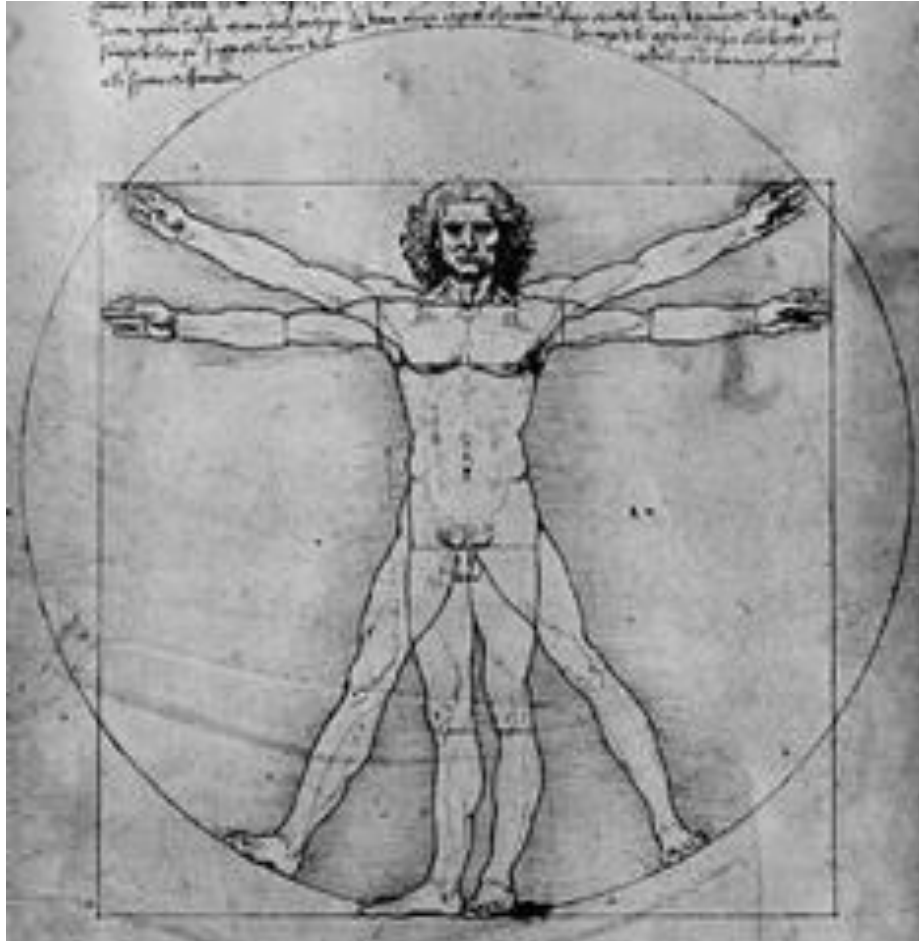


LICHAAMSBEWUSTZIJN

BIJ MANNEN MET EEN PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS



MASTER PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE 2009-2011

CHRISTELIJKE HOGESCHOOL WINDESHEIM, ZWOLLE

**AUTEUR: M.S. VAN DER STAR,
PSYCHOMOTORISCH THERAPEUT
FPC OOSTVAARDERSKLINIEK**

BEGELEIDSTER: DRS. W.J. SCHEFFERS

Samenvatting

Psychomotorische therapie in forensisch psychiatrische centra is veelal gericht op het herkennen van lichaamssignalen en spanning. Dit komt voort uit het op de klinische praktijk gebaseerde idee dat de mannen in behandeling binnen de kliniek zich weinig bewust zijn van hun lichaam en lichaamssensaties. De vraag is of deze opvatting terecht is. Daarom is in dit onderzoek een groep mannen uit een TBS instelling met een persoonlijkheidsstoornis cluster B ($n = 35$) vergeleken met een groep gezonde mannen ($n = 45$) ten aanzien van hun lichaamsbewustzijn. Vanwege de in de literatuur beschreven samenhang tussen lichaamsbewustzijn, lichaamsattitude en lichaamswaardering, waarbij lichaamsbeleving als overkoepelende term gehanteerd wordt, wordt naast lichaamsbewustzijn ook naar lichaamsattitude en lichaamswaardering gekeken. De volgende meetinstrumenten werden gebruikt: de Somatic Awareness Questionnaire (SAQ) voor het meten van lichaamsbewustzijn, de Dresdener vragenlijst lichaamsbeleving (DKB 35) voor het meten van lichaamsattitude en de Body Cathexis Scale (BCS) voor het meten van lichaamswaardering. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen op gebied van lichaamsbewustzijn zoals gemeten met SAQ. Ook op het gebied van lichaamswaardering werd geen significant verschil gevonden. Op drie van de vijf subcategorieën van de DKB 35, namelijk seksualiteit, waardering en contact werd wel een significant verschil gevonden, waarbij de groep mannen uit de kliniek significant lager scoorden dan de gezonde groep. Een gemiddeld tot hoge correlatie is gevonden tussen de vragenlijst gericht op lichaamsattitude (DKB 35) en de vragenlijst gericht op lichaamswaardering (BCS).

Het feit dat er bij mannen met een persoonlijkheidsstoornis cluster B wel verschillen in lichaamsattitude, maar niet in lichaamsbewustzijn gevonden werd, betekent voor de klinische praktijk dat mogelijk het aanbod binnen de psychomotorische therapie zich zou moeten verbreden naar andere dimensies van lichaamsbeleving, waaronder lichaamsattitude op gebied van waardering en contact.

Inleiding

Binnen Forensisch Psychiatrisch Centra (FPC's) worden diverse soorten therapieën gegeven aan voornamelijk mannelijke ter beschikking gestelden (TBS-ers), waaronder Psychomotorische Therapie (PMT). Indicaties voor PMT zijn voornamelijk gericht op spannings-, emotie- en impulsregulatie, waarbij meer in contact komen met het lichaam, herkennen van lichaamssignalen en herkennen van spanning vaak subdoelen zijn. Klinische indruk van de (vrouwelijke) therapeut is dat de patiënten in de kliniek zich niet of weinig bewust zijn van hun lichaam, de signalen die hun lichaam afgeeft en de spanning die ze in hun lichaam hebben. Maar is dit nu kenmerkend voor de mannelijke TBS patiënten of kenmerkend voor mannen in het algemeen?

Lichaamsbeleving en/of lichaamsbewustzijn?

Head en Holmes waren aan het begin van de vorige eeuw de eersten die een fundamentele omschrijving gaven van de begrippen lichaamsbeeld en lichaamsschema (in: Probst, 1994 p. 28). Sinds die tijd zijn er vele anderen geweest die begrippen toekenden aan de betekenis van het lichaam, allen vanuit hun eigen perspectief. Traub en Orbach stelden in 1964 dat het concept lichaam nooit bevredigend gedefinieerd werd. Er werden diverse begrippen gehanteerd, waarbij elk begrip zijn eigen lading dekte maar daarnaast begrippen elkaar ook overlaptten. Voorbeelden van begrippen uit die tijd zijn lichaamsattitude, lichaamsplan, lichaamsbeeld, lichaamsbeleving, lichaamservaring, lichaamsbewustzijn, lichaamsidee. Deze unidimensionele benadering leidde tot Babylonische spraakverwarring. De definities waren simpel en doorgaans gericht op één aspect van de lichaamsbeleving. Soms overdekte één en dezelfde term een andere lading, afhankelijk van de auteur en de denkrichting. Probst beschrijft in 1997 een definitie van lichaamsbeleving waarbij hij uitgaat van een multidimensionele benadering:

‘Lichaamsbeleving is een integratie van visuele en tactiele (exteroceptieve) informatie en perceptie en interpretatie van signalen, die van binnen uit het lichaam komen met subjectieve ervaringen van lichaamsfuncties (zowel affectief als emotioneel) en met ideeën en opvattingen (cognitief) over het eigen lichaam’

Tegenwoordig wordt ook in de Nederlandse vakliteratuur op het gebied van de psychomotorische therapie het begrip lichaamsbeleving multidimensioneel gedefinieerd.

