

MASJA MEURS

BEWUST ZIJN VAN JE LICHAAM

HET EFFECT OP HET LICHAAMSBEWUSTZIJN VAN CLIËNTEN
MET EEN PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS DIE PMT VOLGEN
IN DE MODULE SCHEMAGERICHTE THERAPIE.

Voorwoord

In het vierde jaar van mijn opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie heb ik stage gelopen bij Dimence, locatie Hardenberg. Dimence is een instelling voor mensen met psychische problemen, klachten of stoornissen. De instelling verleent hulp door middel van diagnostiek, consult, behandeling, begeleiding en zorg. De cliënten van mijn stage krijgen vraaggerichte zorg binnen een aanbod gericht kader. Er wordt vanuit gegaan dat cliënten een zo zelfstandig en normaal mogelijk leven willen leiden, waarbij men zelf in staat is zoveel mogelijk de regie over het eigen leven te voeren en zo volwaardig mogelijk te functioneren in de eigen omgeving.

De interesse voor het doen van dit onderzoek is enerzijds ontstaan door mijn opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie. Door deze opleiding heb ik gemerkt hoe mijn lichaamsbewustzijn mijn gedrag kan beïnvloeden. Daarnaast heb ik tijdens mijn stage kennis gemaakt met de behandelmethode 'schemagerichte therapie' binnen de Psychomotorische therapie. Schemagerichte therapie wordt gebruikt bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, omdat het de hardnekkige kerncognities, coping- stijl en gevoelstoestanden aanpakt, waardoor het gedrag wordt beïnvloed. Omdat ik denk dat er tussen deze gebieden een relatie is heb ik ter afsluiting van de opleiding Psychomotorische therapieën Bewegingsagogie hierover een onderzoek gehouden.

Het uitvoeren van dit onderzoek heeft me veel energie gekost, omdat het doen van een onderzoek nieuw voor mij was. Uiteindelijk ben ik ontzettend tevreden met de ervaring en het eindresultaat.

Voordat u verder leest in mijn onderzoek, wil ik graag de ruimte nemen om enkele mensen te bedanken. Allereerst wil ik mijn stagebegeleiders Linda de Jong en Martha van der Zwaag bedanken voor de begeleiding tijdens mijn onderzoek. Zij hebben mij de mogelijkheid gegeven om kennis te maken met en me te verdiepen in schemagerichtetherapie binnen de psychomotorische therapie. Ook wil ik Cor Niks bedanken voor zijn begeleiding bij het vormgeven van dit onderzoek en de uitwerking daarvan. Dit vond ik prettig en ik heb dit erg gewaardeerd. Ik wil de cliënten van de schemagerichte groep bedanken voor het meewerken aan mijn onderzoek. Verder ben ik erg blij met de toestemming van de instelling om mijn onderzoek te mogen uitvoeren.

Ten slotte wil ik iedereen bedanken, die op welke manier dan ook, betrokken is geweest bij het tot stand komen van mijn onderzoek.

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	5
2. Theoretisch kader	
2.1 Lichaamsbewustzijn	7
2.2 Persoonlijkheidsstoornissen	7
2.3 Schemagerichtetherapie	8
2.3.1 Muziek therapie	9
2.3.2 Creatieve therapie	9
3.3.3 Cognitieve therapie	9
3. Methode	
3.1 Doelgroep.	10
3.2 De methodiek	10
3.3 Het onderzoeksinstrument	10
3.4 Materiaal	11
3.5 Procedure	11
3.6 Interventie	11
4. Resultaten	
4.1 Totaliteit lichaamsbewustzijn	13
4.2. Lichaamsbewustzijnsschaal	13
4.3 Lichaamsdissociatieschaal	14
4.4 Schaal comfort bij aanraking	14
4.5 Opvallende resultaten in schaal 1	14
4.6 Opvallende resultaten in schaal 2	14
4.7 Opvallende resultaten in schaal 3	15
4.8 Resultaten schema's	15
4.9 Resultaten coping-stijlen	15
5. Conclusie	
Hypothese 1	16
Hypothese 2	16
Hypothese 3	17
Hypothese 4	17
Hypothese 5	18
Hypothese 6	18
Doel van het onderzoek	19
6. Discussie	20
7. Aanbeveling	
7.1 Aanbevelingen vanuit het onderzoek	21
7.2 Aanbevelingen voor een volgend onderzoek	21
8. Literatuurlijst	22
9. Verklarende Woordenlijst	23
Bijlage 1. Figuren	24
Bijlage 2. Schema's	33
Bijlage 3. Coping-stijlen	35
Bijlage 4. Modi	36
Bijlage 5. Resultaten	37
Bijlage 6. Lichaamsbewustzijn vragenlijst	
Op aanvraag: Aanbod PMT in de schemagerichte module	

Samenvatting

Vanuit ervaring is bekend dat het lichaamsbewustzijn ons gedrag beïnvloed. Volgens de literatuur kan gedrag veranderd worden door het aanpakken van disfunctionele schema's en coping-stijlen, middels schemagerichte therapie.

In deze studie wordt onderzocht wat het effect van PMT in de module schemagerichte therapie is op het lichaamsbewustzijn van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. De groep cliënten bestaat uit vijf vrouwen met een persoonlijkheidsstoornis, die voortkomen uit pedagogische verwaarlozing of seksueel misbruik.

In het theoretische kader worden begrippen verhelderd die toegespitst zijn op de vraagstelling. Het gaat hierbij om de begrippen lichaamsbewustzijn, schemagerichte therapie en persoonlijkheidsstoornissen.

Door middel van een 0-meting, tussenmeting, eindmeting en nameting wordt gemeten wat het effect op het lichaamsbewustzijn is. Het lichaamsbewustzijn wordt gemeten door de lichaamsbewustzijn vragenlijst van C.C. van der Maas (2008). De drie subschalen die hierin gemeten worden zijn: lichaamsbewustzijn, lichaamsdissociatie en comfort bij aanraking. Daarnaast neemt de psycholoog tijdens de 0-meting en nameting een schema-, en coping-stijl vragenlijst af.

Vanuit de resultaten komt naar voren dat er een verbetering zichtbaar is vanaf de 0-meting tot aan de eindmeting in het lichaamsbewustzijn. Bij één proefpersoon is dit effect niet teruggevonden in verband met persoonlijke omstandigheden. Het is opvallend dat er in elke schaal telkens twee proefpersonen zijn, bij wie het effect na de eindmeting niet behouden blijft.

Verder is naar voren gekomen dat er is een positieve relatie is tussen het lichaamsbewustzijn versus schema's en coping-stijlen. Uit dit onderzoek is namelijk gebleken dat wanneer de disfunctionele schema's en coping-stijlen verminderd zijn het lichaamsbewustzijn verbeterd is.

De resultaten zijn een indicatie van wat PMT in de module schemagerichte therapie met het lichaamsbewustzijn doet. Er is verder onderzoek nodig om de relevantie te verhogen.

1. Inleiding

De probleemstelling

De probleemstelling die voor dit onderzoek wordt gehanteerd, is de ervaring dat het lichaamsbewustzijn grotendeels ons gedrag stuurt. Anderzijds wordt er in de literatuur geschreven dat schemagerichte therapie de kerncognities dusdanig kan beïnvloeden waardoor er gedragsverandering optreedt. (J.E. Young 2005) Vanuit interesse wordt in dit onderzoek bekeken wat het effect is op lichaamsbewustzijn door het volgen van de PMT in de schemagerichte module.

Gekozen is voor de term lichaamsbewustzijn en niet voor de vergelijkbare term lichaamsbewustwording, omdat het gaat om het lichaamsbewustzijn op het moment van de meting en niet om wat het gaat worden. Deze termen kunnen in betekenis als gelijk worden beschouwd. Lichaamsbewustzijn moet niet verward worden met de termen lichaamsbeleving, waarbij het gaat over de tevredenheid van het eigen lichaam, of lichaamsbesef, waarbij het gaat over hoe de stand van lichaamsdelen wordt ervaren.

De volgende **vraagstelling** is tot stand gekomen:

“Wat is het effect op lichaamsbewustzijn bij cliënten met een persoonlijkheidstoornis die PMT volgen in de module schematherapie?”

Doel van het onderzoek

In dit onderzoek wil men te weten komen of lichaamsbewustzijn verandert aan de hand van PMT binnen schemagerichte therapie. Hieruit wordt bekeken of er een relatie is met de kerncognities en coping-stijlen. Het doel is vanuit deze resultaten een aanbeveling te doen voor mogelijke aanpassing van de PMT in de module schemagerichtetherapie.

Deelvragen

In welke fase van de schemagerichte therapie is het meeste effect op het lichaamsbewustzijn te meten?

Binnen welke schaal wordt het grootste effect op lichaamsbewustzijn gemeten?

Wat is het effect op het lichaamsbewustzijn als de schema's verminderen als gevolg van PMT in de module schemagerichte therapie?

Wat is het effect op het lichaamsbewustzijn als de coping-stijlen afnemen als gevolg van PMT in de module schemagerichte therapie?

Wat is het effect van persoonlijke omstandigheden en eigenschappen op de resultaten van de proefpersonen¹?

Hypotheses

1. Het lichaamsbewustzijn verbetert bij alle proefpersonen vanaf de 0-meting naar de tussenmeting, tot de eindmeting als gevolg van het lichaamsbewustzijn.
2. Het behandelingseffect op de schaal 'lichaamsbewustzijn' verbetert tot aan de eindmeting, en daalt vervolgens tot aan de nameting.
3. Het behandelingseffect op de schaal 'lichaamsdissociatie' verbetert tot aan de nameting, als gevolg van het afnemen van negatieve coping-stijlen en het volgen van PMT in de module schemagerichte therapie.
4. Het behandelingseffect op de schaal 'comfort bij aanraking' verbetert tot de eindmeting en zet door tot aan de nameting.
5. Als de proefpersonen tijdens de nameting minder disfunctionele schema's hebben dan bij de 0-meting, is het lichaamsbewustzijn verbeterd als gevolg van PMT in de module schemagerichte therapie.
6. De persoonlijke gebeurtenissen van de proefpersonen zijn terug te vinden in de scores van het lichaamsbewustzijn.

¹ Vanaf nu wordt er gebruik gemaakt van de term proefpersonen in plaats van cliënten, omdat het in dit onderzoek gaat om een proefopstelling.

Opbouw van het onderzoeksverslag.

Door middel van het onderzoek wordt geprobeerd antwoord te krijgen op wat het effecten van PMT in de module schemagerichtetherapie is op het lichaamsbewustzijn van mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Dit wordt gedaan door achtereenvolgens de volgende zaken te bespreken:

In hoofdstuk één komt de theorie naar voren met betrekking tot de vraagstelling. Begrippen als lichaamsbewustzijn, persoonlijkheidsstoornis en schemagerichte therapie worden uitgelegd. In hoofdstuk twee wordt aandacht besteed aan de methode van het onderzoek. De doelgroep, de methodiek, het onderzoeksinstrument, het materiaal en de procedure worden beschreven.

Vervolgens wordt er in hoofdstuk drie aandacht besteed aan de resultaten afkomstig uit de lichaamsbewustzijn vragenlijst. Dit wordt duidelijk gemaakt middels droge opsommingen, tabellen en grafieken. Ook wordt er aandacht besteed aan de resultaten vanuit de schema en coping-stijlen vragenlijst.

In hoofdstuk vier worden de resultaten verwerkt in een conclusie, waar antwoord wordt gegeven op de *vraagstelling* middels hypothesen en de doelstelling van het onderzoek. Verschillende praktijkvoorbeelden en literatuur zullen de conclusie onderbouwen. In hoofdstuk vijf worden tenslotte verschillende discussiepunten besproken na aanleiding van de conclusie.

Ter afsluiting worden er aanbevelingen gedaan voor de PMT binnen de module schemagerichte therapie. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan voor het doen van verder onderzoek.

Uitspraak in therapieweek 2: "Het gaat goed met me..... want ik voel niks!"

2. Theoretisch kader

Om de probleemstelling van dit onderzoek te verduidelijken worden er drie kernbegrippen uitgehaald die theoretisch worden onderbouwd. Het gaat hierbij om de begrippen lichaamsbewustzijn, persoonlijkheidsstoornis en schemagerichte therapie.

2.1 Lichaamsbewustzijn.

In het boek "Ontspanningsinstructie: principes en oefeningen" van J. van Dixhoordhoorn (2001) wordt lichaamsbewustzijn beschreven als een optimale verhouding tussen het lichaam en de bewuste zelfwaarneming.

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 dat het lichaamsbewustzijn in feite alles is wat je lichaam je vertelt over hoe je je voelt en hoe het met je gaat.

Volgens van Dale (2005) is bewustzijn:

- Vermogen tot besef, tot weten en erkennen van het bestaan van zichzelf en van de dingen.
- Besef van een bepaalde gesteldheid, van verhoudingen enz.
- Zintuiglijk besef.

Opvallend is dat ieder een andere beschrijving heeft. In het verdere onderzoek zal de term lichaamsbewustzijn vaker aan bod komen en zal worden uit gegaan van de volgende omschrijving: De fysieke en fysiologische gewaarwording die je ervaart en daarbij vertel hoe je je voelt en hoe het met je gaat.

Voorbeelden van lichaamsbewustzijn zijn het voelen van spierspanning, pijn in de buik en een versnelde ademhaling.

2.2 Persoonlijkheidsstoornissen

In de DSM-IV vallen persoonlijkheidsstoornissen onder as II. Een proefpersoon valt onder de as persoonlijkheidsstoornissen als hij aan meer dan de helft van de criteria voldoet. Zie figuur 1.

<i>Algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis.</i>	
A	Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen: • Cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen) • Affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en de adequaatheid van de emotionele reacties. • Functioneren in het contact met anderen • Beheersing van de impulsen.
B	Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale Situaties.
C	Het duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
D	Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.
E	Het duurzame patroon is niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis
F	Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bv.drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bv. schedeltrauma).

Figuur 1. Criteria van een persoonlijkheidsstoornis. Bron: DSM-IV (2006)

In de DSM-IV worden tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden, verdeeld over drie clusters. De proefpersonen uit dit onderzoek vallen onder cluster B en C.

Onder *Cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen* vallen proefpersonen die vaak getypeerd worden als impulsief, dramatisch en instabiel op het gebied van emoties, identiteit en interpersoonlijke relaties. Er zijn in dit onderzoek drie proefpersonen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Een borderline persoonlijkheidsstoornis valt onder cluster B. Het wordt gekenmerkt door een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties (A, Sprey., 2002).

Onder *Cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen* vallen proefpersonen met kenmerken als angst en kwetsbaarheid. Onder dit cluster valt de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, waarbij proefpersonen zich hulpeloos voelen en een laag gevoel van eigenwaarde hebben. Ze stellen zich afhankelijk op van anderen en zien het ingrijpen van deze anderen dan ook als oplossing voor hun probleem. Daarnaast doen ze enorm hun best om het anderen naar hun zin te maken (A, Sprey., 2002).

Ook de compulsieve-impulsieve stoornis valt hieronder. Dit wordt gekenmerkt door een diepgaand patroon van preoccupatie met ordelijkheid, perfectionisme, beheersing en psychische en intermenselijke processen, ten koste van soepelheid, openheid en efficiëntie, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in uiteenlopende situaties. DSM-IV

2.3 Schemagerichte therapie

Schemagerichte therapie is ontwikkeld door Jeffrey Young. Waarin elementen uit de cognitieve, gedragstherapeutische en psychodynamische modellen, hechtings- en Gestalt- modellen met elkaar worden gecombineerd, (J.E. Young e.a., 2005).

De grondgedachte van Young is 'de manier waarop we denken bepaald hoe we ons voelen' (J.E. Young e.a., 2005).

Een *schema* is de manier waarop wij de wereld om ons heen ervaren in al zijn facetten van denken, voelen en handelen. Onaangepaste schema's zijn het resultaat van onvervulde emotionele basisbehoeften. Schema's zijn diepgewortelde overtuigingen, cognities over jezelf en de wereld. Ze ontstaan in de kindertijd en ontwikkelen zich verder naarmate je ouder wordt, (J.E. Young e.a., 2005).

Schema's worden in stand gehouden door schemabevestigende ervaringen en een gebrek aan schemaontkrachtende ervaringen. Door het herhalen van ervaringen zijn disfunctionele schema's structureel geworden en hebben meer functionele schema's zich niet kunnen ontwikkelen. Omdat deze disfunctionele schema's erg vertrouwd zijn en passen bij iemand's identiteit zijn ze moeilijk te veranderen. De therapie heeft als doel disfunctionele schema's bij patiënten te onderkennen en te doorbreken, (J.E. Young e.a., 2005).

