

Lichaamsbeleving en complex trauma

Een exploratieve studie

Getraumatiseerde cliënten hebben een problematische lichaamsbeleving. Psychomotorisch therapeuten die met deze doelgroep werken gaan hiervan uit, maar er is nauwelijks onderzoek gedaan naar lichaamsbeleving bij complex trauma. Hoe is het werkelijk gesteld met de lichaamsbeleving van deze doelgroep? En hoe hangen de ernst van de traumagerelateerde klachten en de problemen op het gebied van de lichaamsbeleving samen?

In dit artikel ...

- ... een beschrijving van traumagerelateerde problematiek;
- ... een exploratief onderzoek naar de lichaamsbeleving van cliënten met complex trauma;
- ... aanbevelingen voor verder onderzoek naar lichaamsbeleving en psychomotorische therapie bij cliënten met traumagerelateerde problematiek.

Inleiding

Binnen de geestelijke gezondheidszorg krijgen therapeuten te maken met cliënten met traumagerelateerde problematiek. Deze cliënten hebben bijna altijd verschillende problemen op het gebied van lichaamsbeleving, zoals gevoelens van schaamte en walging over het eigen lichaam, het onvermogen lichamelijke 'arousal' te reguleren en lichaamsgrenzen te ervaren, en een verstoorde waarneming van lichaamssignalen (Scheffers, 2005; Van der Kolk, 2006). Vaak is echter niet duidelijk welke problemen er precies spelen, in hoeverre ze samenhangen met de traumagerelateerde klachten en welke psychomotorische interventies het beste aansluiten. Doel van het hier beschreven exploratieve onderzoek is daarom nader te inventariseren om welke problemen in lichaamsbeleving het nu precies gaat, wat de ernst ervan is en hoe de samenhang is met de ernst van de posttraumatische stresssymptomen en dissociatie. Het meetbaar maken en op deze wijze objectief in kaart brengen van de lichaamsbeleving bij getraumatiseerde cliënten, draagt bij aan de psychomotorische diagnostiek en aan het ontwikkelen van passende psychomotorische interventies voor deze doelgroep.

Traumagerelateerde problematiek

Mensen die blootgesteld zijn aan schokkende gebeurtenissen zoals oorlogen, natuurrampen, verkeersrampen,

huiselijk geweld, eenmalig of langdurig seksueel geweld, kunnen als gevolg hiervan een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelen. De Vries en Olf (2009) melden een lifetime-prevalentie van PTSS van 7 à 8%, waarmee PTSS op de vierde plaats komt van meestvoorkomende psychische stoornissen. Mensen met een PTSS vormen dus een belangrijke doelgroep binnen de geestelijke gezondheidszorg. Een PTSS wordt volgens de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001) gekenmerkt door voortdurende herbeleving van de traumatische gebeurtenis, vermijding van de prikkels die bij het trauma horen en aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid.

Complexe PTSS of DESNOS

Herman (1998) beschreef dat als gevolg van vroegkinderlijke chronische (seksuele) traumatisering binnen afhankelijkheidsrelaties ook andere dan bovenstaande PTSS-symptomen optreden. Zij stelde voor deze groep van symptomen te benoemen als 'complexe PTSS' of 'disorders of extreme stress not otherwise specified' (DESNOS). Van der Kolk (1996) en Herman (1998) beschrijven de volgende symptoomcategorieën van complexe PTSS/DESNOS:

- veranderingen in regulatie van affect en impulsen;
- veranderingen in aandacht en bewustzijn;
- veranderingen in zelfperceptie;
- veranderingen in betrekkingen met anderen;
- somatisatie;
- verandering in systemen van betekenisgeving.

Bij complexe traumatisering spelen de leeftijd ten tijde van de traumatische gebeurtenis(sen), de mate van geweld en dwang, de druk tot geheimhouding, en de frequentie een rol. Deze kenmerken hebben gevolgen voor, en komen tot uitdrukking in, de ernst van de posttraumatische symptomen en de problemen in de affectregulatie, maar ook in de mate van dissociatie (Draijer, 2008).

Bij dissociatie ontsnappen bepaalde denkbeelden en functies aan de controle en soms zelfs aan het bewustzijn. Deze denkbeelden en functies moeten gezien worden als systemen van zintuiglijke gewaarwordingen, gevoelens, emoties, gedachten en bijbehorende lichamelijke bewegingen (Van der Hart, 2003). Voorbeelden van dissociatieve symptomen zijn: amnesie, derealisatie, depersonalisatie, identiteitsverwarring, identiteitswijziging en somatoforme dissociatie. Bij somatoforme dissociatie gaat het om een groep van lichamelijke verschijnselen. Dit kunnen uitvalsverschijnselen zijn, zoals niet kunnen bewegen, spreken, zien, horen, proeven, ruiken of voelen en pseudo-epileptische aanvallen. Het kan ook gaan om het maken van onwillekeurige bewegingen of het hebben van bepaalde lichamelijke gewaarwordingen, zoals het gevoel te worden aangeraakt, terwijl er niemand in de buurt is (Nijenhuis, 2004).