Echter, in de literatuur wisselt de onderverdeling in en definitie van de subdimensies sterk (Scheffers, 2010). In de meer recente modellen is een meer gemeenschappelijk element te vinden: de

fenomenologische, persoonlijkheids-psychologische aspecten van lichaamsbeleving worden onderscheiden van de neuro-fysiologische waarnemingspsychologische aspecten.

Scheffers (2010) hanteert een werkmodel waarin zij lichaamsbeleving als overkoepelende term gebruikt. Daarbinnen onderscheidt zij 3 subdimensies van lichaamsbeleving, namelijk lichaamsattitude, lichaamswaardering en lichaamsbewustzijn.

Lichaamsbewustzijn als ‘vergeten’ factor bij mannen en geweld

Binnen de literatuur zijn er verschillende verklaringsmodellen te vinden over de reden dat mannen geweld gebruiken of agressief worden. Deze zijn in te delen aan de hand van het biopsychosociaal model.

Biologische benadering

Van Oosten, van der Vlugt en Brants (2009) geven aan dat bij mannen de rechter hersenhelft sterker ontwikkeld is dan de linker en dat daardoor mannen sneller primair reageren dan vrouwen. Hierdoor hebben zij meer zelfbeheersing nodig om goed om te gaan met hun emoties. Daarnaast is de verbinding tussen beide hersenhelften bij heteroseksuele mannen gemiddeld dunner dan bij vrouwen en homoseksuele mannen. Men denkt dat de hersenen van vrouwen hierdoor minder asymmetrisch zijn dan die van mannen en dat vrouwen hierdoor gemakkelijker verbindingen kunnen leggen tussen verschillende taken. Sommige wetenschappers zeggen dat vrouwen hierdoor ook beter hun gevoelens kunnen verwoorden. Van Oosten et al. (2009) geven aan dat androgenen hormonen zijn die seksueel gedrag en motorische activiteiten aansturen en vooral de dadendrang versterken. Mannen hebben gemiddeld een acht- tot negenmaal zo hoge androgenenspiegel (testosteron) dan vrouwen. Van Oosten et al. (2009) geven aan dat het meer riskante gedrag en de verhoogde prevalentie van gedragsstoornissen bij mannen mogelijk samenhangt met hun hogere testosterongehalte.

Psychologische benadering

Gewelddadigheid kan volgens van Genugten (1995) gezien worden als een uiting van opgespaarde woede. Achter die woede gaan hulpeloosheid, on vervulde wensen en contactarmoede schuil waarbij slaan gezien wordt als laatste middel voor de man. Van der Loo (1999) beschrijft dat mannen vervreemd raken van zichzelf en van het vermogen om pijnlijke ervaringen toe te laten en te verwerken. Volgens hem trekken mannen zich terug of overdekken slachtofferervaringen en -gevoelens met bravoure, waarbij ze zich risicovol gedragen en in uiterste gevallen overgaan tot dadergedrag, destructie en geweld om hun gekwetst zijn uit te ageren. Van der Loo geeft aan dat ze

hiermee de controle behouden en macht verwerven. Volgens hem wordt op deze manier kwetsing of krenking voorkomen.

Sociologische benadering

Volgens van der Loo (1999) worden door mannen en hun omgeving gevoelens als schaamte, angst en verdriet genegeerd of over het hoofd gezien. Deze emoties passen namelijk bij onmacht en slachtofferschap en zo willen mannen niet gezien worden. Mannen zijn eerder vatbaar voor gevoelens van boosheid, schuld of wraak dan vrouwen. Ze ontwikkelen een gevoel van eigenwaarde, dat gebaseerd is op beheersing en verdringing van onmacht en slachtofferervaringen. Op deze manier worden belangrijke onderdelen van het gevoelsleven uit het bewustzijn en de presentatie verdrongen. Volgens Goldstein e.a. (1998, in: Hornsveld, van Dam-Baggen, Lammers, Nijman & Kraaimaat, 2004) houdt agressief gedrag verband met probleemgedrag, zoals een slechte beheersing van emoties, een beperkt repertoire van sociale vaardigheden en antisociale attitudes.

In bovenstaande verklaringen valt op dat de beleving van het lichaam en contact met het lichaam geheel niet aan de orde komt. Toch speelt lichaamsbewustzijn mogelijk een belangrijke rol in het gebruik van agressie door mannen en het plegen van agressieve delicten. Dit wordt ook door het expertisecentrum forensische psychiatrie (EFP) (z.j.) onderstreept, op basis van een expertonderzoek onder vaktherapeuten werkzaam in de forensische psychiatrie. Uit dit onderzoek kwamen 7 dominante probleemgebieden naar voren die richting geven aan de behandeling van patiënten in de forensische psychiatrie. Twee van deze probleemgebieden zijn verstoorde waarneming (gefragmentariseerde verwerking en verstoorde interpretatie van betekenisvolle prikkels vanuit het lichaam of vanuit de omgeving) en verstoorde gevoelsexpressie. Binnen Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Oostvaarderskliniek wordt psychomotorische therapie (PMT) veelvuldig ingezet met als doel het lichaamsbewustzijn van de patiënt te vergroten.

De klinische ervaring van de therapeut is dat mannelijke patiënten moeite hebben hun lichaamssignalen en emoties te herkennen en te verwoorden en moeite hebben contact te maken met hun eigen beleving en gevoelens. Zoals eerder is beschreven heeft een groot gedeelte van de mannen in het algemeen hier ook moeite mee. Het vermoeden bestaat dat mannelijke patiënten zich minder bewust zijn van hun eigen lichaam dan mannen in het algemeen. Echter, tot op heden ontbreekt het aan onderzoek op dit punt. Binnen de forensische psychiatrie vormen de mannen de grootste groep, met 94% vormen mannen het overgrote deel van de populatie binnen de forensische psychiatrie. Naar schatting heeft 70% van de gehele TBS-populatie een persoonlijkheidsstoornis. Uit onderzoek is gebleken dat 66% van de TBS-gestelden voldoet aan de criteria voor een cluster B-

persoonlijkheidsstoornis (EFP, 2008). Daarom wordt in deze studie onderzocht of lichaamsbewustzijn bij TBS-patiënten, gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis cluster B verschilt van die van mannen in het algemeen. Wanneer hier duidelijkheid over is, kan de keuze voor PMT en voor specifieke interventies beter onderbouwd worden. Ook kan behandeling dan beter worden afgestemd op de patiënt en wordt het mogelijk vervolgonderzoek te doen naar het effect van PMT op lichaamsbewustzijn.

Leidende vraag in dit onderzoek is dan ook:

Is er een verschil in lichaamsbewustzijn tussen mannelijke TBS-patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis vergeleken met mannen in het algemeen?

Vanuit klinische ervaring is de verwachting dat mannen met een persoonlijkheidsstoornis een verminderd lichaamsbewustzijn hebben vergeleken met mannen in het algemeen.

