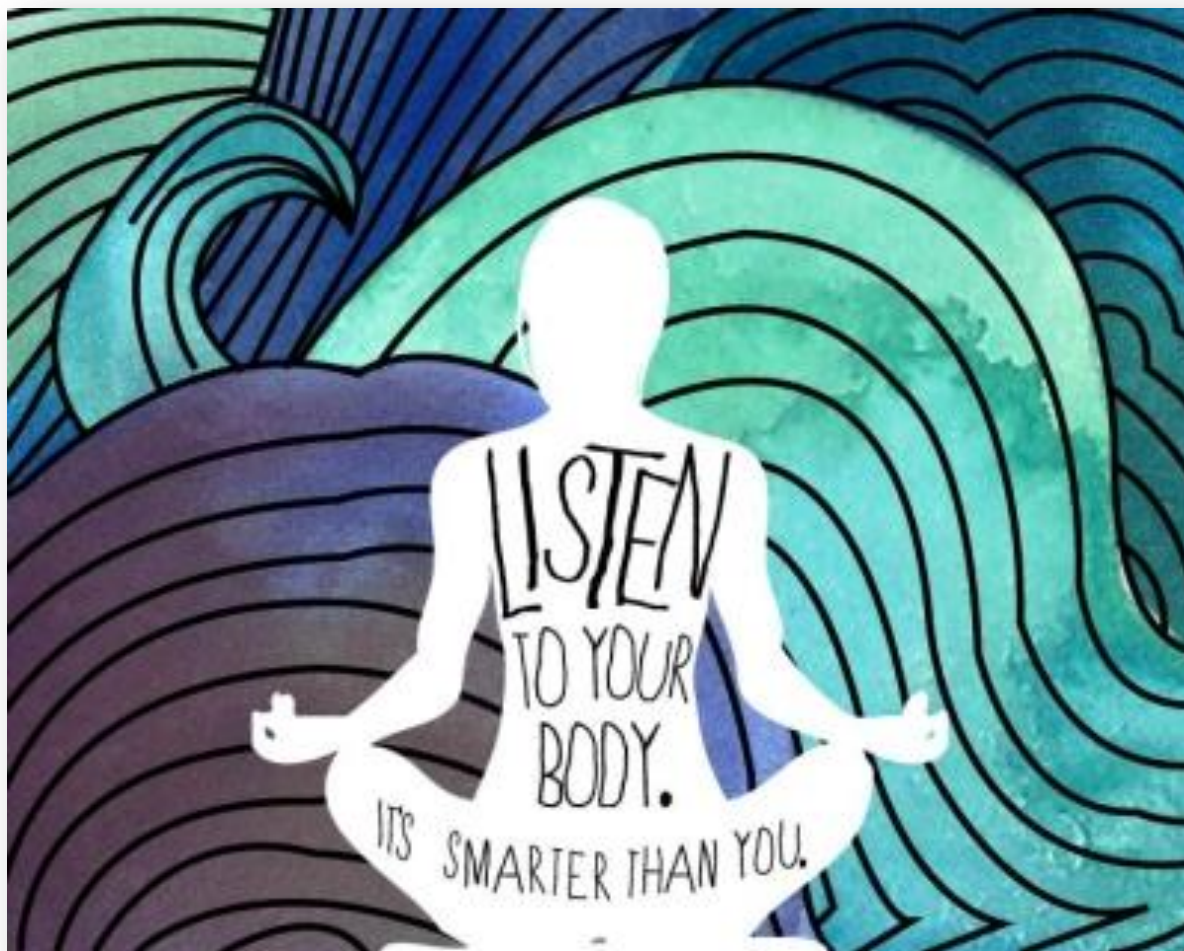


Lichaamsbewustzijn bij mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek

Heeft de psychomotorische therapie effect op het vergroten van het lichaamsbewustzijn bij mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek?



Student:	Josien Nieuwenhuis-Odink
Begeleider:	Sandra Verbeeten
Beoordelaar:	Luuk Sietsma
Opleiding:	Psychomotorische therapie, Windesheim
Studentnummer:	S1033978
Code:	HSK3AFS-BV4-13
Datum:	10 oktober 2014

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek voor de opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie. Dit onderzoek richt zich op het lichaamsbewustzijn bij mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek die deelnemen aan het klinische behandelprogramma van Scelta Apeldoorn. Van september 2013 tot mei 2014 heb ik drie dagen in de week stage gelopen bij de afdeling psychomotorische therapie. Tijdens deze stage ben ik in aanraking gekomen met de doelgroep borderline persoonlijkheidsproblematiek. Aan de hand van de vraag vanuit de instelling ben ik een onderzoek gestart. Dit onderzoek richt zich op de vraag of het lichaamsbewustzijn van de cliënten wordt vergroot aan de hand van psychomotorische therapie. Het onderzoek uitvoeren en de juiste zinnen op papier zetten was een hele klus, maar het is gelukt. Na afloop ben ik toch tevreden met het eindresultaat.

Ik wil een aantal mensen bedanken die hebben bijgedragen aan het onderzoek. Een bijzonder woord van dank aan Thea Tiemersma mijn vorige scriptiebegeleider. Ik wil haar bedanken voor de vele uurtjes tijd, haar inzichten, haar geduld en haar loyaliteit tegen over mij.

Ook wil ik woorden van dank uitbrengen aan Luuk Sietsma en Sandra Verbeeten. Deze personen wil ik bedanken voor de hulp en feedback die zij hebben gegeven op mijn scriptie.

Een woord van dank ook voor Eric van der Meijden die, hoewel mijn stage al ten einde was, mij nog steeds de stukken aanleverde die ik nodig had om mijn onderzoek te volbrengen.

Tot slot wil ik mijn man Wouter Nieuwenhuis bedanken voor zijn steun, geduld en positieve energie die hij mij gaf om dit onderzoek tot een positief einde te brengen.

Josien Nieuwenhuis-Odink

Oktober 2014

Samenvatting

Inleiding

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen het expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen, Scelta Apeldoorn. Dit onderzoek is gericht op het vergroten van het lichaamsbewustzijn. Hierbij wordt de interventie module psychomotorische therapie aangeboden. De module psychomotorische therapie wordt aangeboden aan cliënten met borderline persoonlijkheidsproblematiek die deelnemen aan het klinische behandelprogramma.