Young heeft achttien schema's geformuleerd die onder te verdelen zijn in vijf domeinen. Deze domeinen zijn gerelateerd aan de vijf belangrijkste basisbehoeften en ontwikkelingstaken van een kind. (Zie bijlage 2. Schema's)

Om de emoties die schema's met zich mee brengen te kunnen 'over' leven, ontwikkelen patiënten allerlei overlevingsmechanismen, de zogenaamde *coping-stijlen*, (Young et al., 2008). Deze zijn te vergelijken met de veel voorkomende overlevingsmechanismen vanuit de psychomotorische therapie, die bekend staan als bevriezen, vechten en vluchten. (Zie bijlage 3. Coping-stijlen.)

In de therapie worden proefpersonen aangesproken op hun modi. Een *modus* is een gevoelstoestand waarbij meerdere schema's tegelijk getriggerd worden. Bij een modus horen heftige gevoelens en gedragingen. De duur van een modus verschilt van enkele seconde tot soms enkele dagen, waarin overgeschakeld kan worden van de ene naar de andere modus, (J.E. Young e.a., 2005). (Zie bijlage 4. Modi.)

Schematherapie begint met 8 weken diagnostiek en voorlichting. In deze fase helpt de schemagerichte therapeut de proefpersonen om hun schema's te benoemen en inzicht te krijgen in de oorsprong van hun schema's. Proefpersonen leren hun disfunctionele coping-stijlen herkennen en ze krijgen voorlichting over hun schemamodi. In de volgende 10 weken speelt zich een veranderingsfase af. Waarin er cognitieve-, experimentele-, gedragsmatig- en interpersoonlijke strategieën worden aangeleerd.

PMT en schematherapie hebben veel overeenkomsten. Beiden combineren cognitieve, ervaringsgerichte gedragsmatige en inter-persoonlijke interventies (Blokland-Vos, Günter, Mook van, 2008) waarbij de nadruk van de PMT op de ervaringsgerichte technieken ligt. Daarnaast zijn PMT en schemagerichtetherapie beiden gebaseerd op de wisselwerking tussen denken, voelen en handelen.

Schemagerichte therapie komt op verschillende manieren binnen de PMT naar voren. Zo wordt er binnen de PMT stil gestaan bij gedachten die bij proefpersonen naar voren komen tijdens beweging en lichaamsgerichte oefeningen. Gekeken wordt hoe deze gedachten geplaatst kunnen worden binnen de verschillende schema's. Vervolgens wordt geprobeerd om de disfunctionele schema's om te buigen naar meer functionele schema's waardoor ook gedachten zullen veranderen. Binnen de PMT is het ook belangrijk dat er naast de gedachten ook stil wordt gestaan bij het lichaam. Daarom wordt er naast gedachten ook gevraagd naar lichaamssignalen en gevoelens om zo de gedachten beter te herkennen of te ondersteunen.

Oefeningen die onder meer gebruikt worden zijn over een wiebelbank lopen en elkaar op verschillende manieren door de zaal leiden. Veel voorkomende thema's binnen de psychomotorische therapie zijn 'Leren om hulp te vragen', 'grenzen' en 'je eigen kracht'.

Naast PMT bevinden zich ook muziek-, creatieve- en gesprekstherapie in de module schemagerichte therapie. In de onderstaande theorieën wordt kort beschreven hoe schemagerichte therapie hierin wordt toegepast en hoe het lichaamsbewustzijn hierin is terug te vinden.

2.3.1 Muziek therapie

Definitie van muziek therapie is: een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden teneinde veranderingen, ontwikkelingen, stabiliteit of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied te bewerkstelligen (Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën, 1999).

In het werkveld beschrijft Miranda Huls muziek therapie als volgt: "In de muziektherapie worden verschillende thema's naar voren gehaald als rollen innemen, hard en zacht stemgebruik en experimenteren. Het is er op gericht dat je eerst je schema's kan ervaren en beleven om er vervolgens woorden aan te geven. Er is veel interactie op muzikaal en non-verbaal gebied in plaats van verbaal gebied. Hierdoor kunnen boodschappen vaak indirect overgebracht worden. Het lijkt vaak alsof je dingen alleen doet, omdat je alleen een instrument bespeelt, maar vaak ben je toch samen bezig"

2.3.2 Beeldende creatieve therapie

Beeldende creatieve therapie is een vorm van therapie waarbij gebruikt wordt gemaakt van beeldende middelen als medium om therapie te geven (Zewald, 2005). In het werkveld beschrijft Anneke Dampers creatieve therapie als volgt: "Bij de creatieve therapie kunnen proefpersonen opzoek gaan naar schema's, coping-stijlen en modussen door het gebruik van creatieve middelen. Binnen de creatieve therapie is veel gekeken naar de modussen die proefpersonen hanteren. Er wordt bijvoorbeeld naar gekeken welke modus ze liever niet zouden willen hebben. Het lichaamsbewustzijn wordt niet als thema aangehaald, maar als het aan het licht komt wordt het niet uit de weg gegaan."

2.3.3 Schematherapie als gespreksvorm

De eerste acht weken richt schematherapie zich op het onderzoek en psycho-educatie. In de laatste tien weken van de therapie wordt door middel van empathische confrontatie en realiteitstoetsing gewerkt aan het aanpakken van schema's (M. van Vreeswijk & J. Broersen, 2006). Psycholoog Sytske Schuytemaker beschrijft het in de praktijk als volgt: "Het doel van de schema therapie is disfunctionele schema's uitdagen en aftrainen om vervolgens meer functionele gedachten er voor in de plaats te laten komen. Veel oefeningen die gebruikt worden zijn het aanleren van cognitieve technieken, rollenspelen, groepsgesprekken en imaginaties. Binnen de cognitieve therapie wordt stil gestaan bij lichamelijk sensaties en gevoelens en vanuit daar worden gedachten uitgedaagd. Proefpersonen worden zich door middel van PMT en andere non-verbale therapieën bewust van hun schema en kunnen met nieuw gedrag experimenteren."

3. Methode

3.1 Doelgroep.

De doelgroep waar het onderzoek is uitgevoerd zijn vijf vrouwen in de leeftijd van 24 tot en met 48 jaar. De proefpersonen doen mee aan de module schemagerichte therapie. De doelstelling van de groep in deze module is de kerncognities te veranderen zodat ze zich in het dagelijkse leven beter staande kunnen houden.

De proefpersonen die aan het onderzoek mee doen zijn allen gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis, die voortkomen uit pedagogische verwaarlozing of seksueel misbruik. Verder zijn er geen eisen gesteld waaraan de proefpersonen moesten voldoen. Tijdens het onderzoek waren er geen afvallers.

Inclusiecriteria zijn:

- Vrouw
- 24 tot 50 jaar
- Voldoen aan de DSM-IV criteria voor een persoonlijkheidsstoornis.

Exclusiecriteria zijn:

- Comorbiditeit van stemmingsstoornissen
- Onvermogen om gedurende 18 weken, 2 dagen in de week schemagerichte therapie te volgen.

De schemagerichte therapie is dermate intensief dat het niet haalbaar is om meer vrouwen in dezelfde tijdsperiode te behandelen. Dit onderzoek moet daarom worden gezien als een pilot-onderzoek.

3.2 De methodiek

Het onderzoek wordt grotendeels uitgevoerd middels een empirisch onderzoek. Voorafgaand aan het empirisch onderzoek wordt een literatuurstudie uitgevoerd. In de literatuurstudie wordt theorie gezocht over de meest relevante begrippen voor dit onderzoek. Een empirisch onderzoek beschrijft elke onderzoeksactiviteit die directe of indirecte waarnemingen gebruikt (F. Haring, 2009). In dit onderzoek wordt er van de hoofdvorm 'bevragen' gebruik gemaakt door een vragenlijst af te nemen.

10

3.3 Het onderzoeksinstrument

Het onderzoeksinstrument is een vragenlijst. Deze 'lichaamsbewustzijnslijst' (Maas van der, 2008) is ontstaan vanuit de *Scale of Body Connection* (SBC) en de *Body Investment Scale* (BIS)

De SBC (Price, 2005) heeft twee subschalen. Eén schaal meet het lichaamsbewustzijn en één schaal de lichaamsdissociatie. De lichaamsbewustzijnschaal meet de bewuste aandacht voor sensorische signalen, die een teken geeft van de algemene lichamelijke gesteldheid. De Lichamelijke dissociatieschaal meet de mate waarin mensen zich distantiëren van hun lichaam en van hun emoties. De onderwerpen worden gescoord op een 5-punts Likert schaal van '1-helemaal niet', tot '5-altijd'. Een hoge score op de subschaal lichaamsbewustzijn wil zeggen dat er bewuste aandacht is voor het lichaam. Een hoge score op de subschaal lichaamsdissociatie geeft aan dat er sprake is van distantie van het lichaam en emoties. Daarom wordt deze lichaamsdissociatieschaal om gescoord. De constructvaliditeit van deze vragenlijst is aangetoond (Price, 2005).

Voor de lichaamsbewustzijn vragenlijst (Maas van der, 2008) is de dimensie 'comfort bij aanraken' uit de BIS (Orbach & Mikulincer, 1998) gehaald. De onderwerpen worden gescoord op een 5-punts schaal van '1-helemaal niet mee eens' tot '5-helemaal mee eens'. Een hoge score op de dimensie 'comfort bij aanraken' wil zeggen dat er sprake is van een prettig gevoel bij lichamelijk contact met anderen. De geldigheid van BIS is bevestigd (Orbach and Mikulincer, 1998). Alle onderwerpen bij elkaar geven een beeld van het lichaamsbewustzijn van een proefpersoon.

De constructvaliditeit van de lichaamsbewustzijn vragenlijst (Maas van der, 2008) op zichzelf is op dit moment nog niet bekend. Dit zal waarschijnlijk in augustus 2009 bekend worden gemaakt.

In de vragenlijst moeten de proefpersonen het bij hun passende antwoord omcirkelen. Aan de hand van deze vragenlijst kan bekeken worden welke effecten op het lichaamsbewustzijn plaatsvinden bij de proefpersonen.

3.4 Materiaal

Voor het onderzoek nemen de proefpersonen deel aan de module schemagerichte therapie. Deze module bestaat uit zes uur per week therapie, gedurende achttien weken. Deze zes uur zijn verdeeld over de vier blokken van 1,5 uur, namelijk: creatieve therapie, muziektherapie, schematherapie en psychomotorische therapie.

De proefpersonen vullen een vragenlijst van 26 vragen met betrekking tot het lichaamsbewustzijn. Hierin staan vragen zoals: "als er spanning in mijn lichaam is ben ik me bewust van deze spanning" en "Ik leid mezelf af van gevoelens van lichamelijk ongemak".

3.5 Procedure

De proefpersonen zijn in behandeling binnen Dimence vanwege psychische klachten. Ze zijn aangemeld voor de schemagerichte therapie omdat ze in hun dagelijkse leven vastlopen.

Voorafgaand aan het onderzoek is er bij het O&O van de stageverlenende instelling 'Dimence' een aanvraag ingediend voor het doen van een onderzoek binnen de psychomotorische therapie. Deze aanvraag is goed gekeurd. Vervolgens is er aan de proefpersonen gevraagd of ze mee wilden werken aan een onderzoek met betrekking tot hun lichaamsbewustzijn binnen PMT in de module schemagerichte therapie. Aan de proefpersonen is het doel *van* en *in* het onderzoek uitgelegd waarop zij vragen konden stellen. Tenslotte hebben de proefpersonen een 'informed consent' en de '0-meting ingevuld'.

Het afnemen van de vragenlijst gebeurt in de pauze na het PMT blok en wordt hierna door de onderzoeker ingenomen. (Zie bijlage 6. Lichaamsbewustzijn vragenlijst)

Na negen weken wordt er een tussenmeting gehouden en in de achttiende therapieweek een eindmeting. Vijf weken na de laatste therapie wordt er een nameting afgenomen bij de proefpersonen. Tijdens de 0-meting en nameting neemt de psycholoog ook testen af te weten: een schema- en coping-stijl vragenlijst.

Om de resultaten te verwerken zijn eerst de lichaamsbewustzijn vragenlijsten verwerkt in het programma Excel. Daarna zijn de resultaten uit de onderzoeken van de psycholoog verwerkt in Excel om deze vervolgens naast de lichaamsbewustzijn vragenlijst te leggen. Vervolgens is hieruit een conclusie en discussie ontstaan.

11

De proefpersonen zijn tenslotte uiteraard bedankt voor hun medewerking.

3.6 interventie

In de schemagerichte psychomotorische therapie vind er een contextmanipulatie plaats door de proefpersonen op een kubus te laten zitten in plaats van op een stoel. Zodat de proefpersonen kunnen gronden en een goede basishouding aan moeten nemen. In deze context worden belangrijke gebeurtenissen van de vorige week besproken en daarnaast het algehele welzijn van de proefpersoon.

Vervolgens wordt er een startactiviteit aangeboden om de proefpersonen in een activerende modus te brengen en aan een bewegingscontext te laten wennen. Deze activiteiten zijn niet aan een thema gekoppeld. Vervolgens komen de proefpersonen op de kubus zitten om zich te richten op hun lichaam. Voorbeelden van verbale interventies die worden gemaakt zijn het benoemen van 'grounding', 'ademhaling' en 'stroming van het bloed'.

Na deze start wordt er begonnen met een themaoefening. Naast het feit dat er stil gestaan wordt bij gedachten wordt er gedurende de oefening door middel van interventies geprobeerd de proefpersonen stil te laten staan bij hun lichaam. Voorbeelden van interventies die gedaan worden om dicht bij het lichaam te komen zijn: het sluiten van de ogen, tellen van de ademhaling en het nagaan van spierspanning. Als dit tijdens de oefening niet lukt, wordt later op de kubus geprobeerd te focussen op het lichaam.

Het doel van de lichaamsgerichte interventies is dat de proefpersonen continue stilstaan bij lichaamssignalen omdat deze de gedachten kunnen ondersteunen en herkenbaar maken. Ook is het doel dat de proefpersonen naar hun lichaam leren luisteren en aan de hand daarvan nieuwe gedachten en gedrag ontwikkelen. De oefeningen die aangeboden worden zijn altijd uitbouwbaar naar moeilijker, ingewikkelder of spannender, waardoor er meer gedachten en lichaamssignalen opgeroepen kunnen worden. Tenslotte wordt de therapie afgesloten.

4. Resultaten

De onderstaande beschreven resultaten komen naar voren aan de hand van een empirisch onderzoek. De resultaten worden omschreven middels droge opsommingen, ze worden daarbij ondersteund en verduidelijkt door figuren. De in essentie belangrijkste figuren zijn terug te vinden in de tekst, de ondersteunende figuren in bijlage 1. Deze bijlage is uitklapbaar, waardoor hij gemakkelijk naast de tekst is te leggen.

De groep bestaat uit 5 vrouwen in leeftijd variërend van 24 tot 48 jaar. Alle vrouwen zijn gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster B en C. De thuissituatie en verdere informatie verschilt per proefpersoon, zie figuur 2.