Tot op heden is er weinig onderzoek gedaan naar lichaamsbeleving binnen de forensische psychiatrie. Aangezien er geen gegevens bekend zijn over lichaamsbeleving of één van de 3 subdimensies van lichaamsbeleving bij patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis binnen de forensische psychiatrie, worden naast de subdimensie lichaamsbewustzijn, ook de overige twee subdimensies gemeten: lichaamsattitude en lichaamswaardering.

Methode

Context van het onderzoek: de instelling

De Oostvaarderskliniek is een forensisch psychiatrisch behandelcentrum, gevestigd in Almere. De Oostvaarderskliniek valt onder de Dienst Justitiële Inrichtingen van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

In de Oostvaarderskliniek wordt reguliere behandeling van terbeschikkinggestelden (TBS) aangeboden. De maatregel TBS wordt opgelegd wanneer de dader van een ernstig misdrijf een psychiatrisch probleem of een persoonlijkheidsstoornis heeft en de rechter heeft bepaald dat er een verband is tussen de psychische stoornis en het misdrijf. Naast de reguliere behandeling van TBS-ers worden verschillende vormen van gespecialiseerde behandeling aangeboden. Het doel van de behandeling in de Oostvaarderskliniek is de samenleving te beschermen en te beveiligen tegen ernstige delictrisico's. De behandeling is primair gericht op rehabilitatie van de TBS-er. Dit kan

bijvoorbeeld door terugkeer in de samenleving maar wanneer dit niet haalbaar lijkt wordt gestreefd naar een zo humaan mogelijke, beveiligde leefomgeving (website FPC Oostvaarderskliniek, 2011).

Onderzoeksgroep

Het onderzoek betreft mannelijke patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Voor deze doelgroep is gekozen omdat op basis van literatuur te verwachten is dat mannen een verminderd lichaamsbewustzijn hebben. Daarnaast vormt deze groep de grootste groep binnen de forensische psychiatrie.

In de Oostvaarderskliniek behoren van de intramurale populatie (exclusief patiënten in de resocialisatiefase) 54 patiënten tot deze doelgroep. Deze zijn allen benaderd voor deelname aan dit onderzoek. In totaal hebben 35 patiënten hun medewerking verleend aan dit onderzoek.

Deze groep is vergeleken met een groep mannen die behoren tot de categorie ‘mannen in het algemeen’ en zij werden gematched op leeftijd. Deze groep is via email gevraagd deel te nemen aan dit onderzoek. Wanneer zij mee wilden doen, konden zij inloggen op www.thesisools.nl en daar online de vragenlijsten invullen. Ook is hen gevraagd de email door te sturen naar mannen in hun adressenbestand. In totaal hebben 45 mannen de vragenlijsten online ingevuld.

Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is een exploratief kwantitatief vergelijkend onderzoek dat gerelateerd is aan psychomotorische diagnostiek. Hierbij werd gebruik gemaakt van vragenlijsten (zelfrapportage), waarbij de variabelen lichaamsbewustzijn, lichaamsattitude en lichaamswaardering gemeten werden. Daarnaast werd een algemene vragenlijst afgenomen op gebied van leeftijd, opleidingsniveau, etniciteit en ervaring met therapieën gericht op het lichaam.

Meetinstrumenten

▪ Lichaamsbewustzijn:

Somatic Awareness Questionnaire (**SAQ**)(1996, Gijsbers, van Wijk en Kolk) (Zie bijlage 1).

De vragenlijst bestaat uit 25 stellingen over het bewustzijn en de gevoeligheid voor interne lichamelijke processen (bijvoorbeeld honger contracties in de maag) en de lichamelijke gesteldheid (bijvoorbeeld het energieniveau). Het gaat hierbij om de herkenning van lichaamssignalen en het rapporteren van deze sensaties. De stellingen worden gescoord op een 5-punts Likertschaal, waarbij de gemiddelde itemscore van de totale lijst wordt gehanteerd. De invuller kan bij de 25 stellingen kiezen uit:

helemaal niet – nauwelijks – enigszins – nogal – zeer

Uit onderzoek onder studenten van de Vrije Universiteit van Amsterdam bleek de Nederlandse versie van de SAQ een hoge interne consistentie ($\alpha = 0,82$) te hebben (Burger & Gianotten, 2011). Er wordt gebruik gemaakt van de gemiddelde score op de vragenlijst, welke kan liggen tussen 1 en 5. Een hoge score duidt op een hoge selectieve aandacht voor het lichaam (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996). Onderzoek van Scheffers en Bosscher geeft een normwaarde voor een niet-klinische groep mannen van 2.99 met een standaarddeviatie van 0,43.

▪ Lichaamsattitude:

Dresdener vragenlijst lichaamsbeleving (**DKB 35**) (Pöhlmann, Thiel & Joraschky, 2007;

Nederlandse vertaling Scheffers, Bosscher, Kalisvaart & Bühring, 2009) (Zie bijlage 2).

De vragenlijst bestaat uit 35 uitspraken verdeeld over 5 dimensies gericht op de houding ten opzichte van het lichaam en over hoe het lichaam wordt beleefd. De vijf dimensies zijn:

- vitaliteit, bijvoorbeeld: 'ik ben lichamelijk fit'. De verschillende uitspraken gaan over hoe mensen hun lichaam ervaren met betrekking tot belastbaarheid en mate van energie.
- acceptatie, bijvoorbeeld: 'ik ben tevreden met mijn uiterlijk'. De verschillende uitspraken zijn gericht op hoe mensen hun lichaam waarderen en accepteren.
- seksualiteit, bijvoorbeeld: 'ik kan van mijn seksualiteit genieten'. De verschillende uitspraken zijn gericht op hoe mensen hun seksualiteit waarderen zowel met als zonder partner.
- waardering, bijvoorbeeld: 'ik sta graag in het middelpunt van de belangstelling'. De verschillende uitspraken gaan over hoe mensen hun lichaam waarderen en presenteren.
- contact, bijvoorbeeld: 'ik vind het prettig wanneer iemand me omarmt'. De verschillende uitspraken gaan over hoe mensen afstand en nabijheid ervaren.

De uitspraken worden gescoord op een 5-punts Likertschaal, waarbij de invuller scoort in hoeverre een uitspraak op hem van toepassing is. De invuller kan kiezen uit:

niet – nauwelijks – gedeeltelijk – voor een groot deel – volledig

Bakayoko en Rosendahl (2011) hebben de psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse versie van de DKB 35 onderzocht onder een niet-klinische populatie. Zij vonden een hoge interne consistentie van de verschillende subschalen. De correlaties zijn matig tot laag, wat aantoont dat de subschalen van de DKB 35 verschillende aspecten van de lichaamsbeleving meet en de vragenlijst multidimensioneel is.

Onderzoek van Scheffers (2011) geeft een normscore voor gezonde mannen van 3,80 op de totale vragenlijst met een standaarddeviatie van 0,42. Voor de subschalen zijn dit de volgende

normscores: vitaliteit 4,02 (.55), acceptatie 3,88 (.57), seksualiteit 4,00 (.64), waardering 3,23 (.55) en contact 3,86 (.59).