De vraagstelling van het onderzoek luidt als volgt: Heeft de psychomotorische therapie effect op het vergroten van het lichaamsbewustzijn bij mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek?

Methode

De interventie psychomotorische therapie heeft negen weken plaatsgevonden. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een kwantitatief longitudinaal onderzoek met twee meetmomenten, gemeten in een periode van negen weken. Voor het meten van het lichaamsbewustzijn is gebruik gemaakt van het zelfrapportage onderzoeksinstrument de SAQ.

Resultaten

Uit de resultaten is gebleken dat er een positief verschil ten opzichte van het lichaamsbewustzijn is gemeten. Er is een stijging te zien van +3.02 naar een score van +3.61. Dit vanuit de gemiddelde genomen resultaten vanuit de groep.

Conclusie

Uit het onderzoek is gebleken dat de interventie psychomotorische therapie een positief effect heeft op het lichaamsbewustzijn bij mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek. Tijdens het onderzoek zijn er kleine veranderingen opgetreden in het lichaamsbewustzijn van de cliënten.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	5
1.1	Aanleiding en probleemstelling	
1.2	Doelstelling	
1.3	Vraagstelling	
1.4	Leeswijzer	
2.	Theoretisch kader.....	7
2.1	Borderline persoonlijkheidsproblematiek	
2.2	Lichaamsbewustzijn	
2.3	Psychomotorische therapie	
3.	Methode.....	9
3.1	Onderzoeksmethode	
3.2	Onderzoekspopulatie	
3.3	Onderzoeksinstrument	
3.4	Betrouwbaarheid en validiteit	
3.5	Interventie	
3.6	Meetmoment	
3.7	Dataverwerking	
4.	Resultaten.....	11
5.	Discussie.....	14
5.1	Methode	
5.2	Resultaten	
5.3	Uitvoering van het onderzoek	
6.	Conclusie.....	16
7.	Aanbevelingen.....	17
8.	Literatuurlijst.....	18
9.	Bijlage.....	19
9.1	Bijlage 1: Overzicht van de onderzoeksgroep.	
9.2	Bijlage 2: Informatie over het behandelprogramma	
9.3	Bijlage 3: Interventie psychomotorische therapie	
9.4	Bijlage 4: Vragenlijst SAQ	

1. Inleiding

1.1 *Aanleiding en probleemstelling*

Vanuit de instelling Scelta wordt de module PMT aangeboden aan mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek. Het effect op het lichaamsbewustzijn bij de cliënten die deelnemen aan het klinische behandelprogramma is echter nooit gemeten. Het is dus onbekend of de module psychomotorische therapie, die wordt aangeboden binnen Scelta, het lichaamsbewustzijn ook daadwerkelijk vergroot bij de cliënten.

Bij cliënten met borderline persoonlijkheidsproblematiek is er vaak sprake van ontregeling op het gebied van emoties. Vooral op de negatieve signalen van emoties wordt vaak snel gereageerd. De drempel is vaak laag voor een emotionele reactie. De cliënten hebben vaak een hoge emotionele kwetsbaarheid en hebben tekorten in vaardigheden die nodig zijn om emoties te reguleren. Hierbij leven cliënten vaak met een hoog arousal niveau (Linehan, 1997).

In de multidisciplinaire richtlijn voor persoonlijkheidsstoornissen van Trimbos instituut (Trimbos, 2008) komt naar voren dat het lichaamsbewustzijn bij mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek verminderd is. In deze richtlijn komt ook naar voren dat de psychomotorische therapie kan bijdragen om het lichaamsbewustzijn te ontwikkelen (Trimbos, 2008).

1.2 *Doelstelling*

Het doel van het onderzoek is om te meten of het lichaamsbewustzijn van cliënten met borderline persoonlijkheidsproblematiek daadwerkelijk wordt vergroot door de module psychomotorische therapie binnen Scelta.

Het is de bedoeling dat PMT in het algemeen beter onderbouwd wordt. Dit in verband met alle bezuinigingen in de zorgsector. Het is in beperkte mate mogelijk om de effecten van interventies gericht op lichaamsbelevingen met behulp van Nederlandse meetinstrumenten te bepalen. Toch is het belangrijk dat psychomotorische therapeuten het nut en effect van de behandeling met onderzoeksresultaten ondersteunen (Scheffers, 2011).

1.3 *Vraagstelling*

Redenerend vanuit de aanleiding en de probleemstelling die daarin wordt beschreven, is de hoofdvraag van dit onderzoek als volgt:

Hoofdvraag:

Heeft de psychomotorische therapie effect op het vergroten van het lichaamsbewustzijn bij mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek?

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 komt het theoretisch kader aan bod waarin de doelgroep borderline persoonlijkheidsproblematiek, het lichaamsbewustzijn en deze beide in combinatie met psychomotorische therapie wordt uitgelegd. In hoofdstuk 3 vindt u nadere toelichting over de gebruikte onderzoeksmethode, onderzoekspopulatie, meetinstrument en de interventie. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek door middel van grafieken weergegeven. In hoofdstuk 5 wordt er gediscussieerd over de methode, resultaten en de uitvoering van het onderzoek. Met de resultaten en de discussiepunten wordt in hoofdstuk 6 bij de conclusie antwoord gegeven op de vraag van het onderzoek.

2. Theoretisch kader

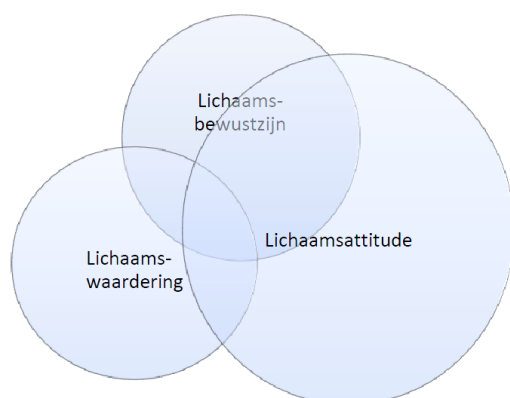
2.1 *Borderline persoonlijkheidsproblematiek*

Borderline persoonlijkheidsproblematiek wordt vaak gekenmerkt door een diepgaand patroon van instabiliteit in relaties, impulscontrole, interpersoonlijke relaties en zelfbeeld. Klinische symptomen van de aandoening zijn onder andere emotionele onregeling, impulsieve agressie, herhaaldelijke zelfverwonding en chronische suïcidale neigingen (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004).

