

De invloed van interoceptief bewustzijn op het zelfbeeld.



Jaisey Coenen

Masterstudent Psychomotorische therapie

Begeleider: Dr. Mia Scheffers, associate lector lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn

Beoordelaar: Dr. Tina Bellemans, docent Master Psychomotorische therapie en onderzoeker bij het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn.

Samenvatting

Achtergrond: Het negatief zelfbeeld speelt als emotionele factor een rol bij verschillende psychiatrische aandoeningen die veel voorkomen in de eerstelijnszorg. Het zelfbeeld bestaat uit twee componenten; zelfcompetentie en zelfwaardering. Vanuit een neurobiologisch perspectief en diverse onderzoeken kan er een verband gelegd worden tussen het interoceptief bewustzijn en het zelfbeeld. Het interoceptief bewustzijn betreft het opmerken van lichamelijke signalen, het cognitief beoordelen van deze signalen en op basis hiervan tot een passende reactie komen. Een therapievorm die systematisch gebruik maakt van het opmerken van lichamelijke signalen is psychomotorische therapie (PMT). Het doel van dit onderzoek is om de invloed van het interoceptief bewustzijn op het zelfbeeld na te gaan.

Methode: Kwantitatief cross-sectioneel onderzoek met een explorerend karakter, waarbij bij 102 participanten onder behandeling bij Coenenfysiotherapie VOF de Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2), Nederlandse vertaling, en de Self-Liking Self-Competence Scale – Revised (SLSC-R), Nederlandse vertaling, afgenomen is. Door middel van enkelvoudige regressies en stepwise multiregressie analyses is de invloed van verschillende onderdelen van het interoceptief bewustzijn op de twee componenten van het zelfbeeld onderzocht.

Resultaten: Bijna de helft van de variantie van zelfwaardering (47%) kan verklaard worden door de mate waarin iemand zijn lichaam vertrouwt, luistert naar zijn lichaam en signalen vanuit zijn lichaam als niet-verontrustend ervaart. 25% van de variantie in zelfcompetentie wordt verklaard door de mate waarin iemand zijn lichaam vertrouwt en er aandacht aan kan schenken.

Conclusie: Vertrouwen op het lichaam komt bij beide componenten van het zelfbeeld naar voren en een relatief groot deel van de variantie op het zelfbeeld kan hierdoor verklaard worden. Dit onderzoek levert een bijdrage aan de onderbouwing van de inzet van PMT bij verschillende psychiatrische aandoeningen in de eerstelijnszorg.

Inhoud

Samenvatting.....	3
Inleiding.....	5
Methode.....	7
Design.....	7
Populatie	7
Meetinstrumenten	7
Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2).....	7
Self-Liking Self-Competence Scale – Revised (SLSC-R)	8
Procedure	8
Datascreeing.....	9
Data-analyse.....	9
Resultaten	10
Beschrijvende gegevens	10
Kenmerken onderzoekspopulatie	10
Vragenlijsten.....	11
Data-analyse.....	11
Discussie	13
Participanten	13
Betrouwbaarheid.....	14
Vergelijkingsdata	14
Analyse	14
Uitkomsten	15
Aanbevelingen.....	15
Referentielijst	16
Bijlage 1. MAIA-2.....	19
Bijlage 2. SLSC-R	22
Bijlage 3. Informed consent en algemene gegevens.....	23

Inleiding

Hulpvragen rondom het zelfbeeld komen veel voor in de eerstelijnszorg (Nivel, 2020; Nuijens, 2012). Een negatief zelfbeeld komt stoornis overstijgend voor en kan zo beschouwd worden als een transdiagnostische factor. Transdiagnostische factoren kunnen wijzen op gelijke symptomen, gedragingen, copingstrategieën en cognitieve, emotionele en motivationele factoren bij verschillende psychiatrische aandoeningen. Een negatief zelfbeeld speelt als emotionele factor een rol bij verschillende psychiatrische aandoeningen (Van Heycop ten Ham et al., 2014). Zo is het negatief zelfbeeld zowel een instandhoudende als risicofactor voor het ontwikkelen van een boulimia nervosa, een depressie, obsessief-compulsieve stoornissen en angststoornissen (Sowislo & Orth, 2013; Stice, 2002; Wu et al, 2006). Daarnaast speelt het een rol bij het ontstaan en de kans op terugval bij chronische pijn (Waite et al., 2012). Gezien het feit dat het zelfbeeld een rol speelt in de ontwikkeling en instandhouding van verschillende stoornissen, lijkt inzicht in de vorming van het zelfbeeld en een effectieve behandeling van een negatief zelfbeeld van belang.