- Lichaamswaardering:

Body Cathexis Scale (**BCS**) (Secord & Jourard, 1953, Nederlandse versie 40 items door Basten & Dorhout, 2006) (Zie bijlage 3)

De vragenlijst bestaat uit 40 items die betrekking hebben op het lichaam en op het functioneren daarvan. De items worden gescoord op een 5-punts Likertschaal, waarbij de invuller scoort in hoeverre hij tevreden is met betrekking tot dat item. De invuller kan kiezen uit 5 opties van zeer ontevreden tot zeer tevreden. Daarnaast bevat de lijst een vraag met betrekking tot waardering van het lichaam in het algemeen, ook hier wordt een 5-punts Likertschaal gehanteerd. Tot slot wordt geïnventariseerd door middel van een open vraag welke items belangrijk of meest bepalend zijn bij de waardering van het eigen lichaam. De invuller wordt gevraagd 5 items te noemen. Basten en Dorhout (2006) hebben onderzoek gedaan onder hoger onderwijs studenten. Zij onderzochten onder andere de betrouwbaarheid en validiteit van de BCS. Uit dit onderzoek bleek dat de interne consistentie goed is. Er wordt gebruik gemaakt van de gemiddelde score op de vragenlijst, welke kan liggen tussen 1 en 5. In het onderzoek van Basten en Dorhout (2006) werd een gemiddelde score op de BCS voor mannen gevonden van 3,83 met een standaarddeviatie van 0,38. De range lag tussen 3,08 en 4,78.

- Algemene vragenlijst (zie bijlage 4)

De vragenlijst bevat 4 vragen gericht op leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau en ervaring met lichaamsgerichte therapieën en/of trainingen. Bij de onderzoeksgroep wordt informatie uit het patiënten dossier gebruikt om de diagnostische gegevens in kaart te brengen.

Onderzoeksprocedure

Om de onderzoeksgroep te vormen is er eerst een overzicht gemaakt van de intramurale populatie in de Oostvaarderskliniek. Hierin zijn alle patiënten opgenomen welke voldoen aan de criteria voor deelname aan het onderzoek; een cluster B persoonlijkheidsstoornis (inclusief comorbiditeit). Deze populatie bestond uit 54 patiënten. Deze patiënten zijn alleen door de onderzoekster persoonlijk benaderd voor deelname aan het onderzoek. Zij kregen zowel een mondelinge als schriftelijke (zie Bijlage 5) uitleg over het onderzoek en over de procedure, waarbij benadrukt werd dat deelname vrijwillig en zonder enige consequenties was. Van de 54 patiënten besloten er 35 deel te nemen aan het onderzoek. Reden van niet deelnemen was hoofdzakelijk gekoppeld aan het niet eens zijn met de veroordeling TBS, van daaruit niet mee werken aan behandeling en ook geen medewerking verlenen aan dit onderzoek. Wanneer zij besloten deel te nemen, werd hen gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen (zie Bijlage 6) en werd een afspraak met hen gemaakt om de vragenlijsten te komen invullen. Dit invullen vond plaats in een gesprekskamer in het voorgebouw van de kliniek waarbij de patiënt alleen in de gesprekskamer aanwezig was. Onderzoekster was beschikbaar in het kantoor naast de gesprekskamer voor het beantwoorden van vragen. Hierbij gaf zij voornamelijk als antwoord 'vul in wat jou het beste antwoord lijkt'.

Voor het vormen van de controlegroep is er een email opgesteld (zie Bijlage 7) en via www.thesistools.nl zijn de vragenlijsten online gezet. De email is door de onderzoekster verstuurd naar alle mannen in haar adressenbestand. In totaal hebben 45 mannen online de vragenlijst ingevuld. Om de groepen te kunnen matchen op leeftijd wordt in de email gevraagd om deel te nemen wanneer het geboortjaar ligt tussen 1945 en 1990 (dit is de spreiding van de onderzoeksgroep).

Statistische analyse

Voor het analyseren van de data is gebruik gemaakt van SPSS versie 18.0. De descriptieve gegevens (leeftijd, etniciteit, opleiding en therapie-ervaring) van beide groepen worden weergegeven en vergeleken met behulp van de Chi²-toets. Met behulp van de Shapiro-Wilk test is bepaald dat er sprake is van een normale verdeling van de variabelen lichaamsbewustzijn, lichaamsattitude en lichaamswaardering, waaruit bleek dat er parametrisch getoetst kon worden. Voor de 3 vragenlijsten en ook de subcategorieën van de DKB 35 zijn er onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd, om de gemiddelden met elkaar te vergelijken. Tot slot is er met behulp van Pearson's correlatiecoëfficiënt bepaald wat de samenhang tussen de scores op de vragenlijsten is.

Resultaten

Met behulp van de algemene vragenlijst is een overzicht gemaakt van de descriptieve gegevens.

Beide groepen zijn met elkaar vergeleken met behulp van de Chi²-test.

Tabel 1

<i>Algemene kenmerken: leeftijd</i>		
	Onderzoeksgroep	Controlegroep
Gemiddelde leeftijd	42	45
Standaarddeviatie	10,15	12,55
Range	43	43
Oudste	65	67
Jongste	22	24

Met behulp van de Chi²-toets bleek dat beide groepen op gebied van leeftijd niet significant verschilden van elkaar ($p = 0.42$).

Tabel 2

<i>Algemene kenmerken: etniciteit</i>		
	Onderzoeksgroep	Controlegroep
Nederlander	74,3% (26/35)	95,6% (43/45)
Turk	0% (0/35)	0% (0/45)
Marokkaan	2,9% (1/35)	0% (0/45)
Surinamer	5,7% (2/35)	0% (0/45)
Antilliaan/Arubaan	2,9% (1/35)	0% (0,45)
Anders, namelijk....	14,3% (5/35)	4,4% (2/45)
waarden weergegeven in percentage (aantal/n)		

Met behulp van de Chi²-toets bleek dat beide groepen op gebied van etniciteit niet significant verschilden van elkaar ($p = 0.08$).

Tabel 3

Algemene kenmerken: opleidingsniveau		
	Onderzoeksgroep	Controlegroep
Universiteit / Wetenschappelijk Onderwijs (WO)	2,9% (1/35)	11,1% (5/45)
Hoger beroepsonderwijs (HBO)	8,6% (3/35)	62,2% (28/45)
HAVO /VWO	0% (0/35)	4,4% (2/45)
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)	22,9% (8/35)	15,6% (7/45)
Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO / VMBO-t)	20% (7/35)	4,4% (2/45)
Lager beroepsonderwijs (LBO) / VMBO	25,7% (9/35)	2,2% (1/45)
Basisonderwijs	8,6% (3/35)	0% (0/45)
Geen onderwijs	11,4% (4/35)	0% (0/45)
waarden weergegeven in percentage (aantal/n)		

Met behulp van de Chi²-toets bleek dat beide groepen op gebied van opleidingsniveau significant verschilden van elkaar (p = 0.00).

Tabel 4

Algemene kenmerken: therapie-ervaring		
	Onderzoeksgroep	Controlegroep
haptonomie / haptotherapie	0%	6,7%
psychomotorische therapie (PMT)	82,9%	8,9%
integratieve bewegingstherapie (IBT)	0%	2,2%
gestalttherapie	0%	2,2%
acceptance and commitment therapie (ACT)	0%	0%
dialectische gedragstherapie (Linehan)	20%	0%
yoga en/of meditatievormen	8,6%	4,4%
ademhalings- en ontspanningsoefeningen	28,6%	6,7%
mindfulness	11,4%	2,2%
anders, namelijk	37,1%	6,7%
geen	5,7%	77,8%
waarden weergegeven in percentage (aantal/n)		

Met behulp van de Chi²-toets bleek dat beide groepen op gebied van ervaring met therapieën significant verschilden van elkaar (p = 0.00).

