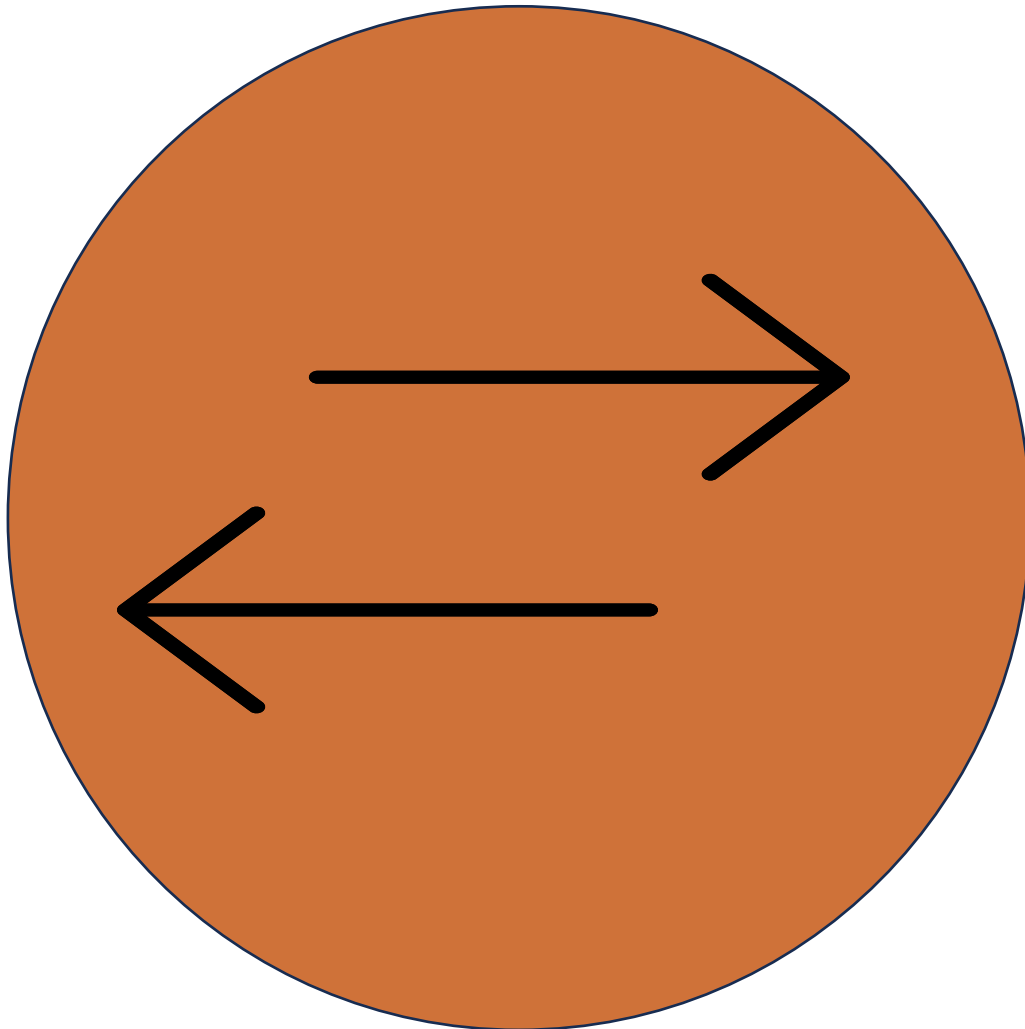


Wat is de invloed van externe informatie op het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis?

Masterthesis

Iris Kluivingh-Blok – Psychomotorisch therapeut.



Hogeschool Windesheim Zwolle
Master Psychomotorische Therapie
Auteur: Iris Kluivingh-Blok
Begeleider : Jaisey Coenen.
Datum : 31-5-2024

Samenvatting

Achtergrond: Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis is er sprake van een onstabiele omgeving, met disfuncties in sociaal en beroepsmatig functioneren. In een stabiele omgeving is aandacht van nature gericht op interne informatie. Het aandachtsselectiemechanisme, waarbij interne en externe informatie met elkaar concurreren, speelt hierin een belangrijke rol. De hypothese van dit onderzoek is dat de onstabiele omgeving van mensen met een persoonlijkheidsstoornis resulteert in een overvloed aan (ervaren) externe informatie, wat de aandacht voor de interne informatie doet verminderen. Dit onderzoek verkent de invloed van externe informatie op het lichaamsbewustzijn. Een behandeling die gebruikt maakt van het op systematische wijze aanbieden van oefeningen omtrent het lichaamsbewustzijn is psychomotorische therapie.

Methode: Dit kwantitatieve cross-sectionele onderzoek omvatte 32 mensen gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis (N=32). De Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2) en de External Information Questionnaire (EIQ) zijn afgenomen. Acht enkelvoudige regressieanalyses onderzochten de relatie tussen de EIQ en de MAIA-2.

Resultaten: De bevindingen van dit onderzoek tonen significant lagere niveaus van lichaamsbewustzijn en een grotere hoeveelheid externe informatie bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. De hoeveelheid externe informatie blijkt een significante voorspeller te zijn voor de volgende subschalen van de MAIA-2: niet-storend, niet-verontrustend, zelfregulatie, luisteren naar het lichaam en vertrouwen. Dit toont aan dat externe informatie een rol speelt bij het beïnvloeden van deze specifieke aspecten van het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Conclusie: De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat er een relatie bestaat tussen lichaamsbewustzijn, persoonlijkheidsstoornissen en externe informatie.

Aanbevelingen: Vervolgonderzoek naar specifieke interventies die zich richten op het verbeteren van het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis is nodig. Eerdere studies tonen aan dat psychomotorische therapie het lichaamsbewustzijn verbetert. Verder onderzoek moet uitwijzen of psychomotorische therapie effectief is voor het verbeteren van lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Inhoudsopgave	2
1. Inleiding	3
2. Doelstelling	7
3. Methode	7
4. Procedure	8
5. Datascreening	8
6. Data-analyse	9
7. Resultaten	10
8. Discussie	13
Literatuurlijst	17
Bijlage I	23

1. Inleiding

1.1 Persoonlijkheidsstoornis

Een persoonlijkheidsstoornis betreft een stoornis in de persoonlijkheid. De persoonlijkheid wordt disfunctioneel als de mogelijkheid van een persoon om zich aan te passen aan de omgeving wordt belemmert door negatieve, rigide eigenschappen die vaak min of meer extreme varianten zijn van normale persoonlijkheidskenmerken (Livesley et al., 2016; Rettew & McKee, 2005). Deze stoornis leidt tot ernstig persoonlijk lijden en hebben negatieve gevolgen voor werk, intieme relaties en sociale contacten. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben veelal problemen op het gebied van identiteit, zelfsturing en/of verbondenheid en intimiteit. Er is sprake van een diepgaand patroon van innerlijke ervaringen en gedrag dat duidelijk afwijkt van wat binnen de cultuur van de betrokkene de norm is. Dit kan gaan over afwijkingen in gedachten, affectiviteit, interpersoonlijk functioneren en impulsbeheersing. Er is sprake van ontregeling in gedrag, gedachten en gevoelens wat significant verontrustend en problematisch is in de interactie met de omgeving (American Psychiatric Association, 2014; De Lange et al., 2019).

Er zijn tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen, deze worden, in het meest gebruikte diagnostische handboek, onderverdeeld in drie groepen: cluster A, cluster B en Cluster C (Andrea et al., 2017; American Psychiatric Association, 2014).

Cluster A: Vooral gekenmerkt door vreemd en/of excentriek gedrag. Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis, schizoïde-persoonlijkheidsstoornis en schizotypische-persoonlijkheidsstoornis.
Cluster B: Vooral gekenmerkt door instabiliteit. Antisociale-persoonlijkheidsstoornis, borderline-persoonlijkheidsstoornis, histrionische-persoonlijkheidsstoornis en narcistische-persoonlijkheidsstoornis.

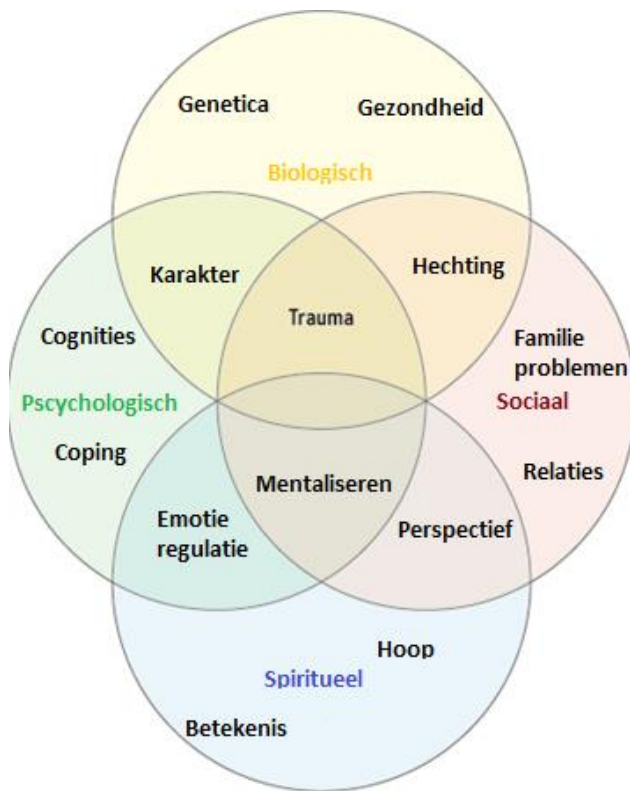
Cluster C: Vooral gekenmerkt door angst. Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis, afhankelijk-persoonlijkheidsstoornis en dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis.

De prevalentie van een persoonlijkheidsstoornis varieert aanzienlijk, waarbij naar schatting 4.4% tot 13.1% van de algemene Europese bevolking ten minste één persoonlijkheidsstoornis heeft (Andrea et al., 2017; Torgersen, 2014). In de psychiatrische populatie is deze prevalentie zelfs nog hoger, met cijfers tussen de 30 en 50 procent. De meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn: borderline-, vermijdende- en andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis (GGZ standaarden, 2017).

Bij de meeste mensen met een persoonlijkheidsstoornis is sprake van ten minste één comorbide psychische stoornis. De relatie tussen de persoonlijkheidsstoornis en de comorbide stoornis(-sen) is complex. De comorbide stoornis kan namelijk bijdragen aan het ontstaan, de instandhouding en/of de verschijningsvorm van de persoonlijkheidsstoornis. Ook kan er een onderliggende oorzaak zijn die bijdraagt aan het ontstaan van zowel de persoonlijkheidsstoornis als de comorbide stoornis (GGZ standaarden, 2017; Van Deth, 2017).

