

ONDERZOEK NAAR

LICHAAMSBEWUSTZIJN

binnen Behandelhuis 1 van het Jelgerhuis
Geestelijke Gezondheidszorg Friesland

Master Psychomotorische Therapie 2007-2010
Begeleiding: Lia van der Maas

Carine Manders
Zwolle, mei 2010

Samenvatting

Mindfulness is hip! Veelal gegeven door cognitief therapeuten of psychologen, maar wij als psychomotorisch therapeuten kunnen ook oefeningen aanbieden gericht op lichaamsbewustzijn, awareness en mindfulness. We doen dat immers al jaren én het zou ook niet verkeerd staan op onze evidence-based modulelijst, die in het huidige zorgsysteem en in het kader van de zorgprogrammering wel een aanvulling kan gebruiken.

Op een dagbehandeling voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis in Leeuwarden, is onderzocht of cliënten inderdaad problemen hebben op het gebied van lichaamsbewustzijn of mindfull-zijn en of ze überhaupt behoefte zouden hebben aan een dergelijk aanbod?

Door middel van drie bestaande meetinstrumenten; *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*, *Scale of Body Connection (SBC)*, *Somatic Awareness Questionnaire (SAQ)* en een ontwikkelde algemene vragenlijst zijn deze vragen beantwoord.

Geconcludeerd kan worden dat de onderzoeksgroep (N=16) inderdaad meer problemen ervaart op het gebied van lichaamsbewustzijn dan de normpopulatie behorende bij de verschillende vragenlijsten. De helft van deze cliënten is er zeker van dat lichaamsbewustzijn een belangrijke bijdrage kan leveren aan hun behandeling c.q. doelen.

Er is een significante samenhang gevonden tussen de mate van het inzien van het belang van lichaamsbewustzijn voor de behandeling en de mate van lichaamsbewustzijn van dat moment (uitkomsten SBC subschaal body awareness en SAQ). Een hoge mate van belangrijkheid hangt samen met een hoge mate van lichaamsbewustzijn.

Daarnaast is ook een significante correlatie gevonden tussen de MAAS en de SBC (subschaal body dissociation). Een hoge mate van mindfulness hangt samen met een lage mate van dissociatie en andersom. Andere betekenisvolle verbanden (bijvoorbeeld tussen diagnostiek en uitkomsten van de meetinstrumenten) zijn niet gevonden.

De behoefte aan meer oefeningen gericht op mindfulness, awareness en lichaamsbewustzijn is tevens aangetoond. Ruim 68% wil bijvoorbeeld leren ontspannen en leren focussen op het hier en nu. De behoefte aan het leren opmerken van gevoelens en gedachten en er vervolgens afstand van kunnen nemen is het grootst met 81,3%.

Het opstarten van een specifieke PMT-module is, met daaraan gekoppeld een effectonderzoek, een logische en wenselijke vervolgstap.

Inleiding

Nog geen psychologietijdschrift kan worden geopend of termen als aandachtig zijn, awareness, hier en nu, aandachtstraining etc., vliegen u om de oren. Mindfulness is hip!

Ook in de psychiatrie heeft deze hype zich inmiddels als een ware epidemie over het land verspreid, als zijnde dé nieuwe behandelmethode en inmiddels zijn de onderzoeken naar de effecten ervan in volle gang. Binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in Nederland zijn velen zich aan het bijscholen en worden deze cursussen Mindfulness, wat 'opmerkzaamheid' betekent (Brandsma, 2007), veelal gegeven door cognitief therapeuten en psychologen, druk

bezocht. Echter op het terrein van de psychomotorische therapie (PMT) wordt ook al jaren gewerkt met sensory awareness, aandachtsoefeningen, lichaamsbewustzijn en ervaringen in het hier en nu.

Op de dagbehandeling voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis van het Jelgerhuis te Leeuwarden, ontstond de vraag of het aanbieden van een PMT-module Lichaamsbewustzijn dan ook niet een passend antwoord zou zijn op deze toenemende vraag in de markt. Een module met onderdelen uit mindfulness, maar ook andere oefeningen gericht op zintuiglijke waarneming, het gewaar zijn van spanningen & lichaamssignalen, concentratie, niet-oordelende houding en focussen op het hier en nu.

Daarbij rees allereerst de vraag of ook de cliëntèle van het Jelgerhuis; a) inderdaad problemen hadden op het gebied van lichaamsbewustzijn of mindfull zijn en b) überhaupt behoefte zou hebben aan een dergelijk aanbod.

Dit is als het ware een vooronderzoek, om de start van een PMT-module lichaamsbewustzijn te kunnen verantwoorden. Voorts ligt een effectstudie van het volgen van de module op afname van hun problematiek en een waardevolle bijdrage in hun behandeling in het verschiet.

In de huidige tijd waarin binnen het zorgsysteem wordt verwacht dat er zo evidenced-based mogelijk wordt gewerkt en richtlijnen voor behandelingen worden gesteld, kunnen we er als psychomotorisch therapeut niet meer omheen: er zal meer vastgelegd moeten worden wát wordt gedaan en met welk resultaat. En, eerlijk is eerlijk, in de meeste richtlijnen komt vaktherapie niet als ontzagwekkend bewezen effectief uit de bus. Daar de psychologen in het doen van onderzoek toch een jarenlange voorsprong hebben op vaktherapeuten is een inhaalslag noodzakelijk. De zorgprogramma's staan immers voor de deur. Het is daarom onvermijdelijk om modules PMT te gaan beschrijven en zoveel mogelijk te onderzoeken op de effecten ervan, om ons te (blijven) positioneren op de huidige zorgmarkt. Positieve effecten van Mindfulness worden reeds geboekt in de behandeling van onder andere depressies, angststoornissen, fibromyalgie en chronische pijn (Baer, 2003). Daarentegen zijn de effecten van een dergelijke behandeling op persoonlijkheidsproblematiek nog niet bewezen. Dit vooronderzoek zou een eerste aanzet kunnen zijn voor PMT binnen het Jelgerhuis om op het terrein van lichaamsbewustzijn de effecten te gaan onderzoeken bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen.

De cliëntèle van de dagbehandeling voor persoonlijkheidsstoornissen van het Jelgerhuis is zeer heterogeen qua samenstelling. Dit start al bij de indicatie voor behandeling. Waar de ene cliënt komt voor diagnostiek, komt de ander vanuit een opnameafdeling ter resocialisatie, of als voorwerktraject voor een nog intensievere dagbehandeling binnen de GGZ. Ook het doel wisselt van stabiliseren tot behandeling. Voor sommigen is het hun eerste kennismaking met de GGZ, anderen hebben al een jarenlange geschiedenis. Daarnaast speelt er veel comorbiditeit, daar waar de diagnostiek al wel rond is. Een heldere As-II stoornis is grote uitzondering, veelal is het een combinatie met As-I stoornissen (PTSS, ADHD, e.d.) of 'trekken van' andere persoonlijkheidsproblematiek. Deze variabele kenmerken hebben mogelijk hun uitwerking op de mate van lichaamsbewustzijn.