2.2 *Lichaamsbewustzijn*

Over het lichaamsbewustzijn zijn veel verschillende definities te vinden.

- Lois Sommeling beschrijft in het artikel “Het lichaamsbewustzijn van de Pesso-psychotherapeut” de term lichaamsbewustzijn als het innerlijke besef dat je armen en benen hebt, of dat je op een bepaalde wijze zit. Hieronder wordt ook je fysieke en fysiologische gewaarwording verstaan. Sommeling zegt in het artikel ook dat het lichaamsbewustzijn in feite alles is wat je lichaam je vertelt over hoe je je voelt en hoe het met je gaat (Sommeling, 2008).
- Onder het lichaamsbewustzijn wordt het bewustzijn van de gevoeligheid voor interne lichamelijke processen en lichamelijke gesteldheid verstaan. Deze zijn niet geassocieerd met een ziekte of emotie (Tophoff, 2003, Gijsbers van Wijk, 1996).
- In het boek Ontspanningsinstructie van J. van Dixhoorn (2001) wordt het lichaamsbewustzijn omschreven als een optimale verhouding tussen het lichaam en de bewuste zelfwaarneming.
- In het artikel van Scheffers, Rekkers en Bosscher (2006) wordt het lichaamsbewustzijn omschreven als één van de drie sub dimensies van lichaamsbeleving. Onder de drie sub dimensies vallen de lichaamswaardering, lichaamsbewustzijn en de lichaamsattitude (Zie fig. 1). Dit wordt weergegeven in het multidimensionaal concept, concept als overkoepelende term voor lichaamsbeleving waar de sub dimensies, lichaamswaardering, lichaamsbewustzijn en lichaamsattitude onder vallen (Scheffers, Rekkers & Bosscher, 2006).



Figuur 1: Multidimensionaal model lichaamsbeleving (Scheffers, Rekkers & Bosscher, 2006).

Opvallend is dat er veel verschillende beschrijvingen zijn van het lichaamsbewustzijn. In het verdere onderzoek zal de term lichaamsbewustzijn vaker worden benoemd en hierbij zal worden uitgegaan van de volgende omschrijving:

De fysieke en fysiologische gewaarwording die je ervaart en daarbij vertelt hoe je je voelt en hoe het met je gaat (Sommeling, 2008).

2.3 Psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie is op te vatten als een experiëntiële, bewegings- en lichaamsgerichte vorm van psychotherapie, en maakt daarom ook gebruik van constructen uit psychotherapeutische referentiekaders. Binnen de psychomotorische therapie zijn drie hoofdstromingen van belang. Hierbij is één van de hoofdstromingen cliënt centered therapie, waarbij er aandacht is voor het lichaamsbewustzijn (felt sense, awareness) en (non) verbale expressie van emoties (NVPMT, 2009).

Doormiddel van oefeningen die worden aangeboden die gericht zijn op het lichaamsbewustzijn en emoties kan het lichaamsbewustzijn worden vergroot. Hierbij denkend aan de Pesso gerichte oefeningen die worden aangeboden tijdens de psychomotorische therapie binnen de negen weken durende module. De Pesso gerichte oefeningen bestaan uit oefeningen die gevoeligheid voor lichamelijke signalen kan trainen. Het ontdekken van de samenhang tussen mentale, lijfelijke en emotionele processen. Een voorbeeld van een lichaamsgerichte oefening in combinatie met emoties kan zijn de controlled approach. Deze oefening richt zich op lijfelijke sensaties, impulsen en opkomende gedachten en associaties. Bij deze oefening wordt er van alles ervaren bij de cliënt. Het is mogelijk dat het lichaam op een speciale manier reageert, bijvoorbeeld om de ander weg te duwen. Het is belangrijk dat hierbij niet over de grenzen wordt gegaan van de ander. Dit is een belangrijke oefening voor mensen die hun eigen grenzen niet goed voelen of kunnen bepalen. Daaruit blijkt dat bij deze oefening cliënten kunnen leren, om grenzen aan te geven, ze niet laten te overschrijden en hierbij te leren luisteren naar wat het lichaam zegt. (Attekum, 1997).

Body awareness (lichaamsbewustzijn) is een van de belangrijkste sub-domeinen binnen de psychomotorische therapie (Scheffers, 2011). Dit wordt door PMT-ers in het veld als voorkeur gemeten in relatie met emoties.

In de multidisciplinaire richtlijn voor persoonlijkheidsstoornissen komt naar voren dat psychomotorische therapie een bijdrage levert aan het ontwikkelen van het lichaamsbewustzijn bij mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek (Trimbos, 2008).

3. Methode

3.1 *Onderzoeksmethode*

Dit onderzoek betreft een kwantitatief longitudinaal onderzoek waarin twee meetmomenten plaatsvinden. Tussen de twee meetmomenten zit een periode van negen weken.

3.2 *Onderzoekspopulatie*

De onderzoekspopulatie bestaat uit drieëntwintig cliënten (zie bijlage 1 voor overzicht cliënten die deelgenomen hebben aan het onderzoek) die gediagnosticeerd zijn met borderline persoonlijkheidsproblematiek of cliënten met trekken van borderline persoonlijkheidsproblematiek. De cliënten volgen het klinische behandelprogramma bij Scelta Apeldoorn, waar het onderzoek gaat plaatsvinden. (zie bijlage 2 voor meer informatie over het behandelprogramma)

3.3 *Onderzoeksinstrument*

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een zelfrapportage onderzoeksinstrument de Somatic Awareness Questionnaire. De SAQ richt zich op de aandacht die iemand heeft voor zijn of haar normale lichaamsprocessen. Het gaat hierbij om de herkenning van lichaamsreacties en het rapporteren van deze sensaties. De stellingen in de vragenlijst worden gescoord op een vijf punts Likertschaal die loopt van 1 (helemaal niet) t/m 5 (zeer). In de vragenlijst komen 25 stellingen aan bod. De vragenlijst richt zich op het lichaamsbewustzijn, de gevoeligheid voor interne lichamelijke processen. Voorbeelden zijn: “Ik weet wanneer ik koorts heb zonder de temperatuur te meten” en “Ik ben erg gevoelig voor inwendige lichamelijke spanningen”. De SAQ is het meest passend bij het onderzoeken van het lichaamsbewustzijn. Dit omdat de SAQ bestaat uit 25 stellingen die vragen naar het bewustzijn van en de gevoeligheid voor interne lichamelijke processen en lichamelijke gesteldheid. Deze zijn niet specifiek geassocieerd met een ziekte of een emotie (Gijsbers van Wijk & Kolk,1995).