De complexiteit van de comorbide stoornis bij een persoonlijkheidsstoornis maakt duidelijk dat de oorzaak van een persoonlijkheidsstoornis niet eenduidig kan worden aangegeven (Fonagy et al., 2017; Stoffers-Winterling et al., 2021). Vaak is er sprake van een aangeboren kwetsbaarheid in combinatie met negatieve omgevingsfactoren die de psychische ontwikkeling ongunstig hebben beïnvloed (GGZ standaarden, 2017; Skoglund et al., 2019). Onderstaand figuur, Figuur 1, laat zien dat verschillende biologische, psychologische, sociale en spirituele factoren bijdragen aan de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis. Al deze factoren ontwikkelen zich gedurende het hele leven en beïnvloeden elkaar voortdurend in relatie tot omgevingsfactoren.

Figuur 1. Schematisch overzicht van factoren betrokken bij de etiologie van een persoonlijkheidsstoornis (De Lange et al., 2019).



1.2 Interne informatie.

De complexe oorzaken van een persoonlijkheidsstoornis, variërend van genetische aanleg tot omgevingsfactoren, maken nieuwsgierig naar het begrijpen van de interne processen die ten grondslag liggen aan deze stoornis. Binnen dit kader speelt interne informatie een belangrijke rol. Interne informatie bestaat uit signalen, prikkels en informatie afkomstig vanuit het interne lichaam. Het betreft informatie over de toestand en functies van interne organen en orgaansystemen (Chun et al., 2011). De lichamelijke sensaties die je voelt vanuit je eigen lichaam, zoals hartslag, ademhaling, honger, dorst, pijn, etc., zijn voorbeelden van interne informatie. Deze signalen geven informatie over de interne fysiologische toestand.

Het vermogen om deze interne informatie waar te nemen wordt interoceptief bewustzijn genoemd (Vig et al., 2022). Verstoorde processen van het interoceptief bewustzijn worden steeds meer erkend als een belangrijk onderdeel van verschillende psychische aandoeningen (Farb et al., 2015; Heim et al., 2023; Khalsa et al., 2018). Er is de laatste jaren toenemend onderzoek gedaan naar de rol van het interoceptief bewustzijn bij een persoonlijkheidsstoornis. De studie van Bragdon en collega's (2021) toont aan dat er sprake is van verstoorde interoceptieve processen bij mensen met een obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Flasbeck en collega's (2020) onderzochten het emotioneel bewustzijn bij mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis, waarbij het emotioneel bewustzijn wordt begrepen als het falen van de modulatie tussen interoceptieve en exteroceptieve aandacht. Onderzoek van Heim en collega's (2023) bevestigt dat er sprake is van een verstoord interoceptief bewustzijn bij borderline-persoonlijkheidsstoornis en antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Het lichaamsbewustzijn betreft niet alleen het waarnemen van interne informatie (interoceptief bewustzijn), maar ook luisteren naar het lichaam en het begrijpen van de eigen emotionele toestand. Mehling en collega's (2011) definiëren lichaamsbewustzijn als het bewustzijn van sensaties en signalen afkomstig van het interne lichaam, waarbij de nadruk ligt op het vermogen om deze interne informatie op te merken, te interpreteren en er bewust van te zijn. Van der Maas (2015)

definieert lichaamsbewustzijn als de gevoeligheid en aandacht voor interne informatie, de algemene fysieke conditie en de respons van het lichaam op zowel emoties als veranderingen in de omgeving. Een essentieel aspect van lichaamsbewustzijn is het vermogen om de signalen van het lichaam te herkennen én hierop te reageren. Wanneer iemand in staat is om deze signalen op te merken en er adequaat op te reageren, kan dit leiden tot een gezondere leefstijl en een beter welzijn (Zinn & Jason, 2016). Daarbij is lichaamsbewustzijn fundamenteel voor adaptief gedrag en nauw verbonden met zelfregulering en homeostase (Da Costa Silva et al., 2022; Farb et al., 2015).

1.3 Aandachtselectiemechanisme.

In het kader van lichaamsbewustzijn is het belangrijk om te begrijpen dat de bewustwording van interne informatie voorafgaat aan perifere fysiologische veranderingen en fysiologische processen in het lichaam. Er wordt continu informatie uitgewisseld over de toestand en functie van interne organen en orgaansystemen. Slechts een klein deel van deze informatie geeft echter aanleiding tot het bewustzijn van interne informatie (Chun et al., 2011; Gijsbers van Wijk & Kolk, 1995). Er vindt een selectie plaats op de informatie die wordt verwerkt. Er is beperkte aandachtscapaciteit, hierdoor wordt slechts een deel van de beschikbare interne informatie bewust verwerkt (Corbetta & Shulman, 2002; Kas, 2018; Verschooren & Egner, 2023). Het aandachtselectiemechanisme bepaalt in welke mate interne informatie wordt geselecteerd voor verwerking. Het bewustzijn van interne informatie hangt af van de aandacht die we eraan besteden of kunnen besteden (Van Ede & Nobre, 2023). Daarbij is er sprake van concurrentie tussen interne informatie (informatie uit het lichaam) en externe informatie (informatie uit de omgeving).

1.4 Externe informatie.

Externe informatie wordt gedefinieerd als de stimuli die in het dagelijks leven worden waargenomen (Chun et al., 2011; De Rijk et al., 1999; Verschooren & Egner, 2023). Externe informatie bevat twee aspecten: de aantrekkelijkheid van de externe stimulatie, wat van invloed is op de *kwaliteit van de externe informatie*; en de ervaren overbelasting, die te maken heeft met de *kwantiteit van de externe informatie*. De kwantiteit van externe informatie betreft het aantal en diversiteit van de dagelijkse activiteiten. De kwaliteit van de externe informatie betreft de bedreigende externe informatie en kleine alledaagse stressfactoren (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996). Zo kan dus gesteld worden dat externe informatie draait om de gebeurtenissen van buitenaf en hoe deze door individuen worden waargenomen en ervaren. Er wordt gesproken van een optimale mate van externe informatie als de persoon zowel afgestemd kan zijn op zichzelf als op de omgeving (Van Ede & Nobre, 2023).

1.5 Concurrentie interne informatie en externe informatie.

Er is sprake van één aandachtselectiemechanisme, voor zowel externe als interne informatie (Corbetta & Shulman, 2002; Cowan, 2019; Panichello & Buschman, 2021). Recentelijk onderzoek (Verschooren & Egner, 2023; Van Ede & Nobre, 2023) toont aan dat aandacht standaard gericht is op intern gegeneerde informatie in plaats van extern beschikbare informatie. Volgens deze bevindingen is interne informatie doorgaans indringender dan externe informatie. De regulatie van onze aandacht is geëvolueerd in een context die relatief stabiel en voorspelbaar is (Egner, 2014). Deze voorspelbaarheid leidt ertoe dat we meer af gaan op interne informatie, zoals voorkennis, waardoor de aandacht naar binnen wordt getrokken. In een stabiele omgeving worden interne signalen sterker gevolgd dan externe signalen (Yvon & Frith, 2021), aangezien men kan vertrouwen op intern opgeslagen informatie om acties te sturen.

In een minder stabiele of nieuwe omgeving daarentegen wordt de aandacht gericht op het leren van potentieel relevante nieuwe informatie, wat resulteert in een verhoogde focus op externe informatie (bron).

1.6 Onstabiele omgeving bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis is er sprake van aanzienlijke ontregeling in gedrag, gedachten en gevoelens wat significant verontrustend en problematisch is in de interactie met de omgeving. Dit resulteert in een onstabiele omgeving. Dit wordt bevestigd door onderzoek van Fossati en collega's (2003), waarin werd vastgesteld dat er sprake is van disfunctie in het sociale functioneren bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. De sterkste mate van disfunctie werd

waargenomen bij mensen met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis, gevolgd door paranoïde, borderline, schizotypische, afhankelijke en theatrale persoonlijkheidsstoornis. Skodol en collega's (2018) ontdekten dat een persoonlijkheidsstoornis belemmeringen geeft in het sociale, beroepsmatige en vrijetijd functioneren.

Verschillende onderzoeken tonen aan dat er specifieke problemen zijn met interpersoonlijke relaties bij bepaalde persoonlijkheidsstoornissen, bijvoorbeeld bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Moltu et al., 2022; Pope, 1983; Tucker et al., 1987) en bij mensen met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis (Fossati et al., 2003; Skodol et al., 2002; Van Velzen et al., 2000). Bij mensen met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis wordt vooral sociale isolatie opgemerkt (Jacob, 2012; Snellen, 2017) en bij mensen met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis wordt vooral sociale druk opgemerkt (Bolster et al., 2008; Van Deth, 2017; Krawitz & Watson, 2005). De problemen in relaties komen ook terug in relaties met leidinggevende, collega's en medewerkers (Ettner et al., 2011). Mensen met een persoonlijkheidsstoornis ondervinden vaak moeilijkheden op de arbeidsmarkt, zoals ontslag, langdurige werkloosheid en problemen in de omgang met collega's en leidinggevenden (Juurlink, et al., 2018; Tyrer, 2014).

1.7 Overvloed externe informatie, doet aandacht interne informatie verminderen.

In een stabiele omgeving is de aandacht van nature gericht op interne informatie. Voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis is er echter vaak sprake van een onstabiele omgeving, waarbij eerder benadrukte disfuncties in sociaal en beroepsmatig functioneren aanwezig zijn. De hierboven verstrekte informatie ondersteunt onze hypothese: De onstabiele omgeving, resulteert in een overvloed aan (ervaren) externe informatie, wat de aandacht voor de interne informatie doet verminderen. Pennebaker (1982) deed middels verschillende experimentele onderzoeken als een van de eerste onderzoek naar de competitie van interne en externe informatie. Zijn conclusie, dat toename van externe aandacht gepaard gaat met verslechtering van het richten op interne informatie en verwerking daarvan, wordt ook bevestigd in recent onderzoek van Van Ede & Nobre (2023).

Echter blijkt zelfs wanneer de aandacht gericht is op interne informatie, het vaak ontbreekt aan metacognitief bewustzijn met betrekking tot de frequentie en duur van onze betrokkenheid bij deze interne processen (Seli et al., 2013). Hoewel de initiële aandacht gericht kan zijn op interne informatie, resulteert dit niet altijd tot het bewustzijn waarna we ook handelen. Met andere woorden, het hebben van aandacht voor interne informatie zegt nog niet veel over het bewustzijn van het lichaam.

1.8 Het optimale niveau.

Dit onderzoek richt zich op de invloed van externe informatie op het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Eerder werd het optimale niveau van externe informatie al genoemd. Het optimale niveau van externe informatie is als de persoon zowel afgestemd kan zijn op zichzelf als op de omgeving. Het optimale niveau van lichaamsbewustzijn is complex en niet eenduidig te omschrijven.

Bewustzijn van zowel interne als externe informatie stelt mensen in staat om gepaste reacties te formuleren op de omgeving, variërend van fysieke acties tot emotionele reacties. Het afstemmen van lichaamsbewustzijn op de omgeving biedt de mogelijkheid om eigen behoeftes te herkennen en hierop te reageren, wat bevorderlijk is voor een gezonde levensstijl en welbevinden. Kortom, het afstemmen van lichaamsbewustzijn met de omgeving wordt beschouwd als een manier om adaptieve, gezonde reacties te bevorderen en het algemeen welzijn te verbeteren (Bellemans et al., 2016; Riegel et al., 2018).