De Amerikaan Jon Kabat-Zinn is de grondlegger van de mindfulness, ofwel aandachtstraining zoals die in Nederland nu wordt aangeboden. Aandachtstraining heet officieel Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) en hierin worden de essentiële vaardigheden voor mindfulness volgens een vast programma geoefend (Kabat-Zinn, 2000). Een variant op de training, Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), werd gecreëerd door Segal (2004), waarbij elementen van cognitieve gedragstherapie werden toegevoegd. Mindfulness is het met milde open aandacht, aanwezig zijn in het moment (Maex, 2006). Middels ademhalingsoefeningen, zit- en loopmeditatie, yogavormen en een zogenaamde lichaamsscan wordt oplettendheid betracht, ter vermindering van stress en pijn (Kabat-Zinn, 2000).

Ook de zogenaamde derde generatie cognitieve gedragstherapie kent kenmerken uit de Mindfulness. Linehan (1996), spreekt binnen haar dialectische gedragstherapie (DGT) voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen, over oplettendheidsvaardigheden die zij vooral ontleende aan de Zenpraktijk. Het omvat het leren observeren, beschrijven en participeren. Het doel is het ontwikkelen van een levenshouding die gekenmerkt wordt door een bewuste deelname: een aanname in de DGT is dat deelname zonder bewustzijn kenmerkend is voor impulsieve en stemmingsafhankelijke gedragingen. Andere oplettendheidsvaardigheden zijn het aannemen van een oordeelvrije houding, de aandacht richten op één ding tegelijk en effectief zijn (doen wat werkt). Er zijn aanwijzingen dat dit een effectieve behandeling is voor de groep cliënten met een hoge lijdensdruk en risico op zelfdestructief en suïcidaal gedrag. Andere behandelingen voor de borderline persoonlijkheidsstoornis hebben minder bewijs van efficiëntie (Palmer, 2002).

Acceptatie en Commitment Therapie (ACT) heeft als nieuwe vorm van psychotherapie een frisse kijk op pijn en leed. Het zijn normale, onlosmakelijke onderdelen van het mens-zijn. Juist het vermijden of onderdrukken van pijnlijke ervaringen veroorzaakt lijden (Hayes & Smith, 2005). Het richt zich vooral op het accepteren in plaats van controleren van onplezierige emoties zoals boosheid, angst, pijn en verdriet. Onderzoek toont aan dat ACT een effectieve behandelmethode is voor diverse psychische en lichamelijke problemen, zoals angst en fobieën, obsessief-compulsieve stoornissen, het omgaan met psychose en burnout bij werknemers (Hayes & Smith, 2005).

Zo lijkt het haast iets nieuws van de laatste jaren te zijn. In 'Gewaarzijn, een rage' (Schur, 1976) bekritiseerde de schrijver echter al jaren geleden de opkomst van ideeën en gebruiken ontleend aan oude religieuze, oosterse tradities en de 'nieuwe' therapieën zoals Gestalttherapie en Biofeedback. Hij meende dat er gevaar school in deze beweging als zijnde een makkelijke oplossing voor alle problemen die onze omzichtigheid en nuchtere verstand zal verdringen. De trend zette zich desondanks voort.

Kenmerkend binnen de Gestalttherapie is aandacht en bewustzijn. Bewust luisteren naar de situatie (gestalt) die op de voorgrond ligt, in het hier en nu. De eerste stap van verandering is dat iemand zichzelf gewaar wordt, dat hij beseft wat hij met zichzelf doet, wat er in en rond hem omgaat (awareness) (De Roeck, 1975).

In 2003 deed Tophoff onderzoek naar de effecten van Sensory Awareness. Met gebruikmaking van de Somatic Awareness Questionnaire en de Outcome Questionnaire, bleek een normale populatie een verbeterd (toegenomen) bewustzijn van de eigen lichamelijke toestand, een verhoogd subjectief gevoel van lichamelijk welzijn en een grotere subjectieve tevredenheid in interpersoonlijke relaties en sociale rol. Over het effect van Sensory Awareness bij psychiatrische problematiek was nog niets bekend.

Onderzoeken van de afgelopen jaren door Bishop (2002), Baer (2003), Grossman (2004) en Lazar (2005) geven diverse positieve resultaten als het gaat om de effecten van mindfulness, bij een gezonde populatie en populatie met psychiatrische AS-I problematiek (www.aandachttraining.info/mindfulness-research.html). Tevens worden veelbelovende onderzoeken gedaan naar de derde generatie cognitieve gedragstherapieën voor persoonlijkheidsproblematiek, waarbij deze elementen deel uit maken van de behandeling (Hayes, Follette & Linehan, 2006).

De hypothese van deze studie is dat werkvormen gericht op mindfulness en sensory awareness dan ook een essentiële rol spelen op klachtenvermindering en een verantwoord onderdeel zijn binnen de behandeling. Wanneer cliënten een hogere mate van lichaamsbewustzijn ervaren, zullen zij adequater kunnen reageren op impulsieve neigingen, heftige emoties en spanningen. De verwachting is dat cliënten van het Jelgerhuis die voor het eerst kennismaken met de GGZ in mindere mate bewust zijn van hun eigen lichaam, dan cliënten die al vele malen in therapie zijn geweest. Daarnaast zal de soort persoonlijkheidsproblematiek, eventueel in combinatie met AS-I stoornissen tevens een rol spelen in de mate van lichaamsbewustzijn.

De onderzoeksvraagstelling die hieruit volgt is tweeledig:

- 1. Hebben de cliënten met persoonlijkheidsproblematiek van het Jelgerhuis in meer of mindere mate problemen op het gebied van lichaamsbewustzijn en zijn er onderlinge verschillen of verbanden te ontdekken?*
- 2. In hoeverre verwachten cliënten dat een verbetering van het lichaamsbewustzijn door middel van een specifieke PMT-module, een gunstige uitwerking heeft op hun behandeling.*

Wanneer een meerderheid van de cliënten problemen ervaart op het gebied van lichaamsbewustzijn en positieve bijdrage aan de behandeling verwacht van een gerichte PMT-module, is wenselijkheid van de komst van de module aangetoond. Waarbij een logisch vervolg zou zijn dat het effect van de module wordt gemeten op toename van lichaamsbewustzijn en afname van problematiek.

Methode

Onderzoekspopulatie

Cliënten van het Jelgerhuis te Leeuwarden, afdeling Behandelhuis 1 voor persoonlijkheidsstoornissen, konden op vrijwillige basis deelnemen aan het onderzoek. In totaal hebben 16 personen meegewerkt (N=16), waarvan 3 mannen en 13 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 42 jaar (SD=8,3).

Onderzoeksdesign/procedure

Een kwantitatief onderzoek met een exploratief karakter waarbij middels een survey informatie is verzameld over de genoemde onderzoekspopulatie. Met de variabelen: lichaamsbewustzijn, awareness en mindfulness. Deze drie begrippen worden in de literatuur door elkaar gebruikt en tonen veel overeenkomsten of lijken bij tijden zelfs met elkaar te vervloeien. Alle drie deze concepten worden desondanks apart meegenomen in het onderzoek om een zo'n breed mogelijke vertaalslag te kunnen maken. Wanneer men de gekozen meetinstrumenten bestudeert is er ook een zekere overlap waarneembaar wat betreft de inhoudelijke betekenis van deze drie concepten. Het accent bij het begrip 'lichaamsbewustzijn' komt echter meer op de fysiologisch lichamelijke processen te liggen, het concept 'awareness' belicht naast deze lichamelijke processen ook de emotionele kant en het accent van mindfulness ligt op de mate van aandacht die men heeft voor deze ervaringen in het hier en nu.