Volgens Vandromme et al. (2011) bestaat het zelfbeeld uit twee componenten, namelijk zelfcompetentie en zelfwaardering. Zelfcompetentie draait om de mate waarin het nastreven van eigen doelen succesvol is (Tafarodi & Swann, 2001). Adequate reacties op jezelf en de omgeving zorgen voor het bereiken van eigen doelen. Hoe adequater de reacties, hoe meer succes en hoe hoger het zelfcompetentiegevoel. Zelfwaardering betreft de waarde die iemand aan zichzelf hecht. Het gaat om een globale waardering over jezelf. Zelfwaardering komt tot stand door de waardering van anderen en/of een reflectieve waardering van jezelf (Tafarodi & Milne, 2002; Tafarodi & Swann, 2001).

Vanuit de literatuur (Craig, 2002; Dunn et al., 2010; Farb et al., 2015; Monti et al., 2021) zijn er aanwijzingen dat het interoceptief bewustzijn belangrijk is voor de vorming van het zelfbeeld. Het opmerken van lichamelijke signalen, het cognitief beoordelen van deze signalen en het op basis hiervan tot een passende reactie komen, wordt interoceptie genoemd (Craig, 2002). Monti et al. (2021) geven aan dat wanneer individuen beter worden in het opmerken van lichamelijke signalen, zij meer zelfdiscipline krijgen, veerkrachtiger worden en meer zelfgericht gaan handelen.

Vanuit een neurobiologische perspectief kan het verband tussen het bewustzijn van lichamelijke signalen en de vergroting van zowel het zelfcompetentiegevoel als de zelfwaardering verklaard worden. Zelfcompetentie draait, zoals eerder genoemd, om adequate reacties op jezelf en de omgeving. Het proces om te komen tot passende reacties begint bij het waarnemen van lichamelijke signalen, waarna deze beoordeeld worden als een emotionele toestand (Farb et al., 2015). Dit proces vindt achtereenvolgens in verschillende hersengebieden plaats. Allereerst komen in de anterior insula cortex (AIC) alle lichamelijke signalen bij elkaar. Deze signalen geven het eerste interoceptieve beeld van de homeostatische toestand van het gehele lichaam (Craig, 2002). Het beeld van de homeostatische toestand wordt doorgegeven aan de orbitofrontale cortex (OFC). Vervolgens wordt in de OFC de emotionele toestand eraan toegeschreven. De lichamelijke signalen waargenomen door het AIC zijn dus nu tot een emotie gevormd in het OFC. Het OFC is onderdeel van de ventromediale cortex (VMC). Het VMC vormt een conceptueel beeld van jezelf in de huidige context. Hiermee wordt uit alle sensorische en interoceptieve signalen gefilterd wat belangrijk is voor toekomstige gebeurtenissen. Op basis hiervan wordt een gedragsreactie bepaald (Koban et al., 2021). Gezien de weg in de hersenstructuren die afgelegd wordt om tot handelen te komen, lijkt een hoog interoceptief bewustzijn van belang om tot handelen te komen waarbij eigen wensen en doelen bereikt worden. Het traject in de hersenen start namelijk bij het beeld in de AIC dat gemaakt wordt op basis van lichamelijke, sensorische en interoceptieve signalen en eindigt bij het conceptuele beeld

in de VMC, op basis waarvan beslissingen gemaakt worden tot handelen dat het meeste succes oplevert voor het individu (Dunn et al., 2010). De hypothese in dit onderzoek is dat een goede waarneming en integratie van lichaamssignalen zorgt voor een hoger zelfcompetentiegevoel.