1.9 Psychomotorische therapie.

Een behandeling die gebruikt maakt van het op systematische wijze aanbieden van oefeningen omtrent het lichaamsbewustzijn is psychomotorische therapie. Deze therapie omvat een scala aan bewegings- en lichaamsgerichte interventies die worden toegepast voor de verbetering van de geestelijke gezondheid. Psychomotorische interventies richten zich rechtstreeks op de ervaringen van patiënten en hebben tot doel gedrag, cognities en emoties systematisch te beïnvloeden (De Lange, et al., 2019). Het beïnvloeden van lichaamservaring is een van de kerninterventies binnen psychomotorische therapie (Scheffers, 2018). Met dit onderzoek wordt een eerste exploratie

gedaan van de invloed van de ervaren externe informatie op het lichaamsbewustzijn. Hierdoor wordt mogelijk ook een bijdrage geleverd aan de onderbouwing van de inzet van psychomotorische therapie bij de behandelingen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

2. Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om te kijken of een grote hoeveelheid ervaren externe informatie van invloed is op het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. De hypothese is dat als er sprake is van een grote hoeveelheid ervaren externe informatie, er tevens sprake is van een verminderd lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

De hoofdvraag luidt als volgt:

Wat is de invloed van externe informatie op het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis?

Subvragen:

1. Wat is het verschil in het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis in vergelijking met mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis?
2. Wat is het verschil in het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis die geen psychomotorische therapie hebben gevolgd in vergelijking bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis die wel psychomotorische therapie hebben gevolgd?
3. Wat is het verschil in de hoeveelheid externe informatie bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis in vergelijking met mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis?

3. Methode

Dit onderzoek betreft een kwantitatief cross-sectioneel onderzoek. Het onderzoek beoogt inzicht te verschaffen in het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis in het algemeen.

De uitvoering van het onderzoek vindt plaats binnen EPP GGZ. In het gespecialiseerde team van EPP GGZ wordt er multidisciplinair samengewerkt, waarbij persoonlijkheidsstoornissen de voornaamste doelgroep vormen. Binnen EPP GGZ wordt cluster A bijna nooit tot nooit behandeld. Hierdoor is participatie van individuen met cluster A-problematiek in dit specifieke onderzoek beperkt tot nihil.

3.1 Meetinstrumenten.

Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2).

Het lichaamsbewustzijn wordt gemeten aan de hand van de Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness versie 2, Nederlandse vertaling (MAIA-2) (Mehling et al., 2018; Scheffers et al., 2024). De vragenlijst bestaat uit 37 vragen, bijvoorbeeld: 'Als ik gespannen ben, voel ik waar in mijn lichaam de spanning zit.'. Er wordt gescoord op een zespunt-likertschaal van 0 = nooit tot 5 = altijd. Deze vragen zijn verdeeld over acht subschalen: waarnemend, niet-storend, niet-verontrustend, aandacht sturen, emotioneel bewustzijn, zelfregulering, luisteren naar uw lichaam en vertrouwen. Een hogere score impliceert meer lichaamsbewustzijn. De interne consistentie (ω) van alle subschalen van de MAIA-2 NL was matig tot goed, met ω -waarden variërend van 0.67 tot 0.89. Deze subschalen vertoonden over tijd matige tot goede betrouwbaarheid, met intraclass correlatiecoëfficiënten (ICC) variërend van 0.67 tot 0.79 (Scheffers et al., 2024). De MAIA-2 was onderdeel van het informatiedocument dat de cliënten die deelname aan dit onderzoek ontvingen. Dit informatiedocument is bijgevoegd als bijlage (bijlage I).

Externe Informatie Vragenlijst (EIQ).

De hoeveelheid ervaren of subjectieve niveau van externe informatie wordt gemeten met de Externe Informatie Vragenlijst (EIQ) (Gijsbers van Wijk & Kolk 1996). Deze vragenlijst bevat 17 uitspraken over de hoeveelheid externe informatie die in het dagelijks leven wordt ervaren, bijvoor-

beeld: 'Mijn hoofd loopt over van alles waar ik aan denken moet.' Er wordt gescoord op een vijf-punt-likertschaal van 1=helemaal niet tot 5=zeer. Een hoge score duidt op een grote hoeveelheid kwantitatieve en kwalitatieve externe informatie. Er komt één score uit de EIQ. De interne consistentie is goed, zoals aangegeven door een Cronbach's Alpha van 0.80. De test-hertest betrouwbaarheid wordt als matig tot goed beoordeeld (0.74, N=173). Deze bevindingen wijzen op een goede betrouwbaarheid van de EIQ, zowel wat betreft consistentie als stabiliteit over tijd (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996). De EIQ was onderdeel van het informatiedocument wat de cliënten die deelname aan dit onderzoek ontvingen, dit informatiedocument is bijgevoegd als bijlage (bijlage I).

4. Procedure

De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de periode van januari 2024 tot en met maart 2024. De dataverzameling werd uitgevoerd door de behandelende therapeut van de cliënt. Alle behandelaren van EPP GGZ zijn benaderd en geïnformeerd over dit onderzoek. Zij werden gevraagd de vragenlijsten uit te zetten bij alle cliënten gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis. Iedereen die aan dit onderzoek deelneemt is gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis en in behandeling bij EPP GGZ.

Cliënten namen vrijwillig deel aan dit onderzoek en de beslissing om al dan niet deel te nemen aan dit onderzoek had geen enkele invloed op het vervolg van de behandeling. Cliënten die deelnamen aan het onderzoek werden vooraf mondeling geïnformeerd over de aanleiding en het doel van het onderzoek, door hun behandelaar of groepstherapeut. Cliënten ontvingen een envelop met daarin informatie over aanleiding en doel van het onderzoek, een toestemmingsverklaring, algemene vragen en de twee vragenlijsten (MAIA-2 en EIQ). Dit informatiepakket is toegevoegd in de bijlage (zie bijlage I). Cliënten werden gevraagd deze envelop (dichtgeplakt) weer bij hun behandelaar in te leveren. De behandelaren retourneerden de envelop bij de onderzoekster. De gegevens werden geëxporteerd naar een statisch programma, Statistical Program for Social Science (SPSS), versie 27, waarna de gegevens vernietigd zijn.

Cliënten vulden eenmalig de vragenlijsten in. De gegevens werden anoniem verzameld en verwerkt; er werden geen identificeerbare persoonlijke gegevens opgeslagen.

5. Datascreening

Er is een data inspectie uitgevoerd. Er was één vragenlijst waarbij vragen 16 t/m 32 van de MAIA-2 niet zijn ingevuld, daarbij is vraag 12 van de EIQ 4 keer niet ingevuld. Deze ontbrekende gegevens zijn behandeld als missing data. Het getal 9999 is ingevuld als missing value. Hier is voor gekozen om te voorkomen dat deze ontbrekende gegevens werden meegenomen in de analyse of het berekenen van het gemiddelden. Gezien de geringe omvang van de onderzoekspopulatie is ervoor gekozen om deze vragenlijsten wel mee te nemen in het onderzoek.

Om de geldigheid van de samenhanganalyse te waarborgen, is nagegaan of aan de assumptie van normaliteit is voldaan. Normaliteit van de variabele werd gecontroleerd in overeenstemming met de centrale limiet theorie (Field, 2018), die stelt dat bij een populatiegrootte groter dan 30, de verdeling van steekproefgemiddelde naar normaal neigt. Aangezien de populatiegrootte in dit onderzoek 32 bedroeg is voorzichtigheid geboden bij het aannemen van normaliteit op basis van deze grens. Daarom werd de normaliteit van de variabele gecontroleerd door middel van visuele inspectie van de verdeling, waarbij gebruik werd gemaakt van een histogram en QQ-plot. Op basis van deze inspectie is geconcludeerd dat de verdeling normaal is bevonden.

6. Data-analyse

De hoofdvraag luidt als volgt: ‘Wat is de invloed van externe informatie op het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis?’

Om relatie tussen de EIQ en MAIA-2 te onderzoeken, is een enkelvoudige regressieanalyse uitgevoerd. De onafhankelijke variabele betreft het cijfer verkregen uit de EIQ (één cijfer) en de afhankelijke variabele zijn de cijfers verkregen uit de MAIA-2 (8 subschalen). Dit resulteerde in acht afzonderlijke enkelvoudige regressieanalyses, waarbij elke subschaal afzonderlijk werd beschouwd als onafhankelijke variabele.

Onderstaand wordt per subvraag de analysemethode toegelicht.

Subvraag 1: ‘Wat is het verschil in het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis in vergelijking met mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis?’

Deze vraag wordt onderzocht door middel van een onafhankelijke T-test. Het doel van deze analyse is het vaststellen van eventuele significante verschillen in het lichaamsbewustzijn tussen mensen met een persoonlijkheidsstoornis en mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis. De gegevens met betrekking tot het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis worden in dit onderzoek verzameld (MAIA-2, 8 subschalen). Deze gegevens worden vergeleken met gegevens die verzameld zijn in het onderzoek van Scheffers en collega's (2024). Deze vergelijkingsdata zijn gebaseerd op 1054 gezonde, volwassenen. Deze gegevens zijn weergegeven in Tabel 1.

Subvraag 2: ‘Wat is het verschil in het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis die geen psychomotorische therapie hebben gevolgd in vergelijking met mensen met een persoonlijkheidsstoornis die wel psychomotorische therapie hebben gevolgd?’

Er wordt acht maal een onafhankelijke T-test uitgevoerd om de subschalen van de MAIA-2 te vergelijken met de groepen die wel en geen psychomotorische therapie hebben gevolgd. Door middel van visuele inspectie van de verdeling, waarbij gebruik werd gemaakt van een histogram en QQ-plot bleek dat ook deze data normaal is verdeeld.

De keuze om deelnemers vanaf vijf sessies te includeren, is gebaseerd op meerdere studies dat verschillende therapieën na vijf sessies effectief kunnen zijn, zoals onderzoek naar de doeltreffendheid van ACT en CGT (Jansen, et al., 2022; Levy et al., 2020).

Subvraag 3: ‘Wat is het verschil in de hoeveelheid externe informatie bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis in vergelijking met mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis?’

Ook deze subvraag wordt beoordeeld aan de hand van een onafhankelijke T-test, waarbij elke subschaal van de MAIA-2 als onafhankelijke variabele wordt beschouwd. Bij subvraag 3 zijn de gegevens vergeleken met de bevindingen uit het onderzoek van Gijsbers et al. (1999), waarbij de onderzoeksgroep bestond uit 179 deelnemers (N=179). Deze gegevens zijn weergegeven in Tabel 1.

De beschrijvende statistiek van de vergelijkingsdata is beschreven in Tabel 1.

Tabel 1. Beschrijvende statistiek vergelijkingsdata.