Daarnaast vond er een inventarisatie plaats met betrekking tot de heterogeniteit: leeftijd, geslacht, indicatie voor behandeling, diagnostiek, ervaringsjaren binnen GGZ en ervaring met verwante therapievormen. Daarbij werd bovendien gepeild in hoeverre cliënten behoefte hebben aan een toekomstige module lichaamsbewustzijn en welk effect zij ervan verwachten op hun behandeling.

Meetinstrumenten

De variabelen worden geoperationaliseerd middels de volgende drie meetinstrumenten:

- De variabele lichaamsbewustzijn wordt gemeten door de Somatic Awareness Questionnaire (SAQ) (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996)

De SAQ bestaat uit 25 stellingen over het bewustzijn van en de gevoeligheid voor interne lichamelijke processen en de lichamelijke gesteldheid. Het gaat hierbij om de herkenning van lichaamssignalen en het rapporteren van deze sensaties (Scheffers, Rekkers & Bosscher, 2006). De stellingen worden gescoord op een 5-punts Likertschaal, waarbij de gemiddelde itemscore van de totale lijst wordt gehanteerd. Een hoge score duidt op een hoog bewustzijn van lichamelijke processen en lichamelijke gesteldheid. De SAQ is ontwikkeld door Gijsbers van Wijk en Kolk (1996), zij bevestigen in hun onderzoek de betrouwbaarheid van de SAQ, de validiteit van deze lijst wordt echter niet bevestigd.

- De variabele awareness wordt gemeten door de Scale of Body Connection (SBC) (Price & Thompson, 2007)

De SBC bestaat uit 20 items verdeeld over twee subschalen. Hiervan meten 12 items de mate van lichaamsbewustzijn; bewuste aandacht voor sensorische signalen. De andere 8 items meten de mate waarin mensen dissociëren van hun lichaamssignalen (sensaties en gevoelens). De items worden gescoord op een 5-punts Likertschaal. Een hoge score op de subschaal body awareness wil zeggen dat er sprake is van bewuste aandacht voor het lichaam. Een hoge score op de subschaal body dissociation geeft aan dat er sprake is van distantie van het lichaam en emoties. De constructvaliditeit en interne consistentie is aangetoond (Price & Thompson, 2007).

- De variabele mindful wordt gemeten door de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown & Ryan, 2003)

Deze bestaat uit 15 vragen, gescoord op een 6-punts Likertschaal en meet de algemene tendens om aandacht te hebben voor alledaagse ervaringen. De Nederlandse vertaling, onder de naam 'Vragenlijst Alledaagse Ervaringen' is een gevalideerde versie (Schroevers, Nyklicek & Topman, 2008). Door het optellen van de scores per cliënt volgt een totaalscore van de vragenlijst. Een hoge gemiddelde itemscore geeft aan dat er veel aandacht en awareness is. De interne consistentie is goed (Cronbach's alpha variërend tussen .82 en .87) (Schroevers e.a., 2008).

- Daarnaast is er een Algemene Vragenlijst ontwikkeld om de cliëntgegevens met betrekking tot heterogeniteit en behoefte aan de module lichaamsbewustzijn te meten bij cliënten (zie bijlage 4). Hierin staan zes meerkeuzevragen die informatie geven over de heterogeniteit van de doelgroep, zoals leeftijd, geslacht en mate van therapie-ervaring. Tevens zes stellingen die de behoefte peilen aan oefeningen gericht op lichaamsbewustzijn en het verwachte effect ervan binnen hun behandeling. Deze worden gescoord op een 5-puntsschaal, waarbij een hoge score aangeeft dat de behoefte en het verwachte effect hoog is.

Informatie uit het Elektronisch Patiënten Dossier is gebruikt om de diagnostische gegevens van de cliënten in kaart te brengen.

Dataverwerking/analyse

Om te bezien of de cliënten met persoonlijkheidsproblematiek inderdaad in meer of mindere mate problemen hebben op het gebied van lichaamsbewustzijn, worden de uitkomsten (gemiddelde en standaarddeviatie) betreffende de meetinstrumenten MAAS, SBC en SAQ van de onderzoeksgroep vergeleken met de gegevens zoals die bekend zijn over een gezonde populatie.

Om vast te stellen in welke mate er een samenhang bestaat tussen de uitkomsten van deze 3 vragenlijsten wordt correlatieonderzoek uitgevoerd. Aangezien er, zoals eerder beschreven, een zekere overlap bestaat tussen de drie begrippen lichaamsbewustzijn, awareness en mindfulness is een samenhang op zich logisch. De sterkte van dit verband kan een indicatie geven over in hoeverre geldt dat wanneer men op een dimensie moeite ervaart, men dat automatisch ook op een andere dimensie heeft. In verband met het geringe aantal proefpersonen worden de resultaten geanalyseerd aan de hand van een non-parametrische toets (Spearman).

Op dezelfde wijze wordt bekeken of er een verband bestaat tussen mate van behandelervaring binnen de GGZ, specifieke diagnoses (met name op As II) en ervaring met soortgelijke vormen van behandeling (en/of training) en de mate van lichaamsbewustzijn, awareness & mindfulness.

Voor de sterkte van samenhang worden de volgende waardes als uitgangspunt genomen: 0 is geen samenhang, 0,25 is een zwakke samenhang, 0,50 is een matig sterke samenhang, 0,75 een sterke samenhang en 1 is een volledige samenhang (De Vocht, 2007).

Om antwoord te krijgen op het tweede deel van de onderzoeksvraagstelling wordt het verwachte effect en behoefte aan een module Lichaamsbewustzijn onderzocht middels de verwerking van de algemene vragenlijst. Hierbij worden de absolute frequentiegegevens en percentages als maat genomen. Uiteindelijk zullen de scores van de twee meest positieve antwoorden (namelijk 'nagal' en 'zeer') cumulatief worden meegenomen in de resultaten.

Er zal vervolgens geanalyseerd worden of er een verband is tussen de mate van behoefte en de mate van lichaamsbewustzijn, awareness & mindfulness met behulp van Spearman's correlatie.

Om de samenhang tussen de stelling van de algemene vragenlijst en de uitkomsten van de andere meetinstrumenten te analyseren is getracht de combinaties zo logisch mogelijk samen te stellen. Zo past het onderwerp 'aandacht voor ervaringen in het hier en nu' als maat voor mindfulness bij de stelling '*ik heb behoefte aan oefeningen waarbij ik leer mijzelf te focussen op ervaringen in het hier en nu*' en wordt zodoende gecombineerd met de vragenlijst die het meest gericht is op het meten van mindfulness, namelijk de MAAS.