DSNAO of DIS

Wanneer met name de dissociatieve symptomen op de voorgrond staan, kan er in DSM-IV-TR termen sprake zijn van een dissociatieve stoornis niet anderszins omschreven (DSNAO) of een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). Aan een DSNAO voldoen alle cliënten bij wie dissociatie het belangrijkste symptoom vormt, maar die niet voldoen aan de criteria van één van de overige in de DSM-IV omschreven dissociatieve stoornissen. De DIS wordt gekenmerkt door ernstige amnesie in het heden en de aanwezigheid van twee of meer duidelijk onderscheiden persoonlijkheden of persoonlijkheidsaspecten (American Psychiatric Association, 2001). Van der Hart, Nijenhuis en Steele (2010) beschouwen DIS als de meest complexe vorm van PTSS.

Complex trauma, lichaamsbeleving en bestaand onderzoek

In dit onderzoek staan cliënten met DESNOS, DSNAO en DIS centraal. De cliënten zijn in behandeling bij Top Referent Trauma Centrum Transit, onderdeel van GGZ Centraal. Het is aannemelijk dat er bij deze groep sprake is van een verstoorde lichaamsbeleving. Immers, de grenzen van het lichaam zijn beschadigd. Veel klachten die te maken hebben met een trauma, worden in en aan het lichaam ervaren (Ogden, Minton & Pain, 2006; Van der Hart et al., 2010). De beleving van de lichamelijkeheid is negatief beïnvloed doordat eigen lichaamssensaties en behoeften ondergeschikt zijn geraakt aan die van een ander (De Ridder, 2008). Er kan sprake zijn van walging van het eigen lichaam, zich voortdurend vies voelen, chronisch verhoogde spierspanning, pijn, bewegingsinhibitie, moeite om onderscheid te maken tussen emoties en lichaamssensaties en het onvermogen om lichamelijke arousal te reguleren en lichaamsgrenzen te ervaren (De Ridder, 2008; Ogden et al., 2006; Scheffers, 2005; Scheffers & Schreuder, 2000).

Van der Kolk (2006) stelt dat "getraumatiseerde individuen in de regel moeite hebben om te letten op hun innerlijke gewaarwordingen. Wanneer hen wordt gevraagd de aandacht te richten op interne lichaamssignalen worden ze hetzij overspoeld door deze gevoelens, of ze ontkennen innerlijke signalen te hebben" (p. 287). Met andere woorden: signalen uit het lichaam (interne en perifere organen) bereiken het bewustzijn niet, of de signalen fluctueren hevig in sterkte. Klinisch is de beschadigde lichamelijkeheid zeer merkbaar, maar er is nauwelijks onderzoek verricht naar de effecten van trauma op de lichaamsbeleving. Dit heeft mede te maken met het gebrek aan goede meetinstrumenten op het gebied van lichaamsbeleving (Scheffers, Rekkers & Bosscher, 2006). Lichaamsbeleving is een multidimensioneel concept, bestaande uit fysiologische, cognitieve, affectieve en sociale componenten (Scheffers et al., 2006). In dit onderzoek worden drie psychologisch-fenomenologische subdomeinen

onderscheiden, namelijk lichaamsattitude, lichaamswaardering en lichaamsbewustzijn. Lichaamsattitude betreft de cognitieve en affectieve evaluatie van het lichaam alsmede de consequenties hiervan voor het gedrag. Lichaamswaardering is de mate waarin iemand tevreden is over de eigen lichaamskenmerken en functies. Lichaamsbewustzijn ten slotte kan omschreven worden als “the perception of bodily states, processes and actions that is presumed to originate from sensory proprioceptive and interoceptive afferents and that an individual has the capacity to be aware of” (Mehling et al., 2009, p. 4).

Uit een pilotstudie van Bhagwandas en Van Leeuwen (2009) bleek dat cliënten met PTSS in behandeling bij Stichting Centrum '45, problemen aangaven in de subdimensies lichaamsattitude en lichaamswaardering. Uit onderzoek van Hoekenga, Thewissen, Bos en Willemse-van Son (2010) bij patiënten met complex trauma in behandeling bij het Centrum voor Psychotrauma van Mediant GGZ te Enschede kwam een zeer negatieve lichaamsattitude naar voren. De summier gegevens over de lichaamsbeleving bij cliënten met complex trauma en de klinische indrukken over de ernst van de beschadigingen op dit gebied, geven aanleiding tot verder onderzoek naar de samenhang tussen complex trauma en een verstoorde lichaamsbeleving.