		MEAN	SD
MAIA-2	Gewaarworden	3.37	0.86
	Niet-storend	2.17	0.87
	Niet-verontrustend	3.35	0.82
	Aandacht sturen	2.88	0.85
	Emotioneel bewustzijn	3.50	0.84
	Zelfregulering	2.65	0.97
	Luisteren naar lichaam	2.38	1.06
EIQ	Vertrouwen	3.63	1.02
		3.7	0.63

7. Resultaten

7.1 Kenmerken onderzoekspopulatie

In totaal namen er 32 mensen deel aan dit onderzoek (N=32), 23 vrouwen (71.9%) en 9 mannen (28.1%) in de leeftijd 23 t/m 61 jaar (M=37.06). Van de totale onderzoekspopulatie volgde 62.6% hoger onderwijs. Tabel 2 is een schematische weergave van de onderzoekspopulatie. In Tabel 3 is te zien hoeveel deelnemers psychomotorische therapie hebben gevolgd (minimaal 5 sessies).

Tabel 2. Schematische weergave onderzoekspopulatie.

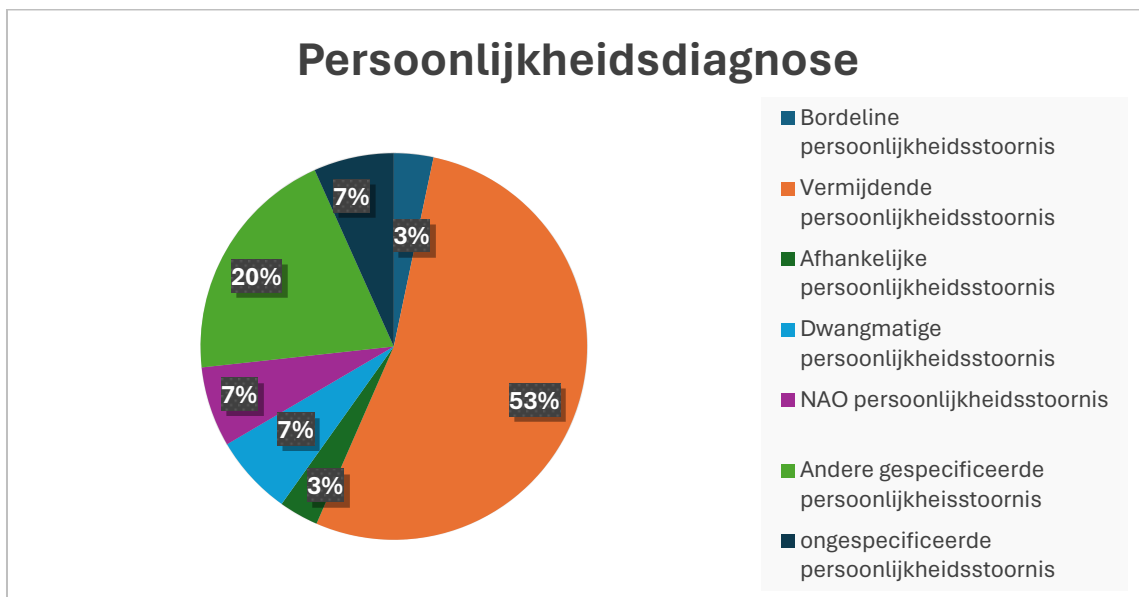
	Frequentie (procent)			
Totaal (N)	32 (100%)			
Leeftijd	Totaal	Minimum	Maximum	Mean (SD)
	31	23	63	37.06(9.87)
Geslacht	Frequentie (procent)			
Man	23 (71.9%)			
Vrouw	9 (28.1%)			
Opleiding				
Onderbouw, HAVO/VWO	2 (6.3%)			
Bovenbouw, HAVO/VWO	1 (3.1%)			
MBO-2, MBO-3, MBO-4	9 (28.1%)			
Bachelor hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs (HBO/WO)	18 (56.3%)			
Master hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs (HBO/WO)	2 (6.3%)			

Tabel 3. Schematische weergave aantal deelnemers die psychomotorische therapie hebben gevolgd.

	Frequentie (procent)
Geen psychomotorische therapie	14 (43.8%)
Wel psychomotorische therapie	18 (56.3%)
Totaal	32 (100%)

Er namen geen mensen deel gediagnosticeerd met een schizoïde-, schizotypische-, antisociale-, theatrale- of narcistische persoonlijkheidsstoornis. In Figuur 2 is weergegeven met welke persoonlijkheidsstoornis de onderzoekspopulatie gediagnosticeerd was.

Figuur 2. Cirkeldiagram van de persoonlijkheidsdiagnose in de onderzoekspopulatie.



7.2 Verschil lichaamsbewustzijn.

Er zijn acht individuele t-tests uitgevoerd. De resultaten laten zien dat het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis significant lager is in vergelijking met mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis. Deze significantie wordt waargenomen op alle subschalen van de MAIA-2 ($P < 0.005$ op alle subschalen). Het grootste verschil werd waargenomen bij de subschaal vertrouwen, waarbij mensen met een persoonlijkheidsstoornis significant lager scoorden ($M = 2.13$, $SD = 1.13$) dan mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis ($M = 3.63$, $SD = 1.02$). De resultaten zijn geïllustreerd in Tabel 4. In Tabel 5 worden de verschillen schematisch weergegeven.

Tabel 4. Illustratie verschil lichaamsbewustzijn.



Tabel 5. Schematische weergave verschil lichaamsbewustzijn.

Subschaal	M (SD)	M (SD)	t-waarde	p-waarde
	Gezonde populatie (N=2054)	Persoonlijkheidsstoornis (N=32)		
Gewaarworden	3.37 (0.86)	2.59 (0.81)	-5.44	<.001
Niet-storend	2.17 (0.87)	1.58 (0.72)	-4.63	<.001
Niet-verontrustend	3.35 (0.82)	2.86 (0.64)	-4.36	<.001
Aandacht sturen	2.88 (0.85)	2.11 (0.72)	-5.96	<.001
Emotioneel bewustzijn	3.50 (0.84)	2.86 (0.84)	-4.23	<.001
Zelfregulering	2.65 (0.97)	2.15 (0.81)	-3.43	.002
Luisteren naar lichaam	2.38 (1.06)	1.73 (0.92)	-3.98	<.001
Vertrouwen	3.63 (1.02)	2.13 (1.13)	-7.54	<.001

7.3 Lichaamsbewustzijn bij persoonlijkheidsstoornissen: effect van psychomotorische therapie.

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de groepen die wel en geen psychomotorische therapie hebben gevolgd op alle subschalen van de MAIA-2, zoals blijkt uit de resultaten van de t-test (allemaal $p > 0.05$). In Tabel 6 worden de resultaten van subvraag 2 schematisch weergegeven.

Tabel 6. Schematische weergave resultaten subvraag 2.

Subschaal	PMT niet gevolgd (M, SD)	PMT gevolgd (M, SD)	t-waarde	p-waarde
Gewaarworden	2.50 (0.76)	2.67 (0.88)	-0.59	0.56
Niet-storend	1.54 (0.81)	1.63 (0.63)	-0.32	0.75
Niet-verontrustend	2.91 (0.72)	2.80 (0.58)	-0.49	0.63
Aandacht sturen	2.14 (0.79)	2.07 (0.67)	0.27	0.79
Emotioneel bewustzijn	2.81 (0.78)	2.90 (0.92)	-0.28	0.78
Zelfregulering	2.20 (0.89)	2.11 (0.74)	0.31	0.76
Luisteren naar lichaam	1.53 (0.85)	1.94 (0.97)	-1.26	0.22
Vertrouwen	2.15 (1.19)	2.10 (1.10)	0.10	0.92

7.4 Verschil externe informatie.

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis ($M=2.73$; $SD=0.31$) scoren hoger op EIQ in vergelijking de gezonde populatie ($M=3.7$; $SD ?$). Dit is een significant resultaat ($t(31)=-17.75$; $p<.001$). Dit wordt gerepresenteerd door een kleine effectgrootte (Cohen's d is 0.31). Dit betekent dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis significant hoger scoren op de hoeveelheid externe informatie in vergelijking met mensen zonder persoonlijkheidsstoornis. Alhoewel de effectgrootte (Cohen's d) klein is, wijst de hoge t-waarde erop dat het gevonden verschil toch statistisch betekenisvol is.

7.5 Invloed externe informatie op het lichaamsbewustzijn bij persoonlijkheidsstoornissen.

De onafhankelijke variabele betreft het cijfer verkregen uit de EIQ (één cijfer) en de afhankelijke variabele de cijfers zijn, verkregen uit de MAIA-2 (8 subschalen). Dit resulteerde in acht afzonderlijke enkelvoudige regressieanalyses, waarbij elke subschaal afzonderlijk werd beschouwd als onafhankelijke variabele. In Tabel 7 is een overzicht per subschaal weergegeven in hoeverre de variatie in de subschaal werd verklaard door de EIQ.

Bij 5 van de 8 subschalen (niet-storend, niet-verontrustend, zelfregulatie, luisteren naar het lichaam en vertrouwen) is er significant resultaat, wat laat zien dat externe informatie een rol speelt bij het beïnvloeden van deze specifieke aspecten van het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 7. Samenvatting van Regressieanalyse Resultaten voor MAIA-2 subschalen en EIQ.

Subschaal	Variatie verklaard door EIQ	Regressiecoëfficiënt (β)	P-waarde
Gewaarworden	0.4%	-0.16	0.74
Niet-storend	19%	-1.00	0.02*
Niet-verontrustend	16%	-0.82	0.03*
Aandacht sturen	5.4%	-0.59	0.21
Emotioneel bewustzijn	4.3%	-0.62	0.26
Zelfregulatie	22.6%	-1.35	0.01*
Luisteren naar lichaam	24.9%	-1.47	<0.01**
Vertrouwen	16.6%	-1.48	0.02*

Noot: * = Significante correlatie bij p waarde <0.05; ** = Significante correlatie bij p waarde <0.01.

8. Discussie

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat er een relatie bestaat tussen lichaamsbewustzijn, persoonlijkheidsstoornissen en externe informatie. Allereerst werd ontdekt dat het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis significant lager is in vergelijking van mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis. Dit verschil was consistent over alle subschalen van de MAIA-2. Opvallend was dat het volgen van psychomotorische therapie geen significant effect bleek te hebben op het lichaamsbewustzijn van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Er is sprake van een grotere hoeveelheid externe informatie bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis in vergelijking bij mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis. Hoewel de effectgrootte klein was, was het verschil statistisch significant. Tot slot, is de hoeveelheid externe informatie van invloed op de volgende subschalen van de MAIA-2: niet-storend, niet-verontrustend, zelfregulatie, luisteren naar het lichaam en vertrouwen.

