding te dragen en anderen te bekijken op straat. Hierdoor zal zijn lichaamshouding ook veranderen. Als gedragsexperiment (ten Broeke, Schurink, de Jong & Korrelboom, 2003) bezoekt hij de kapper en legt daar precies uit hoe hij geknipt moet worden, in plaats van te zeggen: 'doe maar wat, het maakt toch niets uit'. Een vrouw neemt het motto 'ik ben een echte vrouw' en koopt voor het eerst mooi ondergoed.

Tenslotte helpt de oefening 'meerdimensionale evaluatie' de cliënt zichzelf te beoordelen op een aantal voor hem relevante eigenschappen zoals eerlijkheid, humor, intelligentie, etc. Het patroon om zichzelf alleen te beoordelen op uiterlijk wordt hiermee doorbroken.

Sociale vaardigheidstraining

In de sociale vaardigheidstraining leren de deelnemers adequater te reageren op reacties van anderen en gevoelens te uiten in de meer intieme sfeer. De deelnemers oefenen in rollenspelen hoe ze willen reageren op veel voorkomend gedrag van anderen in het sociale leven, zoals aangestaard worden en indringende

vragen over het ongeval. Ook leren zij gevoelens van verdriet te uiten bij goede vrienden en de schaamtegevoelens over de littekens onder woorden te brengen met het doel de schaamte te doen afnemen. Ook wordt aandacht besteed aan het bewust vragen om complimenten: 'wat vind je van mijn billen?' of 'vind je me eigenlijk mooi?'.

In de rollenspelen worden technieken als rolwisseling gebruikt. Door de rol van 'publiek' aan te nemen leert iemand zich te verplaatsen in de verlegenheid die mogelijk bij de ander speelt. Daardoor ontstaat er ruimte zich te realiseren dat er niet altijd sprake is van afwijzing door de ander. Veel generalisatie treedt op vanuit geoefende situaties: eenmaal assertief over bijvoorbeeld het niet willen vertellen over het ongeluk, maakt dit je op andere gebieden ook steviger.

Spiegelen

De spiegeltechniek wordt gebruikt bij de behandeling van anorexia. Bij deze techniek onderzoekt de cliënt zijn lichaamsbeeld in een grote spiegel. Echter, uit onderzoek blijkt dat mensen met een negatief zelfbeeld vooral gefixeerd zijn op de negatief beoordeelde lichaamsdelen (Jansen, Nederkoorn, & Mulkens, 2005). Daarom wordt het spiegelen specifiek gericht op de gebieden die in de lichaamstekening groen gemaakt zijn zodat er compensatie kan ontstaan door te kijken naar gebieden waarop men trots is.

Een tweede doel van het spiegelen is het corrigeren van inschattingsfouten over zichtbaarheid. In de spiegel kan de cliënt waarnemen op welke afstand zijn littekens zichtbaar zijn. De meeste cliënten schatten dit vaak verkeerd in. Zij menen dat hun littekens al op grote afstand zichtbaar zijn.

Ten derde wordt er voor de spiegel ook geëxperimenteerd met minder bedekkende kleding als vorm van exposure. Als gevolg van deze exposure wordt het draaglijker om naar bepaalde lichaamsdelen te kijken en zal men ook andere, minder bedekkende kleding gaan dragen in het dagelijkse leven. Ook kan het spiegelen leiden tot bijvoorbeeld een betere huidverzorging omdat dan opvalt dat de huid te droog is.

Na deze sessie wordt het zelf thuis spiegelen gestimuleerd. Maar het wordt afgeraden te spiegelen als men een sombere stemming heeft. Bij mensen die gewend waren dwangmatig veel in de spiegel te kijken, zoals ook bekend bij Body Dysmorphic Disorder (BDD), wordt response preventie toegepast (Veale, 2004). De cliënt krijgt bijvoorbeeld de opdracht in plaats van acht keer zijn/haar uiterlijk te controleren, slechts één à twee keer in de spiegel te kijken.