Onderzoekspzet

Onderzoeksvraag

De centrale vraag in het onderzoek is:

Wat is de ernst van de verstoring van de lichaamsbeleving bij cliënten met complex trauma en wat is het verband tussen de ernst van het complex trauma (PTSS en dissociatie) en de ernst van de verstoring in de (subdimensies van) lichaamsbeleving?

De volgende deelvragen komen aan de orde:

1. Wat is het verband tussen de ernst van de PTSS en dissociatie en de ernst van de verstoringen in lichaamsattitude?
2. Wat is het verband tussen de ernst van de PTSS en dissociatie en de ernst van de verstoringen in lichaamswaardering?
3. Wat is het verband tussen de ernst van de PTSS en dissociatie en de ernst van de verstoringen in lichaamsbewustzijn?
4. Is er verschil tussen de lichaamsbeleving van cliënten met complex trauma en de lichaamsbeleving van een groep gezonde mensen?

Gebaseerd op klinische ervaring is de hypothese dat er een significant negatieve samenhang bestaat tussen PTSS en dissociatie en (de subdimensies van) lichaamsbeleving. Bij

hogere scores op de vragenlijsten die de PTSS-symptomen en dissociatie meten, worden dus lagere scores op de vragenlijsten rondom lichaamsbeleving verwacht. Daarnaast postuleren we, gebaseerd op klinische ervaring en op de hierboven beschreven literatuur, dat de traumagroep significant lager scoort op alle dimensies van lichaamsbeleving dan de gezonde groep.

Onderzoekspopulatie

De gehele cliëntengroep van Transit, vrouwelijke cliënten (N=80) die klinisch, in deeltijd of ambulante behandeld worden, is benaderd om deel te nemen. Het behandelprogramma van deze cliënten varieert van een (klinisch) vijfdaags programma (bestaande uit onder andere psychotherapie, vaktherapie en sociotherapie) tot laagfrequente ambulante gesprekken. De uiteindelijke onderzoeksgroep (N=50) bestond uit de cliënten die mee wilden werken aan het onderzoek.

Alle cliënten hebben voorafgaand aan het onderzoek zowel schriftelijke als mondelinge informatie en uitleg gekregen over het onderzoek. Middels een ‘informed consent’ verklaart de deelnemer vrijwillig deel te nemen aan het onderzoek. De gegevens zijn volledig anoniem verwerkt.

Meetinstrumenten

Onderstaande zelfrapportagelijsten werden afgenomen in de periode van november 2012 tot en met maart 2013. Alle cliënten hebben de set van zes vragenlijsten op Transit ingevuld. Hierbij waren de onderzoeker (psychomotorisch therapeut in opleiding tot Master psychomotorisch therapeut) of een collega Master psychomotorisch therapeut aanwezig om eventuele vragen te beantwoorden.

■ Davidson Trauma Scale

Met de Davidson Trauma Scale (DTS) (Davidson, Hareish, Tharwani & Connor, 2002) worden de frequentie en de ernst van posttraumatische stresssymptomen vastgesteld. De respondent scoort bij elke vraag op een 5-punts Likert-schaal hoe vaak en in welke mate hij/ zij van de genoemde symptomen in de afgelopen week last had. Naast een totaalscore levert de DTS drie subschaalscores op: intrusies/herbelevingen, vermijding/afstomping en verhoogde prikkelbaarheid. Een hoge score duidt op frequente en ernstige posttraumatische stresssymptomen. De schaal heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit (Davidson et al., 1997).

■ Dissociative Experiences Scale

De Dissociative Experience Scale (DES), ontwikkeld door Bernstein en Putnam (1986), meet de frequentie van psychoforme dissociatieve symptomen in het dagelijks leven van de patiënt. Op een 11-punts Likert-schaal van 0 tot

100%, met tien gradaties van 10%, geeft de patiënt aan hoe vaak een bepaalde ervaring wordt beleefd. Een hogere score betekent een grotere kans op het bestaan van een dissociatieve stoornis. De DES heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit als screener van dissociatieve symptomen (Landelijk Centrum voor Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering, 2009).

■ *Somatoform Dissociation Questionnaire*

De Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) is ontwikkeld door Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart en Vanderlinden (1996) en meet somatoforme dissociatie. De vragen hebben betrekking op verschillende lichamelijke verschijnselen die zich voordoen of hebben voorgedaan in het afgelopen jaar en worden gescoord op een 5-punts Likert-schaal. Een hogere score duidt op meer somatoforme dissociatieve symptomen. De SDQ-20 heeft een uitstekende betrouwbaarheid en validiteit voor het meten van somatoforme dissociatie (Mueller-Pfeiffer et al., 2010).