3.4 *Betrouwbaarheid en validiteit*

De SAQ is ontwikkeld door Gijsbers van Wijk en Kolk (1996), zij bevestigen in hun onderzoek de betrouwbaarheid van SAQ. De validiteit van deze lijst wordt echter niet bevestigd (Manders, 2010).Van de SAQ zijn geen Nederlandse normgegevens bekend. Het is wel van belang dat deze er komen. (Scheffers, Rekkers en Bosscher, 2006). Vaak wordt er gemeten binnen de klinische setting maar is er niet bekend hoe deze cijfers zich verhouden tot de scores binnen andere groepen. In de masterthesis Psychometric properties of the Somatic Awareness Questionnaire (Burger, M. & Gianotten, K, 2001) wordt geconcludeerd dat de SAQ een betrouwbaar en geldig meetinstrument is.

3.5 *Interventie*

Tijdens het onderzoek wordt gebruik gemaakt van de interventie module psychomotorische therapie. In de module worden negen sessies psychomotorische therapie aangeboden. In de module wordt onderzocht of de interventie psychomotorische therapie het lichaamsbewustzijn vergroot. Tijdens het aanbieden wordt er gewerkt volgens een vaste methodiek. Iedere bijeenkomst wordt gestart met een verkorte versie van de bodyscan. Na afloop van deze oefening wordt de ervaring van de bodyscan kort besproken. De kern van de module is gericht op het lichaamsbewustzijn. (Zie bijlage 3 voor uitgebreide interventiebeschrijving per week)

3.6 Meetmoment

De onderzoekspopulatie betreft een open groep. De cliënten zijn ongeveer zes tot negen maanden in behandeling. De start van de module psychomotorische therapie is per cliënt verschillend. Niet elke cliënt kan op hetzelfde moment binnen het therapieproces gemeten worden. Dit omdat de cliënten op een verschillende momenten de behandeling instromen. De eerste meting van de SAQ wordt afgenomen in week 8, 2014. Negen weken later wordt de tweede meting verricht in week 16, 2014. Met de tweede meting is het verschil in mate van lichaamsbewustzijn van een cliënt te bepalen, wat leidt tot zinvolle informatie voor dit onderzoek. De vragenlijst wordt afgenomen door de onderzoeker Josien Nieuwenhuis-Odink.

3.7 Dataverwerking

Voor elk gegeven antwoord van de vragenlijst worden er punten toegerekend. Dit in de score van 1 t/m 5.

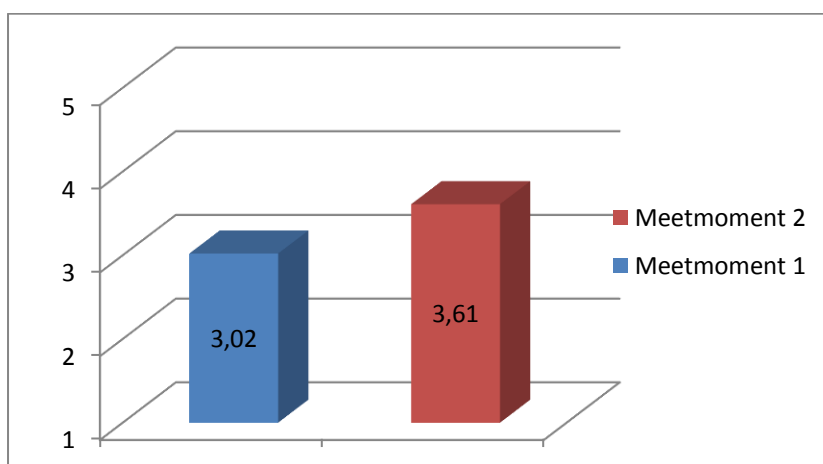
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer
1	2	3	4	5

De punten van de gegeven antwoorden worden bij elkaar opgeteld. Hoe hoger de score, hoe hoger het lichaamsbewustzijn. Door het verschil tussen de eerste meting en de tweede meting te bekijken, wordt zichtbaar of er verandering heeft plaatsgevonden in het lichaamsbewustzijn. Het gemiddelde van de gehele groep wordt uitgerekend en het eerste en het tweede moment per cliënt wordt weergegeven bij de resultaten.