Resultaten

Onderzoekspopulatie

In tabel 1 zijn de algemene gegevens van de onderzoekspopulatie weergegeven. Van de 16 deelnemers was 37,5% nog geen zes maanden in behandeling, 12,5% inmiddels zes tot twaalf maanden en 50% was langer dan twee jaar in behandeling bij de GGZ. Hiervan heeft 44% aangegeven tot nu toe alleen ambulante hulp en/of dagbehandeling te hebben gehad. De andere 56% kenden daarnaast ook een klinische opnameperiode.

Eén persoon gaf aan dat resocialisatie de hoofdindicatie was voor zijn aanwezigheid in Behandelhuis 1. Voor het merendeel (87,5%) was behandeling de belangrijkste reden. Andere mogelijkheden waren een wachtlijstfunctie, opname vervangende behandeling of anders. Onderstaande schema geeft ook weer met welke verwante therapieonderdelen de onderzoeksgroep langer dan 3 maanden ervaring heeft. Naast PMT konden de cliënten kiezen uit ademhalings- en ontspanningsoefeningen, gestalttherapie, yoga en/of meditatievormen, ACT, Linehan en Mindfulness. Ruim 81% heeft inmiddels ervaring met PMT in combinatie met 1 of meerdere andere therapieonderdelen.

Tabel 1. Algemene gegevens onderzoekspopulatie

		Percentage %	Frequentie
Geslacht	Man	18,8	3
	Vrouw	81,3	13
Doel/indicatie	Behandeling	87,5	14
	Resocialisatie	6,3	1
Hoelang binnen GGZ	0-6 maanden	37,5	6
	6-12 maanden	12,5	2
	> 2 jaar	50,0	8

Vorm(en) van behandeling	<i>Alleen ambulante e/o dag</i>	44	7
	<i>Klinische, ambulante e/o dag</i>	56	9
>3 maand ervaring met	<i>PMT</i>	37,5	6
	<i>PMT & ademhaling-ontspanning</i>	25	4
	<i>PMT & 1 > andere therapieën</i>	18,8	3
	<i>Geen van deze therapieën</i>	18,8	3

In tabel 2 zijn de diagnostische gegevens weergegeven wat betreft As I, As II en As IV. Bij bijna 70% van de onderzoeksgroep spelen stemmings- en/of angststoornissen een rol. Specifieker gelabeld draait het bij stemmingsstoornissen om een dystyme of depressieve stoornis. De gediagnosticeerde angststoornissen zijn met name PTSS, paniekstoornis of een sociale fobie. Andere voorkomende diagnoses zijn rouwreactie, misbruik van alcohol, anorexia nervosa, relatieproblemen en dissociatieve stoornis.

Tabel 2. Diagnostische gegevens onderzoekspopulatie

		Percentage %	Frequentie
As I	<i>Angst e/o stemmingsstoornissen</i>	68,7	11
	<i>Andere diagnoses</i>	18,8	3
	<i>Niet gesteld/geen</i>	12,5	2
As II	<i>(Trekken van) Borderline PS, eventueel in combinatie met andere PS</i>	56,2	9
	<i>(Trekken van) andere PS</i>	25	4
	<i>Geen/uitgesteld</i>	18,8	3
As IV	<i>Psychosociale en omgevingsproblemen</i>		
	<i>Op 1 of 2 gebieden</i>	43,7	7
	<i>Op drie of meer gebieden</i>	50	8
	<i>Geen</i>	6,3	1

Bij ruim 81% zijn (trekken van) een persoonlijkheidsstoornis (PS) gediagnosticeerd, waarvan ongeveer 43% (trekken van) een borderline PS.

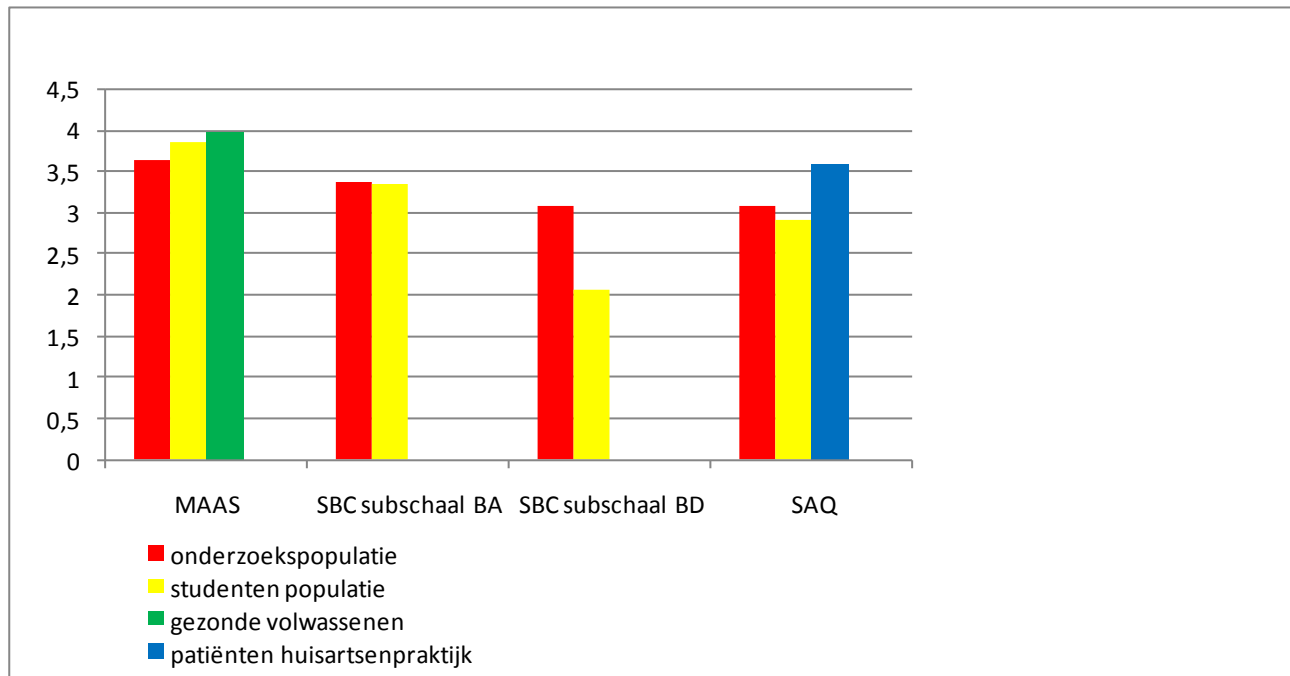
De psychosociale en omgevingsproblemen blijken bij deze doelgroep erg groot. Er wordt onder andere onderscheid gemaakt tussen problemen in de primaire steungroep, werk, financiën, woon,- en sociale omgeving. Bij slechts 1 persoon is op deze As IV geen diagnose gesteld. In tabel 2 is zichtbaar dat 50% van de onderzoeksgroep op 3 of meer gebieden problemen hebben.

Ten aanzien van de andere assen kan worden gesteld dat bij 81,3% geen sprake is van een somatische aandoening (As III). Daarnaast is bij 3 cliënten respectievelijk een cervicale discusaandoening, gegeneraliseerde convulsieve epilepsie en ziekte van Crohn in combinatie met osteoporose vastgesteld.