■ *Dresdner Körperbild Fragebogen*

Deze vragenlijst, ontwikkeld door Pöhlmann, Thiel en Joraschky (2008), meet de lichaamsattitude. Op een 5-punts Likert-schaal wordt gescoord in hoeverre de 35 stellingen van toepassing zijn, van 'niet' (1) tot 'volledig' (5). Een hogere score betekent een positievere lichaamsattitude. De DKB-35 heeft vijf subschalen: vitaliteit, zelfacceptatie, seksualiteitsbeleving, zelfwaardering en lichaamscontact. De betrouwbaarheid en validiteit van het instrument zijn goed (Scheffers, Van Duijn, Bosscher, Wiersma & Van Busschbach, 2013).

■ *Somatic Awareness Questionnaire*

De Somatic Awareness Questionnaire (SAQ), ontwikkeld door Gijsbers van Wijk en Kolk (1996), meet het bewustzijn van en de gevoeligheid voor interne lichamelijke processen en de lichamelijke gesteldheid, niet specifiek geassocieerd met ziekte of emotie. De SAQ richt zich dus op de aandacht die iemand heeft voor zijn of haar normale lichaamsprocessen. Het gaat hierbij om herkennen van lichaamsreacties en het rapporteren van deze sensaties.

Een hogere score op de vragenlijst betekent een hoger lichaamsbewustzijn. In het onderzoek van Burger en Gianotten (2011) blijkt dat de SAQ een betrouwbaar en valide instrument is voor het meten van lichaamsbewustzijn.

■ *Body-Cathexis Scale*

Met de Body-Cathexis Scale (BCS), ontwikkeld door Secord en Jourard (1953), wordt lichaamswaardering gemeten. Voor dit onderzoek wordt de Nederlandstalige 40-item versie gebruikt (Basten & Dorhout, 2006). Body-cathexis wordt gedefinieerd als de mate van tevredenheid of ontevredenheid

met verschillende lichaamsdelen en lichaamsprocessen/ lichaamsfuncties. De respondent scoort 40 lichaamsdelen en -functies op een 5-punts Likert-schaal, waarbij de (on)tevredenheid met het desbetreffende lichaamsaspect kan worden aangegeven. Een hogere gemiddelde itemscore duidt op een hogere lichaamswaardering. Basten en Dorhout (2006) melden een goede betrouwbaarheid en validiteit.

Statistische analyse

De data zijn geanalyseerd met SPSS versie 20.0 (IBM Corporation, 2011), waarbij p-waarden kleiner dan 0.05 als significant werden beschouwd. Voor alle variabelen is eerst getoetst op normaliteit. Indien de variabele normaal verdeeld was, werd parametrisch getoetst, indien er geen sprake was van normaliteit werd non-parametrisch getoetst.

Resultaten

De onderzoeksgroep bestaat uit 50 vrouwelijke cliënten, een respons van 62.5%. De leeftijd varieert van 20 tot 60 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 37.42 jaar (SD=11.82). De onderzoeksgroep bestaat uit 13 klinische cliënten (26%), 16 deeltijdcliënten (32%) en 21 ambulante cliënten (42%). De gemiddelde behandelduur is anderhalf jaar.

Tabel 1: Scores vragenlijsten.

Vragenlijst		Mean/ Sum	SD
DTS	Davidson Trauma Scale	84.80*	25.84
DTS B	Subschaal intrusies	23.90*	9.89
DTS C	Subschaal vermijding	33.25*	12.34
DTS D	Subschaal verhoogde prikkelbaarheid	27.24*	7.42
DES	Dissociative Experiences Scale	36.62	17.48
SDQ-20	Somatoform Dissociation Questionnaire	43.35*	14.24
DKB-35	Dresdner Körperbild Fragebogen	2.22	0.52
DKB 1	Subschaal vitaliteit	2.80	0.78
DKB	Subschaal zelfacceptatie	2.15	0.88
DKB 3	Subschaal seksualiteitsbeleving	1.62	0.71
DKB 4	Subschaal zelfwaardering	1.88	0.64
DKB 5	Subschaal lichaamscontact	2.34	0.88
SAQ	Somatic Awareness Questionnaire	2.75	0.56
BCS	Body-Cathexis Scale	2.67	0.59

Opmerking: * = somscore

De gemiddelde scores op de vragenlijsten zijn weergegeven in Tabel 1. Met uitzondering van 3 subschalen (DTS B, DTB D en DKB 3), zijn de data normaal verdeeld.