Proefpersoon	Gegevens
1	Geboorte jaar. 1967 Geslacht: Vrouw Persoonlijkheidsstoornis: Borderline Persoonlijkheidsstoornis Burgerlijke staat: Man en kinderen Belangrijke informatie: Geen
2	Geboortejaar: 1959 Geslacht: Vrouw Persoonlijkheidsstoornis: Impulsieve compulsief Burgerlijke staat: Alleenstaand Belangrijke informatie: Geen
3	Geboortejaar: 1970 Geslacht: Vrouw Persoonlijkheidsstoornis: Borderline Persoonlijkheidsstoornis Burgerlijke staat: Vriend Belangrijke informatie: Mevrouw is een paar weken na de eindmeting opgenomen in de kliniek, omdat het thuis niet meer ging.
4	Geboortejaar: 1971 Geslacht: Vrouw Persoonlijkheidsstoornis: Borderline Persoonlijkheidsstoornis Burgerlijke staat: Man Belangrijke informatie: In de achtste week van de therapie werd een neefje van mevrouw ernstig ziek. Hij overleed een aantal weken later. In de vijftiende week overleed haar oom aan een suïcide poging.
5	Geboortejaar: 1985 Geslacht: Vrouw Persoonlijkheidsstoornis: Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Burgerlijke staat: alleenstaand Belangrijke informatie: geen

Figuur 2. Gegevens proefpersonen

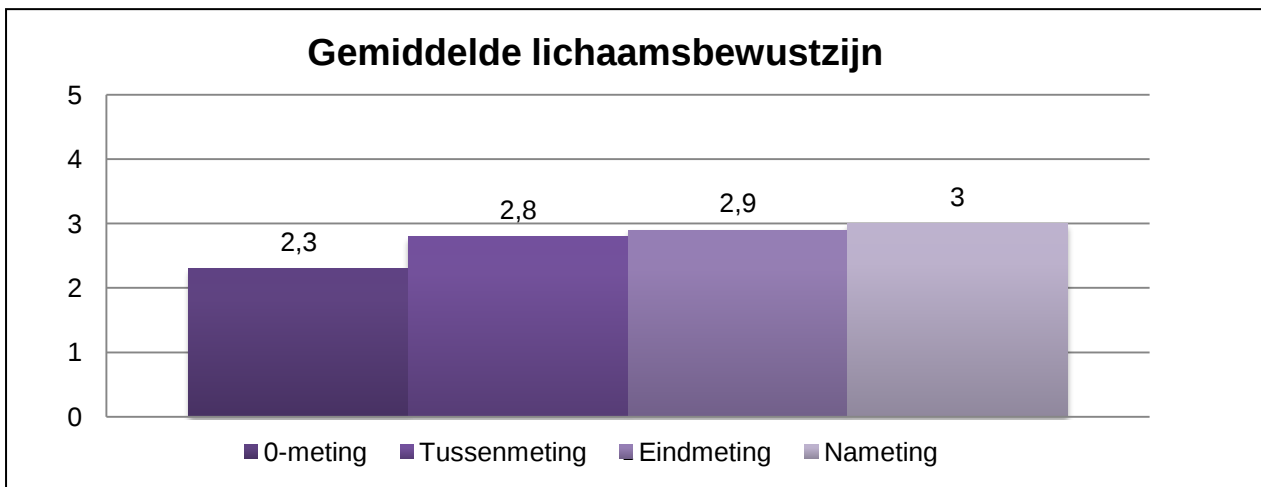
De lichaamsbewustzijn vragenlijst werd op vier momenten afgenomen, namelijk: een 0-meting, een tussenmeting, een eindmeting en een nameting na 5 weken. Er wordt gescoord op een 5 puntslycra-schaal op de verticale as, zie figuur 3.

In schaal één en twee kan gekozen worden uit:		In de derde schaal kan gekozen worden uit:	
1	Helemaal niet	1	Helemaal niet mee eens
2	Niet	2	Niet mee eens
3	Soms	3	Weet ik niet
4	Regelmatig	4	Mee eens
5	Altijd	5	Helemaal mee eens

Figuur 3. Verdeling 5 puntslycra-schaal.

4.1 Totaliteit lichaamsbewustzijn.

Als er wordt gekeken naar het gemiddelde lichaamsbewustzijn van alle proefpersonen over vier periodes is te zien dat het lichaamsbewustzijn met 0,7 verbetert, zie figuur 4. Hierbij is de score van 'niet' naar 'soms' gegroeid.



Figuur 4.

In figuur 5 is te zien het gemiddelde lichaamsbewustzijn van alle proefpersonen is veranderd. Verwacht werd dat alle proefpersonen tijdens de tussenmeting aanzienlijk vooruit waren gegaan in hun lichaamsbewustzijn. Van de vijf proefpersonen (1, 2, 3 en 5) is dit bij vier proefpersonen gebeurd. Bij één proefpersoon 4 is de gemiddelde lichaamsbewustzijn omlaag gegaan.

De verwachting was dat de proefpersonen een verbetering hadden in lichaamsbewustzijn tijdens de eindmeting. Van de vijf proefpersonen verbeterden er drie (1, 3 en 5) significant op de lichaamsbewustzijn vragenlijst vanaf de 0-meting tot aan de eindmeting. De vierde proefpersoon (2) verbeterde minimaal en een vijfde proefpersoon (4) ging omlaag.

De scores op de nameting gaven aan dat drie personen verbetering doorzetten, waarvan één proefpersoon (1) opvallend veel en twee proefpersonen (2 en 5) minimaal. Eén proefpersoon (3) ging omlaag en één proefpersoon bleef gelijk (4).

4.2 Lichaamsbewustzijnsschaal

Je kunt de lichaamsbewustzijn vragenlijst onderverdelen in drie schalen. Hieronder volgt een overzicht van de veranderingen per schaal. Er wordt begonnen bij de lichaamsbewustzijnsschaal. Deze meet de bewuste aandacht voor sensorische signalen, die een teken geeft van de algemene lichamelijke gesteldheid per proefpersoon, zie figuur 6.

Verwacht werd dat bij alle vijf de proefpersonen hun lichaamsbewustzijn zou verbeteren, vanaf de 0-meting tot de eindmeting. Vier (1, 2, 3 en 5) van de vijf proefpersonen verbeterden, waarvan drie significant en één (2) minimaal. Eén (4) proefpersoon scoorde een lichte verslechtering, waarna de lichaamsbewustzijn weer iets verbeterde. Opvallend is dat bij de vier verbeterende personen, de grootste vooruitgang plaats vond in de eerste 9 weken tot aan de tussenmeting.

Verwacht werd dat na de eindmeting de proefpersonen niet zouden verslechteren of verbeteren. Vanuit de resultaten komt naar voren dat twee (2 en 4) van de vier verbeterde proefpersonen na de eindmeting nog minimaal omhoog zijn gegaan. Eén proefpersoon (1) ging vanuit een verbeterende lijn na de eindmeting beduidend omlaag en één proefpersoon (3) bleef gelijk. De proefpersoon (4) die bij de eindmeting omlaag was gegaan, geeft in de nameting een minimale verbetering en is lager dan de 0-meting.

4.3 Lichaamsdissociatieschaal

In de schaal lichaamsdissociatie wordt de mate waarin de proefpersonen zich distantiëren van hun lichaam en van hun emoties gemeten, zie figuur 7. Een hoge score op de schaal van lichaamsdissociatie betekent dat de proefpersoon zich niet distantieert van zijn lichaam en emoties. In deze schaal werd verwacht dat de proefpersonen zouden verbeteren in het niet distantiëren van hun lichaam.

Drie (1, 3 en 5) van de vijf proefpersonen zijn vanaf de 0-meting tot aan de eindmeting verbeterd. Twee (2 en 4) van de proefpersonen bleven gelijk. Hierbij valt op dat de tussenmeting van twee proefpersonen (3 en 4) hoger was dan de eindmeting. Bij proefpersoon 1 is de tussenmeting lager dan de 0-meting. Bij proefpersoon 2 is opmerkelijk dat zij continu gelijk blijft. In de nameting valt op dat van de proefpersonen die verbeterd zijn één proefpersoon (1) gelijk blijft en twee proefpersonen (3 en 5) verslechteren. In deze schaal is in het algemeen geen duidelijke verbeteringsfase terug te vinden.

De proefpersonen die op deze schaal verbetering laten zien, scoorden ook op de lichaamsbewustzijnschaal verbetering. De persoon die in deze schaal gelijk bleef ging in de lichaamsbewustzijnschaal minimaal omhoog. De persoon die bij de eindmeting gelijk was aan de 0-meting en tijdens de nameting een verbetering liet zien ging in de lichaamsbewustzijnschaal omlaag.

4.4 Schaal comfort bij aanraking

In de derde en laatste schaal wordt het comfort bij aanraking gemeten per proefpersoon, zie figuur 8. Een hoge score op de dimensie 'comfort bij aanraken' wil zeggen dat er sprake is van een prettig gevoel bij lichamelijk contact met anderen. De verwachting is dat de proefpersonen na behandeling een verbetering laten zien in het comfort bij aanraken en dat dit effect behouden zou blijven tot de nameting.

Alle vijf de proefpersonen laten een verbetering zien vanaf de 0-meting tot aan de eindmeting. Hierin is het opvallend dat twee proefpersonen (4 en 5) een hogere tussenmeting hebben dan de eindmeting.

Bij drie proefpersonen (1, 3 en 5) is de verbetering doorgegaan tot aan de nameting. Twee proefpersonen (2 en 4) zijn verslechterd, waarvan één persoon (4) minder comfort bij aanraking heeft dan tijdens de 0-meting. Dezelfde persoon liet deze verslechtering ook zien bij de schaal lichaamsbewustzijn. Proefpersoon 2 blijft in deze schaal stabiel, dit liet zij ook zien in de schaal lichaamsdissociatie. In deze schaal is geen trend te vinden wanneer de grootste verschuiving plaats vindt.

4.5 Opvallende resultaten in schaal 1. Lichaamsbewustzijn

In de figuren 9, 12 en 15 wordt er in een lijngrafiek per schaal bekeken wat gemiddeld genomen opvallende resultaten zijn. De meest opvallende resultaten zijn er uitgehaald en worden per proefpersoon besproken.

In schaal 1, figuur 9 'de lichaamsbewustzijnschaal' is terug te vinden dat er in vraag 13 en 14 een sterk effect is gemeten vanaf de 0-meting tot aan de nameting. Het gemiddelde van de vijf proefpersonen begon bij vraag 13 en 14 op 1,8 en eindigde bij de nameting met een score van 3,3. Als deze vragen verder worden uitgelicht komen daarin grote verschillen naar voren, zie figuur 10 en 11. De trend die hierin zichtbaar is is dat vier proefpersonen (1, 3, 4 en 5) sterk vooruit gaan en één proefpersoon (2) gelijk blijft.

4.6 Opvallende resultaten in schaal 2. Lichaamsdissociatie.

In schaal 2 is het opvallend dat bij vraag 10 de nameting lager is dan de 0-meting, tussenmeting en eindmeting, zie figuur 13. Bij vraag 16 is het opvallend dat de 0-meting hoger is dan alle andere metingen, waarin vanaf de tussenmeting tot aan de nameting wel een stijging is te vinden.

Als deze vragen verder worden uitgelicht is er in vraag 10 te zien dat twee proefpersonen (1 en 4) er sterk uit schieten. Statistisch gezien is dit niet betrouwbaar omdat dit onderzoek een kleine onderzoeksgroep bevat waardoor deze twee personen het gemiddelde verstoren. Daarom kan er geen duidelijke uitspraak gedaan worden.

In vraag 16, zie figuur 14 is te zien dat de proefpersoon 1 en 3 andere resultaten laten zien dan de andere drie proefpersonen, waardoor het gemiddelde minder betrouwbaar is.

4.7 Opvallende resultaten in schaal 3: Comfort bij aanraking.

In de derde schaal valt op dat bij vraag 4 en 6 de meeste effecten zijn te zien, zie figuur 15. Waar de proefpersonen bij vraag 4 op een gemiddelde startten van 1,6 en bij de nameting eindigden op een score van 2,6 is het bij vraag 6 opvallend dat het gemiddelde vrij hoog start op 2,8 en eindigt op een score van 3,8.

Er zijn drie proefpersonen (1, 3 en 5) die sterke vooruitgang boeken, waardoor deze resultaten omhoog schieten. Zie figuur 16. Er is één persoon die gelijk (2) blijft en er is één proefpersoon (4) die verslechterd. Deze resultaten zijn te vergelijken met vraag 6, zie figuur 17.

4.8 Resultaten 'schema's'

In figuur 18 is terug te vinden in welke mate de schema's aanwezig zijn tijdens de 0-meting en de nameting. 100% betekent dat alle schema's volledig aanwezig zijn.

Te zien is dat het gemiddelde schemagebruik tijdens de 0-meting op 38% lag en tijdens de eindmeting op 22%. Dit betekent dat gemiddeld gezien de disfunctionele schema's zijn afgenomen bij de proefpersonen. In de persoonlijke resultaten is terug te vinden dat alle proefpersonen met minimaal 10% zijn gedaald.

	Totaal score schema's 0-meting	Total score schema's nameting	Vershil
Proefpersoon 1	44%	31%	13
Proefpersoon 2	14%	3%	11
Proefpersoon 3	48%	26%	12
Proefpersoon 4	31 %	22 %	9
Proefpersoon 5	55%	30%	25
Gemiddelde	38%	22%	16

De drie meest voorkomende schema's van de proefpersonen worden uit de totale lijst genomen, zie figuur 19. Hierin is opvallend dat het percentage bij de drie meest voorkomende schema's aanzienlijk hoger ligt dan het gemiddelde percentage. Opmerkelijk is dat de drie meest voorkomende schema's van de 0-meting bij alle proefpersonen zijn verbeterd. Bij proefpersoon 4 zijn er drie nieuwe schema's bijgekomen, die hoger waren dan de 0-meting.

4.9 Resultaten coping-stijlen

Er zijn drie manieren binnen de schemagerichte therapie hoe mensen met hun moeite om kunnen gaan. Dit zijn bevestigen, vermijden en overcompenseren zie bijlage 3.

Drie van de vijf proefpersonen (2, 3 en 5) hebben overcompenseren tijdens de 0-meting als belangrijkste coping-stijl, zie figuur 19. Vier van de vijf proefpersonen (1, 2, 3 en 5) hebben vermijden op de tweede plek staan en één van hen op de eerste plek staan. In vier (2, 3, 4 en 5) van de vijf gevallen wordt bevestigen als minst gebruikte strategie gekozen en in één geval als eerste strategie.

Bij de nameting zijn er drie (1, 3 en 5) van de vijf proefpersonen die *vermijden* als hoofdstrategie gebruiken. *Bevestigen* wordt bij vier (2, 3, 4 en 5) van de vijf deelnemers als laatste toegepast. Het overlevingsmechanisme *overcompenseren* wordt wisselend toegepast.

Uit de tabel is af te leiden dat alle coping-stijlen afnemen, wat per proefpersoon verschilt van 0 tot 30%. Het komt twee keer voor dat er een kleine verslechtering is in coping-stijlen. Er zijn vier proefpersonen (1, 3, 4 en 5) die gemiddeld tussen de 13,3 en 18,8 verbeteren. Eén proefpersoon (2) heeft een minimale verbetering. De mate waarin de coping-stijlen veranderen verschilt per proefpersoon. Hier is niet een duidelijke lijn in te vinden.

5. Conclusie

In de conclusie wordt antwoord gegeven op *vraagstelling* en de doelstelling *in* het onderzoek. Er wordt een antwoord gegeven op de vraagstelling middels een antwoord te geven op de hypothesen uit de inleiding.

“Wat is het effect op lichaamsbewustzijn bij proefpersonen met een persoonlijkheidstoornis die PMT volgen in de module schematherapie?”

Hypothese 1. *Het lichaamsbewustzijn verbetert bij alle proefpersonen vanaf de 0-meting tot de eindmeting als gevolg van het PMT in de module schemagerichte therapie.*

Er zijn vier personen die een stijgende lijn laten zien in het lichaamsbewustzijn, waarvan de grootste vooruitgang in de eerste 9 weken plaatsvindt. Er is één persoon die een verslechtering van het lichaamsbewustzijn laat zien. Hieruit kun je concluderen dat het lichaamsbewustzijn is verbeterd aan de hand van PMT in de module schemagerichte therapie.

De aanname die hierin wordt gedaan is dat het lichaamsbewustzijn is verbeterd door het volgen van PMT in de module schemagerichte therapie. Dit omdat er binnen de PMT veel aandacht wordt besteed aan het lichaamsbewustzijn door bewegingsgerichte activiteiten en lichaamsgerichte technieken te gebruiken.

Omdat de PMT wordt aangeboden binnen de schemagerichte module wordt er binnen de therapie als eerste stil gestaan bij de gedachten en disfunctionele schema's die de proefpersonen hebben. Daarna wordt er een koppeling gemaakt naar de lichaamssignalen en gevoelens die daarbij aanwezig zijn. Er zijn oefeningen gebruikt die de gedachten en het lichaamsbewustzijn samen laten komen. Een voorbeeld is het lopen over een wiebelbank en daarbij nagaan wat je gedachten en lichaamssignalen zijn. Daarna wordt er door de therapeut telkens een interventie gedaan, waardoor er meer gedachten en lichaamssignalen naar voren kunnen komen, zodat de cliënten kunnen oefenen met herkennen.

Een andere oefening is een intensief balspel waarbij het gaat om je grenzen aangeven. Bij het spelen van een intensief spel kunnen er lichaamssignalen naar boven komen als een versnelde hartslag of ademhaling. De proefpersonen leren om de signalen te herkennen en er vervolgens iets mee te doen. Na elke oefening wordt er altijd aan de proefpersonen gevraagd om plaats te nemen op de kubus en zich te focussen op het lichaam.

Het focussen dat in de PMT wordt gebruikt, kan gezien worden als een klein onderdeel van het focussen dat Eugene Gendlin (2001) gebruikt binnen zijn behandeling. Hij omschrijft het focussen als een proces waarin je contact met een bijzondere vorm van innerlijke lichamelijke gewaarzijn tot stand brengt. Dit innerlijke gewaarzijn omschrijft hij als een ervaren gevoel, wat meestal niet aanwezig is, maar zich moet vormen. Dit kan je ontwikkelen door je aandacht te richten *in* je lichaam. Hierbij leer je hoe persoonlijke problemen en vragen concreet merkbaar zijn in het lichaam. Deze theorie ondersteunt de conclusie uit dit onderzoek.