Naast invloed op het zelfcompetentiegevoel heeft het interoceptief bewustzijn waarschijnlijk ook invloed op de zelfwaardering. Uit onderzoek van Cali et al. (2015) blijkt namelijk dat individuen met een lage score op de dimensies 'Capaciteit om aandacht te reguleren' of 'Vertrouwen op lichamelijke gewaarwordingen' van de Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness-2 (MAIA-2), meer gevoelens van ongemak, hulpeloosheid en kwetsbaarheid ervaren. Alleen wanneer er op beide dimensies een hoge score was, werden deze gevoelens niet ervaren. Hieruit blijkt dat iemand niet alleen het lichaam als een veilige plek moet ervaren, maar dat het ook van belang is dat iemand actief en gericht aandacht aan het lichaam kan geven. Dit is in overeenstemming met hetgeen Farb et al. (2015) aangegeven, namelijk dat er op twee manieren homeostase bereikt kan worden. Het bereiken van homeostase is de belangrijkste taak van het brein. Evolutionair gezien is dit namelijk van overlevingsbelang (Craig, 2002; Khalsa et al., 2017). Homeostase kan bereikt worden door een actie en door aandacht te richten op het lichaam. Dit aanwezig zijn bij het lichaam wordt 'presence' genoemd. Wanneer er een evenredige verdeling is tussen actie en 'presence' over een langere tijd kan dit resulteren in een positiever zelfbeeld (Farb et al., 2015). Hieruit volgend zou men verwachten dat wanneer iemand meer vertrouwen heeft in en aandacht heeft voor het lichaam, er sprake is van een hogere zelfwaardering. Dit wordt ook getoetst in dit onderzoek.

De gevoeligheid en aandacht voor lichamelijke signalen is onderdeel van het lichaamsbewustzijn (Van der Maas, 2015). Een behandeling die gebruik maakt van het op systematische wijze aanbieden van oefeningen omtrent het lichaamsbewustzijn is psychomotorische therapie (PMT). Met dit onderzoek wordt een eerste exploratie gedaan van de invloed van het interoceptief bewustzijn op het zelfbeeld. Hierdoor wordt mogelijk ook een bijdrage geleverd aan de onderbouwing van het gebruik van PMT bij de behandeling van verschillende problematieken in de eerstelijnszorg waarbij het zelfbeeld als transdiagnostische factor een rol speelt (Van Heycop ten Ham et al., 2014).

In dit onderzoek wordt de vraag beantwoord of de mate van lichaamsbewustzijn een voorspellende waarde heeft voor het zelfbeeld dat iemand ervaart. Daarnaast wordt specifiek onderzocht of de waarneming en integratie van lichaamssignalen invloed heeft op het gevoel van zelfcompetentie. Ook wordt gekeken naar de mate waarin het vertrouwen in en de aandacht voor het lichaam invloed heeft op de zelfwaardering.

Methode

Design

Huidig onderzoek is een kwantitatief cross-sectioneel onderzoek met een explorierend karakter.

Populatie

Alle volwassenen (≥ 18 jaar) die onder behandeling waren bij Coenenfysiotherapie VOF, uitgezonderd de cliënten met een verstandelijke beperking of ernstige geheugenproblemen, hebben in de periode september 2021 – januari 2022 deelgenomen aan huidig onderzoek. Naast leeftijd en cognitieve vermogen waren er geen inclusie -of exclusiecriteria. Coenenfysiotherapie VOF behandelt cliënten met fysieke, psychische en psychosociale problematiek. Cliënten melden zich zowel op eigen initiatief aan en komen door middel van een verwijzing onder behandeling.

Meetinstrumenten

Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2)

De Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2), Nederlandse vertaling (Mehling et al., 2018; Moeijes et al., 2021) is een zelfrapportagelijst die de gevoeligheid voor lichamelijke signalen, maar ook bijbehorende overtuigingen, houdingen, gedachtes en emoties meet. De vragenlijst meet het lichaamsbewustzijn op meerdere dimensies. De MAIA-2 bestaat uit 37 items en wordt gescoord op een zespunts Likertschaal van 0 (nooit) tot 5 (altijd). Een hogere score impliceert meer lichaamsbewustzijn. Er wordt op acht subschalen gemeten. De acht subschalen kunnen onder vijf dimensies geschaard worden. De onderverdeling van de subschalen in dimensies is weergegeven in Tabel 1. Binnen dit onderzoek is specifiek gekeken naar de dimensie 'Bewustwording van integratie geest en lichaam'. Deze dimensie kijkt naar het emotioneel bewustzijn van een individu ("Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos ben"), in hoeverre een individu kan luisteren naar zijn lichaamssignalen ("Ik luister naar mijn lichaam om te weten wat ik moet doen") en in hoeverre een individu in staat is om pijn, angst en verdriet te sturen door aandacht te schenken aan het lichamelijke gewaarwordingen ("Als er veel op me afkomt, kan ik een rustige plek in mezelf vinden"). De betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse versie van de MAIA-2 worden momenteel onderzocht. De MAIA-2 is bijgevoegd in bijlage 1.