8.1 Lichaamsbewustzijn.

Dit onderzoek beoogde inzicht te verschaffen in de interne processen die ten grondslag liggen aan persoonlijkheidsstoornissen, door zowel lichaamsbewustzijn als externe informatie te onderzoeken. Een van de sterke punten van dit onderzoek is dat het een breder begrip biedt van de mechanismen die deze stoornissen kenmerken. Er werd verwacht dat er sprake is van een verminderd lichaamsbewustzijn bij deze doelgroep. Een mogelijke verklaring hiervoor kan worden gevonden in de hechtingsstijl. Rosenstein en Horowitz (1996) tonen aan dat alle mensen met een persoonlijkheidsstoornis een hechtingsstoornis hebben. Uit diverse onderzoeken blijkt dat hechtingsproblemen en trauma's bijdragen aan een verstoord lichaamsbewustzijn (Bellino et al., 2006; Scheffers, 2018; Scheffers et al., 2019). Dit onderzoek draagt bij aan het bewijs dat het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis significant lager is in vergelijking bij mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis. Het toont de impact van deze stoornis op het vermogen om zich bewust te zijn van met het eigen lichaam en hierop te reageren.

Vervolgonderzoek naar specifieke interventies die zich richten op het verbeteren van het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis is nodig. Andere onderzoeken suggereren dat interventies die zich richten op het vergroten van lichaamsbewustzijn veelbelovend zijn voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Bijvoorbeeld het onderzoek van Leirvag et al. (2010). Zij vergeleken de effecten van psychodynamische groepstherapie versus groepstherapie gericht op verbeteren van het lichaamsbewustzijn, tijdens een korte dagbehandeling bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Ze ontdekten dat de lichaamsbewustzijnsgroep significant effectiever bleek te zijn. Deze groep vertoonde aantoonbare verbeteringen in psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren, evenals een afname van interpersoonlijke problemen. Bovendien beoordeelde de lichaamsbewustzijnsgroep de tevredenheid over de behandeling en de groeps sfeer positiever.

8.2 Psychomotorische therapie.

Hoewel er geen significante verschillen werden gevonden tussen groepen die wel en geen psychomotorisch therapie hebben gevolgd, kan niet worden geconcludeerd dat deze therapie niet effectief is. Het ontbreekt aan specifieke details over de context waarin de psychomotorische therapie is aangeboden, zoals het referentiekader of de mate waarin er specifieke aandacht is besteed aan het verbeteren van het lichaamsbewustzijn.

Desondanks blijkt uit divers onderzoek dat de inzet van psychomotorische therapie verbetering van het lichaamsbewustzijn teweegbrengt (ElGarhy & Liu, 2016; Fiddelaars & Valkeners, 2014; Van der Maas et al., 2016; Zwets et al., 2016). Verdere onderzoeken zijn nodig om specifieker te evalueren of psychomotorische therapie een effectieve behandelmethode is voor het verbeteren van het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Ook blijkt dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis over het algemeen niet voldoende baad hebben bij verbale, geprotocolleerde therapie. Dit kan te maken hebben met de verminderde beschikbaarheid van cognitief en metalliserende capaciteiten. Verwacht wordt dat zij makkelijker in een ontwikkelingsproces komen via een ervaringsgerichte manier van werken (Haeyen, 2022; Haeyen et al., 2018).

8.3 Externe informatie.

Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek, kan worden geconcludeerd dat bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis sprake is van een grotere hoeveelheid externe informatie. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met anderen onderzoeken, bijvoorbeeld het onderzoek van Gijsbers van Wijk & Kolk (1996). In het onderzoek van Gijsbers van Wijk & Kolk wordt ook gekeken naar de invloed van externe informatie op interne lichamelijke processen en toestanden. Hierbij ontdekten zij dat individuen die weinig externe informatie rapporteerden, een hogere mate van negatieve affectiviteit ervoeren en hogere somatisatiescores vertoonden. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met wat we in ons onderzoek hebben gevonden.

Bij de subschalen 'Emotioneel bewustzijn', 'Aandacht sturen' en 'Gewaarworden' van de MAIA-2 is geen significante invloed van externe informatie aangetoond. Deze subschalen lijken de overeenkomst te hebben dat het gaat over de aandacht voor en het bewustzijn van het interne lichaam en emotionele toestand. Al deze subschalen lijken niets te vermelden over kunnen luisteren naar signalen, hiernaar kunnen handelen of deze kunnen reguleren. In tegenstelling hiermee richten de andere subschalen (niet-storend, niet-verontrustend, zelfregulering, luisteren naar het lichaam en vertrouwen) zich wel op deze aspecten. Hierbij is de invloed van externe informatie aangetoond. Het suggereert dat een toename van externe informatie gepaard gaat met verslechtering van de verwerking van interne informatie. Van Ede & Nobre (2023) deden dezelfde conclusie. Daarbij werd eerder in dit onderzoek al benadrukt dat de initiële aandacht gericht kan zijn op de interne informatie, dit niet altijd resulteert tot het bewustzijn waarna we ook handelen. Het ontbreekt vaak aan metacognitief bewustzijn met betrekking tot de frequentie en duur van onze betrokkenheid bij deze interne processen (Seli et al., 2013).

In dit onderzoek wordt aangetoond dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis een verhoogde mate van externe informatie ervaren. Daarom lijkt externe informatie een belangrijk aspect in de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Er zijn geen specifieke studies gevonden die zich richten op dit onderwerp in combinatie met deze doelgroep. Wel wordt in de positieve psychologie specifiek gepleit voor het aandacht hebben voor externe bronnen van welbevinden. Door zowel intern als extern welbevinden te bevorderen, streeft de positieve psychologie ernaar om het totale welzijn van individuen en gemeenschappen te verbeteren (Bohlmeijder et al., 2021). Ook bij schematherapie, een therapievorm die veelal wordt ingezet bij behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis, is er aandacht voor interne en externe ervaringen (Barnelis et al., 2017). Hoewel schematherapie begint met het onderzoeken van interne ervaringen zoals gedachten, gevoelens en overtuigingen, erkent het ook het belang van externe informatie, zoals interpersoonlijke interacties, levensgebeurtenissen en omgevingsfactoren, bij het ontwikkelen en in stand houden van schema's (Claassen & Pol, 2015).

In de huidige behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is dus wel aandacht voor externe informatie, maar het aspect externe informatie wordt niet specifiek beïnvloed. Bekend is dat mensen met persoonlijkheidsstoornissen, ook na behandeling waarbij symptomen zijn verminderd, vaak kwetsbaarheden behouden in het hanteren van stress en algemene zaken in het dagelijks leven zoals werk en relaties (NG et al., 2016). Deze kwetsbaarheden wijzen op grote hoeveelheid externe informatie en onderschrijven het belang van het specifieke focus op dit aspect binnen de therapeutische context.

In dit onderzoek is er een significant verband gevonden tussen externe informatie en (bepaalde aspecten van) het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Deze bevindingen maken nieuwsgierig naar het verband tussen deze twee variabelen. Het suggereert dat een toename in het lichaamsbewustzijn gepaard gaat met een afname in de ervaren externe informatie. Ook hier onderschrijven we het belang van inzet van gerichte interventies gericht op het vergroten van lichaamsbewustzijn, waarbij de psychomotorische therapie een belangrijke rol kan spelen. Het is belangrijk om op te merken dat dit onderzoek niet dieper is ingegaan op de causaliteit tussen de externe informatie en het lichaamsbewustzijn.

De vaststelling van een verband tussen externe informatie en lichaamsbewustzijn benadrukt de relevantie ervan voor de klinische praktijk. Deze bevindingen onderstrepen het belang van aandacht voor zowel externe informatie als lichaamsbewustzijn in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Het integreren van interventies die gericht zijn op het vergroten van het bewustzijn van zowel interne als externe informatie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen kan waardevol zijn. Bewustzijn van zowel interne als externe informatie stelt mensen in staat om gepaste reacties te formuleren op de omgeving, variërend van fysieke acties tot emotionele reacties. Dit is bevorderlijk voor een gezonde levensstijl en welbevinden (Riegel et al., 2018).

8.4 Methodologische overwegingen en beperkingen.

Alle deelnemers van dit onderzoek werden behandeld binnen één praktijk, daarbij was het overgrote deel van de deelnemers vrouw (71.9 %). Deze samenstelling van de steekproef maakt de doelgroep van het onderzoek relatief eenzijdig. Bovendien betrof het een kleine onderzoekspopulatie (N=32), wat het lastig maakt om generaliseerbare uitspraken te doen over de bredere populatie. Dit wordt verder bemoeilijkt doordat het onderzoek beoogt iets te zeggen over persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen, terwijl er geen deelnemers waren met een schizoïde-, schizotypische-, antisociale-, theatrale- of narcistische persoonlijkheidsstoornis. De helft van de onderzoeksgroep (53%) was gediagnosticeerd met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Ondanks de beperkingen van deze studie, heeft dit onderzoek waardevolle inzichten opgeleverd als het gaat om het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Dit significante inzicht kan richting geven aan vervolgonderzoek met grotere en meer diverse steekproeven, waardoor de generaliseerbaarheid van de resultaten kan worden vergroot.

Om de externe informatie te meten is de EIQ gebruikt. Deze vragenlijst dateert uit 1996, 28 jaar geleden. De vragenlijst is mogelijk verouderd. Daarbij was er 28 jaar geleden veel minder sprake van externe informatie in de vorm van sociale media, smartphones of andere elektronische apparaten. Hierdoor kan de relevantie van de EIQ mogelijk zijn afgenomen, aangezien deze geen specifieke vragen bevat over deze hedendaagse aspecten van externe informatie. Echter wordt er in de vragenlijst niet expliciet naar één specifieke activiteit gevraagd, maar wordt er meer algemeen gevraagd. Zo wordt er gesproken over bezigheden, verplichtingen of activiteiten, waar iemand ook activiteiten die verband houden met hedendaagse aspecten van externe informatie onder zou kunnen scharen.

De gebruikte meetinstrumenten, MAIA-2 en EIQ, zijn zelfrapportagevragenlijsten. Dit zou de data kunnen vertekenen, onder andere door beperkt inzicht van cliënten in zichzelf, of door sociaal wenselijke antwoorden.

In dit onderzoek wordt aan de hand van een enkelvoudige regressieanalyse onderzocht hoe externe informatie het lichaamsbewustzijn beïnvloed bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Hoewel een beperking van een enkelvoudige regressieanalyse is dat deze geen rekening houdt

met de complexiteit van de werkelijkheid, waarin meerdere factoren mogelijk samenwerken om een uitkomst te beïnvloeden, is er in dit onderzoek voor gekozen om de nauwkeurigheid te vergroten door de afhankelijke variabele te specificeren. Hierdoor wordt de invloed van andere factoren verminderd, wat de betrouwbaarheid van de resultaten verhoogt. Er is in dit onderzoek gekozen om afzonderlijke regressieanalyses uit te voeren op alle alle subschalen van de MAIA-2. Op deze manier werd telkens een afhankelijke variabele geëvalueerd om specifiek inzicht te krijgen in de relatie met de onafhankelijke variabele. Dit versterkt de betrouwbaarheid van de bevindingen in dit onderzoek.