Hypothese 2. *Het behandelingseffect op de schaal 'lichaamsbewustzijn' verbetert tot aan de eindmeting, en daalt vervolgens tot aan de nameting.*

Vier (1, 2, 3 en 5) van de vijf proefpersonen hebben een verbetering in het lichaamsbewustzijn vanaf de 0-meting tot aan de eindmeting. Eén proefpersoon verslechtert minimaal.

Drie (2, 4 en 5) van de vijf proefpersonen zetten de stijging van het lichaamsbewustzijn voort na de eindmeting. Eén (1) persoon gaat achteruit en bij één (3) persoon blijft het resultaat gelijk.

Omdat er bij één persoon verslechtering plaatsvond kan je in het algemeen zeggen dat het effect in deze schaal behouden blijft tot aan de nameting. Dit effect is te verklaren omdat personen tijdens de PMT in de module schemagerichte therapie handvatten hebben gekregen om zich bewust te zijn van hun eigen lichaam. Zo hebben ze geleerd om stil te staan bij lichaamssignalen en te focussen op hun lichaam. Aan deze signalen hebben ze geleerd woorden te geven en er over in gesprek te gaan.

Hypothese 3. *Het behandelingseffect op de schaal 'lichaamsdissociatie' verbeterd tot aan de nameting, als gevolg van het afnemen van negatieve coping-stijlen en het volgen van PMT in de module schemagericht therapie.*

Vier van de vijf proefpersonen (1, 3, 4 en 5) zijn verbeterd in het gebruik van hun coping-stijlen. Drie (1, 3 en 5) van deze personen hebben een verbeterde score op lichaamsdissociatie. Proefpersoon 4 is daarentegen verslechterd in haar lichaamsdissociatie. Proefpersoon 2 is gemiddeld gelijk gebleven in haar gebruik van coping-stijl en lichaamsdissociatie.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat er een relatie is tussen het verbeteren van coping-stijlen en het lichaamsbewustzijn. Het is namelijk gebleken dat indien de disfunctionele coping-stijlen afnemen, het lichaamsbewustzijn verbeterd. Een verklaring hiervan kan zijn dat door het verminderen van disfunctionele coping-stijlen je dichterbij je lichaam komt te staan. Als het opviel dat proefpersonen disfunctionele coping-stijlen gebruikten binnen de PMT werden ze daar op gewezen. Door de proefpersoon bewust te maken van hun coping-stijl, konden ze oefenen zich meer te richten op hun lichaam in plaats van te dissociëren.

In eerder onderzoek van de SBC-vragenlijst (Price, 2005) over lichaamsdissociatie wordt vermeld dat lichamelijke dissociatie wordt gebruikt als een beschermende strategie tegen pijnlijke herinneringen, gedachten en gevoelens; als overlevingsmechanisme. Deze uitspraak ondersteunt de conclusie. Het doorbreken van deze lichaamsdissociatie als coping-stijl is een spannend proces, omdat het voor de proefpersonen nieuw is om weer naar hun eigen lichaam te luisteren (Young, 2005). De proefpersoon moet dus genoeg moed hebben om gedrag te veranderen en een coping-stijl te doorbreken (Leijssen, 2000). Dit kan een oorzaak zijn van het feit dat twee proefpersonen hierin niet zijn verbeterd.

Om het dissociëren van het lichaam te verminderen zijn veel oefeningen gebruikt binnen het thema kracht. Dit thema is interessant voor de proefpersonen omdat ze vaak niet door hebben hoeveel kracht ze hebben. Een oefening die gebruikt is, is het stuiten van een bal en daarbij eigenschappen roepen die je graag kwijt zou willen. Door het leren voelen van de kracht en tegelijkertijd aan moeilijke situaties en eigenschappen te denken, oefen je dichterbij je lichaam te staan.

Hypothese 4. *Het behandelingseffect op de schaal 'comfort bij aanraking' verbetert tot de eindmeting en zet door tot aan de nameting.*

Alle vijf de proefpersonen zijn vanaf de 0-meting tot aan de eindmeting verbeterd in het lichaamsbewustzijn in contact met anderen. Hieruit kan je concluderen dat het comfort bij aanraken beter wordt door het volgen van PMT in de module schemagerichte therapie. Dit is te verklaren omdat de meeste oefeningen werden aangeboden in tweetallen of groepen, waarbij de proefpersonen tijdens de bewegings-, en lichaamsgerichte oefeningen contact met elkaar hebben.

Een oefening die daarbij een bijdrage heeft geleverd is 'steunende handen op de schouders leggen en voelen'. Hierbij leggen de proefpersonen om de beurt hun handen op één zittende proefpersoon. De zittende proefpersoon mag proberen het verschil te voelen tussen de verschillende manieren van aangeraakt worden. Hierbij mag hij aangeven wat hij wel en niet fijn vindt.

Een andere oefening is dat één proefpersoon een bal moet vasthouden, waarbij één of meerdere andere proefpersonen de bal moeten afpakken. Deze oefening is gericht op het thema kracht. Tijdens het uitvoeren van de oefening wordt stil gestaan bij de lichaamssignalen. In deze twee oefeningen is daarom terug te vinden dat er wordt geoefend met lichaamssignalen tijdens het contact met anderen.

Na de eindmeting gaan er drie personen (1, 3 en 5) aanzienlijk vooruit en twee proefpersonen (2 en 4) verslechteren in hun score. De conclusie hieruit is dat het per proefpersoon verschilt wat ze met het behaalde effect doen. Hier is geen duidelijke trend in te vinden. In vergelijking met de andere schalen is er in deze schaal de meeste vooruitgang terug te lezen.

Hypothese 5. *Als de proefpersonen tijdens de nameting minder disfunctionele schema's hebben dan bij de 0-meting, is het lichaamsbewustzijn verbeterd als gevolg van PMT in de module schemagerichte therapie.*

In de resultaten van het lichaamsbewustzijn is te zien dat proefpersoon 1, 3 en 5 verbeteren in het lichaamsbewustzijn. Ook in de schemasresultaten is te zien dat deze drie proefpersonen aanzienlijk verbeteren. Proefpersonen 2 en 4 blijven in het lichaamsbewustzijn vrijwel gelijk. In de schemasresultaten is dan ook te zien dat zij een mindere vooruitgang hebben dan de andere drie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er een relatie is tussen het lichaamsbewustzijn en schema's.

Een verklaring hiervoor is dat er tijdens de PMT in de module schemagerichte therapie altijd een koppeling wordt gemaakt van gedachten naar lichaamssignalen. Dit gebeurt tijdens verschillende oefeningen. Bijvoorbeeld als een proefpersoon levend kwartet speelt. Dan wordt er in eerste instantie gevraagd naar de gedachten en herkenbare schema's. Vervolgens wordt er ingegaan op de signalen en gevoelens uit het lichaam. Hierdoor kunnen gedachten en gevoelens aan elkaar gekoppeld worden.

Gendlin (2001) zegt ook dat de persoonlijke problemen merkbaar zijn in het lichaam. Je zou dus kunnen zeggen dat als de proefpersonen zich bewuster zijn van hun lichaam, ze zich ook bewuster worden van hun disfunctionele schema's. Hieruit kan er geconcludeerd worden dat er een positieve relatie tussen het lichaamsbewustzijn en de schema's is.

Als je daarnaast kijkt naar de uitspraak van de filosoof Descartes kan deze conclusie in twijfel worden gebracht. Met zijn stelling 'Cogito ergo sum' neemt hij een dualistisch standpunt in: hij scheidt de geest van het lichaam, (Rodis-Lewis, G. 2006). Dat is in tegenstelling tot wat er in dit onderzoek wordt aangetoond.

Hypothese 6. *De persoonlijke gebeurtenissen van de proefpersonen zijn terug te vinden in de scores van het lichaamsbewustzijn.*

Het is opvallend dat proefpersoon 4 gemiddeld is verslechterd in haar lichaamsbewustzijn. Vrijwel op alle schalen blijft ze gelijk of verslechterd ze. Proefpersoon 4 heeft tijdens de module een aantal vervelende situaties mee gemaakt in haar familie, waardoor er geconcludeerd kan worden dat deze persoonlijke negatieve ervaringen invloed hebben op haar lichaamsbewustzijn. Dit is te verklaren doordat deze proefpersoon een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft. De Utrechtse Copinglijst is een psychologische test die iemands algemene reactie op problemen of onplezierige gebeurtenissen inventariseert (Schreurs & Van de Willige, 1993). Uit dit onderzoek is gebleken dat personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis vier hoofdstrategieën hebben om met stressvolle gebeurtenissen om te gaan. Ten eerste wordt gedacht aan een palliatieve reactie, waarin de persoon niet aan de problemen probeert te denken door zich met andere dingen bezig te houden. Een tweede strategie is vermijden, dit houdt in dat je afwacht en de problemen op zijn beloop laat of de situatie uit de weg gaat. Ten derde is er een passief reactie patroon, waardoor de persoon zich volledig door de problemen in beslag laat nemen, de zaak somber inzielt en piekert. Hij is niet in staat om iets aan de situatie te doen. Als laatste is er een expressie van emoties. Dit betekent het uiten van ergernis en kwaadheid. Deze eerste drie strategieën zijn herkenbaar voor proefpersoon 4, waaruit je kunt concluderen dat dit een oorzaak is van haar resultaat.

Vanuit de resultaten is te concluderen dat proefpersoon 5 de meeste vooruitgang heeft geboekt vanaf de 0-meting tot aan de eindmeting. Proefpersoon 5 is een vrouw met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Hieruit geconcludeerd kan worden dat proefpersonen met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis veel effect laten zien door de PMT in de module schemagerichte therapie. Een aanname hiervan kan zijn dat ze zo vooruit is gegaan door haar afhankelijkheidsproblematiek. In criteria 3 van de DSM-IV staat namelijk dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis het moeilijk vinden een verschil van mening tegen anderen te uiten uit vrees om steun of goedkeuring te verliezen. Het contact met anderen wordt beschreven als een diepgaande en buitensporige behoefte verzorgd te worden, hetgeen leidt tot onderworpen en vastklampend gedrag en de angst in de steek gelaten te worden, (DSM-IV, 2000).

De deelname van deze proefpersonen kan ter discussie worden gesteld omdat het misschien niet tot een valide onderzoek leidt. Echter is bij proefpersoon 5 in haar schema- en coping-stijl-lijst ook een sterke vooruitgang te merken, waarin het invullen van een antwoorden lijst na goedkeuring moeilijk is. Daaruit kan geconcludeerd worden dat proefpersoon 5 sterk verbeterd is in haar schema en coping-stijlen, waardoor je ook kunt afleiden dat de lichaamsbewustzijn vragenlijst betrouwbaar is ingevuld.

Doel van het onderzoek

Uit het onderzoek is gebleken dat de PMT in de module schemagerichte therapie effect heeft op het lichaamsbewustzijn van proefpersonen met persoonlijkheidsstoornissen.

Dat het lichaamsbewustzijn is verbeterd is terug te vinden in de resultaten, waarin vier van de vijf proefpersonen aanzienlijke vooruitgang laten zien. Bij de proefpersoon die achteruitgang heeft laten zien is dit te verklaren door zijn persoonlijke omstandigheden.

In de eerste schaal is te zien dat vier personen een duidelijke verbetering van het lichaamsbewustzijn hebben laten zien. In de tweede schaal is terug te vinden dat drie personen minder lichaamsdissociatie laten zien, wanneer de disfunctionele coping-stijlen zijn afgenomen. Dit positieve effect is na de eindmeting moeilijk te behouden is. In de derde schaal is te zien dat alle proefpersonen bij de eindmeting zijn verbeterd in comfort bij aanraking. Na de eindmeting valt er één persoon terug naar het oud niveau en één persoon scoort onder het startniveau.

Dat deze resultaten afkomstig zijn uit de PMT kan verklaard worden door de verschillende oefeningen die zijn aangeboden tijdens de module en de interventies die daarop gemaakt zijn.

Er kan gesteld worden dat als de disfunctionele schema's en het gebruik van coping-stijlen afnemen, het lichaamsbewustzijn verbetert. De conclusie hieruit is dat er een positieve relatie is tussen het lichaamsbewustzijn met de schema's en coping-stijlen.

Het verbeterde effect op het lichaamsbewustzijn wordt echter minimaal behouden na het afronden van de therapie. Daarom zal het verstandig zijn om handvaten aan te bieden, waardoor de proefpersonen het lichaamsbewustzijn beter kunnen behouden.

6. Discussie

6.1 Discussie punten vanuit het onderzoek

Onder de conclusie van hypothese 1 word beschreven dat focussen (Gendlin, 2001) een positief effect heeft op het lichaamsbewustzijn. De discussie hierin is dat Gendlin beschrijft dat je voor dit focussen geen therapeut nodig hebt, terwijl in dit onderzoek wordt omschreven hoe de therapeut met zijn interventies hierin wel een bijdrage kan leveren.

De discussie die echter ontstaat is of de resultaten afkomstig zijn uit de PMT of uit de andere therapieën binnen de schemagerichte therapie. Vanuit de informatie uit het werkveld blijkt dat het lichaamsbewustzijn niet expliciet wordt behandeld of benoemd, maar als het aan bod komt word er wel over gesproken. Omdat er binnen PMT wel expliciet wordt ingegaan op het lichaamsbewustzijn, kan er van uit worden gegaan dat de resultaten afkomstig zijn uit de PTM. .

6.2 Onderzoeksgroep

Doordat de onderzoeksgroep binnen dit onderzoek klein is, moeten de resultaten als pilot-onderzoek worden beschouwd. Om de resultaten van dit onderzoek meer te ondersteunen, zal er meer onderzoek gedaan moeten worden naar het lichaamsbewustzijn bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis die PMT volgende in de module schemagerichte therapie. Hierbij moet dan gebruik worden gemaakt van een grotere onderzoeksgroep.

6.3 Het onderzoeksinstrument

In het onderzoek waren twee vragen gericht op seksuele activiteiten en lichaamsbewustzijn. Deze vragen zijn door meerder proefpersonen soms, of niet ingevuld. Daarom was het noodzakelijk om deze vragen uit de resultaten te halen. De reden dat deze vragen niet zijn ingevuld is dat de proefpersonen geen seksuele activiteiten hebben of zich daar niet over willen uitlaten. Dit onderwerp is ook moeilijk te oefenen binnen PMT, waardoor de vragen bij verder onderzoek beter uit de lijst kunnen worden gehaald.

De lichaamsbewustzijn vragenlijst (Maas van der, 2008) is meer toepasbaar dan de BIS omdat de BIS gericht is op zelfdestructief gedrag, die subschalen bevat over het lichaamsbeeld, lichamelijke verzorging en lichaamsbescherming. Deze subschalen zijn nauwelijks te trainen binnen de PMT. De SBC is alleen gericht op lichaamsbewustzijn en dissociatie en daardoor weer erg beperkt. Daarom is het onderzoeksinstrument als positief ervaren.

6.4 De resultaten

Om een zo helder mogelijke beschrijving te geven is er voor gekozen om niet alle aspecten weer te geven in het onderzoek.

In paragraaf 3.5 tot en met 3.7 zijn een aantal opvallende resultaten uit de lijst gehaald. Als er over het algemeen naar gekeken wordt zijn dit interessante punten. Maar als je ze verder gaat uitzoeken, blijkt dat sommige resultaten bepaald worden door één proefpersoon. Daarom zou het verstandig zijn om bij herhaling van dit onderzoek gebruik te maken van het programma SPSS.

De resultaten tussen proefpersoon 1, 3 en 5 komen vrijwel overeen. Ze hebben bij de drie schalen nagenoeg dezelfde lijn. Bij proefpersoon 2 is het opvallend dat ze vrijwel gelijk blijft en proefpersoon 4 verslechtert. Bij proefpersoon 4 is daar een aantoonbare reden voor. Bij proefpersoon 2 is het opvallend dat ze boven het gemiddelde lichaamsbewustzijn zat toen ze startte en minder disfunctionele schema's en coping-stijlen dan de andere proefpersonen had. Hieruit kan de veronderstelling gehaald worden dat er bij een gemiddeld hoger niveau bij de start qua schema's, coping-stijl en lichaamsbewustzijn, er minder effect optreed gedurende de 18 weken.

Het is opvallend dat het effect vanaf de eindmeting tot aan de nameting niet altijd behouden blijft. Het is zo dat de proefpersonen 18 weken lang wekelijks worden getraind in het bewust worden van gedachten en het lichaamsbewustzijn en daarna niet meer. Dit effect kan verloren zijn gegaan doordat het lichaamsbewustzijn niet genoeg is geïntegreerd.