Door middel van een onafhankelijke t-toets werd gekeken of de gemiddelden van de twee groepen aan elkaar gelijk zijn. Dit werd voor de 3 vragenlijsten en ook voor de subschalen van de DKB 35 gedaan.

Tabel 5

Gemiddelden en Independent Samples T-test voor SAQ, DKB 35 (inclusief subschalen) en BCS					
	Gemiddelde		Onafhankelijke t-toets		
	Onderzoeks- groep	Controle- groep	Significantie (2-zijdig getoetst)	t-waarde	Vrijheidsgraad
SAQ	3,13	3,02	0,39	0,84	78
DKB 35	3,38	3,57	0,10	-1,66	78
Subschaal Vitaliteit	3,68	3,85	0,24	-1,21	78
DKB 35					
Subschaal Acceptatie	3,75	3,65	0,56	0,59	78
DKB 35					
Subschaal Seksualiteit	3,39	3,76	0,03*	-2,23	78
DKB 35					
Subschaal Waardering	2,57	2,85	0,04*	-2,10	78
DKB 35					
Subschaal Contact	3,28	3,70	0,02*	-2,50	78
DKB 35					
BCS	3,57	3,73	0,28	-1,14	78
gemiddelde op schaal van 1-5 * p < 0,05					

Zowel op de SAQ als op de BCS en de totaalscore van de DKB 35 was er geen significant verschil tussen de groepen. Op de subschalen van de DKB 35 seksualiteit, waardering en contact was er wel significant verschil tussen beide groepen, waarbij de onderzoeksgroep significant lager scoort dan de controlegroep.

Voor het bepalen van correlatie tussen de 3 vragenlijsten werd Pearson's correlatiecoëfficiënt berekend over de gehele groep (onderzoeksgroep plus controlegroep (n = 80)).

Tabel 6

<i>Pearson's correlatiecoëfficiënt tussen SAQ, DKB 35 en BCS</i>				
		SAQ	DKB 35	BCS
SAQ	Pearson Correlation	1	0,02	0,09
	Sig. (2-tailed)		0,83	0,43
	N	80	80	80
DKB 35	Pearson Correlation	0,02	1	0,44**
	Sig. (2-tailed)	0,83		0,00
	N	80	80	80
BCS	Pearson Correlation	0,09	0,44**	1
	Sig. (2-tailed)	0,43	0,00	
	N	80	80	80

**** correlatie is significant $p < 0,01$**

Er was een significante correlatie tussen de DKB 35 en de BCS. Tussen de SAQ en de DKB 35 werd geen correlatie gevonden. Tussen de BCS en de SAQ is er geen sprake van correlatie. Wanneer voor beide groepen apart gekeken wordt naar de samenhang tussen de vragenlijsten, is er geen verschil met bovenstaande uitkomst.

Discussie

In dit onderzoek werd geen verschil gevonden in de mate van lichaamsbewustzijn van mannen met een persoonlijkheidsstoornis binnen een forensische psychiatrische instelling en gezonde mannen. In tabel 4 is te zien dat er een significant verschil is op gebied van therapie-ervaring tussen beide groepen. Te zien is dat van de onderzoeksgroep 82,9% langer dan 3 maanden ervaring heeft met PMT, tegenover 8,9% in de controlegroep. Het zou dus zo kunnen zijn dat het lichaamsbewustzijn, onder andere door het volgen van PMT, dusdanig verbeterd is dat er geen verschil is.

Aan de andere kant is het van belang in ogenschouw te nemen dat lichaamsbewustzijn hier werd gemeten met behulp van een zelfrapportagelijst, de DKB 35. Zelfrapportage-instrumenten zijn minder geschikt voor gebruik in de forensische setting (EFP, 2008), wat zou kunnen betekenen dat de betrouwbaarheid van de uitkomsten minder is. Kijkend naar de uitkomsten van dit onderzoek is het aan te bevelen vervolg onderzoek te doen waarbij gebruik wordt gemaakt van een aantal

verschillende soorten instrumenten, waaronder bijvoorbeeld een interview, om zo de betrouwbaarheid en validiteit van de uitkomsten te vergroten onder deze doelgroep. Hoewel deelname geschiedde op vrijwillige basis, kan dit voor de patiëntenpopulatie anders ervaren worden, aangezien zij zich in een gedwongen, strafrechtelijk kader bevinden. Dit kan de resultaten beïnvloeden. Mogelijk is de sociale wenselijkheid onder de forensische populatie hierdoor hoger. Daarnaast is verzuimd bij de controlegroep te vragen naar een psychische stoornis. Hierdoor kan het zijn dat in de controlegroep mannen hebben gezeten met al of niet geëvalueerde psychische stoornissen. Daarnaast waren beide onderzoeksgroepen te klein om te kunnen matchen op opleidingsniveau en/of etniciteit. Op gebied van opleidingsniveau is er een significant verschil aangetoond tussen beide groepen. Beiden zouden van invloed kunnen zijn op de mate van lichaamsbewustzijn, lichaamsbeleving en lichaamswaardering. Ook dient rekening gehouden te worden met een verschillende afname bij beide groepen, namelijk bij de onderzoeksgroep een face-to-face benadering met afname op papier en bij de controlegroep een benadering via email met afname via internet. Bij de controlegroep is er mogelijk sprake van een selectie bias. Dit is zichtbaar in tabel 3, waarbij opvalt dat de controlegroep significant hoger is opgeleid dan de onderzoeksgroep.

Naast lichaamsbewustzijn, is ook gekeken naar andere dimensies van lichaamsbeleving, waaronder lichaamsattitude, gemeten met de DKB 35. Kijkend naar de vergelijking van het gemiddelde van de gehele vragenlijst, is hier geen significant verschil op te merken (0,10). De subschalen seksualiteit (0,03), waardering (0,04) en contact (0,02) leveren echter wel significante verschillen op. Voor alle drie de subschalen geldt dat de onderzoeksgroep significant lager scoorde dan de controlegroep. Op gebied van seksualiteit was deze lagere score bij de onderzoeksgroep te verwachten. In tegenstelling tot de controlegroep hebben zij vaak geen relatie of zien zij hun partner slechts in beperkte mate of onder toezicht. Ook beschikken zij over beperkte mogelijkheden om hun seksuele behoefte te bevredigen. Ook de lagere score op de subschaal waardering zou te verklaren kunnen zijn. Met het plegen van het delict en daarmee het krijgen van het 'stempel' TBS, wordt er door de maatschappij met een zeer negatieve bril op de onderzoeksgroep neergekeken en worden zij door de maatschappij niet gewaardeerd. Deze houding van de maatschappij zou hun zelfwaardering kunnen beïnvloeden. Daarnaast maken zij geen deel meer uit van het dagelijks leven en de reguliere maatschappij, ze vervullen geen functie meer. De kans is aanwezig dat hun eigenwaarde en zelfrespect hierdoor een flinke deuk heeft opgelopen, wat invloed kan hebben op de wijze van presenteren van zichzelf en hun lichaam. Tot slot de lagere score op de subschaal contact. Ook deze lijkt te verklaren door het leven in een gesloten setting. De onderzoeksgroep wordt 24 uur per dag, 7 dagen per week geobserveerd en in de gaten gehouden. Het thema grenzen, afstand en nabijheid wordt continu aan de orde gesteld, aangezien iedere patiënt in zijn delict fors grensoverschrijdend is geweest. Op een

bijna kunstmatige wijze wordt hen grenzen aangeleerd, waarbij met name afstand belangrijk is. Met een negatieve bril wordt gekeken naar contact en aanraken, waarbij de positieve kant ervan vaak wordt vergeten. Daarnaast zou het mogelijk zo kunnen zijn dat een lagere score op deze subschaal een voorspeller kan zijn van het plegen van een delict. Het zou kunnen zijn dat mensen die laag scoren op deze subschaal, een negatieve ervaring hebben met aanraking, mogelijk affectief verwaarloosd zijn of waarbij negatieve aanraking, bijvoorbeeld seksueel misbruik, onderdeel is van zijn geschiedenis. Klinische indruk is dat misbruik, affectieve verwaarlozing en mishandeling veelvoorkomend zijn in de vroege levensjaren van de forensische psychiatrische populatie.