De gafscores van As V (algehele beoordeling van het functioneren) worden gespecificeerd in een begin en hoogste score. De scores variëren van 30 tot 70. De gemiddelde beginscore van de onderzoeksgroep was 49,3. Gaandeweg de behandeling loopt dit op tot een hoogste score van gemiddeld 57,1.

Lichaamsbewustzijn, awareness en mindfulness

In grafiek 1 zijn de resultaten te zien van de drie gebruikte bestaande vragenlijsten, waarbij de groepsgemiddelden van de onderzoekspopulatie zijn afgezet tegen die van de normpopulatie. Met name het verschil tussen de onderzoekspopulatie en de normpopulatie op de SBC subschaal body dissociation valt direct op. De resultaten van de andere vragenlijsten wijken tevens af van de normpopulaties, maar die verschillen zijn minder groot.



Grafiek 1. Groepsgemiddelde onderzoekspopulatie versus groepsgemiddelde normpopulatie per vragenlijst

Het gemiddelde van de onderzoekspopulatie op de *Somatic Awareness Questionnaire (SAQ)* is 3,07 (SD=0,48). In het onderzoek van Gijsbers van Wijk & Kolk (1996) is de normpopulatie onderverdeeld in een groep studenten (M=2,9, SD=0,46) en een groep patiënten van een huisartsenpraktijk (M=3,6, SD=0,75).

De resultaten van de *Scale of Body Connection (SBC)* zijn onderverdeeld in de twee subschalen. Het gemiddelde van de onderzoekspopulatie op de subschaal body awareness (SBC-BA) is 3,37 (SD=0,52). Op de subschaal body dissociation (SBC-BD) is het gemiddelde van de onderzoekspopulatie 3,07 (SD=0,53).

Het gemiddelde van de normpopulatie (studenten) op de SBC-BA is 3,36 (SD=0,66) en het gemiddelde van de SBC-BD is 2,07 (SD=0,63) (Price & Thompson, 2007).

Het gemiddelde van de onderzoekspopulatie op de *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)* is 3,64 (SD=0,75). Met name vraag 6 "Ik vergeet iemands naam bijna meteen als ik die voor de eerste keer hoor" (gem. itemscore 2,5) en vraag 13 "Ik merk dat ik erg bezig ben met de toekomst of het verleden" (gem. itemscore 2,25) scoren relatief laag. Vragen 10, 12, 14 en 15 scoren daarentegen relatief hoog met gemiddelde itemscores boven de 4,3.

De in de tabel opgenomen normpopulaties betreffen de gegevens van studenten (M=3,85, SD=0,68) en volwassenen uit de algemene bevolking (M=3,97, SD=0,64) uit het onderzoek

van Brown & Ryan (2003). Schroevers et al. (2008) vonden in hun Nederlandse studie zelfs nog hogere normgegevens, met $M=4,23$ ($SD=0,43$) bij studenten en $M=4,08$ ($SD=0,45$) bij volwassenen uit de algemene bevolking.

Behoeft van de cliënt

De uitkomsten van de peiling in behoefte van cliënten aan oefeningen gericht op lichaamsbewustzijn en het verwachte effect ervan binnen hun behandeling worden gepresenteerd in tabel 3.

De cumulatieve percentages van de positieve antwoorden 'nagal' en 'zeer', zijn opmerkelijk hoog. Zo is 50% van de onderzoeksgroep er zeker van dat lichaamsbewustzijn een belangrijke bedrage levert aan hun behandeling. Maar liefst 68,8% heeft behoefte aan leren ontspannen, en ruim 56% aan gewaar leren zijn van lichaamssignalen en spanningen.

Nog groter is de behoefte aan het leren opmerken van gevoelens en gedachten en daar vervolgens afstand van kunnen nemen (81,3%) en het leren focussen op ervaringen in het hier en nu (68,8%).

Tabel 3. Het verwachte effect en behoefte aan oefeningen gericht op lichaamsbewustzijn

Stelling	Nauwelijks % (frequentie)	Enigszins % (frequentie)	Nagal % (frequentie)	Zeër % (frequentie)
<i>lichaamsbewustzijn belangrijke bedrage</i>	12,5 (2)	37,5 (6)	37,5 (6)	12,5 (2)
<i>behoefte leren ontspannen</i>	6,3 (1)	25 (4)	62,5 (10)	6,3 (1)
<i>behoefte lichaamsbewustzijn centraal</i>	18,8 (3)	37,5 (6)	31,3 (5)	12,5 (2)
<i>behoefte gewaarzijn signalen/spanning</i>	31,3 (5)	12,5 (2)	43,8 (7)	12,5 (2)
<i>behoefte opmerken en afstand nemen</i>	6,3 (1)	12,5 (2)	25 (4)	56,3 (9)
<i>behoefte focussen op hier en nu</i>	18,5 (3)	12,5 (2)	43,8 (7)	25 (4)

Correlatie (Spearman, two-tailed)

Er zijn correlatie-analyses gemaakt met betrekking tussen de meetinstrumenten onderling en tussen de uitkomsten van de meetinstrumenten en de variabelen diagnostiek, ervaringsjaren, therapie-ervaring en de uitkomsten van de meetinstrumenten.

Hieruit kwamen voornamelijk zwakke en een enkele (nagenoeg) matig sterke samenhangen tussen variabelen naar voren, maar allen niet significant. Zo werd onder andere een correlatie coëfficiënt van $-0,402$ ($p=0,137$) gevonden tussen As I problematiek en de uitkomst van de SBC-BA en een correlatie coëfficiënt van $-0,386$ ($p=0,156$) tussen ervaringsjaren in de GGZ en de SBC-BA. Het verband tussen As II problematiek en de verschillende vragenlijsten is ronduit zwak te noemen (met bijvoorbeeld de MAAS $r=0,263$, $p=0,326$). Het verband tussen AS IV

problematiek en de SBC-BA is al wat sterker met $r=-0,466$ ($p=0,08$), net als combinatie SAQ en SBC-BA ($r=0,453$, $p=0,09$).

Echter op de combinatie MAAS en SBC-BD werd met een correlatie coëfficiënt van $-0,826$ (sig. 0,0) een zeer sterke samenhang vastgesteld. Wanneer iemand hoog scoort op de MAAS scoort hij dus laag op de SBC-BD en andersom.

Het overzicht van de mate van samenhang tussen de zes stellingen van algemene vragenlijst en de uitkomsten van de bestaande meetinstrumenten staan in tabel 4.

Hierbij werden betekenisvolle correlaties gevonden tussen de stelling "*lichaamsbewustzijn levert belangrijke bijdrage aan behandeling*" en de SBC-BA ($r=0,572$, $p=0,026$) én met de SAQ ($r=0,583$, $p=0,018$). Dit betekent dat er een matig sterke tot sterke samenhang tussen de genoemde variabelen bestaat.