6.5 Conclusie

Op basis van de resultaten en de theorie zijn ge conclusies getrokken. Uit de conclusie is niet af te leiden of het verbeterde lichaamsbewustzijn ontstaat door het verminderen van disfunctionele schema's, of andersom. Dit zelfde geldt voor de relatie tussen het lichaamsbewustzijn en coping-stijlen

7. Aanbeveling

De aanbevelingen sluiten aan op het *doel* van het onderzoek, dat is verwoord in de inleiding.

7.1 Vanuit het onderzoek kunnen er meerdere aanbevelingen worden gedaan.

- . PMT in de module schemagerichte therapie is aan te bevelen voor mensen met een laag lichaamsbewustzijn.
- . In volgende schemagerichte modules moet de PMT'er, cliënten handvatten geven om het verbeterde lichaamsbewustzijn na het eindigen van de therapie vast te houden.
- . Wanneer proefpersonen tijdens de module negatieve persoonlijke omstandigheden meemaken, is het verstandig om tijdelijk te stoppen met de schemagerichte therapie, omdat anders het lichaamsbewustzijn verslechterd. Na het verwerken van de persoonlijke omstandigheden kan er gestart worden met een nieuwe module.
- . Bij een volgend aan te bieden module is het verstandig om personen met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis in de gaten te houden. Omdat het risico bestaat dat ze zich aanpassen aan de wensen van de therapeut.

7.2 Aanbevelingen voor een volgend onderzoek

- . De vragenlijst is aan te bevelen voor andere onderzoeken omtrent lichaamsbewustzijn omdat hij voor de proefpersonen snel en makkelijk is in te vullen. Hierbij moeten de proefpersonen attent worden gemaakt op de tegenstelling van sommige vragen.
- . In een volgend vergelijkbaar onderzoek is het verstandig meerdere proefpersonen te nemen, voor een betrouwbaarder resultaat.
- . In een volgend vergelijkbaar onderzoek moet er een controle groep worden toegevoegd om resultaten te kunnen vergelijken.
- . In een volgend onderzoek is het verstandig bij het verwerken van de resultaten gebruik te maken van het programma SPSS omdat hiermee de sterk afwijkende resultaten er uit worden gehaald.

Uitspraak in therapieweek 17: "Ik voel dat het goed met me gaat"

8. Literatuurlijst

Boeken:

- . Arntz, A., & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen, praktijkreeks gedragstherapie*. Bohn Stafleu Van Loghum
- . Boon, Ton den, Geeraerts, Dirk & Sijs, Nicoline van der (2005) *Van Dale: groot woordenboek van de Nederlandse taal*. Van Dale Lexicografie
- . Dixhoorn, J. (2001). *Ontspanningsinstructie, principes en oefeningen*. Reed business
- . Gendlin, E. (2001). *Focussen: gevoel en lijf*. Uitgeverij EPO
- . Harinck, F. (2009). *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Garant.
- . Orbach, I., & Mikulincer, M. (1998). The Body Investment Scale: Construction and Validation of a Body Experience Scale
- . Price, Cynthia J. Ph.D. & Adams Thompson, E. Ph.D. (1997). Measuring Dimensions of Body Connection: Body Awareness and Bodily Dissociation
- . Rodis-Lewis, G. (2006). *Descartes: Biografie*. Klement
- . Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen*. Bohn Stafleu van Loghum
- . Vreeswijk, M., & Broersen, J. (2006). *Schemagerichte therapie in groepen, cognitieve groepspsychotherapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Bohn Stafleu van Loghum.
- . Young, J.E., & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor Persoonlijkheidsstoornissen*. Bohn Stafleu van Loghum
- . Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten*. Bohn Stafleu van Loghum
- . Zewald, M. (2005). Scriptie: Een onderzoek naar een aangewezen behandeling voor obsessieve zedendelinquenten met beeldende creatieve therapie

22

Tijdschriftartikelen:

- . Blokland, J., Günter, C., & Mook van, C. (2008). Je vak in schema's: deel 1: vaktherapeuten binnen een kader van schematherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie* 2008(2), 17-23.
- . Leijssen, M. (2000) Het ethos van de hulpverlener. *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. 78-93

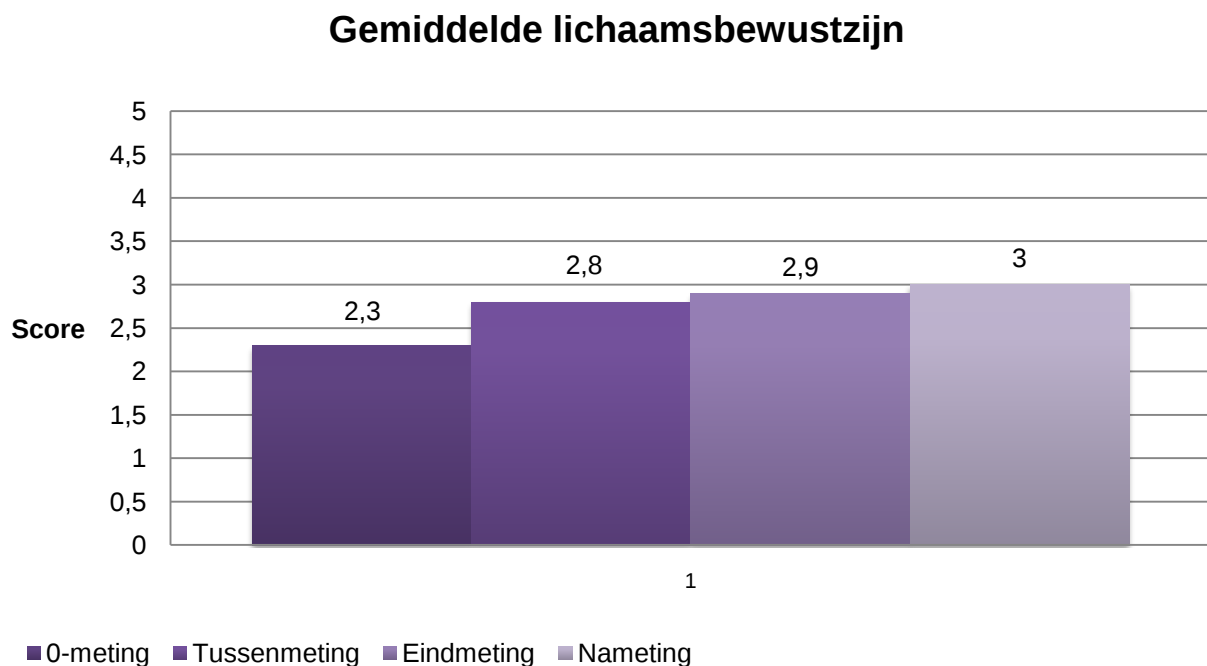
Websites:

Beroepsprofiel van de muziektherapeut (1999,) NVKT, Utrecht. Geraadpleegd op 10 mei 2009
<http://www.stichtingmuziektherapie.nl/>

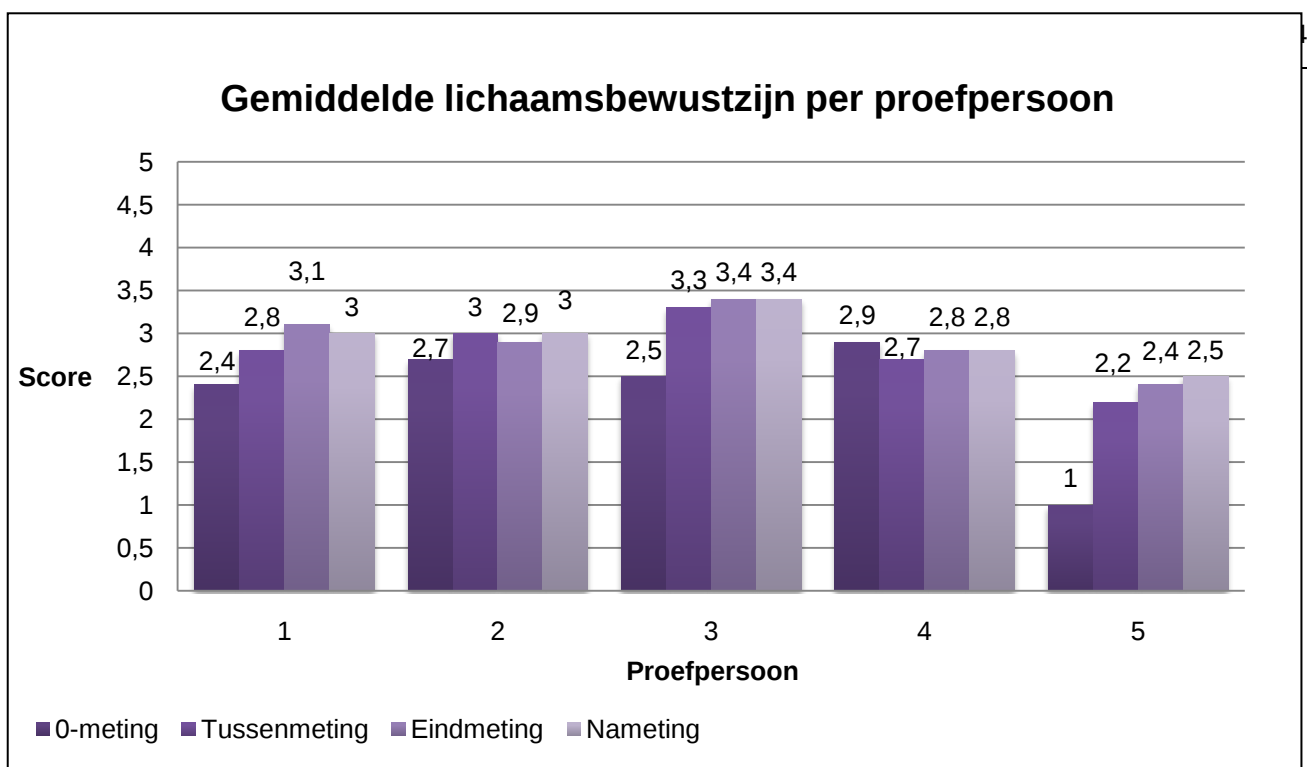
9. Verklarende woordenlijst

- *Basisbehoefte*: Er zijn vijf basisbehoefte voor het menselijke individu: Veilige hechting aan anderen, autonomie, de vrijheid om uitdrukking te geven aan rechtvaardigde behoeften en emoties, spontaniteit en spel en realistische beperkingen en zelfbeheersing. Een gezond individu is iemand die op een goed aangepaste manier in deze emotionele basisbehoeften kan voorzien. Het doel van schemagerichte therapie is het zoeken naar een adequate manier om cliënten in hun emotionele basisbehoeften te voorzien.
- *Cognitieve gedragstherapie*: Een combinatie van cognitieve en gedragstherapeutische behandeling. De cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat gedachten, gevoelens en gedrag met elkaar verbonden zijn. In een vorm van psychotherapie worden emotionele problemen opgelost door de onderliggende cognitieve vervormingen aan te pakken.
- *Coping-stijl* : Een manier waarop iemand met zijn moeilijke situaties, gevoelens en gedachten omgaat. Te weten: bevestigen, overcompenseren en vermijden.
- *Empirisch onderzoek*: Een onderzoek waarbij men tot kennis komt via waarnemen. In dit onderzoek is er gebruikt gemaakt van de hoofdvorm bevragen.
- *Kerncognities*: Basis gedachten.
- *Modus* (meervoud modi) Een gevoelstoestand dat iemands gedachten, gevoelens en gedrag op dat moment domineert. In de schemagerichte therapie wordt geprobeerd om vanuit een disfunctionele modus over te schakelen naar een gezonde modus, als onderdeel van het genezingsproces van het schema.
- *Schema's*: Belangrijke overtuigingen en gevoelens over jezelf, de ander en de omgeving, die het individu aanneemt zonder zich daarover vragen te stellen. Ze ontwikkelen zich in de kindertijd en breiden zich tijdens het gehele leven van het individuen steeds verder uit.
- *Schemadomeinen*: Categorieën van emotionele basisbehoeften die in de kindertijd geen voldoening hebben gekregen. De 18 schema's zijn in deze categorieën onderverdeeld.
- *Schematherapie*: Schema's leren onderkennen en te doorbreken.
- *Likertschaal*: Een schriftelijke methode om moeilijk te kwantificeren gegevens toch te kunnen ondervragen en te kunnen voorzien van een ordinaal meetniveau.