Ondanks het niet geheel kunnen matchen van beide groepen en een kleine onderzoeksgroep, volgen de uitkomsten dezelfde trend als in het onderzoek van Scheffers (2011), waarbij de mannen in de onderzoeksgroep lager scoren dan de mannen in de gezonde groep.

Wanneer we ervan uitgaan dat het niet kunnen aantonen van een verschil in lichaamsbewustzijn tussen beide groepen te verklaren is door het significante verschil in therapie-ervaring, met name PMT, kan gesteld worden dat er doorgegaan moet worden met het aanbieden van PMT gericht op spannings-, emotie- en impulsregulatie binnen de forensische psychiatrie. Aan te bevelen is echter om vervolgonderzoek te doen, waarbij de klinische populatie geen lichaamsgerichte therapie- en/of PMT ervaring heeft, zodat gekeken kan worden of het niet aantonen van een verschil daadwerkelijk bepaald is door het significante verschil in therapie-ervaring.

Wanneer we ervan uitgaan dat er geen verschil is tussen beide groepen op gebied van lichaamsbewustzijn, betekent dit nog niet dat binnen de PMT geen aandacht meer moet zijn voor spannings-, emotie- en impulsregulatie. Aan te bevelen is dat de aandacht zich niet alleen richt op lichaamsbewustzijn, maar zich verbreed naar andere dimensies van lichaamsbeleving, zoals lichaamsattitude waaronder contact en waardering. Gezien de samenhang tussen de vragenlijsten gericht op lichaamsattitude en lichaamswaardering, zou het ook mogelijk kunnen zijn de PMT te richten op het verbeteren van lichaamswaardering, om op indirecte wijze de lichaamsattitude te verbeteren, aangezien op 3 subschalen van de vragenlijst gericht op lichaamsattitude, wel een significant verschil werd aangetoond.

Geconcludeerd kan worden dat in dit onderzoek geen significant verschil gevonden werd ten aanzien van lichaamsbewustzijn bij mannen met een cluster B persoonlijkheidsstoornis in de forensische psychiatrie vergeleken met gezonde mannen ten aanzien van hun lichaamsbewustzijn. Wel zijn er significante verschillen gevonden ten aanzien van drie subschalen van de DKB 35 namelijk

seksualiteit, waardering en contact. Vervolgonderzoek zou zich moeten richten op een onderzoeksgroep zonder lichaamsgerichte therapie- en/of PMT-ervaring. Voor de klinische praktijk betekenen deze resultaten dat mogelijk het aanbod binnen de PMT zich zou moeten verbreden naar andere dimensies van lichaamsbeleving, waaronder waardering en contact.

Literatuurlijst

Bakayoko, E. & Rosendahl, C. (2011). *Psychometric properties of the Dutch version of the Dresdener Körperbildfragebogen*. Onderzoeksverslag. Amsterdam: Faculty of Human Movement Sciences, Vrije Universiteit.

Basten, M. G. J., & Dorhout, M. (2006). *De Body-Cathexis Schaal. Betrouwbaarheid, validiteit, dimensionaliteit en normering*. Amsterdam: Onderzoeksverslag Faculteit der Bewegingswetenschappen Vrije Universiteit Amsterdam.

Burger, M. & Gianotten, K. (2011). *Psychometric Properties of the Somatic Awareness Questionnaire (SAQ)*. Onderzoeksverslag. Amsterdam: Faculty of Human Movement Sciences, Vrije Universiteit.

Emck, C., Hamming, M.N. en Bosscher, R.J. (2010). *PsyMot. Psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar (2^e ed.)*. Utrecht: 't Web.

Experticeentrum Forensische Psychiatrie (EFP) (2008). *Persoonlijkheidsstoornissen. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht.

FPC Oostvaarderskliniek (2011). *De Oostvaarderskliniek. Missie en Visie. TBS*. Almere. Van het World Wide Web gehaald op 8 mei 2011: www.oostvaarderskliniek.nl

Gemmert, N. van, & Schijndel, C. van (2010). *TBS in getal. 2005-2009*.

Genugten, W. van (1995). *Seksespecifiek hulpverlening*. Baarn: uitgeverij Nelissen B.V.

Gijsbers van Wijk, C.M.T., & Kolk, A.M. (1996). Psychometric Evaluation of Symptom Perception Related Measures. *Personality and Individual Differences*, 20 (1), 55-70.

Hornsveld, R.H.J., van Dam-Baggen, C.M.J., Lammers, S.M.M, Nijman, H.L.I. & Kraaimaat, F.W. (2004). Forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: persoonlijkheidskenmerken en gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (3), (133-142).

Loo, J. van der (1999). *Mannen en intake. Handleiding voor een seksspecifieke intake van mannelijke cliënten in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Transact.

Mehling, W.E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C.J., Hecht, F.M., Stewart, A. (2009). *Body awareness: Construct and Self-Report Measures*. PLoS ONE 4(5): e5614.doi:10.1371/journal.pone.0005614

Oosten, N. van, Vlucht, I. van der, Brants, L. (2009). *Seksespecifieke hulpverlening*. Bussum: Coutinho.

Probst, M. (1994). Het menselijk lichaam in de psychiatrie: problematiek in beweging. In: D. de Brauwier & L. Konsten (red.), *Relationele lichaamsbeelden* (pp. 27 – 44). Leuven: Acco.

Probst, M. (1997a). *Body experience in eating disorder patients*. Dissertation, Kortenberg: University Center Sint-Jozef.

Rekkers, M. (2002). De rol van de lichaamsbeleving. In Rekkers, M. en Schoemaker, E. (red.) (2002). *Gewichtige lichamen. Lichaamsbeleving en eetstoornissen* (pp. 49 – 72). Leuven: Acco.

Scheffers W. J., Rekkers, M & Bosscher, R. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving?. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 21-29.

Scheffers, W.J. (2010). *Meetinstrumenten op het gebied van lichaamsbeleving*. Presentatie op congres NVPMT, gegeven op 5 november 2010.

Smeijsters, H., Cleven, G. (z.j.). *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

Bijlage 1: Somatic Awareness Questionnaire (SAQ)

De volgende vragenlijst bevat een aantal uitspraken die meer of minder op u van toepassing kunnen zijn.

Geef telkens aan in hoeverre de uitspraak voor u opgaat.