Tabel 4. Correlatie algemene vragenlijst versus MAAS, SBC en SAQ

		Spearman correlatie coefficient	Significantie (two-tailed)
<i>lichaamsbewustzijn belangrijke bedrage</i>	- SAQ	0,583	0,018
	- SBC subschaal BA	0,572	0,026
	- SBC subschaal BD	-0,122	0,665
	- MAAS	0,175	0,518
<i>behoefte leren ontspannen</i>	- SAQ	0,086	0,753
<i>behoefte lichaamsbewustzijn centraal</i>	- SBC subschaal BA	-0,245	0,379
<i>behoefte gewaarzijn signalen/spanning</i>	- SAQ	0,068	0,802
	- SBC subschaal BA	-0,285	0,304
	- MAAS	-0,363	0,167
<i>behoefte opmerken en afstand nemen</i>	- SBC subschaal BD	0,000	1,000
	- MAAS	-0,025	0,928
<i>behoefte focussen op hier en nu</i>	- MAAS	-,0139	0,607

Discussie

Het gemiddelde van de onderzoeksgroep op de *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) is lager dan het gemiddelde bij studenten en bij volwassenen uit de algemene bevolking. De cliënten van het Jelgerhuis zijn derhalve te betitelen als 'minder mindful' (mind-less).

Het relatief laag scoren op bepaalde items komt overeen met de resultaten van Brown en Ryan (2003) die ook relatief lage scores op vraag 6 ($M=3,4$) en vraag 13 ($M=2,66$) vonden. Ook het relatief hoog scoren op bepaalde items (die verwijzen naar de neiging om dingen automatisch te doen, gehaast en zonder echte aandacht) past bij de resultaten uit het onderzoek van Schroevers et al. (2008). De algemene tendens die de onderzoekspopulatie binnen deze vragenlijst laat zien, komt dus wel overeen met de normpopulatie. Dit maakt de uitkomst van de verminderde mindfulness des te waardevoller.

Uit de resultaten van de behoeftepeiling kan worden geconcludeerd dat ruim 81% behoefte heeft aan het leren opmerken van gevoelens & gedachten en daar vervolgens afstand van kunnen nemen. En ook het focussen in het hier & nu, zou ruim 68% van de cliënten graag

willen leren. Er is samenvattend een lagere mate van mindfulness én de cliënten geven aan behoefte te hebben dit te verbeteren, wat zodoende een indicatie voor een dergelijke interventie lijkt te rechtvaardigen.

Wat betreft de *Scale of Body Connection (SBC)* kan worden genoemd dat de resultaten van de onderzoeksgroep op de body awareness items amper verschillen met de gegevens uit het onderzoek van Price & Thompson (2007). De mate van awareness is voor de onderzoeksgroep dus niet anders te noemen dan gezonde studenten, terwijl vanuit het theoretisch kader van DGT bij persoonlijkheidsstoornissen, waarmee toch ruim 81% is gediagnosticeerd, te verwachten viel dat het bewustzijn lager zou uitvallen. Het zou kunnen dat de mate van therapie-ervaring hierin een rol speelt. Het is immers gebleken dat 62,5% van de onderzoekspopulatie al langer dan een half jaar in behandeling bij de GGZ is en ruim 81% heeft ervaring opgedaan met psychomotorische therapie en/of verwante therapievormen.

Op de subschaal body dissociation is echter wel een behoorlijk verschil zichtbaar. Bij deze schaal geldt dat hoe lager de score, hoe gunstiger het resultaat is. De onderzoeksgroep van het Jelgerhuis scoort hier aanzienlijk hoger dan de normpopulatie, waaruit geconcludeerd kan worden dat de mate van dissociatie hoger is en de cliënten zich dus beduidend meer distantiëren van hun lichaam en emoties. Dit valt mogelijk te verklaren door het hoge percentage angststoornissen en dan met name PTSS die is gediagnosticeerd bij de onderzoeksgroep, waarvan dissociatie één van de kenmerken kan zijn.

Uit de behoeftepeiling blijkt dat bijna de helft van de onderzoeksgroep (44%) behoefte heeft aan oefeningen gericht op het bewustzijn van het lichaam en een kleine meerderheid van 56% behoefte heeft aan meer gewaar-zijn van lichaamssignalen en spanning. Dat deze percentages in vergelijking tot de andere percentages uit de behoeftepeiling wat lager ogen, past bij de resultaten van de SBC-BA en ook de SAQ. Want hoewel die resultaten verschillen met de norm, ze zijn niet als bijzonder laag of 'slecht' te betitelen. Er is, met andere woorden, al wel een aardige mate van lichaamsbewustzijn en awareness met logischerwijs dus een wat lagere behoefte aan het verder ontwikkelen ervan.

Feit blijft echter dat ongeveer de helft van de onderzoekspopulatie wél duidelijk deze behoefte heeft. In combinatie met de hoge mate van dissociatie pleit ook dit voor het aanbieden van oefeningen gericht op lichaamsbewustzijn, lichaamssignalen en spanning.

Het gemiddelde van de onderzoeksgroep van het Jelgerhuis op de *Somatic Awareness Questionnaire (SAQ)* valt binnen de normpopulatie, tussen het gemiddelde bij studenten en het gemiddelde van patiënten van de huisartsenpraktijk. Gesteld kan worden dat de cliënten zich in vergelijking met de studentenpopulatie meer bewust zijn van interne lichamelijke processen en de lichamelijke gesteldheid, maar behoorlijk minder bewust zijn in vergelijking met de populatie van de huisartsenpraktijk. Mogelijk valt dit te verklaren uit het feit dat mensen die een huisartsenpraktijk bezoeken over het algemeen lichamelijke klachten ervaren en daar dus wellicht meer aandacht voor hebben. Daarnaast zal de leeftijd van de populatie uit de

huisartsenpraktijk gemiddeld hoger liggen dan die van de studenten en kan het zijn dat lichaamsbewustzijn ook iets is dat men met de jaren leert.

Uit de behoeftepeiling blijkt bovendien, naast de eerder genoemde behoefte aan oefeningen gericht op lichaam(ssignalen) en spanning, dat maar liefst ruim 68% van de onderzoeksgroep de behoefte heeft om te leren ontspannen. Hiermee geeft de onderzoeksgroep een duidelijk signaal af wat betreft de wenselijkheid van op ontspanning gerichte interventies.

Er is een significante samenhang aangetoond tussen mate waarin de onderzoeksgroep er zeker van is dat het bewustzijn van hun lichaam een belangrijke bijdrage kan leveren aan de behandeling (50% antwoord hierop positief) en de scores op de SBC-BA en de SAQ. Cliënten die er 'nogal' tot 'zeer' zeker van zijn dat bovengenoemde stelling klopt scoren hoog op awareness en lichaamsbewustzijn. Dit zou kunnen betekenen dat cliënten met een hoog lichaamsbewustzijn, dit ook van wezenlijk belang ervaren in hun behandeling. Misschien merken de cliënten die al bewust zijn van hun lichaam de voordelen ervan, bijvoorbeeld omdat het hen helpt om adequater te reageren op impulsieve neigingen en heftige emoties.