■ Davidson Trauma Scale (DTS)

Op de DTS was de gemiddelde score van de onderzoeksgroep 84.80 (SD=25.84). Uit onderzoek van Davidson et al. (2002) in de Verenigde Staten blijkt dat mensen zonder PTSS gemiddeld 5.0 (SD=8.9) scoren en mensen met PTSS gemiddeld 64.4 (SD=29.7). De onderzoeksgroep scoort hierbij vergeleken dus erg hoog. Er zijn weinig Nederlandse gegevens. Wel zijn er cijfers bekend uit het onderzoek van Dorrepaal et al. (2012) naar cliënten met complexe PTSS. De gemiddelde score van de experimentele groep (N=38) op de DTS is in dit onderzoek 89.8 (SD=20.3) en van de controlegroep (N=33) 79.6 (SD=23.5). Deze scores liggen dicht bij de gemiddelde score van de huidige onderzoeksgroep. Geconcludeerd kan worden dat de onderzoeksgroep frequente en ernstige posttraumatische stresssymptomen heeft.

■ Dissociative Experiences Scale (DES)

Op de DES was de score van de onderzoeksgroep gemiddeld 36.62 (SD=17.48). Uit het onderzoek van Dorrepaal et al. (2012) naar cliënten met complexe PTSS komen gemiddelde scores op de DES van 24.3 (SD=15.8) (experimentele groep, N=38) en 27.8 (SD=5.4) (controlegroep, N=33). De onderzoeksgroep in de huidige studie scoort daar dus gemiddeld ruim 12 punten boven. Uit de gemiddelde score van de onderzoeksgroep wordt duidelijk dat er sprake is van een hoge prevalentie van psychoforme dissociatie.

■ Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20)

De onderzoeksgroep scoort gemiddeld 44.15 (SD=14.48) op de SDQ-20. Gemiddelde scores zijn bekend voor Nederlandse cliënten met DSNAO (M=43.0) en met DIS (M=51.8) (Nijenhuis, 2004). Nijenhuis adviseert een afkappunt van 29 voor dissociatieve stoornissen. Geconcludeerd kan worden dat de onderzoeksgroep veel somatoforme dissociatieve symptomen heeft.

■ Dresdner Körperbild Fragebogen (DKB-35)

Op de DKB-35 was de score gemiddeld 2.22 (SD=0.52). In een onderzoek van Aerts, Van Busschbach en Wiersma (2011) scoren vrouwen (N=176) binnen de GGZ in Noord-Nederland gemiddeld 2.75 (SD=0.59). Bij een gezonde groep vrouwen (N=433) is de gemiddelde score 3.56 (SD=0.44). De onderzoeksgroep heeft dus een zeer negatieve lichaamsattitude.

■ Somatic Awareness Questionnaire (SAQ)

De onderzoeksgroep scoort gemiddeld 2.77 (SD=0.56). In onderzoek van Scheffers en Bosscher (2012) scoren

Tabel 2: Correlaties (Pearson's r) tussen vragenlijsten trauma-gerelateerde klachten en lichaamsbeleving.

	DKB-35	SAQ	BCS
DTS	-.16	-.12	-.31*
DES	-.34*	-.33*	-.31*
SDQ-20	-.31*	-.41**	-.30*

Opmerking: vetgedrukt = significant

* p<.005; ** p<.001

DTS = Davidson Trauma Scale; DES = Dissociative Experiences Scale; SDQ-20 = Somatoform Dissociation Questionnaire; DKB-35 = Dresdner Körperbild Fragebogen; SAQ = Somatic Awareness Questionnaire; BCS = Body-Cathexis Scale.

gezonde vrouwen (N=215) gemiddeld 3.14 (SD=0.47). De gemiddelde score laat dus zien dat deze onderzoeksgroep minder lichaamsbewustzijn heeft dan een groep gezonde vrouwen.

■ Body-Cathexis Scale (BCS)

De gemiddelde score van de onderzoeksgroep is 2.67 (SD=0,60) op de BCS. In onderzoek van Scheffers en Bosscher (2012) is de gemiddelde score van gezonde Nederlandse vrouwen (N=215) 3.61 (SD=0.53). De onderzoeksgroep scoort dus een stuk lager op lichaamswaardering.

De samenhang tussen de vragenlijsten over traumagerelateerde en dissociatieve klachten en de vragenlijsten over lichaamsbeleving is nagegaan. Deze wordt weergegeven in Tabel 2.

Voor de DTS (posttraumatische stresssymptomen) en de BCS (lichaamswaardering) werd een matig sterk negatief significant verband (De Vocht, 2011) gevonden. Voor de DTS werd geen significant verband gevonden met de SAQ (lichaamsbewustzijn) en de DKB-35 (lichaamsattitude). Voor de DES (psychoforme dissociatie) en de SDQ-20 (somatoforme dissociatie) werd een matig sterk negatief significant verband gevonden met alle lichaamsbelevingslijsten.