8.5 Suggesties vervolgonderzoek.

Zoals eerder genoemd is vervolgonderzoek naar specifieke interventies die lichaamsbewustzijn én externe informatie beïnvloeden aan te bevelen. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op het standaardiseren van de interventieprotocollen en het nauwkeuriger meten van de effecten van psychomotorische therapie op het lichaamsbewustzijn. Het onderzoeken van de structuur en inhoud van psychomotorische therapie-interventies, mogelijk aangeboden in module-vorm, kan meer inzicht verschaffen in onder andere de theoretische achtergrond en de evaluatie op de werkzame mechanismen. Het uitvoeren van een longitudinale studie kan verder bijdragen aan de evidentie die er nu ligt. Daarnaast zou het waardevol zijn om te onderzoeken of bepaalde persoonlijkheidsstoornissen meer of minder baat hebben bij psychomotorische therapie, om zo de effectiviteit van deze interventie verder te verfijnen.

Dit onderzoek toont aan dat er een relatie is tussen externe informatie en (bepaalde aspecten van) het lichaamsbewustzijn bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Deze resultaten bewijzen nog onvoldoende of een toename van het lichaamsbewustzijn leidt tot een afname van de ervaren hoeveelheid externe informatie. Verder onderzoek, zoals longitudinale studies of experimentele interventies, zijn nodig om de aard van deze relatie en eventuele causale verbanden te bevestigen. Een mogelijke benadering voor vervolgonderzoek zou zijn om een specifieke interventie te onderzoeken, mogelijk in de vorm van psychomotorische therapie, waarbij het effect op het lichaamsbewustzijn wordt gemeten voor en na de interventie. Een longitudinale studie kan worden uitgevoerd waarbij de interventiegroep wordt vergeleken met een controlegroep, bijvoorbeeld een wachtlijstgroep. Het onderzoeken van de relatie tussen externe informatie en het lichaamsbewustzijn kan worden meegenomen door alle participanten in beide groepen ook de EIQ te laten invullen. Indien er sprake is van een toename van het lichaamsbewustzijn, kan er gekeken worden of de ervaren hoeveelheid externe informatie dan ook afneemt.

Dit onderzoek heeft alle aspecten van het lichaamsbewustzijn onderzocht volgens de MAIA-2, hierbij toont het significant verlaagd lichaamsbewustzijn in zijn totaliteit aan. Daarom is het raadzaam om vervolgonderzoek niet specifiek te focussen op één aspect van het lichaamsbewustzijn, maar om het gehele lichaamsbewustzijn te beïnvloeden. Bovendien wordt aanbevolen om het lichaamsbewustzijn en de externe informatie (EIQ) eerst te meten in een grotere populatie om de generaliseerbaarheid van de bevindingen te vergroten en verdere inzichten te verkrijgen.

Literatuurlijst

- Andrea, H., Verheul, R., Eurelings-Bontekoe, E. H., & Snellen, W. (2017). Categoriale classificatie, epidemiologie en comorbiditeit. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 89–117). https://doi.org/10.1007/978-90-368-0931-3_6
- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-V*. Boom.
- Barnelis, L.M., Evers, S.M.A.A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2017). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3):305–322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12030518>
- Bekker, M. H. J., Croon, M. A., & Vermaas, S. (2002). Inner body and outward appearance—the relationship between orientation toward outward appearance, body awareness and symptom perception. *Personality and Individual Differences*, 33(2), 213–225. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(01\)00146-5](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(01)00146-5)
- Bellemans, T., Hoek, P. T. A. P., Scheffers, M., Van Busschbach, J. T., & Didden, H. (2016). Psycho-motorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking en problemen met emotie- en agressieregulatie: Een systematische literatuurreview. *Directieve therapie*, 36(2), 148–168. <http://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/161314>
- Bellino, S., Zizza, M., Paradiso, E., Rivarossa, A., Fulcheri, M., & Bogetto, F. (2006). Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: A clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Research*, 144(1), 73–78. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.06.010>
- Bohlmeijer, E.T., Jacobs, N., Walburg, J.A., & Westerhof, G.J. (2021). *Handboek Positieve Psychologie: Theorie, onderzoek en interventies*. Uitgeverij Boom.
- Bolster, H. M. G., Rooijackers, B., & Van Bree, W. (2008). Borderline-persoonlijkheidsstoornis. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 549–556). https://doi.org/10.1007/978-90-313-7326-0_105
- Bragdon, L. B., Eng, G. K., Belanger, A., Collins, K. A., & Stern, E. (2021). Interoception and Obsessive-Compulsive Disorder: A Review of current evidence and Future Directions. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.686482>
- Chun, M. M., Golomb, J. D., & Turk-Browne, N. B. (2011). A taxonomy of external and internal attention. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 73–101. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100427>
- Claassen, A., & Pol, S. (2015). Introductie van de schematherapie en de gezonde volwassene. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 3–15). https://doi.org/10.1007/978-90-368-0951-1_1
- Corbetta, M., & Shulman, G. L. (2002). Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(3), 201–215. <https://doi.org/10.1038/nrn755>
- Cowan, N. (2019). Short-term memory based on activated long-term memory: A review in response to Norris (2017). *Psychological Bulletin*, 145(8), 822–847. <https://doi.org/10.1037/bul0000199>
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality Disorders and Quality of Life. A Population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 178–184. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.002>
- Da Costa Silva, L., Belrose, C., Trousselard, M., Rea, B., Seery, E., Verdonk, C., Duffaud, A., & Verdonk, C. (2022). Self-Reported Body Awareness: Validation of the postural awareness scale

- and the multidimensional assessment of interoceptive Awareness (Version 2) in a non-clinical adult French-Speaking sample. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.946271>
- De Rijk, A. E., Schreurs, K. M. G., & Bensing, J. (1999a). Complaints of fatigue: related to too much as well as too little external stimulation? *Journal of Behavioral Medicine*, 22(6), 549–573. <https://doi.org/10.1023/a:1018789528685>
- De Rijk, A. E., Schreurs, K. M. G., & Bensing, J. (1999b). What is behind “I’m so tired”? fatigue experiences and their relations to the quality and quantity of external stimulation. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 509–523. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(99\)00049-5](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(99)00049-5)
- Egner, T. (2014). Creatures of Habit (and Control): A multi-level learning perspective on the modulation of congruency effects. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01247>
- ElGarhy, S., & Liu, T. (2016). Effects of psychomotor intervention program on students with autism spectrum disorder. *School Psychology Quarterly*, 31(4), 491– 506. <https://doi.org/10.1037/spq0000164>
- Ettner, S. L., Maclean, J. C., & French, M. T. (2011). Does Having a dysfunctional personality hurt your career? Axis II Personality disorders and labor market outcomes. *Industrial Relations Journal*, 50(1), 149–173. <https://doi.org/10.1111/j.1468-232X.2010.00629.x>
- Eurelings-Bontekoe, E., Verheul, R., & Snellen, W. (2020). *Handboek Persoonlijkheidspathologie: Voor opleiding, onderzoek en klinische praktijk*. Springer.
- Farb, N. A. S., Daubenmier, J., Price, C., Gard, T., Kerr, C. E., Dunn, B. D., Klein, A., Paulus, M. P., & Mehling, W. (2015). Interoception, contemplative practice, and health. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00763>
- Fiddelaars, L. & Valkeners, M. (2014). How does psychomotor therapy change the body awareness of patients with an eating disorder? [Master thesis, Universiteit Hasselt]. UHasselt. Geraadpleegd op 3 mei 2024, van <http://hdl.handle.net/1942/17258>
- Flasbeck, V., Popkirov, S., Ebert, A. D., & Brüne, M. (2020). Altered interoception in Patients with Borderline Personality Disorder: A study using heartbeat-evoked potentials. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00139-1>
- Folco, M. (2023b). The Neurobiological Impact of Trauma on Youth Development: Restoring relationships and regulation through sport. *Child and Adolescent Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10560-023-00937-w>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline Personality Disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
- Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M. J., Carretta, I., Leonardi, B., Mirabelli, S., & Maffei, C. (2003). Personality Disorders and Adult Attachment Dimensions in a mixed psychiatric sample: A Multivariate Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(1), 30–37. <https://doi.org/10.1097/00005053-200301000-00006>
- GGZ Standaarden: Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen. (2017). In *ggzstandaarden.nl*. Akwa GGZ.
- Gijsbers van Wijk, C. M.T., Huisman, H., & Kolk, A. M. (1999). Gender differences in physical symptoms and illness behavior. *Social Science & Medicine*, 49(8), 1061–1074. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00196-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00196-3)

- Gijsbers van Wijk, C.M.T., & Kolk, A.M. (1996). Psychometric evaluation of symptom perception related measures. *Personality and Individual Differences*, 20(1), 55-70.
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)90023-n](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)90023-n)
- Haeyen, S. (2018). Art Therapy and Emotion Regulation Problems. In *Springer eBooks*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-96773-8>
- Haeyen, S. (2020). De krachtige ervaring. emotie- en zelfbeeldregulatie bij persoonlijkheidsstoornissen via vaktherapie. lectorale rede. *Bijzonder Lectoraat Vaktherapie Bij Persoonlijkheidsstoornissen*. Geraadpleegd op 16 februari 2024, van <https://repository.han.nl/han/handle/20.500.12470/1561>
- Haeyen, S. (2022). Schemagerichte werkvormen voor vaktherapie. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks*. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2803-1>
- Heim, N., Bobou, M., Tanzer, M., Jenkinson, P. M., Steinert, C., & Fotopoulou, A. (2023). Psychological interventions for interoception in mental health disorders: A systematic review of randomized-controlled trials. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 77(10), 530–540. <https://doi.org/10.1111/pcn.13576>
- Jacob, G. (2012). *Schematherapie: een praktische handleiding*. Uitgeverij Nieuwezijds.
- Juurlink, T. T., Have, M. T., Lamers, F., Van Marle, H. J. F., Anema, J. R., De Graaf, R., & Beekman, A. (2018). Borderline Personality Symptoms and work Performance: a population-based survey. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1777-9>
- Kas, M. (2018). Beter samen, de biologie van sociale gezondheid. *Neuropraxis*, 22(5), 154–161. <https://doi.org/10.1007/s12474-018-00202-2>
- Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., Feusner, J. D., Garfinkel, S. N., Lane, R. D., Mehling, W. E., Meuret, A. E., Nemeroff, C. B., Openheimer, S., Petzschner, F. H., Pollatos, O., Rhudy, J. L., Schramm, L. P., Simmons, W. K., Stein, M. B., . . . Paulus, M. P. (2018). Interoception and Mental Health: A Roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(6), 501–513.
- Kolk, A. M., Hanewald, G., Schagen, S., & Van Wijk, C. G. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2343–2354.
[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00451-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00451-3)
- Krawitz, R., & Watson, C. (2005). *Borderline-persoonlijkheidsstoornis: Een praktische gids voor behandeling*. Uitgeverij Nieuwezijds.
- Lee, S. (2023). *Body awareness in patients with depression and/or anxiety disorder*. Journal of Korean Neuropsychiatric Association;: 63-69, 2023. WPRIM. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-967490>
- Leirvåg, H., Pedersen, G., & Karterud, S. (2010). Long-term continuation treatment after short-term day treatment of female patients with severe personality disorders: Body awareness group therapy versus psychodynamic group therapy. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 64(2), 115–122. <https://doi.org/10.3109/08039480903487525>
- Lucassen, P., & Van Ravesteijn, H. (2010). Somatisatie, aanpak door de huisarts. *Bijblijven*, 26(2), 75–80. <https://doi.org/10.1007/bf03088742>
- Mehling, W., Wrubel, J., Daubenmier, J., Price, C., Kerr, C. E., Silow, T., Gopisetty, V., & Stewart, A. L. (2011). Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, And Humanities in Medicine*, 6(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-6-6>
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLOS ONE*, 7(11): e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>