1. Ik merk dat mijn lichaam verschillend reageert op diverse soorten voedsel.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

2. Als ik mij stoot weet ik of het een blauwe plek wordt of niet.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

3. Ik voel het altijd wanneer ik me zó ingespannen heb, dat ik er de volgende dag last van heb.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

4. Ik ben me altijd bewust van veranderingen in mijn energie niveau, wanneer ik bepaald voedsel heb gegeten.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

5. Ik voel van te voren aankomen wanneer ik griep krijg.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

6. Ik weet wanneer ik koorts heb, zonder dat ik mijn temperatuur hoeft op te nemen.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

7. Ik kan onderscheid maken tussen moeheid door honger en moeheid door gebrek aan slaap.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

8. Ik kan precies voorspellen op welk moment van de dag slaapgebrek me op zal gaan breken.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

9. Ik ben me bewust van de wisselingen in mijn activiteitsniveau gedurende de dag.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

10. Zodra ik 's morgens opsta weet ik hoeveel energie ik die dag zal hebben.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

11. Als ik naar bed ga weet ik hoe goed ik die nacht zal slapen.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

12. Ik merk duidelijk lichamelijke verschijnselen op als ik moe ben.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

13. Ik merk vaak specifieke reacties in mijn lichaam op bij veranderingen in het weer.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

14. Ik kan voorspellen hoeveel slaap ik 's nachts nodig heb om uitgerust wakker te worden.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

15. Als mijn inspanningspatroon verandert, weet ik precies wat voor een effect dat zal hebben op mijn energieniveau.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

16. Er lijkt voor mij een 'juiste' tijd te zijn om 's avonds te gaan slapen.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

17. Als ik extreem hongerig ben merk ik duidelijke lichamelijke reacties op.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

18. Plotselinge harde geluiden maken me echt van streek.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

19. Ik voel me erg onplezierig op een plek waar het te warm of te koud is.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

20. Ik merk dat ik me vaak bewust ben van allerlei dingen die in mijn lichaam plaatsvinden.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

21. Ik heb het snel door wanneer mijn maag samentrekt van de honger

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

22. Ik ben gevoelig voor inwendige lichamelijke spanningen.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

23. Ik merk onmiddellijk wanneer mijn mond of keel droog worden.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

24. Ik kan vaak mijn hart voelen kloppen.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

25. Ik ben me zeer bewust van veranderingen in mijn lichaamstemperatuur.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

Bijlage 2: Dresdener vragenlijst lichaamsbeleving (DKB 35)

Wij verzoeken u een reeks uitspraken te beoordelen over uw houding ten opzichte van uw lichaam en over hoe u uw lichaam beleeft.

Kruis a.u.b. aan in welke mate iedere uitspraak op dit moment op u van toepassing is.

Hartelijk bedankt!

Algemene gegevens:

Leeftijd: _____ jaar
Geslacht: ☐ man ☐ vrouw
Lengte: _____ cm
Gewicht: _____ kg

Sport u regelmatig?

- ☐ ja
☐ nee

Volgt u momenteel een dieet?

- ☐ ja
☐ nee

Heeft u een tatoeage of piercing?

Tatoeage: ☐ geen ☐ één ☐ twee ☐ meer
Piercing: ☐ geen ☐ één ☐ twee ☐ meer©

Kruis a.u.b. aan in welke mate iedere uitspraak op dit moment op u van toepassing is.

1. Ik beweeg me sierlijk	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
2. Ik voel me vaak lichamelijk niet gezond	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
3. Ik heb geen veerkracht en elan	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
4. Tijdens seksualiteit beleef ik mijn lichaam intens en als aangenaam	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
5. Lichamelijk contact vind ik belangrijk om nabijheid te laten blijken	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
6. Ik voel me lichamelijk vaak slap	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
7. In veel situaties ben ik tevreden met mijn lichaam	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
8. Ik ben lichamelijk fit	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
9. Ik ben zeer tevreden met mijn seksuele beleving	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
10. Andere mensen vinden mij aantrekkelijk	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
11. Ik zoek lichamelijke nabijheid en tederheid op	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
12. Ik hou van mijn lichaam	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
13. Ik vind het prettig en spannend wanneer iemand met aandacht naar me kijkt	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
14. Ik heb veel energie	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
15. Ik kies mijn kleding bewust zo uit dat deze mijn lichaam verbergt	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
16. Seksualiteit is voor mij een belangrijk deel van mijn leven	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
17. Ik ben lichamelijk tot veel in staat	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
18. Ik voel me vaak onprettig in mijn lichaam	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
19. Ik hou er niet van wanneer iemand mij aanraakt	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig

© Pöhlmann, Thiel & Joraschky, 2007; geautoriseerde Nederlandse vertaling Scheffers, Bosscher, Kalisvaart & Bühring, 2009

20. Wanneer iemand aandacht aan mijn lichaam schenkt, voel ik me gewaardeerd	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
21. Ik kan zonder remming van seksuele situaties genieten	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
22. Ik vind het prettig wanneer iemand me omarmt	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
23. Ik zou graag een ander lichaam hebben	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
24. Ik vermijd het bewust om andere mensen aan te raken	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
25. Ik ben tevreden met mijn uiterlijk	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
26. Ik bereik lichamelijk snel mijn grenzen	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
27. Ik kan van mijn seksualiteit genieten	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
28. Als ik iets aan mijn lichaam zou kunnen veranderen, zou ik het doen	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
29. Mijn lichaam is expressief	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
30. Lichamelijke aanraking laat ik maar van weinig mensen toe	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
31. Ik zet mijn lichaam in om aandacht te krijgen	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
32. Ik ben lichamelijk belastbaar en kan tegen een stootje	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
33. Ik toon mijn lichaam graag	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
34. Ik sta graag in het middelpunt van de belangstelling	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig
35. Mijn seksuele ervaringen zijn bevredigend voor mij	niet	nauwelijks	gedeeltelijk	voor een groot deel	volledig

Bijlage 3: Body Cathexis Scale (BCS)

Instructie

U ziet een reeks items die betrekking hebben op uw lichaam en het functioneren daarvan. Bij het invullen van de lijst kunt u kiezen uit de volgende waarderingen:

Zeer ontevreden			Neutraal		Zeer tevreden
1	2	3	4	5	

Bijvoorbeeld:

Bent u ontevreden over uw lengte, maar vindt u dat het nog wel gaat, omcirkel dan het getal 2.

Bent u zeer tevreden over uw lengte, omcirkel dan het getal 5.

Het is de bedoeling dat u het getal omcirkelt dat het eerste in u opkomt. Denk er dus niet te lang over na!

1. Haar
1 2 3 4 5
2. Gelaatskleur
1 2 3 4 5
3. Eetlust
1 2 3 4 5
4. Handen
1 2 3 4 5
5. Lichaamsbehering
1 2 3 4 5
6. Neus
1 2 3 4 5
7. Uithoudingsvermogen
1 2 3 4 5
8. Stoelgang
1 2 3 4 5
9. Spierkracht
1 2 3 4 5
10. Middel, taille
1 2 3 4 5
11. Energieniveau, vitaliteit
1 2 3 4 5
12. Rug
1 2 3 4 5
13. Oren
1 2 3 4 5
14. Leeftijd
1 2 3 4 5
15. Kin
1 2 3 4 5
16. Lichaamsbouw
1 2 3 4 5

17. Figuur, profiel
1 2 3 4 5
18. Lengte
1 2 3 4 5
19. Scherpheid van zintuigen
1 2 3 4 5
20. Pijntolerantie
1 2 3 4 5
21. Schouderbreedte
1 2 3 4 5
22. Armen
1 2 3 4 5
23. Borst
1 2 3 4 5
24. Ogen
1 2 3 4 5
25. Coördinatie
1 2 3 4 5
26. Heupen
1 2 3 4 5
27. Weerstand tegen ziekte
1 2 3 4 5
28. Benen
1 2 3 4 5
29. Tanden
1 2 3 4 5
30. Uiterlijk
1 2 3 4 5
31. Gespierdheid
1 2 3 4 5
32. Nachtrust
1 2 3 4 5

33. Stem
1 2 3 4 5
34. Gezondheid
1 2 3 4 5
35. Fysieke vaardigheden
1 2 3 4 5
36. Knieën
1 2 3 4 5

37. Soepelheid
1 2 3 4 5
38. Gezicht
1 2 3 4 5
39. Gewicht
1 2 3 4 5
40. Geslachtsorganen
1 2 3 4 5

B) Kunt u op dezelfde manier ook nog aangeven hoe u uw lichaam in het algemeen waardeert?