4. Resultaten

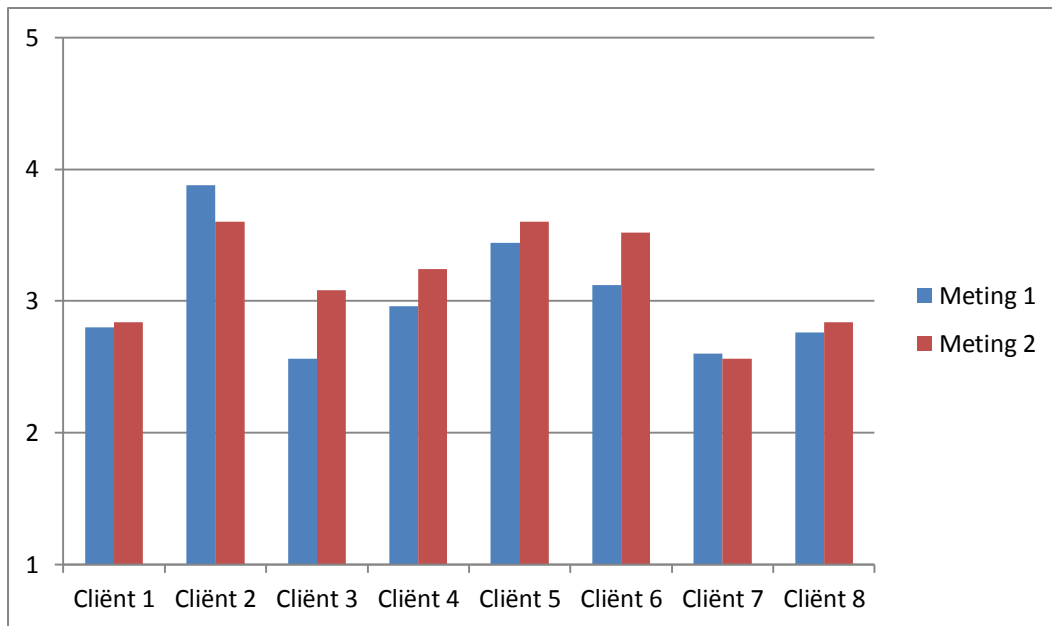
De onderzoeksgroep bestond uit drieëntwintig cliënten die gediagnosticeerd zijn met borderline persoonlijkheidsproblematiek of trekken van borderline persoonlijkheidsproblematiek. Het onderzoek werd afgerond met acht cliënten die tweemaal de SAQ hadden ingevuld. De overige vijftien cliënten kwamen niet in aanmerking voor het onderzoek omdat deze cliënten maar één maal de lijst hadden ingevuld en hierdoor het eerste of het tweede meetmoment hadden gemist.

In de onderstaande grafieken zijn de resultaten te zien van het onderzoeksinstrument de SAQ. Hieruit is af te lezen wat de gemiddelde scores zijn en de verschillen hiertussen.



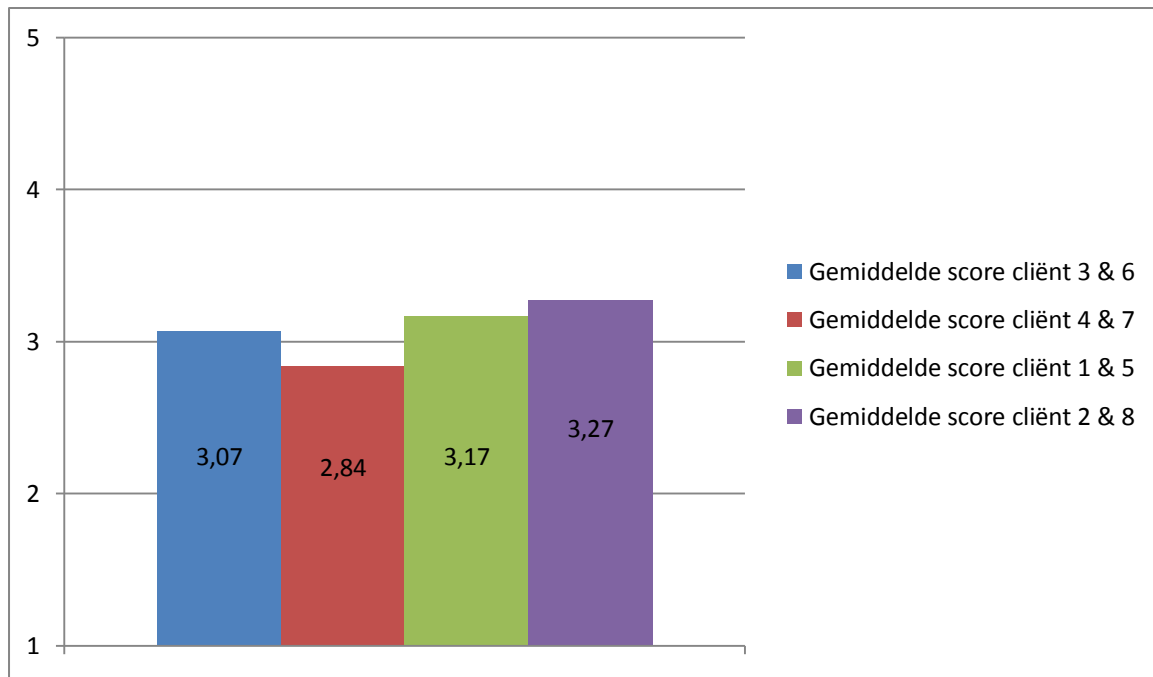
Grafiek 1

In grafiek 1 is het verschil te zien tussen het eerste en het tweede meetmoment. De gemiddelde score van het eerste meetmoment was 3.02. De gemiddelde score van het tweede meetmoment was 3.61. Het gemeten verschil is + 0.59. Het minimale haalbare score op de lijst was 1 (helemaal niet) en de maximaal haalbare score op de lijst was 5 (zeer).



Grafiek 2

In grafiek 2 staan de scores van meetmoment één en twee individueel weergegeven. De meest positieve gemiddelde score van een individuele cliënt is 3.74. De laagst gemeten gemiddelde score van een individuele cliënt is 2.52. Bij zes cliënten is er een toename in het lichaamsbewustzijn te zien. Bij de andere twee cliënten is een afname van het lichaamsbewustzijn op te merken. In het algemeen is er relatief een kleine toename in het lichaamsbewustzijn te zien tussen het eerste en het tweede meetmoment.



Grafiek 3

In grafiek 3 zijn de resultaten te zien per 2-tal cliënten. De gemiddelde score is genomen over cliënten die rond dezelfde tijd van de behandeling van het klinisch behandelprogramma zijn gestart. Cliënt 3 en 6 zijn als eerste gestart rond dezelfde tijd van de behandeling en hebben dus het langste de module psychomotorische therapie gevolgd, buiten de negen weken om die onderzocht zijn. Cliënt 4 en 7 zijn als tweede gestart. Cliënt 1 en 5 als derde gestart. Cliënt 2 en 8 zijn als laatste gestart en hebben dus het minst lang psychomotorische therapie gevolgd.

5. Discussie

5.1 *Methode*

Tijdens het onderzoek is gebruik gemaakt van de SAQ. Er is gebruik gemaakt van één meetinstrument om het lichaamsbewustzijn te meten. De SAQ is tweemaal afgenomen met een tussenperiode van negen weken. Als de spreiding klein is dan blijft de score vaak gelijk bij cliënten (Bakker & Buuren, 2009). Het is altijd goed om een extra meetinstrument te gebruiken om de betrouwbaarheid te vergroten van het onderzoek. Een 0-meting kan niet plaatsvinden omdat iedereen instroomt op verschillende momenten. Het invullen van onderzoeksinstrumenten blijven momentopnames.