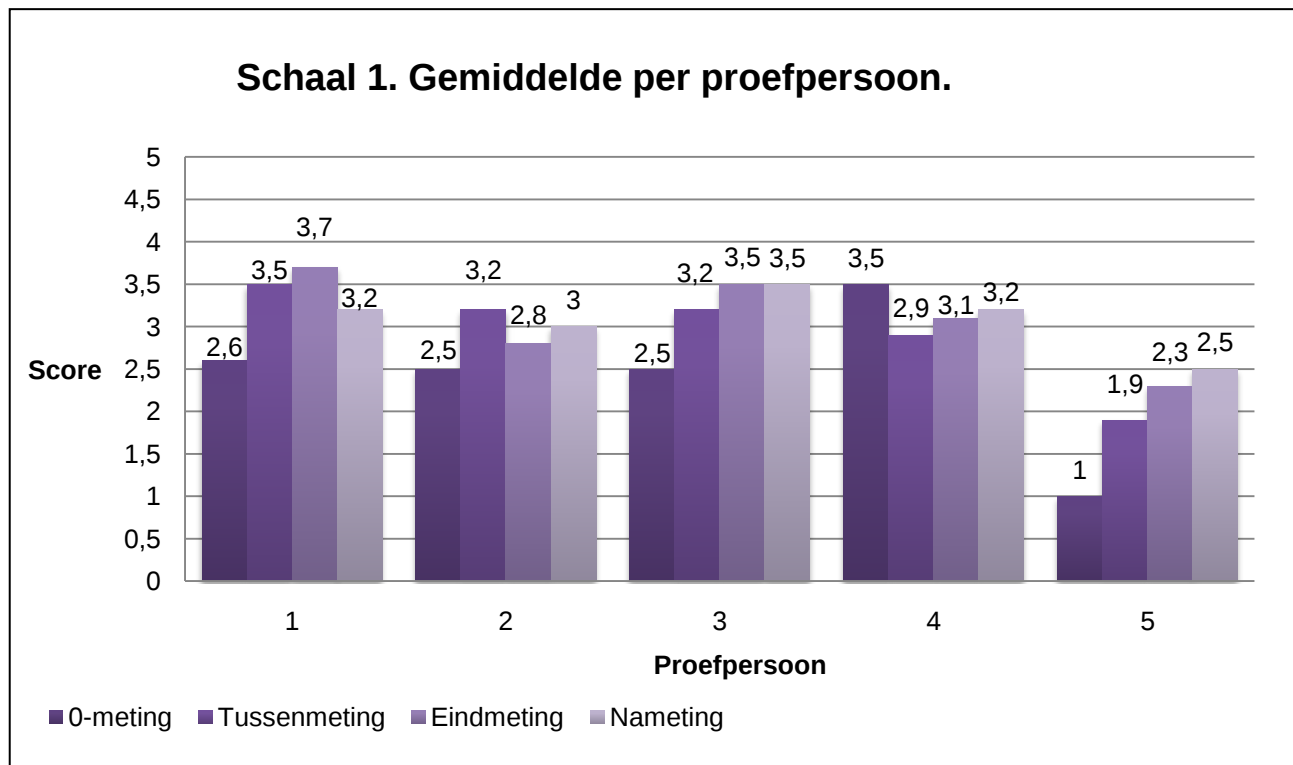
Bijlage 1. Figuren



Figuur 4. Gemiddelde lichaamsbewustzijn

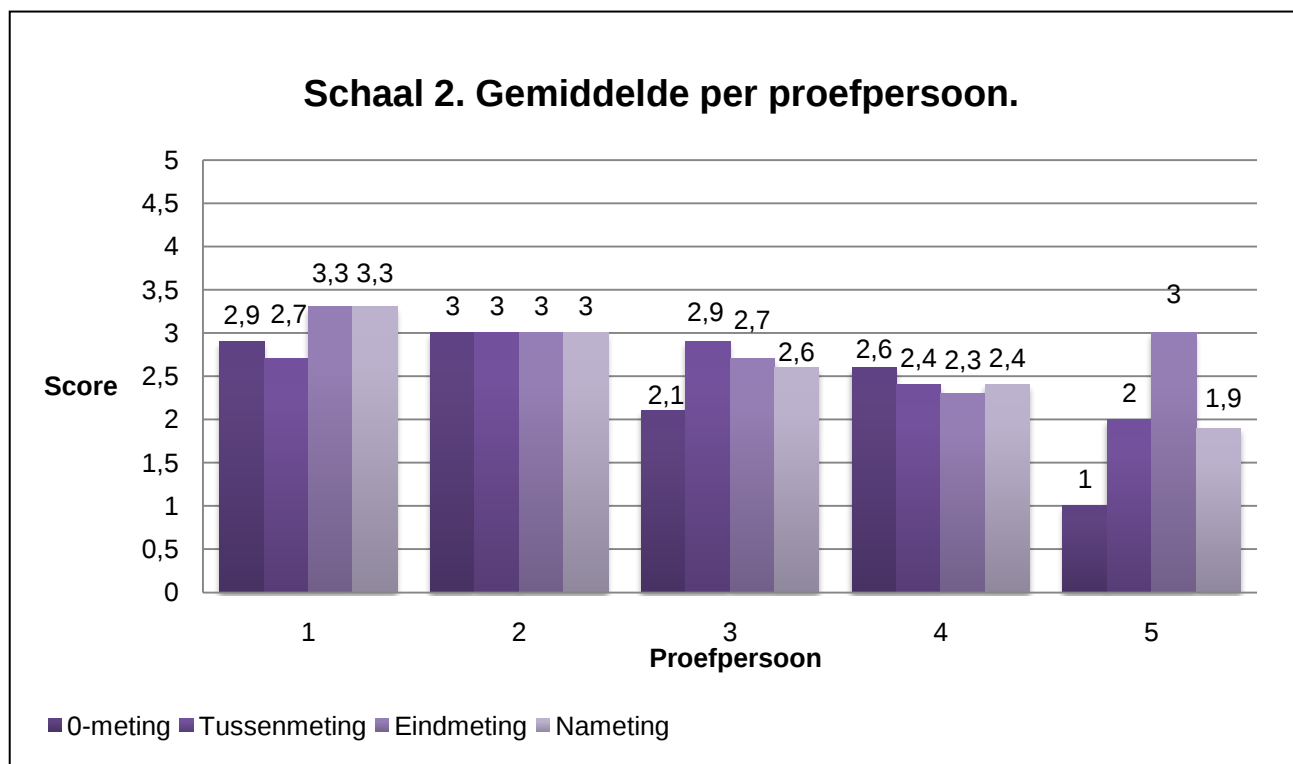


Figuur 5. Gemiddelde lichaamsbewustzijn per proefpersoon

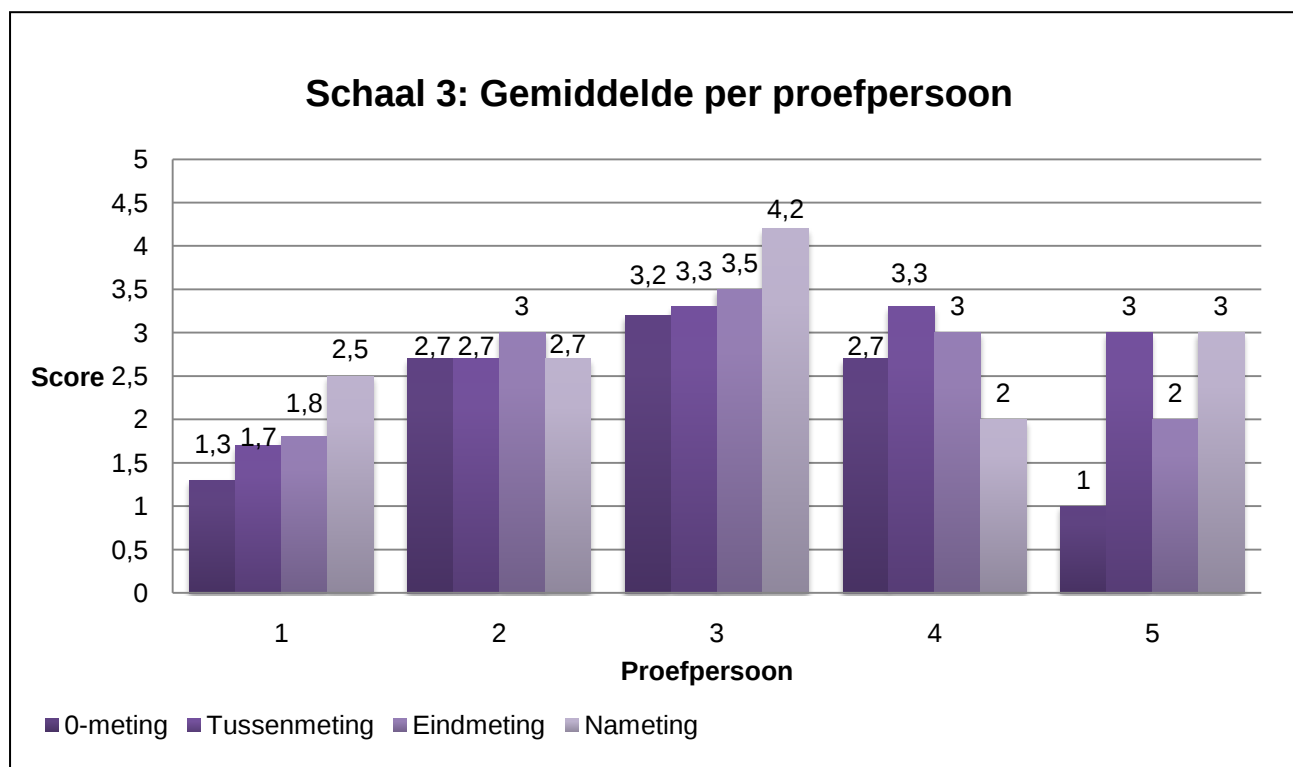


Figuur 6. Schaal 1: Gemiddelde lichaamsbewustzijn per proefpersoon.

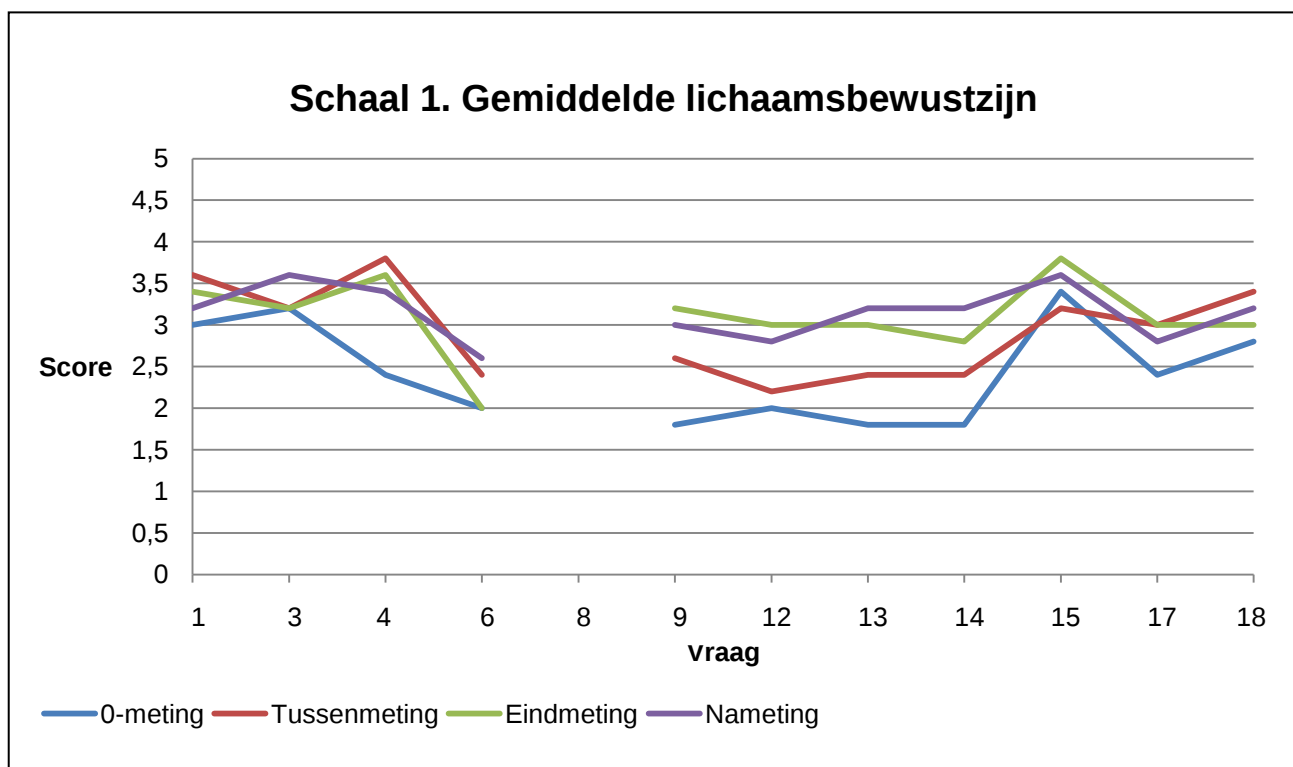
25



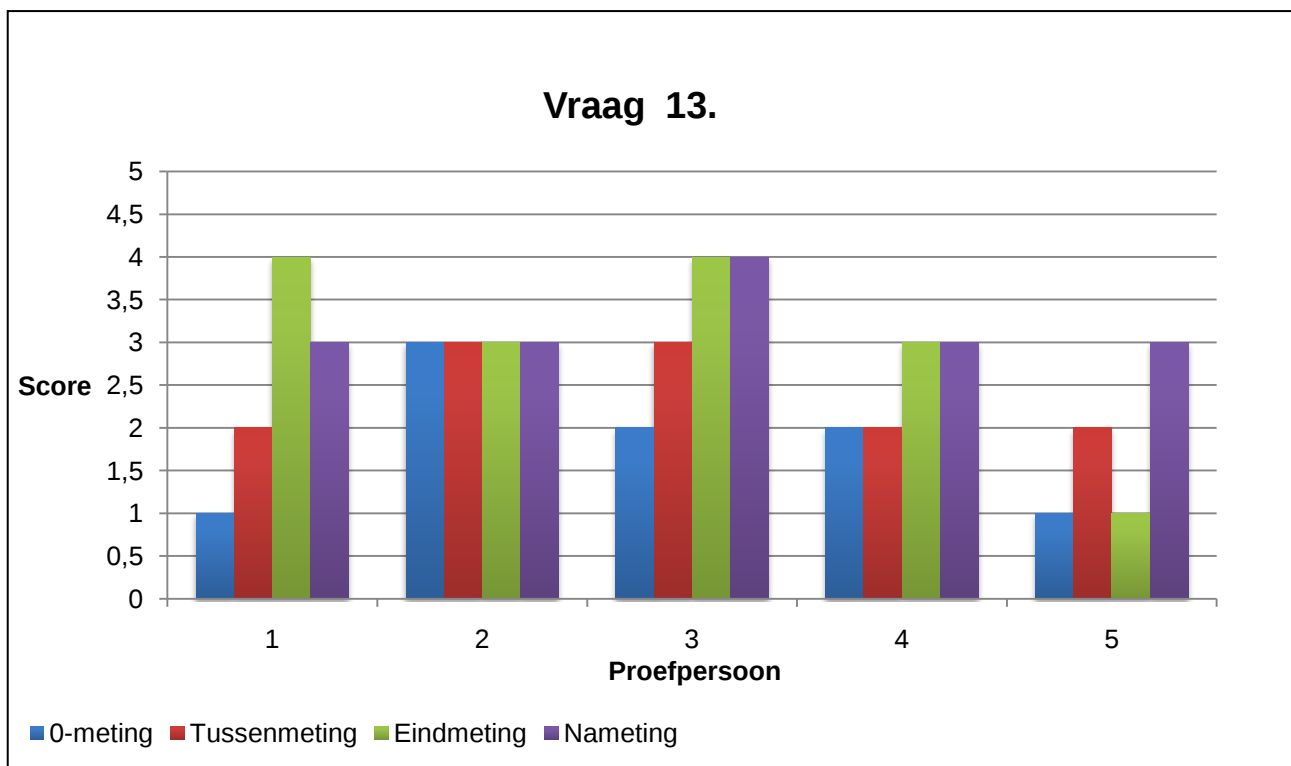
Figuur 7. Schaal 2: Gemiddelde mate van contact met het lichaam per proefpersoon.



Figuur 8. Schaal 3: gemiddelde comfort bij aanraking per proefpersoon.

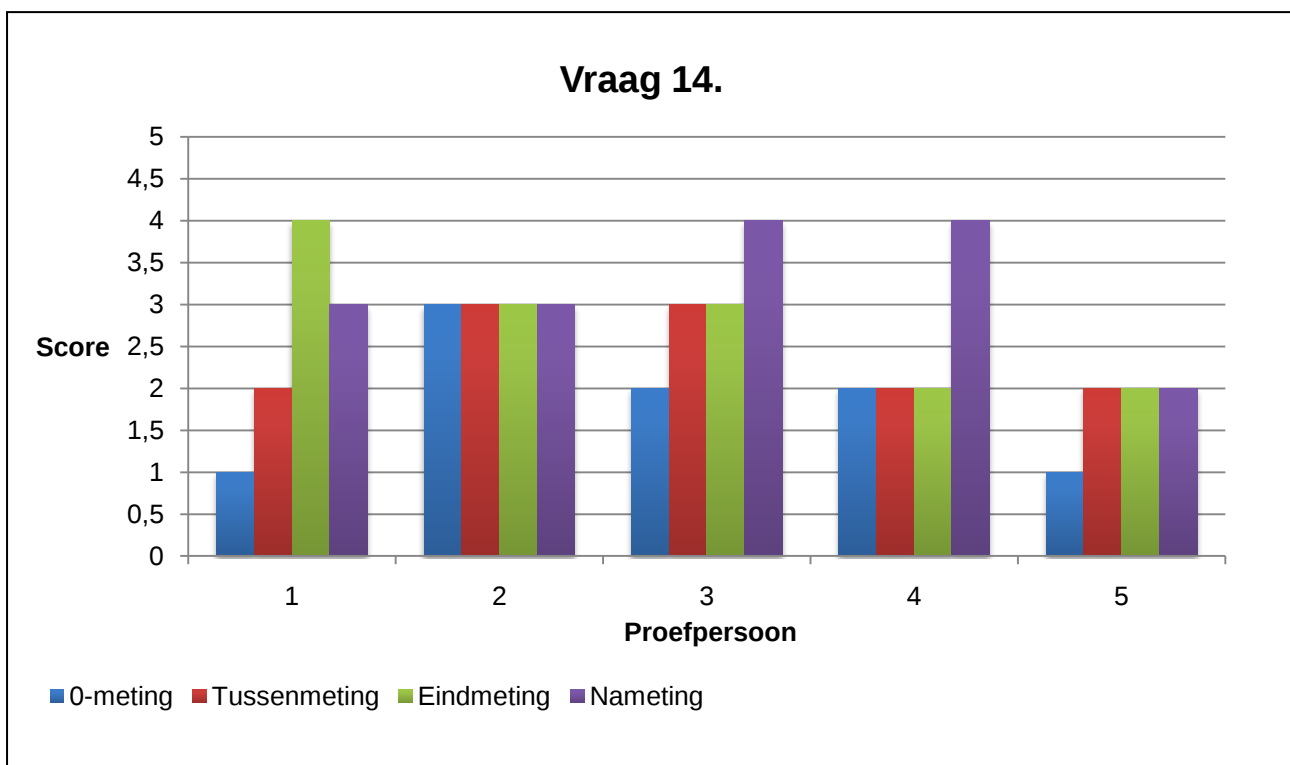


Figuur 9. Schaal 1: gemiddelde lichaamsbewustzijn van alle proefpersonen

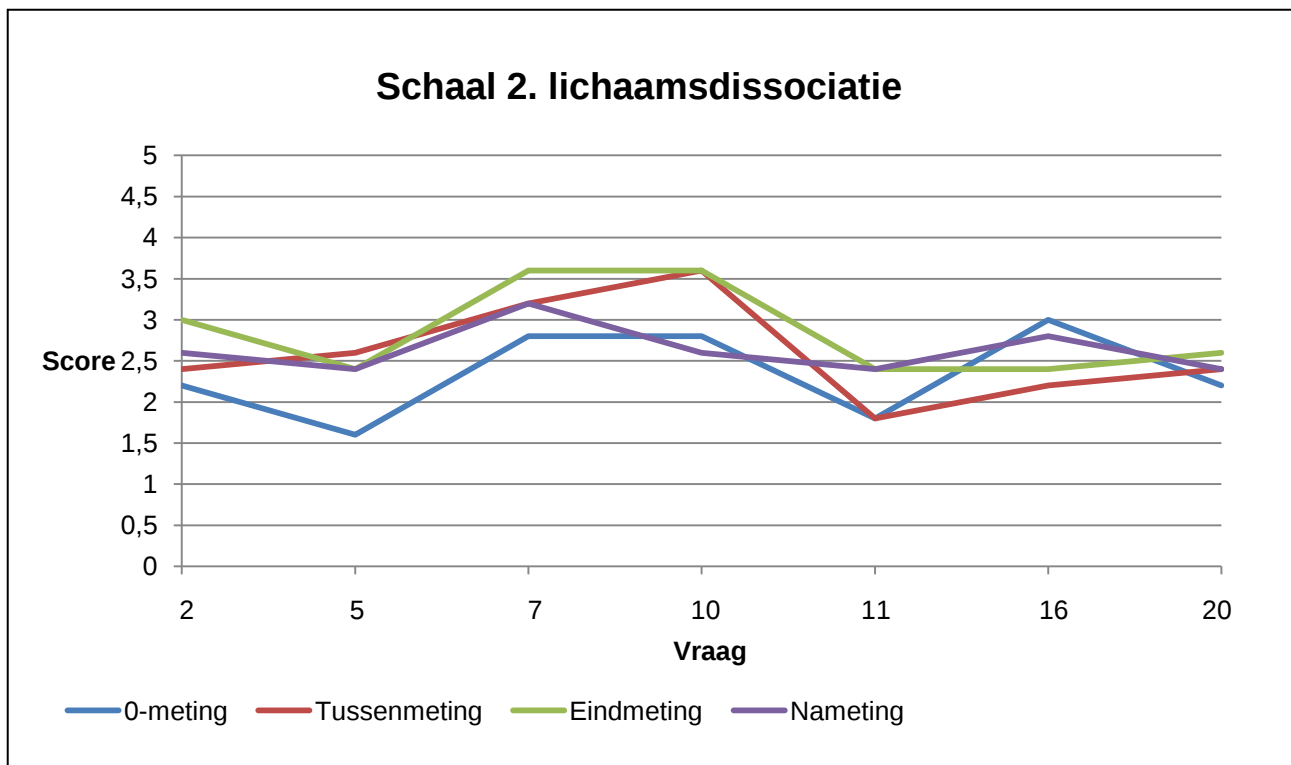


Figuur 10. Vraag 13. Wanneer ik mij lichamelijk ongemakkelijk voel, ga ik na wat de oorzaak van het ongemak zou kunnen zijn.