Discussie

In dit onderzoek stonden de ernst van de verstoorde lichaamsbeleving en de samenhang tussen complex trauma (PTSS en dissociatie) en lichaamsbeleving bij vrouwelijke cliënten met complex trauma centraal.

Er zijn ons geen vergelijkbare onderzoeken naar deze samenhang bekend. Wel zijn er onderzoeken bekend waarin gebruikt werd gemaakt van één of meer van de in dit onderzoek gebruikte vragenlijsten. Uit vergelijking met gegevens uit deze onderzoeken blijkt dat de onderzoeksgroep van Transit op de vragenlijsten voor trauma en dissociatie hoog scoort. De cliënten uit de onderzoeksgroep hebben ernstige

PTSS-klachten, somatoforme en psychogene dissociatieve klachten. De hypothese uit deelvraag vier, waarin gesteld wordt dat mensen met traumagerelateerde klachten significant lager scoren op de drie dimensies van lichaamsbeleving dan gezonde mensen, kan bevestigd worden. Wanneer de scores op de lichaamsbeleving vragenlijsten van deze vroegkinderlijk getraumatiseerde onderzoeksgroep worden vergeleken met Nederlandse normscores van een gezonde populatie, valt op hoeveel problemen deze doelgroep ervaart op het gebied van lichaamsattitude, lichaamsbewustzijn en lichaamswaardering. Ook vergeleken met cliënten in de algemene GGZ scoort deze doelgroep veel lager op lichaamsattitude (Aerts et al., 2011). De traumatisering lijkt dus gevolgen te hebben voor de ernst van de verstoring of beschadiging van de lichaamsbeleving. Deze lage scores ondersteunen de aanbeveling die ook bijvoorbeeld Van der Kolk (2006) en Ogden et al. (2006) geven om in de behandeling van cliënten met complex trauma expliciete aandacht te hebben voor (het verbeteren van) de verschillende aspecten van de lichaamsbeleving.

Daarnaast was de vraag wat het verband is tussen PTSS-klachten en mate van dissociatie en de subdimensies van lichaamsbeleving. De hypothese was dat er een significante correlatie zou zijn tussen zowel de maten voor trauma als voor dissociatie en de drie subdimensies van lichaamsbeleving. Deze hypothese wordt slechts zeer gedeeltelijk bevestigd. Voor de ernst en frequentie van PTSS-klachten zoals gemeten met de DTS wordt alleen met de lichaamswaardering (zoals gemeten met de BCS) een matig sterk negatief significante correlatie gevonden.

Het verband tussen dissociatie en (de subdomeinen van) lichaamsbeleving is wat sterker. De correlatie tussen psychoforme en somatoforme dissociatie (zoals gemeten met de DES en SDQ-20) en de drie aspecten van de lichaamsbeleving is matig sterk negatief significant. Er wordt dus wel een samenhang gezien tussen dissociatie en lichaamsbeleving. Mogelijk kan dit voor de klinische praktijk betekenen dat wanneer er in de behandeling meer aandacht is voor de lichaamsbeleving, de dissociatieve klachten hiermee ook beïnvloed worden.

Opvallend is dus dat tussen de DTS (PTSS-klachten) en de lichaamsbelevingsvragenlijsten minder sterke correlaties gevonden worden dan tussen de DES (psychoforme dissociatie) en SDQ (somatoforme dissociatie) en de lichaamsbelevingsvragenlijsten.

Dit is mogelijk te verklaren door het feit dat de items van de DTS vooral ingaan op de DSM-IV criteria van een PTSS: intrusies/herbelevingen, vermijding/afstomping en verhoogde prikkelbaarheid. De vragen zijn erg gericht op cognities (herinneringen) en emoties, maar niet op aspecten van de

lichaamsbeleving. Geconstateerd moet worden dat de DTS niet naar lichaamsbeleving vraagt. Dit is bijzonder opvallend, aangezien er bij traumagerelateerde problematiek sprake is van beschadiging van de lichamelijke integriteit (American Psychiatric Association, 2001) en bijvoorbeeld ook een symptoom als verhoogde prikkelbaarheid lichamenlijk zeer merkbaar en voelbaar is.

De sterkere correlatie van de lichaamsbelevingsvragenlijsten met de SDQ en de DES valt gedeeltelijk te verklaren doordat in de laatste twee vragenlijsten meer aandacht is voor het lichaam, lichaamsbewustzijn en zintuiglijke waarnemingen. Vooral bij de SDQ, die somatoforme dissociatie meet, is er aandacht voor lichamelijke symptomen die een somatische aandoening suggereren (Nijenhuis et al., 1996). Kenmerkend voor somatoforme dissociatie is dat een deel van de zintuigen wordt uitgeschakeld of niet meer toegankelijk is voor het algemene bewustzijn (Nijenhuis, 2004). Het feit dat de hoogste correlatie gevonden wordt tussen de somatoforme dissociatie (gemeten met de SDQ) en het lichaamsbewustzijn (gemeten met de SAQ) is mogelijk te verklaren uit enige overlap van deze twee concepten. Uit de mate van correlatie kan mogelijk afgeleid worden dat wanneer een cliënt veel last heeft van somatoforme dissociatie, er in de behandeling ook aandacht moet zijn voor het lichaamsbewustzijn.