5.2 *Resultaten*

Als er wordt gekeken naar de score is er over het algemeen een kleine toename te zien van het lichaamsbewustzijn. De gemiddelde scores kunnen beïnvloed worden door een hoge of lage score van de cliënt. Er hoeft maar één uitschieter bij te zitten en de scores worden omhoog/omlaag getrokken. Als er een grotere populatie cliënten zou deelnemen aan het onderzoek dan zouden de uitschieters minder zijn.

Niet alle cliënten zijn gediagnosticeerd met borderline persoonlijkheidsproblematiek. Enkele cliënten zijn gediagnosticeerd met trekken van borderline persoonlijkheidsproblematiek. De meerderheid van de cliënten die mee hebben gedaan aan het onderzoek, hebben naast een stoornis op as 2 ook een stoornis op as 1. Hoeveel invloed deze aspecten hebben gehad met betrekking tot het meten van het lichaamsbewustzijn is niet bekend.

De resultaten die uit grafiek 3 naar voren komen geven de metingen weer van het lichaamsbewustzijn per 2 cliënten. Cliënt 3 en 6 zijn als eerste gestart en hebben het langste psychomotorische therapie gevolgd buiten de negen weken interventie. De cliënten stromen allemaal op verschillende momenten de behandeling in. De cliënten die later met de psychomotorische therapie module zijn gestart hebben hoger gescoord op het lichaamsbewustzijn. Hierbij zou kunnen afgevraagd worden wat het effect zou zijn als alle cliënten op het zelfde moment de behandeling starten. Of er zou beter onderzocht kunnen worden wanneer de SAQ afgenomen wordt, in welke periode van behandeling en of dit een ander effect heeft op de resultaten.

5.3 *Uitvoering van het onderzoek*

De SAQ is afgenomen door de onderzoeker tijdens de psychomotorische therapie sessie. De vraag is wat deze afname zegt over de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Misschien zijn de antwoorden van de vragenlijst wel sociaal wenselijk ingevuld. De cliënten hebben zelfstandig de vragenlijst ingevuld en tijdens het invullen kwamen er regelmatig vragen over van het meetinstrument. Hierdoor kan afgevraagd worden of de uitleg over het onderzoeksinstrument wel volledig is geweest en of de lijst wel zo compleet mogelijk is ingevuld.

Van de drieëntwintig cliënten die deelnamen aan het onderzoek zijn er tien cliënten geweest die niet de lijst twee maal hebben ingevuld terwijl dit wel mogelijk was. Een hoog percentage die niet kwam opdagen tijdens de therapie. Vanuit de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) komt naar voren dat cliënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis vaak een patroon hebben van instabiele intense intermenselijke relaties (Trimbos, 2008). Cliënten die geïnteresseerd zijn in het betreffende onderzoek en cliënten die een uitgesproken mening hebben over het onderwerp zijn vaak eerder

geneigd om een vragenlijst naar interesse in te vullen dan de cliënten die dat niet hebben (Bakker & Buuren, 2009).

Naast psychomotorische therapie volgen de cliënten ook andere therapievormen zoals: vaardigheidstheorie, vaardigheidspraktijk, crisis-uur, rode draad, cognitieve groepstherapie, sport, muziektherapie en kunnen de cliënten kiezen uit een module die bij de hulpvraag van hem/haar past. In hoeverre de toename van het lichaamsbewustzijn is toe te schrijven aan psychomotorische therapie is hierdoor onduidelijk.

Al deze aspecten kunnen van invloed zijn geweest op de resultaten van het onderzoek. Voor een eventueel vervolgonderzoek zal hier dan ook kritisch naar gekeken moeten worden.

6. Conclusie

Heeft de psychomotorische therapie effect op het vergroten van het lichaamsbewustzijn bij mensen met een borderline persoonlijkheidsproblematiek?

Uit de literatuur komt naar voren dat psychomotorische therapie het lichaamsbewustzijn ontwikkelt bij mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek (Trimbos, 2008). Het onderzoek is gestart met de vraag of het lichaamsbewustzijn wordt vergroot door middel van psychomotorische therapie. In de resultaten is een stijgende lijn te zien van het eerste naar het tweede meetmoment. Hierbij is een stijging te zien van +0,59. De interventies die gepleegd zijn in de negen weken van het onderzoek hebben een positief effect gehad op het lichaamsbewustzijn. Het is van belang dat mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek bewuster worden van hun lichaam. Dit omdat hierbij bijvoorbeeld grenzen aangegeven kunnen worden en er beter naar het lichaam geluisterd kan worden, doormiddel van psychomotorische therapie (Attekum, 1997). Aan het onderzoek zitten veel haken en ogen. Er zijn veel factoren geweest die het onderzoek hebben beïnvloed. Hierbij is het moeilijk te zeggen of het lichaamsbewustzijn bij cliënten met borderline persoonlijkheidsproblematiek daadwerkelijk vergroot wordt door psychomotorische therapie. Het is een indicatie die aansluit bij de gevonden literatuur. Verder onderzoek is noodzakelijk.

7. Aanbevelingen

Uit het onderzoek is gebleken dat psychomotorische therapie een bijdrage heeft gehad aan het vergroten van het lichaamsbewustzijn bij mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek.

Het onderzoek kan uitgebreid worden of eventueel aangepast worden. Hierbij kan gedacht worden aan:

Het onderzoek uit te breiden en hierbij een langere onderzoeksperiode in te stellen. Hierbij de cliënten langer te volgen. Te starten met de SAQ af te nemen bij de intake, een 0-meting en de meting vaker te laten terugkomen dan twee keer. Dit om een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van het lichaamsbewustzijn.

Ook is het overwogen waard om meerdere meetinstrumenten te gebruiken om een completer beeld te krijgen van het lichaamsbewustzijn. Meer meetinstrumenten te gebruiken en die ook te richten op bijvoorbeeld de 3 sub dimensies van lichaamsbeleving of in combinatie emotieregulatie.