Tabel 1. Dimensies en subschalen MAIA-2

Dimensie	Subschaal	Voorbeeld item
Bewustwording van lichamelijke gewaarwordingen	Gewaarworden	Ik merk het als ik niet lekker in mijn vel zit.
Emotionele reacties op sensaties	Niet – storend	Ik leid mezelf af van gevoelens van ongemak.
	Niet – verontrustend	Wanneer ik lichamelijke pijn voel, raak ik van streek
Capaciteit om aandacht te reguleren	Aandacht sturen	Ik kan op mijn ademhaling letten zonder te worden afgeleid door wat er om me heen gebeurt.
Bewustwording van integratie geest en lichaam	Emotioneel bewustzijn	Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos ben.
	Zelfregulatie	Als er te veel op me afkomt, kan ik een rustige plek in mezelf vinden.
	Luisteren naar lichaam	Ik luister naar mijn lichaam om te weten wat ik moet doen.
Vertrouwen op lichamelijke gewaarwordingen	Vertrouwen	Ik voel me thuis in mijn lichaam.

* Aangepast overgenomen uit Doen en Meten (p. 12-15) door J. Moeijes, A. De Haan, L. Van Mierlo, en M. Scheffers, 2021. Repro Campus Zwolle.

Self-Liking Self-Competence Scale – Revised (SLSC-R)

De Self-Liking Self-Competence Scale – Revised (SLSC-R) is een zelfrapportagelijst waarmee door middel van 16 items op een vijfpunts Likertschaal van 1 (=helemaal niet akkoord) tot 5 (= helemaal akkoord) gescoord wordt (Vandromme, Hermans, Spruyt, & Eelen, 2007). Op 8 items wordt de zelfwaardering (“Ik heb de neiging mezelf onder te waarderen”) gescoord. Het zelfcompetentiegevoel (“Ik presteer zeer goed op veel dingen”) wordt eveneens op 8 items gemeten. De scores per subschaal kunnen variëren van 8 tot 40, waarbij een hogere score een hogere zelfwaardering of zelfcompetentie aangeeft. De betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse versie van de SLCL-R zijn goed. Voor zelfwaardering geldt $\alpha = .78$ en voor de component Self-Liking $\alpha = .89$ (Vandromme et al., 2007). De SLSC-R is bijgevoegd in bijlage 2.

Procedure

De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de periode van september 2021 tot januari 2022. De dataverzameling is uitgevoerd door de behandelende therapeut van cliënt. Alle therapeuten binnen Coenenfysiotherapie VOF hebben hieraan deelgenomen. Zij benaderden hun volwassen (≥ 18 jaar) cliënten zonder verstandelijke beperking of ernstige geheugenproblematiek om deel te nemen aan het onderzoek. Vooraf werden de cliënten mondeling en schriftelijk geïnformeerd over de aanleiding, hypothese en doel van het onderzoek. Daarnaast verkregen zij informatie over het vertrouwelijk omgaan met de data en het geanonimiseerde gebruik bij de analyses. Cliënten deden vrijwillig mee aan het onderzoek en hebben eenmalig de vragenlijsten, plus enkele algemene gegevens, ingevuld. De informed consent en het formulier voor de algemene gegevens zijn bijgevoegd in bijlage 3. De afname vond schriftelijk of via het softwareprogramma Qualtrics plaats.

De afnametijd was ongeveer 15 minuten. De gegevens zijn later naar het statistische programma Statistical Program for Social Science (SPSS), versie 27, geëxporteerd.

Datascreening

Voordat de data onderworpen werden aan de statistische regressieanalyses is er een data-inspectie uitgevoerd. Er waren geen missende data in het onderzoek en er was geen sprake van non-respons. Voor de vergelijkingsdata van de MAIA-2 zijn data uit het onderzoek van het lectoraat Beweging, Gezondheid en Welzijn van de Hogeschool Windesheim uit 2019-2021 gebruikt. De vergelijkingsdata zijn gebaseerd op 1054 gezonde, volwassenen (Moeijes et al., 2021). De vergelijkingsdata van de SLSC-R zijn gebaseerd op een onderzoek uit 2006 waaraan 341 psychologiestudenten deelnamen (VanDromme et al., 2007). De beschrijvende statistiek van de vergelijkingsdata is weergegeven in Tabel 2.

Verder is nagedaan of aan alle assumpties voor een regressieanalyse voldaan werd. Door de populatiegrootte ($N > 30$) kan volgens de centrale limiet theorie aangenomen worden dat er aan normaliteit voldaan is (Field, 2018). Daarbij werd aan de voorwaarde van multicollinearity voldaan en is met behulp van een White's test de homoskedasticiteit onderzocht. Aan deze voorwaarde werd ook voldaan (Clark, 2018). De regressieanalyses en controle van assumpties zijn uitgevoerd met SPSS, versie 27.