De spiegelmethode wordt toegepast na de cognitieve therapie. De cliënt heeft zijn motto dan al in moei-

lijke situaties gebruikt en is vertrouwd geraakt met de corresponderende lichaamshouding. Zo zal de vrouw met het motto: 'kijk maar, ik ben een vrouw', op zoek gaan in de spiegel naar wat haar vrouw maakt (haar haren, heupen, etc.).

Ervaringen uit de praktijk

Inmiddels hebben een 40-tal mensen aan de groepstherapie deelgenomen in zeven groepen en zien we nagenoeg geen uitvallers. Er is een grote mate van herkenning en erkenning waardoor er een sterke cohesie, hoge intimiteit en veiligheid is. Vaak heeft men jaren niet meer over de littekens gesproken door negatieve reacties van de buitenwereld, bijvoorbeeld: 'zit je daar nog steeds mee? Het is al jaren geleden gebeurd'.

De meeste deelnemers geven na afloop aan tevreden te zijn. Bovendien blijkt uit de lichaamstekeningen dat zich inderdaad positieve veranderingen voltrekken. Dit kan zijn dat de lichaamstekening meer groene zones omvat of dat er een bewustwording is opgetreden die bijvoorbeeld leidt tot het overwegen van een reconstructieve ingreep en als dusdanig het probleem niet langer te negeren maar aan te pakken.

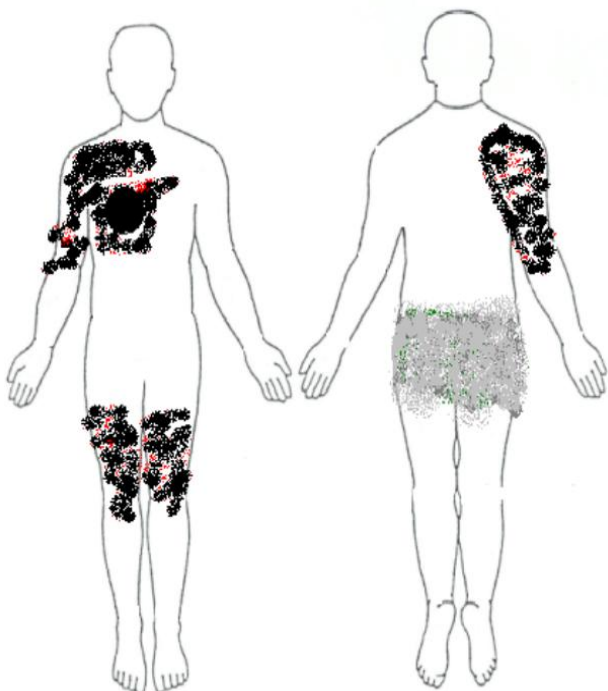
Casus

Els heeft als 3-jarig meisje brandwonden opgelopen bij de burens waar ze de frituurpan over zich heen kreeg. De linkerkant van haar romp vertoont ernstige littekens waardoor haar linkerborst zich niet heeft kunnen ontwikkelen. Ze herinnert zich als kind dat haar moeder op verjaardagen haar bloesje omhoog deed en aan de gasten liet zien 'hoe verschrikkelijk het er uit zag'. Vanaf de pubertijd vermijdt ze alle sportactiviteiten omdat ze niet durft te douchen in het openbaar. Op 28-jarige leeftijd laat ze een borstreconstructie uitvoeren waarover ze naar eigen zeggen tevreden is. Kort daarna ontmoet ze haar huidige man. Ze heeft seksueel contact met hem mits het licht uit is en zij onder de dekens ligt. Haar man mag haar linkerborst en bovenarm niet aanraken. Ze meldt zich via haar man aan voor behandeling. Hij maakt zich zorgen om hun huwelijk omdat Els somber is en extreem jaloers reageert als hij op feestjes contact heeft met andere vrouwen.