Een aanbeveling kan zijn om de SAQ toe te voegen in de ROM (routine outcome monitoring). Hierdoor wordt automatisch elke 6 weken het lichaamsbewustzijn gemeten en toegevoegd in het behandelplan en zo kan er een compleet beeld gevormd worden van het lichaamsbewustzijn.

Het is ook van belang om de discussiepunten mee te nemen in verder onderzoek.

8. Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2013). Cautionary statement for forensic use of *DSM-5*. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053
- Attekum, M. van (1997). *Aan den Lijve. Lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso*. Lisse: Swetz & Zeitlinger.
- Bakker E. & Van Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Heerlen, Nederland: Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten.
- Burger, M. & Gianotten, K. (2011). Psychometric properties of the Somatic Awareness Questionnaire (SAQ). (Masterthesis Vrije Universiteit Amsterdam).
- Dixhoorn, J.J (2001). *Ontspanningsinstructie*. Reed business.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. & Kolk, A.M. (1996). *Psychometric Evaluation of Symptom Perception Related Measures. Personality en individual differences*.
- Gijsbers van Wijk & Kolk, (1995). *Vragenlijst: Somatic Awareness Questionnaire (SAQ)*
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. (1997, March 1) Dialectical behavior therapy (DBT) for personality disorder. *The Journal*, 8(1).
- Manders, C. (2010). Onderzoek naar lichaamsbewustzijn binnen Behandelhuis 1 van het Jelgerhuis. Geestelijke gezondheidszorg Friesland.
- NVPMT. (2009). *Beroepsprofiel-PMT (online publicatie)*. Geraadpleegd op 7 oktober 2014, via <http://nvpmt.tweedledum.eu/wp-content/uploads/2013/10/beroepsprofiel-pmt-2009.doc>.
- Richtlijnontwikkeling, L. S. M. (2008). Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Scheffers, M., Rekkers, M. & Bosscher, R. (2006) Hoe meet ik lichaamsbeleving? Aanbevelingen voor psychomotorisch therapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, jaargang 10, nr. 4, p. 21-30.
- Scheffers, M. (2011). Onderzoek naar meetinstrumenten op het gebied van lichaamsbeleving. ALV NVPMT, Mia Scheffers.
- Sommeling, L. (2004). Het lichaamsbewustzijn van de therapeut. *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie*, 42(3), 184-194.
- Tophoff, M. (2003). *Chan Buddhism: Implications of Awareness and Mindfulness Training for Managerial Functioning*. Academisch Proefschrift.

9. Bijlage

9.1 Overzicht van de onderzoeksgroep

Hieronder een overzicht van de onderzoeksgroep. De cliënten hebben deelgenomen aan het onderzoek worden zichtbaar door het dikgedrukte lettertype.

Nummer:	Geslacht:	Diagnose op as 1:	Diagnose op as 2:
1	Vrouw	Depressieve stoornis Misbruik alcohol Boulimia nervosa	Borderline
2	Vrouw	Boulimia nervosa	Borderline
3	Vrouw	Depressieve stoornis Identiteitsproblematiek	Borderline
4	Vrouw	Aandachtstekort met hyperactiviteit nao Ptss	Borderline
5.	Vrouw	Misbruik van een of ander (onbekend) middel	Borderline
6. Cliënt nummer 1	Vrouw	Eetstoornis nao	Ontwijkende pss Trekken van Borderline Persoonlijkheidsstoornis nao
7. Cliënt nummer 2	Vrouw		Borderline
8	Vrouw	Alcoholafhankelijkheid Ptss Afhankelijkheid van sedativum, hypnoticum of anxiolyticum	Borderline
9	Vrouw	Depressieve stoornis Psychotische stoornis nao Ptss chronisch Eetstoornis nao	Ontwijkende en afhankelijke stoornis Trekken van borderline
10	Vrouw	Depressieve stoornis	Borderline
11. Cliënt nummer 3	Vrouw	Misbruik alcohol Eetstoornis nao	Borderline Trekken van ontwijkend Persoonlijkheidsstoornis nao
12	Vrouw	Ouder kind relatieprobleem	Borderline
13. Cliënt nummer 4	Vrouw	Ptss Conversiestoornis Anorexia nervosa	Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis Trekken van ontwijkende persoonlijkheidsstoornis

			en borderline
14. Cliënt nummer 5	Vrouw	Depressieve stoornis Gille de la tourette Aandachtstekort met hyperactiviteit	Borderline
15	Vrouw	Dystyme stoornis	Borderline
16	Vrouw	Depressieve stoornis Matig conversiestoornis Dissociatie nao	Borderline
17	Vrouw	Depressieve stoornis Dystyme stoornis Misbruik een of ander middel Eetstoornis	Borderline
18	Vrouw		Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis Borderline
19. Cliënt nummer 6	Vrouw	Angststoornis Boulimia nervosa	Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis Trekken van borderline en persoonlijkheidsstoornis
20. Cliënt nummer 7	Man	Ouder en kind relatieprobleem Eetstoornis nao	Trekken van borderline Narcistisch
21	Vrouw	Boulimia nervosa	Trekken van ontwijkende, borderline en persoonlijkheidsstoornis
22	Vrouw	Ptss chronisch	Borderline
23. Cliënt nummer 8	Vrouw	Depressieve stoornis Ptss	Borderline

9.2 *Informatie over het behandelprogramma*

Behandeling:

Op programma 1 wordt gewerkt vanuit de Dialectische Gedragstherapie methodiek (DGT). Een methodiek ontwikkeld door M. Linehan, maar herschreven en aangepast aan de klinische setting en aan het niveau van de patiënten van Programma 1. Deze methodiek is verweven in het programma en in de bejegening van de patiënten. Dit betekent dat we patiënten nieuwe vaardigheden leren op het gebied van kernoplettendheid, intermenselijke vaardigheden, emotieregulatie- en crisisvaardigheden en hen de mogelijkheid bieden om hier mee te oefenen, zowel binnen de behandeling als daar buiten.

Kernoplettendheid.: voor het verminderen van de cognitieve ontregeling. Patiënten durven meer naar zichzelf te kijken en rust te nemen om te benoemen wat er binnen in hen gebeurt. Patiënten ontwikkelen aldus een meer accepterende houding naar hun innerlijke belevingswereld.