- Mehling, W. E., Acree, M., Stewart, A., Silas, J., & Jones, A. (2018). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2). *PLOS ONE*, 13(12), e0208034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208034>
- Moltu, C., Kverme, B., Veseth, M., & Natvik, E. (2022). How people diagnosed with borderline personality Disorder experience relationships to oneself and to others. A qualitative in-depth study.
- Ng, F.Y.Y., Bourke, M.E., & Grenyer, B.F.S. (2016). Recovery from borderline personality disorder: A systematic review of the perspectives of consumers, clinicians, family and carers. *PLoS ONE*, 11(8), 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160515>
- International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2152220>
- Panichello, M. F., & Buschman, T. J. (2021). Shared mechanisms underlie the control of working memory and attention. *Nature*, 592(7855), 601–605. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03390-w>
- Pope, H. G. (1983). The validity of DSM-III Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40(1), 23. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790010025003>
- Rettew, D. C., & McKee, L. G. (2005). Temperament and its role in developmental psychopathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(1), 14–27. <https://doi.org/10.1080/10673220590923146>
- Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C., & Strömberg, A. (2018). Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Advances in nursing science*, 1-10. Retrieved from ResearchGate.net: https://www.researchgate.net/publication/329094704_Integrating_Symptoms_Into_the_MiddleRange_Theory_of_Self-Care_of_Chronic_Illness
- Rijk de, A. E., Schreurs, K.M.G. & Bensing, J. (1999a). Complaints of fatigue: related too much as well as to little external stimulation? *Journal of Behavioral Medicine*, 22(6), 549-573. <https://doi.org/10.1023/a:1018789528685>
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 64(2), 244–253. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.64.2.244>
- Sansone, R.A., Chu, J.W., & Wiederman, M.W. (2010). Body image and borderline personality disorder among psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 579-584.
- Schalk, J., Drasch, K., & Maas, I. (2009). Gezond werk? - Het effect van arbeidsomstandigheden op de gezondheid van Nederlandse werknemers. *Mensch en maatschappij*, 84(3), 329–354. <https://doi.org/10.5117/mem2009.3.scha>
- Scheffers, W.J. (2018). *Body experience in patients with mental disorders* (Doctoral dissertation). Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, The Netherlands.
- Scheffers, M., Coenen, J. J., Moeijes, J., De Haan, A., Van Busschbach, J., & Bellemans, T. (2024). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, version 2 (MAIA-2): psychometric properties in a Dutch non-clinical sample. *BMC Psychology*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01553-8>
- Scheffers, M., Rekkers, M. & Bosscher, R. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving? Aanbeveling voor psychomotorisch therapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2(4), 21-30.
- Scheffers, M., Van Duijn, M. A. J., Beldman, M., Bosscher, R., Van Busschbach, J. T., & Schoevers, R. A. (2019). Body attitude, body satisfaction and body awareness in a clinical group of depressed patients: An observational study on the associations with depression severity and the influence of treatment. *Journal Of Affective Disorders*, 242, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.074>

- Schmitz, M., Back, S. N., Seitz, K., Harbrecht, N. K., Streckert, L., Schulz, A., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2023). The impact of traumatic childhood experiences on interoception: disregarding one's own body. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00212-5>
- Schmitz, M., Bertsch, K., Löffler, A., Steinmann, S., Herpertz, S. C., & Bekrater-Bodmann, R. (2021). Body connection mediates the relationship between traumatic childhood experiences and impaired emotion regulation in borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00157-7>
- Seli, P., Carriere, J. S. A., Levene, M., & Smilek, D. (2013). How few and far between? Examining the effects of probe rate on self-reported mind wandering. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00430>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. W. (2016). The stigma of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(1). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>
- Skodol, A. E. (2018). Impact of personality pathology on psychosocial functioning. *Current Opinion in Psychology*, 21, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.006>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A., & Oldham, J. M. (2002a). Functional impairment in patients with Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.276>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A., & Oldham, J. M. (2002b). Functional impairment in patients with Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.276>
- Skoglund, C., Tiger, A., Rück, C., Petrović, P., Asherson, P., Hellner, C., Mataix-Cols, D., & Kujala-Halkola, R. (2019). Familial risk and heritability of Diagnosed Borderline Personality Disorder: a Register study of the Swedish population. *Molecular Psychiatry*, 26(3), 999–1008. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0442-0>
- Snellen, W. (2017). Betekenis en belang van persoonlijkheidsdiagnostiek. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks*. https://doi.org/10.1007/978-90-368-1939-8_1
- Soeteman, D. I., Roijen, L. H., Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 259–265. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0212>
- Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2008a). The Burden of Disease in Personality Disorders: Diagnosis-Specific Quality of Life. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 259–268. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.3.259>
- Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2008b). The Burden of Disease in Personality Disorders: Diagnosis-Specific Quality of Life. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 259–268. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.3.259>
- Stoffers-Winterling, J., Krause-Utz, A., Lieb, K., & Bohus, M. (2021). Was wissen wir heute über die Borderline-Persönlichkeitsstörung? Aktuelles zu Ätiologie, Diagnostik und Therapie. *Der Nervenarzt*, 92(7), 643–652. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01140-x>
- Torgersen, S. (2014). Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. In: J.M. Oldham (Ed.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorder* (2nd ed.) (pp 109-129). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Tucker, L., Bauer, S. F., Wagner, S., Harlam, D., & Sher, I. (1987). Long-term hospital treatment of Borderline Patients: A Descriptive Outcome study. *American Journal of Psychiatry*, 144(11), 1443–1448. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.11.1443>
- Tyrer, P. (2014). Personality disorders in the workplace. *Occupational Medicine*, 64(8), 566–568. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu113>
- Vaktherapie. (z.d.). Vaktherapie. <https://www.vaktherapie.nl/vaktherapie>
- Van Den Bos, K. (2019). Waarneming in de vaktherapie. *Tijdschrift Voor Vaktherapie*, 4(15). <https://fvb.vaktherapie.nl/files/Art-Van-den-Bos.pdf>
- Van der Maas, L. C. C. (2015). Psychomotor Therapy in Chronic Pain Rehabilitation Enhancing body awareness in multidisciplinary treatment [Proefschrift]. Vrije Universiteit van Amsterdam.
- Van der Maas, L. C. C., Köke, A., Bosscher, R. J., Twisk, J. W. R., Janssen, T. W. J. & Peters, M. (2016). Body awareness as an important target in multidisciplinary chronic pain treatment. *The Clinical Journal of Pain* 32(9), 763–772. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000320>
- Van Deth, J. W. (2017). Persoonlijkheidsstoornissen. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 241–257). https://doi.org/10.1007/978-90-368-1045-6_16
- Van Ede, F., & Nobre, A. C. (2023). Turning attention inside out: How working Memory serves behavior. *Annual Review of Psychology*, 74(1), 137–165. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-021422-041757>
- Van Velzen, C., Emmelkamp, P., & Scholing, A. (2000). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(4), 395–411. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(00\)00030-x](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(00)00030-x)
- Vancleef, L. M., & Peters, M. L. (2006). De rol van angst bij de ontwikkeling en instandhouding van chronische pijn. *Gedrag & gezondheid*, 34(5), 227–235. <https://doi.org/10.1007/bf03071144>
- Verschooren, S., & Egner, T. (2023). When the mind's eye prevails: the internal dominance over external attention (IDEA) hypothesis. *Psychonomic Bulletin & Review*. <https://doi.org/10.3758/s13423-023-02272-8>
- Vig, L., Köteles, F., & Ferentzi, E. (2022). Questionnaires of interoception do not assess the same construct. *PLOS ONE*, 17(8), e0273299. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273299>
- Williams, I., Reuber, M., & Levita, L. (2020). Interoception and stress in patients with functional neurological symptom disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 26(2), 75–94. <https://doi.org/10.1080/13546805.2020.1865895>
- Wohlfarth, T. (1997). Socioeconomic inequality and psychopathology: Are socioeconomic status and social class interchangeable? *Social Science & Medicine*, 45(3), 399–410. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00355-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00355-3)
- Yon, D., & Frith, C. (2021). Precision and the Bayesian brain. *Current Biology*, 31(17), R1026–R1032. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2021.07.044>
- Zinn, M. L., & Jason, L. A. (2016). Intrinsic functional hypoconnectivity in core neurocognitive networks suggests central nervous system pathology in patients with myalgic encephalomyelitis: a pilot study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 41(3), 283–300. <https://doi.org/10.1007/s10484-016-9331-3>
- Zwets, A. J., Hornsveld, R. H. J., Muris, P., Kanters, T., Langstraat, E. & Van Marle, H. J. C. (2016). Psychomotor Therapy as an Additive Intervention for Violent Forensic Psychiatric Inpatients: A Pilot Study, *International Journal of Forensic Mental Health*, (15)3, 222–234. <https://doi.org/10.1080/14999013.2016.115261>

Bijlage I

Informatiedocument inclusief vragenlijst die deelnemers ontvangen.

Informatie deelname onderzoek.

Deze vragenlijst hoort bij een onderzoek naar lichaamsbewustzijn, dat wordt uitgevoerd onder de cliënten van EPP GGZ.

Dit onderzoek kijkt naar hoe mensen met een persoonlijkheidsstoornis zich bewust zijn van hun eigen lichaam en onderzoekt of externe factoren invloed hebben op dat bewustzijn. In mijn werk, als PMT'er (psychomotorisch therapeut), gaat het vaak over het lichaamsbewustzijn. Veel therapeuten denken dat externe factoren, de stimuli die in het dagelijks leven worden waargenomen, ervoor zorgen dat mensen minder aandacht hebben voor hoe ze zich van binnen voelen en dus minder bewust zijn van hun lichaam. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar dit specifieke aspect.

Het bewust kunnen zijn van zowel de informatie die we verkrijgen vanuit ons lichaam als de externe informatie helpt ons om passend te reageren, zowel op fysieke vlak als in emotionele reacties. Als we ons bewust zijn van ons lichaam en wat er om ons heen gebeurt, kunnen we beter inschatten wat we nodig hebben en hierop reageren. Dat is belangrijk voor een gezonde levensstijl en welzijn. Vooral voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis kan het lichaamsbewustzijn een belangrijke rol spelen bij het verbeteren van hun sociale functies. Door de resultaten van dit onderzoek zouden in de toekomst mensen met een persoonlijkheidsstoornis effectiever behandeld kunnen worden.