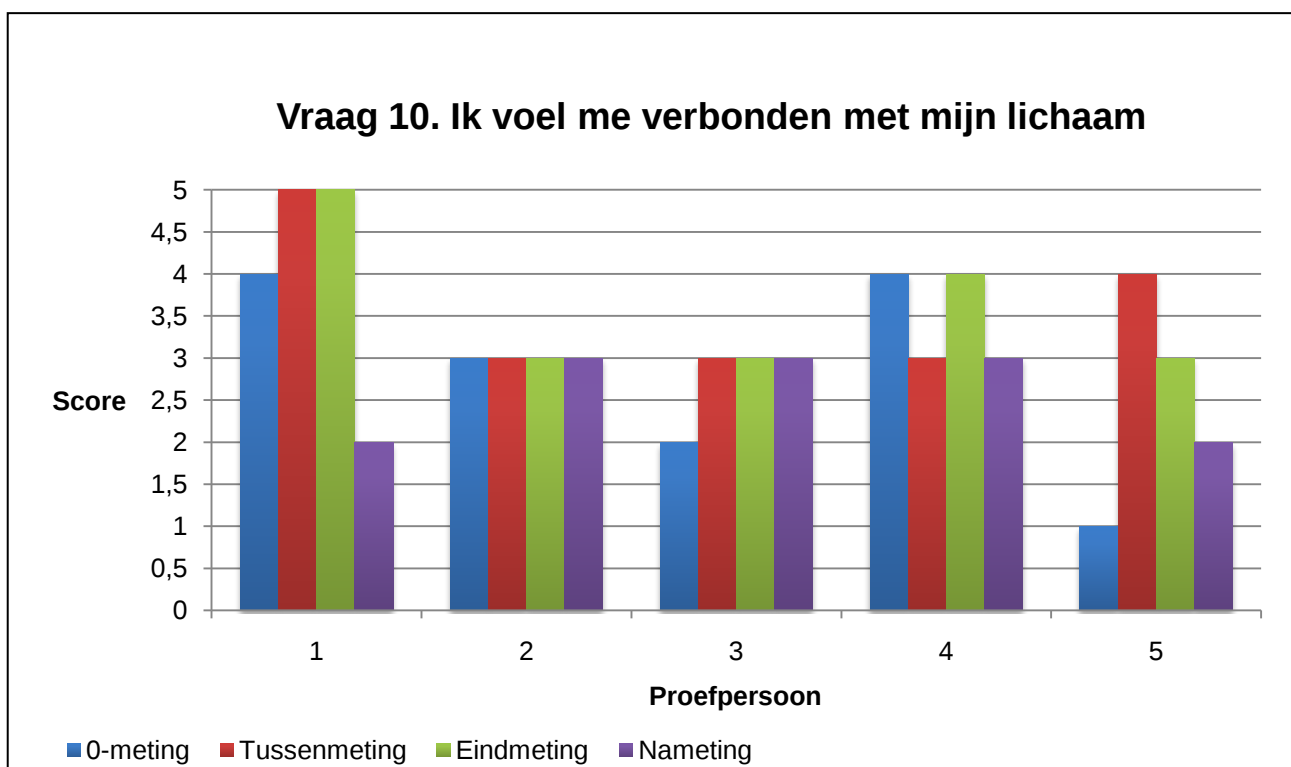
27



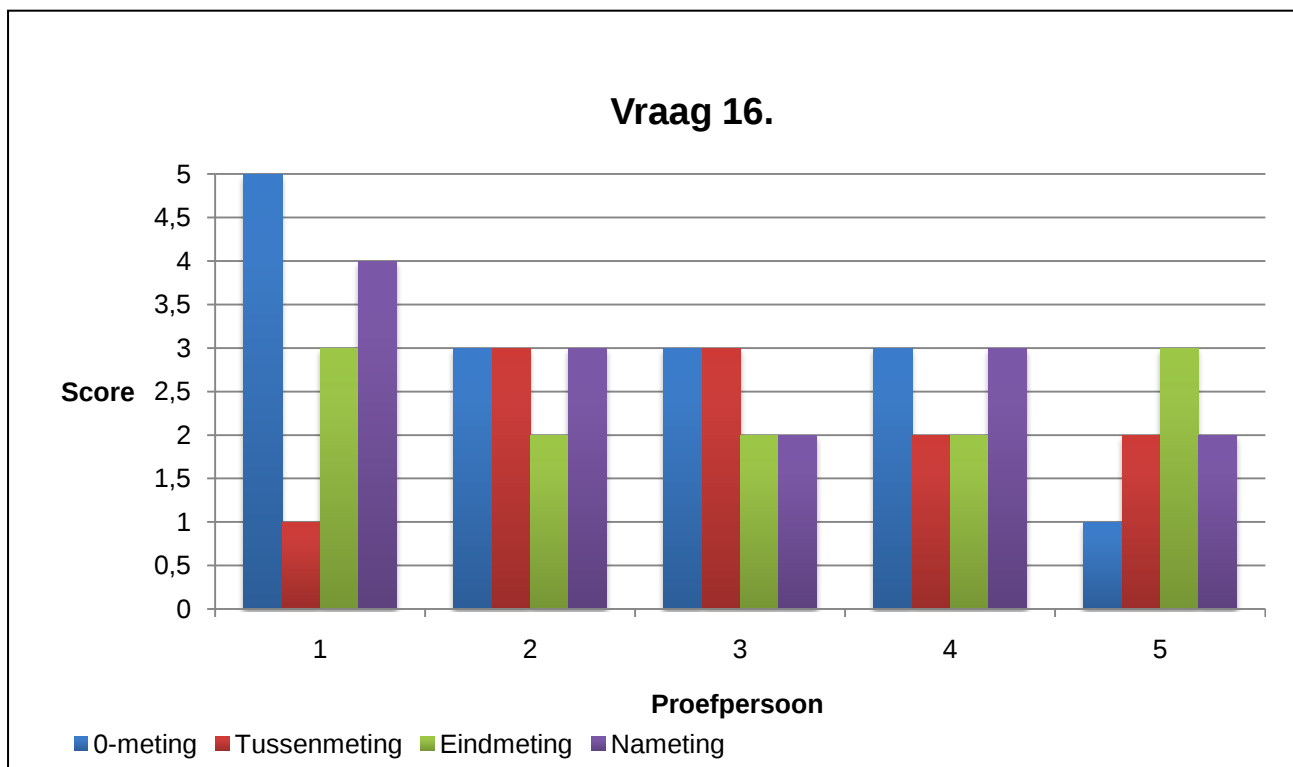
Figuur 11. Vraag 14. Ik luister naar informatie van mijn lichaam over mijn emotionele toestand.



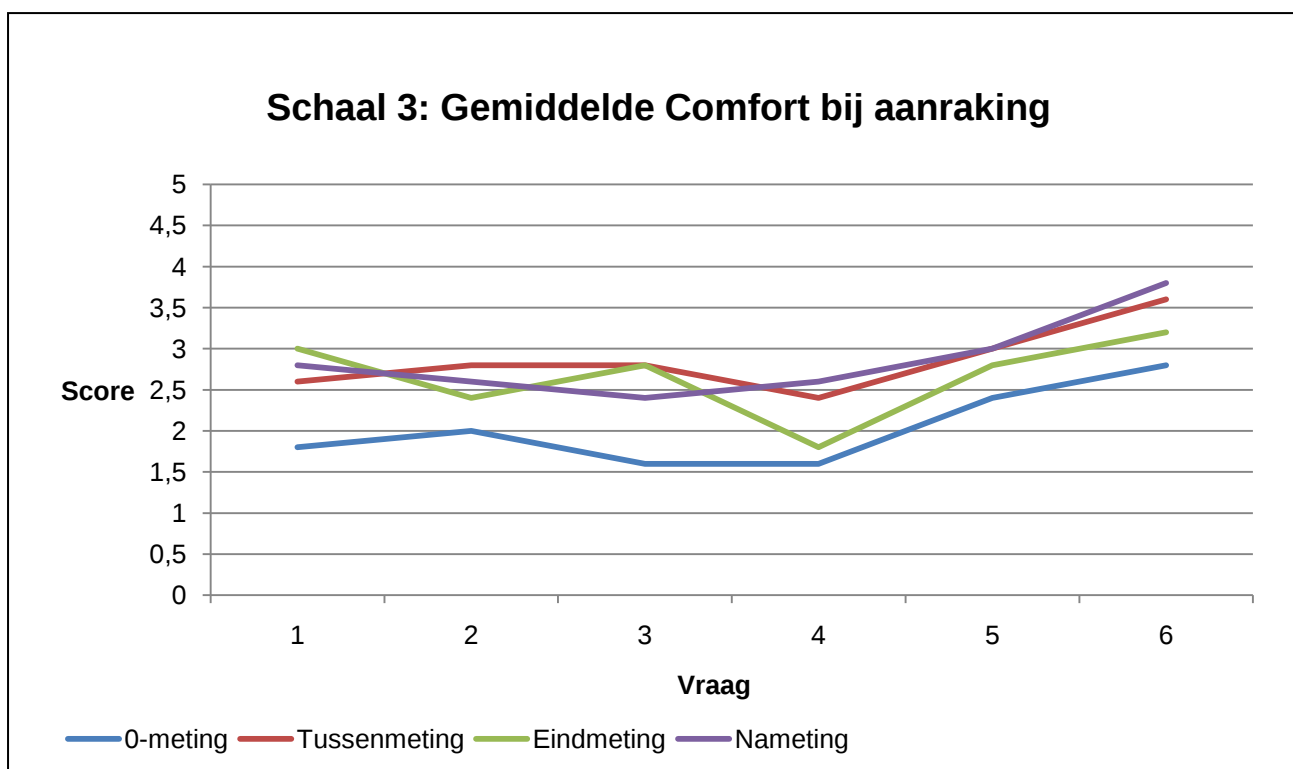
Figuur 12. Schaal 2: gemiddelde lichaamsdissociatie.



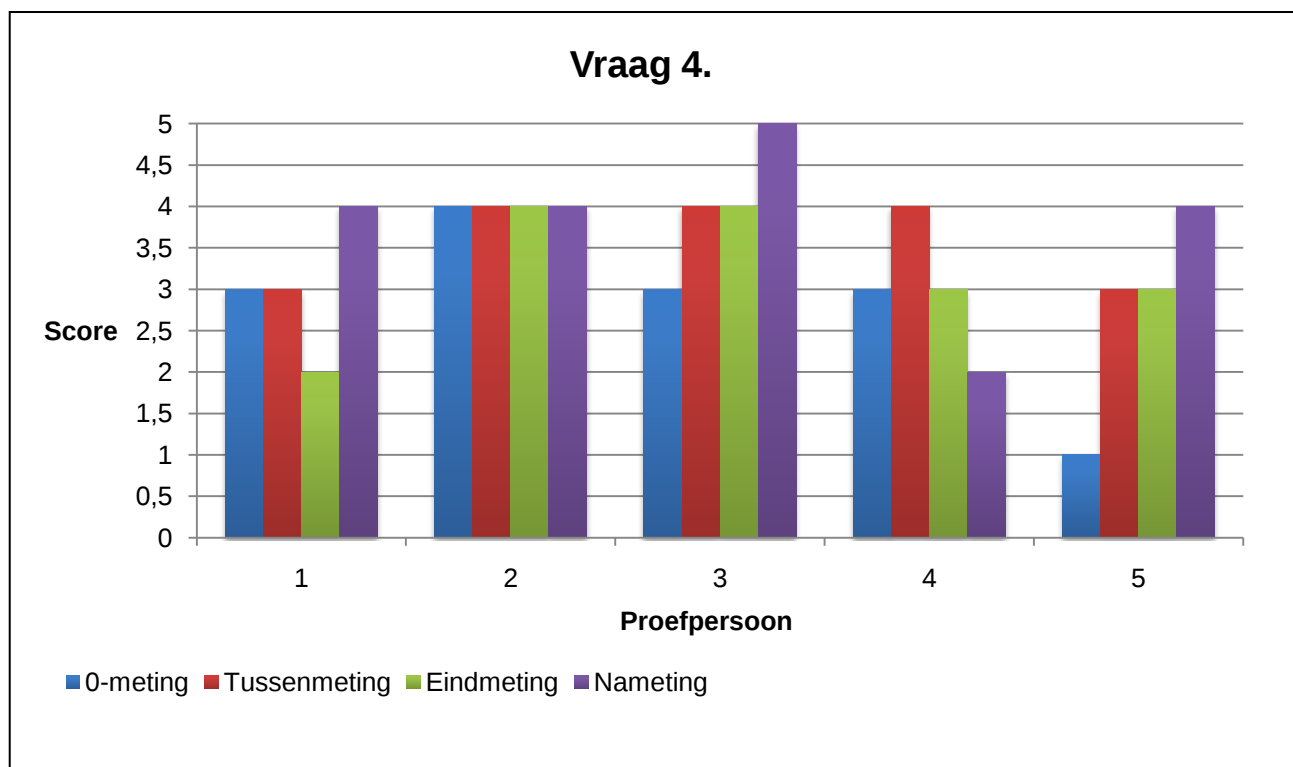
Figuur 13. Vraag 10. Ik voel me verbonden met mijn lichaam.