Intermenselijke vaardigheden: voor het verminderen van interpersoonlijke chaos. Patiënten leren stil te staan bij hoe ze iets kunnen vragen of nee zeggen op een adequate manier waarbij ze een afweging maken in wat ze willen bereiken, hoe ze de relatie met de ander willen vormgeven en hoe ze hun zelfrespect kunnen behouden.

Emotieregulatie vaardigheden: voor het verminderen van emotionele instabiliteit. Patiënten leren om emoties te kunnen onderscheiden en hier woorden aan te geven om er vervolgens vaardigheden voor te ontwikkelen hoe met de verschillende emoties om te gaan. Patiënten leren zich minder door hun emoties te laten leiden.

Crisis vaardigheden: voor het verminderen van impulsiviteit en crisisgedrag. Patiënten leren crisis te aanvaarden en verdragen en zich te richten op de realiteit en het leven zoals het nu is en niet zoals het zou moeten zijn.

De behandelfase: in deze fase kan de patiënt werken aan zijn matrixdoelen en verbanden leren leggen met zijn geschiedenis om zo meer inzicht te krijgen in de geleerde strategieën en van daaruit vaardigheden te oefenen om dit anders aan te pakken. De patiënten werken aan het versterken van de eigen identiteit, het leren geven van hun mening en het stellen van en vasthouden aan grenzen.

Psychomotorische therapie:

Psychomotorische therapie is een ervaringsgerichte therapie waarbij bewegen en lichaamsbeleving aangrijpingspunt zijn. In de therapie kan het accent liggen op oefenen, ervaren of ontdekken. Onderwerpen die daarbij onder andere aan de orde komen zijn: omgaan met grenzen, afstand en

nabijheid, ontspannen, controle hebben/loslaten , weerbaarheid, hulp vragen/geven en impulsregulatie.

De informatie is verkregen via de psychotherapeute J. Oostendorp werkzaam bij Scelta Apeldoorn.

9.2 *Interventie psychomotorische therapie*

Week 1:

De eerste week is er begonnen bij psychomotorische therapie met het invullen van de SAQ. Daarna hebben we de bodyscan uitgevoerd. Als kernopdracht hebben we een oefening gedaan waarbij de cliënt eerst een activiteit moest kiezen. Iedereen kreeg bedenktijd voor deze oefening, welke activiteit kies ik en hoe ga ik deze uitvoeren, doe ik dit alleen of met meerdere personen etc. De opdracht stond centraal voor keuzes maken naar wensen van de cliënt zelf. Bij welke activiteit voel ik me prettig en kan ik bij mijn eigen keuze blijven i.p.v. me te laten beïnvloeden door een ander.

Week 2:

De tweede week zijn we weer gestart met de bodyscan. Als kernopdracht deden we de oefening gecontroleerde benadering. Hierbij wordt bij de cliënt door middel van gecontroleerde benadering ervaren welke lichamelijke en emotionele sensaties dit oproept en welke afstand als prettig of beklemmend wordt ervaren. Deze oefening is in verschillende vormen aangeboden.

Week 3:

De derde week zijn we gestart met de bodyscan. De kernopdracht bestond uit de oefening aandacht focussen op 1 ding tegelijk. Dit werd aangeboden in verschillende vormen van activiteiten. Het belangrijkste was dat de cliënt zich focuste op 1 ding tegelijk en hierbij de aandacht ging naar de activiteit en het slagen van de activiteit.

Week 4:

Begonnen met de bodyscan. Na inbreng van de cliënt in de groep hebben we er voor gekozen om de oefening de gecontroleerde benadering toe te passen. (Zie week 2). Ook was er een afscheid van een groepsgenoot.

Week 5:

In week 5 zijn we gestart met de bodyscan. Ook deze week was er weer inbreng van een cliënt.

Oefening: In welk tempo leef jij. Er wordt gelopen in versnelling 1 t/m 5. Dit wordt stap voor stap samen met de therapeut gedaan. 1 is langzaam en 5 is snel. Aan de hand van deze versnellingen moet de cliënt de keuze maken in welk tempo hij/zij door het leven gaat. Na afloop wordt er een

versnelling gekozen waarbij de cliënt graag door het leven zou willen gaan. Ook deze week was er een afscheid van een cliënt.

Week 6:

Gestart met de bodyscan. Hierna een oefening gedaan gericht op wensen en behoeftes. Dit niet van 1 cliënt maar van 2 cliënten. Hoe kom je erachter wat je samen prettig vindt. Dit doormiddel van badminton. We hebben ook een activiteit met zintuigen gedaan. Hierbij mocht je materiaal ophalen wat voor jou prettig voelt of wat jou met iets prettigs associeert.

Week 7:

Deze week ook gestart met de bodyscan. Deze week zijn we verhuisd naar een andere ruimte. Dit thema hebben we ook de gehele therapie gevolgd. Vooral in gesprek geweest met de cliënten, hoe is het om in een andere ruimte therapie te volgen, voel je spanning op komen, waardoor komt dat etc.

Week 8:

Gestart met de bodyscan. We hebben de activiteit aandacht richten op 1 ding tegelijk herhaald. Vooral omdat veel cliënten afgeleid waren door de nieuwe ruimte. Dit ook doorgetrokken naar het dagelijks leven. Wat kun je doen als je snel afgeleid wordt en je niet goed kunt focussen terwijl dat wel moet.

Week 9:

We zijn begonnen met de SAQ in te vullen. Daarna hebben we de bodyscan uitgevoerd. De kernactiviteit bestond uit hulp vragen en hulp ontvangen. De cliënten moesten om de beurt over een wip wap bank lopen. Hierbij moesten ze 1 hulp vragen. De cliënten mochten aangeven hoeveel personen er mochten helpen maar dat moest minimaal 1 persoon zijn.

9.4 Vragenlijst 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	Ze

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

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

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	Ze

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

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

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	Zeer

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

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

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

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

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

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

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

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

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

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

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

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

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

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

18. Plotselinge harde geluiden maken me echt van streek.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

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	Ze

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

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

24. Ik kan vaak mijn hart voelen kloppen.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

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

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze