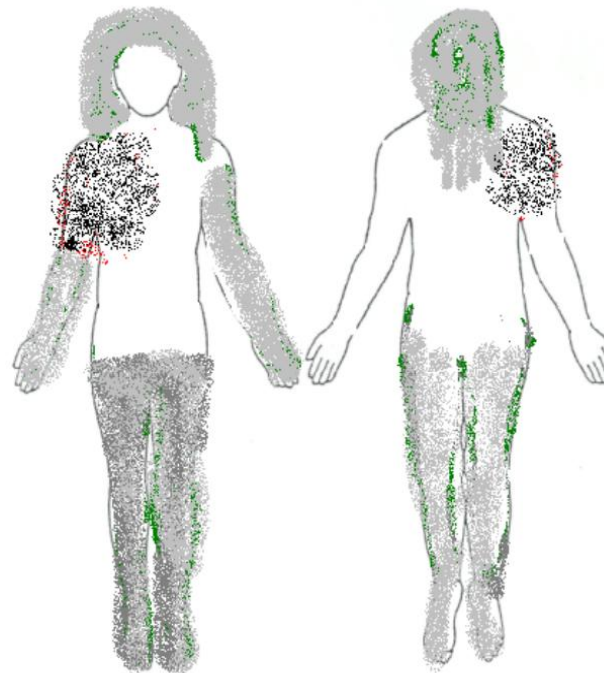
Tijdens de groepstherapie komen verschillende problemen aan het licht. In de lichaamstekening kleurt Els de linkerborst rood ondanks het feit dat ze aangeeft tevreden te zijn over de borstreconstructie. Na doorvragen blijkt zij in de nasleep van haar operatie een bacteriële infectie te hebben opgelopen die bijna dodelijk was. In de intake is deze operatie niet door haar vermeld. Deze traumatische ervaring belemmert haar te kunnen genieten van haar borst. Ze kan door twee EMDR sessies, naast de groepsbijeenkomsten, deze angst achter zich laten.

Daarnaast komt in de cognitieve therapie aan het licht hoe zij door haar negatieve lichaamsbeeld denkt dat

Figuur 1 Lichaamstekening in sessie 1



Figuur 2 Lichaamstekening in sessie 8



De zwarte kleur stemt overeen met de door de client ingekleurde rode delen (ontevreden), de grijze kleur stemt overeen met de door de client ingekleurde groene delen (tevrede)

haar man haar lelijk vindt en haar zal verlaten voor een mooie vrouw. De groep confronteert haar systematisch met haar uitspraken die een negatieve toekomst voorspellen. Haar motto wordt: 'kijk, ik ben een vrouw'. Tijdens de spiegelsessies gaat ze met haar motto letten op haar mooie lange haar en ze is blij met haar benen. Als huiswerkopdracht neemt zij stappen in het bloot door huis lopen. De schaamte neemt af en wordt, als hij zich voordoet, uitgesproken naar haar man. Deze ontwikkeling is terug te zien in haar laatste lichaams-tekening die veel meer groen laat zien en minder rood (zie figuur 1 en 2). Els vertelt in een laatste groeps-bijeenkomst dat ze meer geniet van de seksualiteit met haar man en ook vindt ze het prettig als haar man haar linkerborst streelt.

Door het maken van de lichaamstekening wordt de betekenis van de littekens helder. De ervaring leert dat het, naast de schaamteproblematiek, belangrijk is aandacht te besteden aan de traumatische ervaringen opgeslagen in het lichaam zoals beschreven in de casus. Daarnaast blijkt de combinatie van cognitieve therapie, oefenen van sociale vaardigheden en spiegelen, dit alles in een groep waarin (h)erkenning optreedt, in staat te zijn verandering teweeg te brengen.