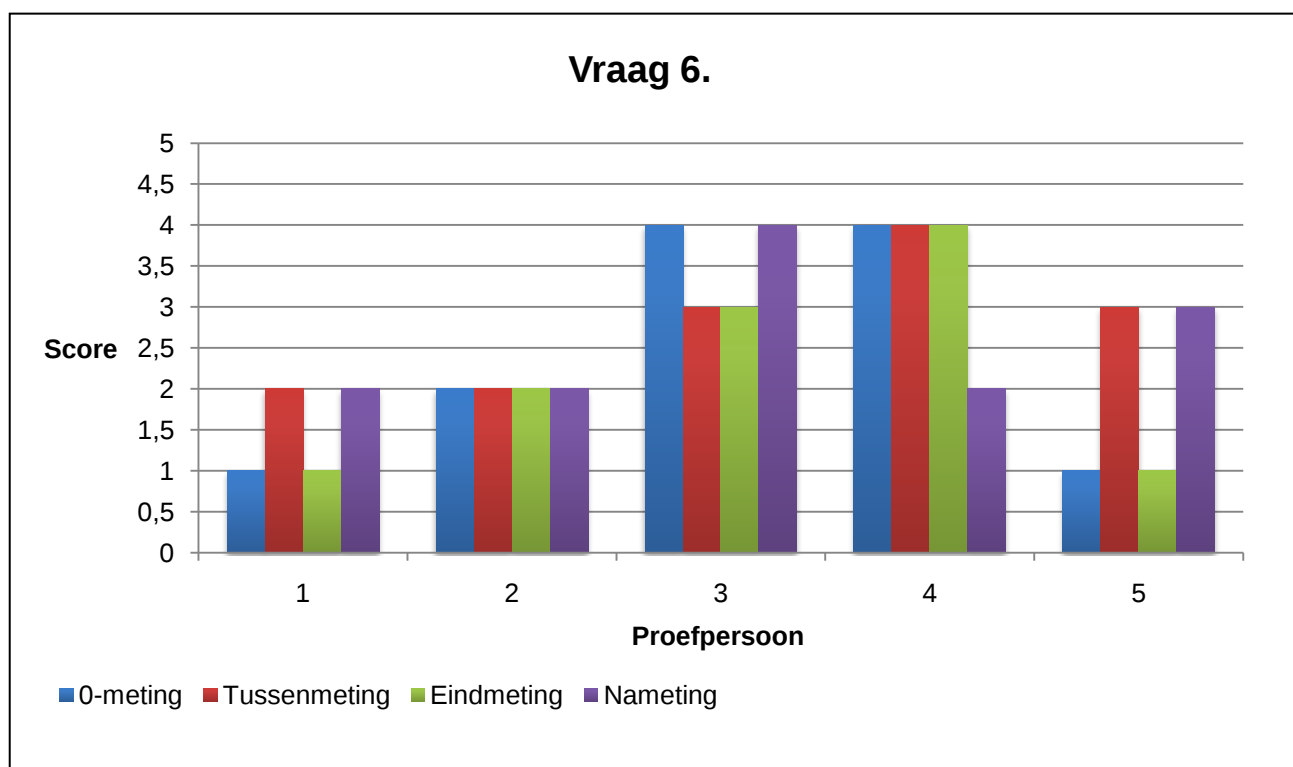
Figuur 14. Vraag 16. Ik leid mezelf niet af van gevoelens van lichamelijk ongemak.



Figuur 15. Schaal 3. Gemiddelde comfort bij aanraking.



Figuur 16. Vraag 4. Ik voel me niet ongemakkelijk wanneer mensen fysiek te dicht bij mij komen.



Figuur 17. Vraag 6. Geknuffeld worden door iemand uit mijn naast omgeving kan me troosten.

	Totaal score schema's 0-meting	Totaal score schema's follow-up	Vershil
Proefpersoon 1	44%	31%	13
Proefpersoon 2	14%	3%	11
Proefpersoon 3	48%	26 %	12
Proefpersoon 4	31 %	22 %	9
Proefpersoon 5	55%	30%	25
<i>Gemiddelde</i>	<i>38%</i>	<i>22%</i>	<i>16</i>

Figuur 18. Totaal score schema's per proefpersoon tijdens de 0-meting en follow-up.

	De drie meest voorkomende schema's tijdens de 0-meting		De drie meest voorkomende schema's tijdens de follow-up	
Proefpersoon 1	Sociaal isolement Falen en mislukken Zelf opoffering	90% 88% 76%	Sociaal isolement Zelfopoffering Falen en mislukken	80% 41% 33%
Proefpersoon 2	Emotionele verwaarlozing Sociale onaantrekkelijkheid Falen en mislukken	55% 55% 55%	Emotionele verwaarlozing Sociale onaantrekkelijkheid Falen en mislukken	20% 20% 5%
Proefpersoon 3	Sociaal isolement Afhankelijkheid Onderwerping	90% 98% 87%	Sociaal isolement Afhankelijkheid Onderwerping	79% 60% 59%
Proefpersoon 4	Afhankelijkheid Falen en mislukken Onvoldoende zelfcontrole	67% 56% 50%	Afhankelijkheid Falen en mislukken Onvoldoende zelfcontrole <i>Verslechterde schema's.</i> Kluwen Wantrouwen Sociaal isolement	13% 11% 37% 55% 47% 40%
Proefpersoon 5	Sociale onaantrekkelijkheid Zelfopoffering Falen en mislukken	100% 93% 88%	Sociale onaantrekkelijkheid Zelfopoffering Falen en mislukken	55% 47% 66%

Figuur 19. De drie meest voorkomende schema's per proefpersoon tijdens de 0-meting en nameting

	Coping-stijl 0-meting		Coping-stijl follow-up		Vershil	Gemiddelde verbetering
Persoon 1	3. Overcompenseren 2. Vermijden 1. Bevestigen	75% 77% 90%	3. Overcompenseren 1. Vermijden 2. Bevestigen	52% 77% 63%	-23 -0 -27	16,7
Persoon 2	1. Overcompenseren 2. Vermijden 3. Bevestigen	61% 50% 43%	1. Overcompenseren 2. Vermijden 3. bevestigen	56% 48% 47%	-5 -2 4	1
Persoon 3	1. Overcompenseren 2. Vermijden 3. Bevestigen	67% 63% 59%	2. Overcompenseren 1. Vermijden 3. Bevestigen	50% 53% 46%	-17 -10 -13	13,3
Persoon 4	2. Overcompenseren 1. Vermijden 3. Bevestigen	81% 83% 80%	1. Overcompenseren 2. Vermijden 3. Bevestigen	83% 63% 50%	2 -20 -30	16
Proefpersoon 5	1. Overcompenseren 2. Vermijden 3. Bevestigen	95% 90% 70%	2. Overcompenseren 1. Vermijden 3. Bevestigen	66% 83% 50%	-29 -7 -20	18,7

Figuur 20. De mate van gebruik van coping-stijlen per proefpersonen tijdens de 0-meting en nameting.

Bijlage 2. Schema's.

Schema's kunnen onderverdeeld worden in vijf domeinen die corresponderen met de belangrijkste basisbehoeften en ontwikkelingstaken van het kind.

Domein 1. Onverbondenheid en afwijzing

1. *Verlating*: Bij dit schema heb je het idee dat je andere mensen niet kan vertrouwen. Je denkt dat anderen niet in staat zijn om blijvende emotionele steun te geven, te beschermen uit angst dat ze je zullen verlaten.
2. *Wantrouwen en misbruik*: Je hebt de verwachting dat andere mensen je pijn zullen doen, vernederen, manipuleren of bedriegen. Je hebt hierbij het gevoel dat je altijd aan het kortste eind trekt.
3. *Emotionele verwaarlozing*: Je hebt het gevoel dat de behoefte aan emotionele steun niet tegemoet wordt gekomen door anderen. Je hebt gevoel dat je gebrek hebt aan aandacht, warmte en vriendschap. Je mist begrip, een luisterend oor of van het delen van gevoelens. Je mist ondersteuning en begeleiding.
4. *Minderwaardigheid en schaamte*: Je hebt het gevoel te kort te schieten, slecht en niet geliefd te zijn. Je bent sterk bewust van jezelf in gezelschap en je voelt je onzeker.
5. *Sociaal isolement*: Je hebt het gevoel geïsoleerd te zijn van de rest van de wereld. Dat je anders bent dan anderen en niet een onderdeel van een groep bent.

Domein 2. Verzwakte autonomie en verzwakte prestatie

6. *Afhankelijkheid*: Je hebt het idee niet in staat te zijn om zonder hulp van anderen om te gaan met alledaagse verantwoordelijkheden. Vaak een gevoel van hulpeloosheid.
7. *Kwetsbaarheid*: Een extreme angst dat een catastrofe onvermijdelijk is en niet in staat te zijn om het gevaar af te wenden. De angst richt zich op ernstige ziektes, aardbevingen of vliegtuigen die crashen.
8. *Verstrengeling*: Een zeer nadrukkelijke emotionele betrokkenheid met en nabijheid van belangrijke anderen, die ten koste gaat van het kunnen functioneren als individu. Het kan samengaan met gevoelens als onvoldoende jezelf kunnen zijn, gevoelens van leegte en niet weten welke richting op te moeten gaan.
9. *Mislukking en falen*: Het idee te hebben gefaald of uiteindelijk te zullen falen. Hierbij heb je het idee minder goed te zijn dan leeftijdsgenoten op het zelfde gebied. Dit gaat gepaard met gevoelens van 'ik ben stom en minder succesvol dan anderen'.
10. *Sociale onaantrekkelijkheid*: Je hebt het idee dat je lichamelijk en persoonlijk onaantrekkelijk bent. Waardoor mensen je minder leuk vinden.

Domein 3. Verzwakte grenzen

11. *Grandiositeit*: Het idee meer waard te zijn dan anderen, meer echten en privileges te hebben of niet gebonden te zijn aan regels voor betrokkenheid bij anderen. Vaak is er een eis alles te moeten doen wat je zelf wilt, ook al gaat dit ten koste van anderen.
12. *Onvoldoende zelfcontrole*: Je hebt voortdurend moeite om controle te hebben over eigen wensen of controle te krijgen. Je wilt snel doelen bereiken en raakt geïrriteerd wanneer dit tijd kost. Het gaat samen met vermijden van pijn, confrontaties en persoonlijke behoeften.

Domein 4. Gerichtheid op anderen

13. *Onderwerping*: Je geeft voortdurend de controle uit handen om boosheid, straf over verlating door anderen te voorkomen. Het uit zich onder meer in het onderdrukken van eigen wensen, besluiten en emoties. Meestal gaat dit met het idee dat je eigen wensen niet belangrijk zijn voor anderen.
14. *Zelfopoffering*: Je bent voortdurend bezig met het vervullen van andermans behoeften, ten koste van jezelf. Dit om te voorkomen dat andere mensen pijn ervaren en dat je egocentrisch wordt gevonden.
15. *Goedkeuring zoeken*: Je legt de nadruk op het zoeken naar goedkeuring, erkenning en aandacht van anderen, ten koste van het ontwikkelen van een stevige, eigen persoonlijkheid. Je gevoel is namelijk afhankelijk van de reacties van anderen.

Domein 5. Overmatige waakzaamheid en geremdheid.

16. *Negativiteit*: een al van jongs af aan bestaande aandacht voor wat negatief is in het leven. Positieve aspecten worden genegeerd of verwaarloosd. Je hebt het idee dat alles uiteindelijk verkeerd zal gaan.
17. *Emotionele geremdheid*: Je durft niet spontaan te praten of je spontaan te gedragen uit angst voor afwijzing door anderen en schaamte. Er is een sterke controle over positieve en negatieve gevoelens en moeite met het uiten van kwetsbaarheid.
18. *Extreemhoge eisen*: De lat wordt heel hoog gelegd, waardoor er hoge eisen gesteld worden aan wat je doet, om kritiek te voorkomen. Je voelt druk en hebt moeite om rustiger aan te doen. Je bent kritische tegenover jezelf en anderen. De nadruk ligt op perfectionisme en vaste regels.

Bijlage 3. Coping-stijlen

Bevestigen: Je gaat er vanuit dat het schema waar is, de bijbehorende emotionele pijn wordt gevoeld en je gedraagt je zo dat het schema bevestigd word. Bijvoorbeeld bij het schema falen, gaat iemand denken, voelen en handelen alsof hij gefaald heeft.

Vermijden: Door cognitieve, emotionele en gedragsstrategieën vermijd je de activering van een schema en de daarbij horende hevige affecten. Iemand met het schema verlating bijvoorbeeld vluchten in alcoholmisbruik.

Overcompensatie: Je gaat in de tegen aanval en denkt, voelt en gedraagt je alsof het tegenovergestelde van het schema waar is. Zo gaat iemand met het schema sociale isolement doen alsof hij heel veel contacten heeft.

Bijlage 4. Modi

Er zijn tien verschillende soorten modi. Binnen de schemagerichte therapie uit het onderzoek wordt er gebruik gemaakt van zes* van deze modussen.

*Gezonde volwassene: **

Als een persoon in deze toestand verkeerd geeft hij erkenning aan eigen kwetsbaarheid en steunt de gemoedstoestand van het kwetsbare kind. De gezonde volwassene corrigeert de ongezonde gemoedstoestanden en draagt zorg voor wat een normaal volwassenen is. Zo zorgt hij voor een balans tussen plezierige volwassen activiteiten en anderzijds voor maatschappelijke verplichtingen. Bij persoonlijkheidsstoornissen is deze modus weinig ontwikkeld en zeer kwetsbaar.

*Het kwetsbare kind: **

De persoon voelt zich alleen en is wanhopig op zoek naar aandacht. Aan de buitenkant zie je dat ze bang, verdrietig, kwetsbaar en hopeloos zijn.

Het impulsieve/ niet gedisciplineerde kind.

In deze toestand handelt de persoon impulsief om zijn behoeften te bevredigen. Hij denkt hierbij niet aan anderen en gaat overal door heen.

*Het Boze kind: **

De persoon voelt zich intens boos en ongeduldig omdat zijn behoefte niet worden vervuld. De persoon reageert met woede zonder te denken aan de gevolgen. De woede neemt de persoonlijkheid bijna over.

*Het vrije kind: **

Deze persoon voelt zich geliefd, tevreden, beschermd en verbonden met andere mensen. Hij voelt zich geaccepteerd, veilig en is spontaan.

De overcompenseerder:

Als een persoon in deze toestand verkeerd gedraagt hij zich tegenovergesteld aan het actieve schema om het schema niet te voelen.

36

De onderworpen/ afhankelijke:

In deze toestand reageert de persoon op een passieve, onderdanige manier. Hij zoekt naar goedkeuring en accepteert misbruik of een slechte benadering. Hij toont niet de gezonde behoeften aan anderen.

*Afstandelijke beschermer:**

Deze modus schermt gevoelens af en houdt daarmee afstand van anderen. Dit kan leiden tot symptomen als dissociatie, innerlijke leegte, misbruik van middelen en automutilatie.

De eisende ouder:

In deze modus heeft hij het gevoel dat perfect zijn of te presteren op hoog niveau de enige juiste weg is. Hij is bescheiden en offert zich op en is er van overtuigd gevoelens uiten of spontaan te zijn verkeerd is.

*De straffende: **

De persoon heeft het gevoel dat hij of iemand anders straf verdient en reageert straffend tegenover zichzelf en anderen.

Bijlage 5. Resultaten lichaamsbewustzijn vragenlijst

	Proefpersoon 1.				Proefpersoon 2.				Proefpersoon 3.			
1	4	5	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4
2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
3	4	4	4	3	4	3	3	4	3	3	3	3
4	2	5	4	2	2	4	3	3	3	4	4	4
5	2	3	2	3	2	2	3	2	1	3	3	2
6	1	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3
7	5	5	5	5	4	4	5	4	2	3	3	3
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	1	3	4	4	2	3	2	3	2	3	4	3
10	4	5	5	2	3	3	3	3	2	3	3	3
11	1	1	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2
12	1	1	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3
13	1	2	4	3	3	3	3	3	2	3	4	4
14	1	2	4	3	3	3	3	3	2	3	3	4
15	5	5	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4
16	5	1	3	4	3	3	2	3	3	3	2	2
17	4	4	4	3	2	3	3	3	2	3	4	3
18	5	5	4	4	2	3	2	3	2	4	4	4
19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
21	1	1	2	3	2	2	3	2	3	4	4	4
22	1	1	2	2	2	4	3	2	4	4	4	4
23	1	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	3
24	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	4
25	1	1	2	2	4	4	4	4	3	5	4	5
26	3	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	5

	Proefpersoon 4.				Proefpersoon 5.			
1	4	3	3	2	1	2	3	3
2	3	3	3	2	1	1	3	2
3	4	3	2	4	1	3	4	4
4	4	4	4	5	1	2	3	3
5	2	3	1	3	1	2	3	2
6	4	4	2	3	1	1	1	1
7	2	2	2	3	1	2	3	1
8	-	-	-	-	-	-	-	-
9	3	2	3	3	1	2	3	2
10	4	3	4	3	1	4	3	2
11	2	2	2	2	1	1	3	2
12	4	3	3	2	1	1	3	3
13	2	2	3	3	1	2	1	3
14	2	2	2	4	1	2	2	2
15	4	3	5	5	1	2	3	3
16	3	2	2	3	1	2	3	2
17	3	3	3	3	1	2	1	2
18	4	3	4	3	1	2	1	2
19	-	-	-	-	-	-	-	-
20	2	2	2	1	1	2	3	2
21	2	3	3	2	1	3	3	3
22	2	2	2	2	1	3	1	3
23	2	3	3	2	1	3	3	3
24	2	2	2	2	1	3	1	3
25	3	2	3	2	1	3	1	2
26	3	4	3	2	1	3	3	4

Bijlage 6. Lichaamsbewustzijn vragenlijst

Kan niet toegevoegd worden in dit document.