Een sterk punt van dit onderzoek is de hoge respons van 62.5%. Het is niet vast te stellen of de groep respondenten representatief is voor de gehele groep cliënten. De cliënten die behandeling volgen bij Transit, zijn niet representatief voor cliënten met traumagerelateerde klachten in Nederland. Transit is namelijk de enige behandelsetting in Nederland die gespecialiseerd is in de behandeling van dissociatieve stoornissen en complexe PTSS en die haar zorg intramuraal georganiseerd heeft. Dit kan van invloed zijn op de ernst van de gerapporteerde klachten. Dit zou ervoor pleiten om soortgelijk onderzoek te doen bij andere Top Referente Trauma Centra en andere instellingen met andere cliëntenpopulaties met traumagerelateerde klachten.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat cliënten met complex trauma veel problemen ervaren op het gebied van lichaamsbeleving. Op alle aspecten van lichaamsbeleving scoren de onderzochte cliënten lager dan de gezonde groep. Daarnaast wordt er een verband gezien tussen dissociatie en lichaamsbeleving, vooral tussen somatoforme dissociatie en lichaamsbewustzijn.

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat er binnen de behandeling van cliënten met traumagerelateerde

klachten zeker aandacht moet zijn voor de verschillende aspecten van de lichaamsbeleving. De psychomotorische therapie, met als aangrijpingspunt bewegen en lichaamsbeleving, lijkt bij uitstek een behandelvorm om hier een bijdrage in te leveren. Het is wenselijk verder onderzoek te doen naar of, en zo ja hoe, de lichaamsbeleving bij complex trauma positief te beïnvloeden is.

Literatuur

- Aerts, L.C., Busschbach, J.T. van & Wiersma, D. (2011). *Vaktherapie in Noord Nederland: Een beschrijving van beroepspraktijk, behandel-effecten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg*. Groningen: Rob Giel Onderzoekcentrum.
- American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt.
- Basten, M.G.J. & Dorhout, M. (2006). *De Body-Cathexis Schaal: betrouwbaarheid, validiteit, dimensionaliteit en normering*. Onderzoeksverslag Faculteit der Bewegingswetenschappen: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bhagwandas, S. & Leeuwen, M.J.D. van (2009). *Trauma, body experience and sexuality*. Onderzoeksverslag Faculteit der Bewegingswetenschappen: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Burger, M. & Gianotten, K. (2011). *Psychometric properties of the Somatic Awareness Questionnaire (SAQ)*. Onderzoeksverslag Faculteit der Bewegingswetenschappen: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Davidson, J.R.T., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., Feldman, M.E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Davidson, J.R.T., Hareish, M., Tharwani, M.D. & Connor, K.M. (2002). Davidson Trauma Scale (DTS): normative scores in the general population and effect sizes in placebo-controlled SSRI trials. *Depression & anxiety*, 15, 75-78.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J.H., Balkom, A.J.L.M. van, Veltman, D.J., Hoogendoorn, A.W. & Draijer, N. (2012). Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioural therapy: A multisite randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81, 217-225.
- Draijer, N. (2008). Diagnostiek en indicatiestelling bij (een vermoeden van) seksueel misbruik in de voorgeschiedenis. In N. Nicolai (Red.) *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*, 19-46. Utrecht: De Tijdstroom.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. & Kolk, A.M. (1996). Psychometric evaluation of symptom perception related measures. *Personality & Individual Differences*, 20, 55-70.
- Hart, O. van der (Red.) (2003). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der, Nijenhuis, R.S. & Steele, K. (2010). *Het belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam: Boom.
- Herman, J.L. (1998). *Trauma en herstel*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Hoekenga, P.H., Thewissen, V., Bos, A.E.R. & Willemse-van Son, A.H.P. (2010). Effectiviteit van een lichaamsgerichte interventie op lichaamsbeleving en PTSS-symptomen. *Psychologie & gezondheid*, 38, 236-247.
- IBM Corporation (2011). *International Business Machines corporation Statistical Package for the Social Sciences*, version 20.0.
- Kolk, B.A. van der (1996). The complexity of adaptation to trauma; self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & I. Weisaeth (Red.),

Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society, 182-213. New York: Guilford Press.