1 2 3 4 5

C) Welke lichaamsdelen of lichaamsfuncties zijn voor u het belangrijkste ofwel het meest bepalend bij de waardering van uw eigen lichaam?
 Wilt u er vijf noemen en gebruikmaken van de items uit de ingevulde lijsten hierboven?

-
-
-
-
-

Bijlage 4: Algemene Vragenlijst

1. Wat is uw geboortjaar?

.....

2. Tot welke groep rekent u zichzelf?

- ☐ Nederlander
- ☐ Turk
- ☐ Marokkaan
- ☐ Surinamer
- ☐ Antilliaan/Arubaan
- ☐ Anders, namelijk

3. Wat is de hoogste opleiding waarvoor u een diploma heeft gehaald?

- ☐ Universiteit / Wetenschappelijk Onderwijs (WO)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (HBO)
- ☐ HAVO /VWO
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)
- ☐ Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO / VMBO-t)
- ☐ Lager beroepsonderwijs (LBO) / VMBO
- ☐ Basisonderwijs
- ☐ Geen onderwijs

4. Met welk van onderstaande therapieën en/of trainingen heeft u, gedurende een periode langer dan 3 maanden, ervaring? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ haptonomie / haptotherapie
- ☐ psychomotorische therapie (PMT)
- ☐ integratieve bewegingstherapie (IBT)
- ☐ gestalttherapie
- ☐ acceptance and commitment therapie (ACT)
- ☐ dialectische gedragstherapie (Linehan)
- ☐ yoga en/of meditatievormen
- ☐ ademhalings- en ontspanningsoefeningen
- ☐ mindfulness
- ☐ anders, namelijk
- ☐ geen

Bijlage 5: Informatiebrief Onderzoek Lichaamsbewustzijn

Marjan van der Star
Psychomotorisch therapeut FPC Oostvaarderskliniek

Beste,

In deze brief wil ik je informeren over het onderzoek naar lichaamsbewustzijn. Dit onderzoek is onderdeel van mijn afstuderen aan de Master opleiding Psychomotorische Therapie die ik volg aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle.

Doel

Het doel van het onderzoek is om te weten te komen of er een verschil is in lichaamsbewustzijn tussen mannen met persoonlijkheidsstoornis en TBS en mannen zonder persoonlijkheidsstoornis en TBS.

Werkwijze

Alle intramurale patiënten in de kliniek die tot bovengenoemde groep behoren zullen worden benaderd voor het onderzoek. Wanneer je mee wilt doen aan dit onderzoek wordt er een afspraak met je gemaakt. De afspraken zullen in principe op een vrijdag in september gepland worden.

Je krijgt 4 vragenlijsten om in te vullen. De eerste vragenlijst bevat algemene vragen zoals je leeftijd en opleidingsniveau. De andere 3 vragenlijsten zijn gericht op hoe je je lichaam ervaart.

Dit invullen gebeurt éénmalig in één van de gesprekskamers in het voorgebouw en zal ongeveer 30 minuten duren.

De gegevens zullen vervolgens worden verwerkt en geanalyseerd. Dit zal geheel anoniem gebeuren. De gegevens zullen alleen voor dit onderzoek worden gebruikt en na afronding van het onderzoek zullen alle vragenlijsten vernietigd worden.

Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig en heeft geen enkele invloed op je behandeling, evenals niet deelnemen aan dit onderzoek.

Wil je na het lezen van deze informatiebrief meedoen aan het onderzoek? Lees en onderteken dan het bijgevoegde toestemmingsformulier.

Alvast bedankt voor je medewerking!

Vriendelijke groet,

Marjan van der Star
Psychomotorisch therapeut FPC Oostvaarderskliniek

Bijlage 6:

Toestemmingsformulier Onderzoek Lichaamsbewustzijn

Door ondertekening van dit formulier bevestig ik:

..... (Achternaam) (Voorletters)

- dat ik door de onderzoeker zowel mondeling als schriftelijk ben ingelicht over de inhoud en het doel van bovengenoemd onderzoek;
- dat ik de informatie over het onderzoek heb begrepen en dat ik voldoende gelegenheid heb gekregen om vragen te stellen over het onderzoek;
- dat ik weet dat deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig is, dat ik mijn toestemming te allen tijde zonder opgaaf van reden kan intrekken en dat dit geen enkele invloed heeft op mijn verdere behandeling;
- dat ik ten behoeve van het onderzoek bereid ben gegevens over mijzelf en mijn situatie te verstrekken via de vragenlijsten;
- dat ik weet dat alle gegevens die er over mij in het kader van het onderzoek verzameld worden vertrouwelijk worden behandeld. Alleen de onderzoeker heeft inzage in de gegevens en de gegevens zullen alleen voor onderzoeksdoeleinden worden gebruikt;
- dat ik weet dat alle gegevens op anonieme wijze bewaard en bewerkt worden en dat de verslaglegging van het onderzoek anoniem zal zijn, zodat mijn identiteit onbekend blijft;
- dat ik het besluit tot deelname aan het onderzoek en tot het tekenen van dit formulier geheel uit vrije wil en bij mijn volle bewustzijn heb genomen.

Handtekening van de deelnemer :

Handtekening van de onderzoeker:

Plaats en datum:

Plaats en datum:

Bijlage 7:

Email controlegroep

Hallo,

In het kader van mijn afstuderen aan de Master-opleiding Psychomotorische Therapie die ik volg aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle doe ik een onderzoek.

Het doel van dit onderzoek is om te weten te komen of er een verschil is in lichaamsbewustzijn tussen mannen met persoonlijkheidsstoornis binnen de TBS en mannen zonder persoonlijkheidsstoornis, zonder TBS.

Op dit moment ben ik op zoek naar mannen zonder persoonlijkheidsstoornis en zonder TBS, geboren tussen 1945 en 1990, die een vragenlijst willen invullen. Dit invullen gebeurt geheel anoniem en zal ongeveer 15 tot 20 minuten duren.

Wilt u meedoen aan dit onderzoek? Ga dan naar www.thesistools.nl/lichaamsbewustzijn. Als wachtwoord vult u **PMT** in. Vergeet na afloop niet uw antwoorden te verzenden.

Heeft u nog vragen over dit onderzoek dan kunt u mailen naar:
marjanvanderstar@hotmail.com

Alvast ontzettend bedankt!

Marjan van der Star

P.S. Zou u deze mail door willen sturen naar mannen (binnen de bovengenoemde leeftijdsgrens) in uw omgeving? De vragenlijst blijft tot 31 oktober 2011 op bovenstaand webadres beschikbaar.