Het is erg belangrijk dat zoveel mogelijk mensen deze vragenlijsten invullen. Ik ben u erg dankbaar voor uw deelname!

Het onderzoek bestaat uit twee vragenlijsten:

1. De MAIA-2, deze vragenlijst bestaat uit 37 items. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten.
 2. De EIQ, deze vragenlijst bestaat uit 17 items. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten.
- U ontvangt de vragenlijst schriftelijk, wilt u de vragenlijst na het invullen weer retourneren bij uw behandelaar? U kunt de vragenlijst retourneren in de enveloppe waarin u deze vragenlijst ontvangt (enveloppe dichtplakken s.v.p.).

Daarbij worden er wat algemene gegevens van u gevraagd op pagina 2. Deze gegevens worden gebruikt om de onderzoeksdata gedetailleerder te kunnen analyseren. Alle gegevens worden anoniem verwerkt. Er zal vertrouwelijk worden omgegaan met uw gegevens.

Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig en het heeft geen enkele invloed op uw behandeling. De gegevens worden enkel gebruikt voor het onderzoek en niet voor de lopende behandeling bij EPP GGZ. De behandelaar mag de documenten niet inzien, tenzij u anders bespreekt.

Het onderzoek wordt, naar verwachting, in het voorjaar van 2024 op de website van EPP GGZ gepubliceerd.
<https://eppggz.nl/>

Als u vragen heeft, neemt u dan gerust contact op met Iris Kluivingh-Blok, de onderzoekster (i.kluivingh@eppggz.nl).

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Iris Kluivingh-Blok
Psychomotorisch therapeut

Onderzoek in opdracht van: Hogeschool Windesheim.
Masterthesis voor de Master Psychomotorische Therapie.

Het onderzoek wordt begeleid door Jaisey Meijer-Coenen, onderzoeker van het Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim.

Toestemming onderzoek

- Ik ben zowel mondeling als schriftelijk ingelicht over de inhoud en het doel van dit onderzoek.
- Ik begrijp waar het onderzoek over gaat. Ik heb de tijd gehad om te beslissen of ik wil meewerken aan het onderzoek.
- Het wel of niet deelnemen aan het onderzoek heeft geen invloed op mijn behandeling bij EPP GGZ.
- Er wordt vertrouwelijk omgegaan met mijn gegevens. De gegevens worden anoniem geanalyseerd.

Paraaf

*Selecteer het rondje wat overeenkomt met uw keuze

Leeftijd _____

Geslacht*:
 Vrouw.
 Man.
 Anders, namelijk...
 Dat wil ik niet zeggen.

Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?*

Geen
 Basisschool
 VMBO
 Onderbouw HAVO/VWO
 MBO-1
 Bovenbouw HAVO/VWO
 MBO-2, MBO-3, MBO-4
 Bachelor hoger beroeps onderwijs of wetenschappelijk onderwijs (HBO/WO)
 Master hoger beroeps onderwijs of wetenschappelijk onderwijs (HBO/WO)

Met welke persoonlijkheidsstoornis bent u gediagnosticeerd? *
Indien u dit niet specifiek weet, kunt u dit navragen bij uw behandelaar.

Paranoïde persoonlijkheidsstoornis
 Schizoïde persoonlijkheidsstoornis
 Schizotypische persoonlijkheidsstoornis
 Antisociale persoonlijkheidsstoornis
 Bordeline persoonlijkheidsstoornis
 Theatrale persoonlijkheidsstoornis
 Narcistische persoonlijkheidsstoornis
 Vermijdende persoonlijkheidsstoornis
 Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
 Dwangmatige persoonlijkheidsstoornis
 Persoonlijkheidsstoornis NAO
 Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis
 Ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis

Welke behandeling volgt u momenteel bij EPP GGZ?

Behandelgeschiedenis: Heeft u eerder behandeling ontvangen bij EPP GGZ of elders?

Volgt u nu of heeft u ooit een vaktherapie gevolgd?*

Meerdere antwoorden mogelijk.

Ja, psychomotorische therapie.
 Ja, beeldende therapie
 Ja, muziektherapie
 Ja, danstherapie
 ja, speltherapie
 Ja, dramatherapie

Indien ja, hoeveel sessies?

Tussen de 0-5 sessies
 Tussen de 5 – 20 sessies
 20 + sessies

MAIA-2. De MAIA meet het lichaamsbewustzijn op meerdere dimensies, zoals de gevoeligheid voor lichaamssignalen, maar ook de daarmee verbonden overtuigingen, houdingen, gedachten en emoties.

Instructie: Hieronder staat een lijst met uitspraken. Geef aan hoe vaak elke uitspraak in het algemeen op u van toepassing is in het dagelijkse leven.

		Omcirkel op elke regel één van de cijfers					
		Nooit				Altijd	
1	Als ik gespannen ben, voel ik waar in mijn lichaam de spanning zit.	0	1	2	3	4	5
2	Ik merk het als ik niet lekker in mijn vel zit.	0	1	2	3	4	5
3	Ik merk waar ik me in mijn lichaam lekker voel.	0	1	2	3	4	5
4	Ik merk het als mijn ademhaling verandert, bijvoorbeeld of ik langzamer of sneller ga ademen.	0	1	2	3	4	5
5	Lichamelijke spanning of ongemak merk ik niet op (negeer ik) tot het veel erger wordt.	0	1	2	3	4	5
6	Ik leid mezelf af van gevoelens van ongemak.	0	1	2	3	4	5
7	Bij pijn of ongemakken tracht ik op mijn tanden te bijten en door te zetten.	0	1	2	3	4	5
8	Ik probeer pijn te negeren.	0	1	2	3	4	5
9	Ik zet gevoelens van ongemak van me af door me op iets anders te richten.	0	1	2	3	4	5
10	Als ik onplezierige lichamelijke sensaties heb, ga ik me met iets anders bezighouden, zodat ik het niet hoeft te voelen.	0	1	2	3	4	5
11	Wanneer ik lichamelijke pijn voel, raak ik van streek.	0	1	2	3	4	5
12	Als ik maar een beetje last van iets heb, ga ik me zorgen maken dat er iets mis is.	0	1	2	3	4	5
13	Ik kan een onaangenaam gevoel in mijn lijf opmerken zonder me er zorgen over te maken.	0	1	2	3	4	5
14	Bij ongemak of pijn kan ik rustig blijven en me geen zorgen maken.	0	1	2	3	4	5
15	Als ik ongemak of pijn ervaar, dan blijf ik ermee bezig.	0	1	2	3	4	5

		Omcirkel op elke regel één van de cijfers					
		Nooit			Altijd		
		0	1	2	3	4	5
16	Ik kan me bewust blijven van mijn hele lichaam, zelfs als er om mij heen van alles gebeurt.	0	1	2	3	4	5
17	Ik kan me bewust blijven van wat ik in mijn lichaam voel, zelfs als ik ergens pijn heb of ongemak voel.	0	1	2	3	4	5
18	Als ik met iemand in gesprek ben, kan ik aandacht schenken aan mijn houding.	0	1	2	3	4	5
19	Als ik afgeleid ben, kan ik mijn aandacht weer terugbrengen naar mijn lichaam.	0	1	2	3	4	5
20	Ik kan mijn aandacht verschuiven van denken naar voelen van mijn lijf.	0	1	2	3	4	5
21	Ik kan me bewust blijven van mijn hele lichaam zelfs als ik ergens pijn heb of ongemak voel.	0	1	2	3	4	5
22	Ik kan me bewust richten op mijn lichaam als geheel.	0	1	2	3	4	5
23	Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos ben.	0	1	2	3	4	5
24	Als er iets mis is in mijn leven, kan ik dat aan mijn lichaam voelen.	0	1	2	3	4	5
25	Ik merk dat mijn lichaam anders voelt na een rustgevende ervaring.	0	1	2	3	4	5
26	Ik merk dat mijn ademhaling vrij en gemakkelijker wordt als ik mij op mijn gemak voel.	0	1	2	3	4	5
27	Ik merk hoe mijn lichaam verandert wanneer ik me gelukkig/vrolijk voel.	0	1	2	3	4	5
28	Als er te veel op me afkomt, kan ik een rustige plek in mezelf vinden.	0	1	2	3	4	5
29	Als ik de aandacht op mijn lichaam richt, krijg ik een gevoel van rust.	0	1	2	3	4	5
30	Ik kan mijn ademhaling gebruiken om spanning te verminderen.	0	1	2	3	4	5
31	Als ik gevangen zit in gedachten, kan ik mijn geest tot rust brengen door me op mijn lichaam/ademhaling te concentreren.	0	1	2	3	4	5
32	Ik luister naar informatie die mijn lichaam me over mijn emotionele toestand geeft.	0	1	2	3	4	5

33	Wanneer ik van streek ben, neem ik de tijd om na te gaan hoe mijn lichaam aanvoelt.	0	1	2	3	4	5
34	Ik luister naar mijn lichaam om te weten wat ik moet doen.	0	1	2	3	4	5
35	Ik voel me thuis in mijn lichaam.	0	1	2	3	4	5
36	Mijn lichaam voelt als een veilige plek.	0	1	2	3	4	5
37	Ik vertrouw op wat ik in mijn lijf voel.	0	1	2	3	4	5

EIQ. De EIQ meet de hoeveelheid ervaren externe informatie in het dagelijks leven.

Instructie: Hieronder staan een aantal uitspraken. Omcirkel het cijfer dat het beste aangeeft in hoeverre de uitspraak op u van toepassing waren gedurende de afgelopen 2 weken.

In hoeverre gingen in de afgelopen twee wekende volgen de uitspraken voor u op ?

	helemaal niet	nauwe- lijks	enigs- zins	nogal	zeer
1. Mijn doordeweekse dagen zien er allemaal ongeveer hetzelfde uit.	1	2	3	4	5
2. Mijn hoofd loopt over van alles waar ik aan denken moet.	1	2	3	4	5
3. Ik heb altijd tijd te kort.	1	2	3	4	5
4. Veel van mijn dagelijkse bezigheden kan ik doen zonder er bij na te denken.	1	2	3	4	5
5. Ik heb weinig om handen.	1	2	3	4	5
6. Mijn leven is een sleur.	1	2	3	4	5
7. Ik heb het gevoel alsof ik in een keurslijf zit.	1	2	3	4	5
8. In mijn bezigheden kan ik veel van mijzelf kwijt.	1	2	3	4	5
9. Mijn leven is heel afwisselend.	1	2	3	4	5
10. De meeste dingen die ik doe vind ik niet zo interessant.	1	2	3	4	5
11. Ik heb teveel sociale verplichtingen.	1	2	3	4	5
12. Mijn werk- / studiedruk is te hoog.	1	2	3	4	5
13. Ik verveel me vaak.	1	2	3	4	5
14. Ik breng vaak de dagen alleen door.	1	2	3	4	5
15. Ik moet vaak zinloze activiteiten uitvoeren.	1	2	3	4	5
16. Ik moet teveel dingen tegelijk doen.	1	2	3	4	5
17. Ik heb vaak niets zinnigs te doen.	1	2	3	4	5