Een kritiek punt is dat het een kleine onderzoeksgroep betreft en daardoor eventuele samenhangen niet zijn gevonden, die er mogelijk wel zijn. Er is namelijk, in tegenstelling tot de verwachting, weinig samenhang aangetoond tussen de stellingen van de algemene vragenlijsten en de uitkomsten van de andere meetinstrumenten. Het zou aan te bevelen zijn om dergelijke correlaties, bijvoorbeeld tussen mate van therapie-ervaring of AS II diagnostiek en uitkomsten van de vragenlijsten, nog eens te toetsen bij een grotere onderzoeksgroep. Bijvoorbeeld om te achterhalen of er inderdaad een verschil is in mate van lichaamsbewustzijn tussen cliënten met en zonder ervaring binnen de GGZ of met bepaalde therapievormen. Maar ook om te zien of er wel degelijk een correlatie bestaat tussen lichaamsbewustzijn, awareness & mindfulness en persoonlijkheidsproblematiek. Immers, de derde generatie cognitieve gedragstherapieën zullen vast niet zonder reden elementen ervan succesvol toepassen binnen de behandeling.

Gezien de uitkomsten van dit vooronderzoek is het opstarten van een module gericht op lichaamsbewustzijn zeker een logische stap, waarbij het interessant zou zijn om in een voormeting, nameting en follow-up dezelfde vragenlijsten te laten beantwoorden om het effect van alle oefeningen gericht op lichaamsbewustzijn, awareness en mindfulness te toetsen. Wellicht zou dan het effect op het algemeen welzijn en de hoeveelheid ervaren stress, middels andere meetinstrumenten mee te nemen zijn. Immers, daarmee kan worden vastgesteld in welke mate cliënten in het dagelijks leven ook daadwerkelijk 'last' hebben van problemen die mogelijk gerelateerd zijn aan lichaamsbewustzijn en daarnaast wat de effecten zijn van bewustzijnsinterventies op de psychische klachten.

Conclusies

Terugkomend op de onderzoeksvraagstelling *“Hebben de cliënten met persoonlijkheidsproblematiek van het Jelgerhuis in meer of mindere mate problemen op het gebied van lichaamsbewustzijn en zijn er onderlinge verschillen of verbanden te ontdekken?”* kan middels de resultaten van de meetinstrumenten worden gesteld dat er inderdaad meer problemen liggen op het gebied van lichaamsbewustzijn.

Uit de stellingen van de algemene vragenlijst blijkt bovendien dat veel personen een grote behoefte hebben aan oefeningen gericht op lichaamsbewustzijn, awareness & mindfulness. Wanneer het percentage positieve antwoorden ('nogal' en 'zeer') worden opgeteld, komt de wenselijkheid zeer duidelijk naar voren.

De vraag *“In hoeverre verwachten cliënten dat een verbetering van het lichaamsbewustzijn door middel van een specifieke PMT-module, een gunstige uitwerking heeft op hun behandeling?”* kan in zoverre beantwoord worden, dat de helft van de onderzoeksgroep er zeker van is dat lichaamsbewustzijn een belangrijke bijdrage kan leveren aan hun behandeling cq doelen.

Dit in combinatie met het aangetoonde verminderde mindfulness en verhoogde dissociatie, plus de aanwezige behoefte van de cliënten, maakt een specifieke PMT-module gericht op lichaamsbewustzijn zeer geïndiceerd. Wel moet hierbij in ogenschouw genomen worden dat de onderzoeksgroep relatief klein is (N=16).

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2001) *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR bureau-editie*. Nederlandse vertaling. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Baer, R. A. (2003) *Mindfulness training as a clinical intervention. A conceptual and empirical review*. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 125-143.
- Brandsma, R. (2007) *Beter nu. Breng mindfulness in je leven*. Scriptum.
- Brandsma, R. www.aandachttraining.info
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003) *The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84-4, 822-848.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. & Kolk, A.M. (1996) *Psychometric evaluation of symptom perception related measures. Personality en individueel differences*.
- Hayes, S.C., Follette, V.M. & Linehan, M.M. (2006) *Mindfulness en acceptatie. De derde generatie gedragstherapie*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Hayes, S.C. & Smith, S. (2005) *Uit je hoofd in het leven. Een werkboek voor een waardevol leven met mindfulness en Acceptatie en Commitment Therapie*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Kabat-Zinn, J. (2004) *Handboek meditatief ontspannen*. Haarlem: Altamira-Becht.
- Linehan, M.M. (1996) *Borderline persoonlijkheidsstoornis*. Lisse: Swets & Zeitlinger BV.
- Maex, E. (2006) *Mindfulness. In de maalstroom van je leven*. Tielt: Lannoo.
- Palmer, R.L. (2002) *Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder*. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 8, 10-16.
- Praag, D. van (1998) *Gestalttherapie. Veld en existentie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom
- Price, C.J. & Thompson, E.A. (2007) *Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. November, Vol. 13, No. 9: 945-953
- Roeck, B. de (1975) *Gras onder mijn voeten*. Haarlem: De Toorts.
- 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.
- Schroevers, M., Nyklicek I. & Topman. R. (2008) *Validatie van de Nederlandse versie van de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*. *Gedragstherapie*, 2008-14, 225-240.
- Schur, E. (1976) *Gewaarzijn, een rage. De bewustmakers sociologisch bekeken*. Haarlem: De Toorts.
- Tophoff, M.M. (2005) *Opmerkzaamheidstraining in het perspectief van de cliëntgerichte psychotherapie*. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 43-1, 30-39.
- Topman, R. <http://studietips.leidenuniv.nl/mind/aandachts-q.htm> Universiteit Leiden
- Vocht, A. de (2007) *Basisboek SPSS 15*. Utrecht: Bijleveld Press.

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	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	Ze
---------------	------------	-----------	-------	----

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

Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze
---------------	------------	-----------	-------	----

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

Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze
---------------	------------	-----------	-------	----

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

Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze
---------------	------------	-----------	-------	----

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

Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Ze
---------------	------------	-----------	-------	----

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	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
---------------	------------	-----------	-------	----

Bijlage 2 : Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

In deze vragenlijst staan 15 uitspraken over alledaagse ervaringen. Gebruik de 6-puntsschaal (1: bijna altijd - 6: bijna nooit) om aan te geven hoe vaak u momenteel deze ervaring hebt door cijfer te omcirkelen. Geef a.u.b. bij iedere vraag aan wat **echt** uw ervaring weergeeft en niet zoals u denkt dat uw ervaring zou moeten zijn. Lees de vragen zorgvuldig en beantwoord ieder vraag stuk voor stuk.