Conclusie en discussie

Deze therapie is één van de weinige behandelingen voor mensen met uiterlijke onvolkomenheden met of zonder functionele beperkingen. Hij is vooral gericht op verbetering van het zelfbeeld en lichaamsbeeld en wil, door middel van ingrijpen in deze concepten, stre-

ven naar een zo bevredigend mogelijk leven voor de deelnemers. De meerwaarde van deze interventies in groepsvorm is zonder meer duidelijk. De deelnemers maken kennis met anderen met soortgelijke problemen en ze leren van elkaar adequate reacties. Zij kunnen elkaar stimuleren bij het uitvoeren van gedrags-experimenten.

In de groepstherapie wordt gebruik gemaakt van bestaande technieken waarvan de waarde bevestigd is. Binnen het brandwondenonderzoek is er enkel ervaring met sociale vaardigheidstraining voor mensen met een afwijkend uiterlijk (Robinson, Rumsey, & Partridge, 1996). Er is echter nog niet empirisch geëvalueerd wat de combinatie van bovenbeschreven technieken in concreto oplevert, op welke gebieden mensen de meeste verbetering laten zien en wie baat heeft bij deze behandeling.

Uit de kwalitatieve reacties van deelnemers blijkt alvast dat de groepstherapie positieve effecten heeft op een groot deel van de deelnemers. Ze geven aan beter te kunnen omgaan met reacties van andere mensen, veranderen hun levensstijl, geven aan meer respect te hebben voor zichzelf en laten een positieve verandering zien in hun lichaamstekeningen.

Wij menen dat deze therapie ook bij andere populaties positieve effecten kan teweegbrengen. Er zijn reeds positieve ervaringen opgedaan bij mensen met alopecia. Voor uitbreiding van de doelgroep kan ook gedacht worden aan bijvoorbeeld mensen met een stoma, am-

putaties, borstkanker en andere aandoeningen die invloed hebben op het zelfbeeld en lichaamsbeeld.

Referenties

- Bakker, A., van Loey, N., van Son, M. J. M., & van der Heijden, P. G. M. (in press). Mothers' long-term posttraumatic stress symptoms following a burn accident of their child. *Journal of Pediatric Psychology*.
- Faber, A. W., & van Loey, N. E. E. (2008). Brandwonden. In W. L. Gianotten, M. J. Meihuizen-de Regt & N. van Son-Schoones (Red.), *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking* (pp. 279-287). Assen: Van Gorcum.
- Jansen, A., Nederkoorn, C., & Mulken, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 183-196.
- Partridge, J. (1998). Changing faces: Taking up Macgregor's challenge. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, *19*, 174-180.
- Partridge, J., & Robinson, E. (1995). Psychological and social aspects of burns. *Burns*, *21*, 453-457.
- Robinson, E., Rumsey, N., & Partridge, J. (1996). An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *British Journal of Plastic Surgery*, *49*, 281-289.
- Scheffers, W. J. (2008). Trauma, lichaam en seksualiteit. In J. de Lange & R. J. Bosscher (Red.), *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp. 121-140). Amsterdam: Boom.
- Schoemaker, E. (2002). Spiegel van confrontatie. In M. Rekers & E. Schoemaker (Red.), *Gewichtige lichamen* (pp. 105-120). Leuven: Acco.
- ten Broeke, E., Schurink, G., de Jong, A., & Korrelboom, K. (2003). Gedragsexperimenten in cognitieve gedragstherapie: een stapsgewijze beschrijving. *Gedragstherapie*, *36*, 5-18.
- Thombs, B. D., Notes, L. D., Lawrence, J. W., Magyar-Russell, G., Bresnick, M. G., & Fauerbach, J. A. (2008). From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 205-212.
- van Loey, N. E. E., & van Son, M. J. M. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: Epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, *4*, 245-272.
- Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, *1*, 113-125.

Summary

A group therapy for individuals with burn scars

This publication describes a group therapy that focuses on the improvement of self-esteem in persons with burn scars. This intervention was developed by the Dutch Burns Foundation, built on the idea of a social skills training for this population. First, we will start by elaborating on background characteristics of this population and providing a rationale for the link with sexual problems. Second, the therapy will be presented in more detail and the techniques that are used are described. Finally, experiences from clinical practice including a case description will be discussed.