- Kolk, B.A. van der (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 277-293.
- Landelijk Centrum voor Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (2009). *Treatment Monitor, documentatie over de zelfrapportage instrumenten*. Utrecht: Landelijk Centrum voor Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering.
- Mehling, W.E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C.J., Hecht F.M. & Stewart, A. (2009). Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *PLOS ONE* 4(5): e5614. doi:10.1371/journal.pone.0005614.
- Mueller-Pfeiffer, C., Schumacher, S., Martin-Soelch, C., Pazhenkott, A.P., Wirtz, G., Fuhrhans, C., Rufer, M. (2010) The Validity and Reliability of the German Version of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Trauma & Dissociation*, 11, 337-357.
- Nijenhuis, E.R. (2004). *Somatoform dissociation*. New York/ London: Norton & Company.
- Nijenhuis, E.R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Hart, O. van der & Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. New York: Norton & Company.
- Pöhlmann, K., Thiel, P. & Joraschky, P. (2008). Entwicklung und Validierung des Dresdner Körperbildfragebogens (DKB-35). In P. Joraschky, H. Lausberg, K. Pöhlmann (Red.) *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen*, 57-72. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ridder, K. de (2008). Lichaamsgerichte therapie na seksueel misbruik. In N. Nicolai (Red.) *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*, 225-242. Utrecht: De Tijdstroom.
- Scheffers, W.J. (2005). Trauma, lichaam en seksualiteit: Het gebruik van lichaamstekeningen in de psychomotorische therapie. In J. de Lange & R.J. Bosscher (Red.) *Psychomotorische therapie in de praktijk*, 121-140. Nijmegen: Cure & Care.
- Scheffers, W.J. & Bosscher, R.J. (2012). *Normgegevens Somatic Awareness Questionnaire*. Interne publicatie Kenniskring Beweging, Gezondheid en Welzijn Hogeschool Windesheim Zwolle.
- Scheffers, M., Duijn, M.A.J. van, Bosscher, R.J., Wiersma, D. & Busschbach, J.T. van (2013). Psychometric properties of the Dutch translation of the Dresden Body Image Questionnaire: A multiple-group confirmatory factor analysis across sex and age in a non-clinical sample. *Manuscript submitted for publication*.
- Scheffers, W.J., Rekkers, M. & Bosscher, R.J. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving? *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 21-30.
- Scheffers, W.J. & Schreuder, B.J.N. (2000). Seksespecifieke hulpverlening bij seksueel geweld: de focale mannengroep. *Bewegen & Hulpverlening*, 17, 178-195.
- Secord, P.F. & Jourard, S.M. (1953). The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *Journal of consulting Psychology*, 5, 343-347.
- Vocht, A. de (2011). *Basishandboek SPSS 19*. Utrecht: Bijleveld Press.
- Vries, G. de & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.

Over de auteurs

Maike Hoek heeft in 2013 de Master Psychomotorische Therapie afgerond en is als psychomotorisch therapeut werkzaam bij GGZ Centraal, onder andere bij het Top Referent Trauma Centrum Transit.

E: maikespijker@live.nl

Drs. Mia Scheffers is als docent en onderzoeker verbonden

aan Hogeschool Windesheim Zwolle, domein bewegen en educatie, kenniskring lectoraat bewegen, gezondheid en welzijn.

E: wj.scheffers@windesheim.nl

Samenvatting

In dit exploratieve onderzoek staat het verband tussen traumagerelateerde klachten en lichaamsbeleving (subdimensies lichaamsattitude, lichaamsbewustzijn en lichaamswaardering) centraal. Dit onderzoek toont aan dat cliënten met

complex trauma ook veel problemen ervaren op het gebied van lichaamsbeleving. De correlatie tussen de dissociatieve klachten en lichaamsbeleving is matig sterk negatief. De correlatie tussen traumagerelateerde klachten en lichaamsbeleving is minder sterk. Het is van belang dat er binnen de behandeling van traumagerelateerde en dissociatieve klachten aandacht is voor de lichaamsbeleving. De psychomotorische therapie lijkt bij uitstek een behandelvorm om hier een bijdrage in te leveren. ■

advertentie

Windesheim zet kennis in werking

WERK &
STUDIE

Master Psychomotorische Therapie



WWW.WINDESHEIM.NL/MASTERPMT

OPEN AVOND 21 MEI

Deze master richt zich op het verdiepen van uw therapeutische kwaliteiten, het versterken van uw theoretische kaders en het ontwikkelen van uw onderzoeksvaardigheden.

Praktische informatie

Studieduur 2 jaar
Plaats Zwolle
Lesdag vrijdag
Groeps grootte minimaal 18

Start elk jaar in september
Aanmelden voor 1 juni 2014 (rechtstreeks toelaatbaar)
Traject op maat voor PMT'ers met de 'oude' Voortgezette Opleiding en voor studenten Le Bon Départ

 **nva**
accredited programme

Windesheim 