1. Ik kan een emotie ervaren en mij daar pas later bewust van zijn.

1 2 3 4 5 6

Bijna altijd

Bijna nooit

2. Ik breek of mors dingen door onzorgvuldigheid, onoplettendheid of doordat ik er met mijn gedachten niet bij ben.

1 2 3 4 5 6

Bijna altijd

Bijna nooit

3. Ik vind het moeilijk om mijn aandacht te houden bij wat er op dat moment gaande is.

1 2 3 4 5 6

Bijna altijd

Bijna nooit

4. Ik heb de neiging snel naar mijn bestemming te lopen, zonder aandacht te schenken aan wat ik onderweg meemaak.

1 2 3 4 5 6

Bijna altijd

Bijna nooit

5. Ik merk lichamelijke spanning of ongemak pas op als deze echt mijn aandacht trekken.

1 2 3 4 5 6

Bijna altijd

Bijna nooit

6. Ik vergeet iemands naam bijna meteen als ik die voor de eerste keer hoor.

1 2 3 4 5 6

Bijna altijd

Bijna nooit

7. Het lijkt er op dat ik dingen automatisch doe zonder mij erg bewust te zijn van wat ik aan het doen ben.

1 2 3 4 5 6

Bijna altijd

Bijna nooit

8. Ik voer activiteiten haastig uit, zonder er echt aandacht aan te schenken.

1 2 3 4 5 6

Bijna altijd

Bijna nooit

9. Ik ben zo gericht op een doel, dat ik het zicht verlies op wat ik op dit moment aan het doen ben om dat te bereiken.

1	2	3	4	5	6
Bijna altijd					Bijna nooit

10. Ik doe klussen en taken automatisch, zonder mij bewust te zijn van wat ik aan het doen ben

1	2	3	4	5	6
Bijna altijd					Bijna nooit

11. Ik merk dat ik met een half oor naar iemand luister en ondertussen met iets anders bezig ben.

1	2	3	4	5	6
Bijna altijd					Bijna nooit

12. Ik ga op 'automatische piloot' ergens heen en vraag mij dan af waarom ik daar ook alweer heen ging.

1	2	3	4	5	6
Bijna altijd					Bijna nooit

13. Ik merk dat ik erg bezig ben met de toekomst of het verleden.

1	2	3	4	5	6
Bijna altijd					Bijna nooit

14. Ik merk dat ik dingen doe zonder er aandacht aan te schenken.

1	2	3	4	5	6
Bijna altijd					Bijna nooit

15. Ik eet haastig zonder er bewust van te zijn dat ik aan het eten ben

1	2	3	4	5	6
Bijna altijd					Bijna nooit

Bijlage 3: Scale of Body Connection (SBC)**Lichaamsbewustzijn**

Instructie: Deze vragenlijst bevat vragen over hoe bewust u zich bent van uw lichaam en hoe u reageert op dat bewustzijn. Omcirkel het cijfer dat het best weergeeft hoe u zich over het algemeen voelt. Er zijn geen juiste antwoorden, antwoord zo eerlijk mogelijk.

Twee vragen hebben betrekking op seksuele activiteit; daaronder vallen alle vormen van seksuele activiteit, dus ook zelfbevrediging. Als u op geen enkele wijze seksueel actief bent, hoeft u deze vragen niet te beantwoorden.

Uw antwoord moet betrekking hebben op de afgelopen twee maanden.

1. Als er spanning in mijn lichaam is, ben ik me bewust van deze spanning

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

2. Ik kan mijn emoties moeilijk herkennen

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

3. Ik merk dat mijn ademhaling oppervlakkig wordt wanneer ik nerveus ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

4. Ik ben bewust van mijn emotionele reactie wanneer iemand mij op een zorgzame manier aanraakt

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

5. Mijn lichaam voelt tijdens ongemakkelijke situaties verstijfd aan, alsof het verdoofd is

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

6. Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

7. Ik heb het idee alsof ik van buitenaf naar mijn lichaam kijk

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

8. Tijdens seksuele activiteit ben ik me bewust van wat ik daarbij voel

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

9. Ik kan mijn adem door mijn lichaam voelen stromen als ik diep uitadem

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

10. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

11. Het is moeilijk voor mij om bepaalde emoties te uiten

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

12. Om te begrijpen hoe ik me voel maak ik gebruik van wat ik in mijn lichaam waarneem

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

13. Wanneer ik mij lichamelijk ongemakkelijk voel, ga ik na wat de oorzaak van het ongemak zou kunnen zijn

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

14. Ik luister naar informatie van mijn lichaam over mijn emotionele toestand

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

15. Wanneer ik gestrest ben, ben ik me bewust van deze stress in mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

16. Ik leid mezelf af van gevoelens van lichamelijk ongemak

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

17. Wanneer ik gespannen ben, let ik erop waar in mijn lichaam de spanning zich bevindt

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

18. Ik merk dat mijn lichaam anders aanvoelt na een rustgevende ervaring

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

19. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam tijdens seksuele activiteit

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

20. Het is moeilijk voor mij om aandacht te besteden aan mijn emoties

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

Bijlage 4: Algemene Vragenlijst Jelgerhuis

1. Uw geboortjaar:

2. Uw geslacht: ☐ man ☐ vrouw

Gelieve onderstaande vragen te beantwoorden door middel van het aankruisen van het juiste antwoord. * N.B. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk.

3. Hoelang heeft u ervaring(en) binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)?

- ☐ 0 – 6 maanden
- ☐ 6 – 12 maanden
- ☐ 1 – 2 jaar
- ☐ meer dan 2 jaar

4. Welk(e) soort(en) vorm(en) van behandeling heeft u gehad of heeft u nog op dit moment binnen de GGZ? *

- ☐ ambulante behandeling (enkele contactmomenten)
- ☐ dagbehandeling (één of meerdere dagen een deeltijdprogramma volgen)
- ☐ klinische behandeling (opname)
- ☐ anders, namelijk

6. Wat is de belangrijkste reden/indicatie voor uw deelname aan dagbehandeling in Behandelhuis 1?

- ☐ resocialisatie
- ☐ behandeling
- ☐ wachtlijstfunctie
- ☐ opname vervangende behandeling
- ☐ anders, namelijk

7. Met welke van hieronder genoemde onderdelen heeft u langer dan 3 maanden ervaring? *

- ☐ psychomotorische therapie
- ☐ ademhalings- en ontspanningsoefeningen
- ☐ gestalttherapie
- ☐ yoga en/of meditatievormen
- ☐ acceptance and commitment therapie (ACT)
- ☐ dialectische gedragstherapie (Linehan)
- ☐ mindfulness

De afgelopen weken heeft u diverse vragenlijsten ingevuld met betrekking tot lichaamsbewustzijn. Kruis hieronder uw antwoord aan op de volgende vragen & stellingen:

8. Hoe zeker bent u dat het bewust zijn van uw lichaam een belangrijke bijdrage kan leveren aan uw behandeling cq doelen?

Helemaal niet Nauwelijks Enigszins Nogal Zeer

9. Ik heb behoefte aan mijzelf leren te ontspannen.

Helemaal niet Nauwelijks Enigszins Nogal Zeer

10. Ik heb behoefte aan oefeningen waarbij het bewust zijn van mijn lichaam centraal staat.

Helemaal niet Nauwelijks Enigszins Nogal Zeer

11. Ik heb behoefte aan oefeningen waarbij ik leer gewaar te zijn van mijn lichaamssignalen en spanningen.

Helemaal niet Nauwelijks Enigszins Nogal Zeer

12. Ik heb behoefte aan het leren opmerken van mijn gevoelens en gedachten en daar vervolgens afstand van kunnen nemen.

Helemaal niet Nauwelijks Enigszins Nogal Zeer

13. Ik heb behoefte aan oefeningen waarbij ik leer mijzelf te focussen op ervaringen in het hier en nu.

Helemaal niet Nauwelijks Enigszins Nogal Zeer