Tabel 2. 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)
SLSC-R	Vertrouwen	3.63 (1.02)
	Zelfwaardering	25.40 (5.90)
	Zelfcompetentie	24.20 (4.10)

Data-analyse

Om te onderzoeken of de waarneming en integratie van lichaamssignalen effect heeft op zelfcompetentie is gekozen om de dimensie 'Bewustwording van integratie van geest en lichaam' van de MAIA-2 te gebruiken. De scores van de subschalen 'emotioneel bewustzijn', 'zelfregulering' en 'luisteren naar lichaam' zijn bij elkaar opgeteld om de dimensie 'Bewustwording van integratie geest en lichaam' te meten. Aan de hand van een enkelvoudige regressie is onderzocht wat de invloed van deze dimensie is op het zelfcompetentiegevoel. Vervolgens is een tweede enkelvoudige regressie uitgevoerd waarmee het effect van de dimensies 'Capaciteit om aandacht te reguleren' en 'Vertrouwen op lichamelijke gewaarwordingen' op de zelfwaardering onderzocht werd. De scores van de twee dimensies zijn bij elkaar opgeteld, om de invloed van de combinatie van deze dimensies

op de zelfwaardering te kunnen onderzoeken. In de regressieanalyses is een significantieniveau van 5% aangehouden.

Tot slot zijn er door middel van stepwise multiregressie analyses onderzocht welke subschalen van de MAIA-2 een significant deel van de zelfwaardering en zelfcompetentie verklaren. Hiervoor is het toegangscriterium $F < .050$ voor de verschillende subschalen van de MAIA-2 aangehouden. De regressieanalyses zijn uitgevoerd met SPSS, versie 27.

Resultaten

Beschrijvende gegevens

Kenmerken onderzoekspopulatie

De beschrijvende statistiek van de onderzoekspopulatie is weergegeven in Tabel 3.

TABEL 3. Onderzoekspopulatie

	Frequentie (%)	Mean (SD)
Totaal (N)	102 (100)	
Man	40 (39,2)	
Vrouw	62 (60,8)	
Gehuwd	59 (57,8)	
Ongehuwd	25 (24,5)	
Anders	18 (17,6)	
	Weduwe	10 (9,8)
	Samenwonend	7 (6,9)
	Onbekend	1 (0,9)
Opleidingsniveau		
	HBO/Universitair	38 (37,3)
	MBO	21 (20,6)
	VWO/Gymnasium/HBS	1 (1)
	HAVO/MULO/MSS	11 (10,8)
	MAVO/VMBO	8 (7,8)
	VMBO/VBO/LWO	19 (18,6)
	Basisschool	4 (3,9)
Aanmeldklacht		
	Fysiotherapie	86 (84,3)
	PMT	10 (9,8)
	Long-covid*	6 (5,9)
Leeftijd		59.61 (20,04)
Lengte		172.01 (8,69)
Lichaamsgewicht		75.33 (13,64)

* Cliënten met long-covid werden door zowel een fysiotherapeut als de psychomotorische therapeut behandeld.

Vragenlijsten

De beschrijvende statistiek van de Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2) en Self-Liking Self-Competence Scale – Revised (SLSC-R) is weergegeven in Tabel 4.

TABEL 4. Uitkomsten vragenlijsten

		Mean (SD)
MAIA-2	Gewaarworden	3.09 (0.93)
	Niet – storend	1.71 (0.78)
	Niet – verontrustend	3.09 (0.81)
	Aandacht sturen	2.82 (0.86)
	Emotioneel bewustzijn	3.37 (1.05)
	Zelfregulering	2.62 (1.04)
	Luisteren naar lichaam	2.47 (1.18)
	Vertrouwen	3.66 (1.03)
SLSC-R	Zelfwaardering	26.45 (6.69)
	Zelfcompetentie	26.27 (4.57)
Deelvraag 1	Dimensie Bewustwording van integratie geest en lichaam	8.46 (2.64)
Deelvraag 2	Aandacht sturen en vertrouwen	6.48 (1.43)

Data-analyse

Bewustwording integratie van geest en lichaam op zelfcompetentie

Een enkelvoudige regressie is uitgevoerd om na te gaan in hoeverre de dimensie 'Bewustwording van integratie geest en lichaam' het zelfcompetentiegevoel voorspelt. De dimensie 'Bewustwording van integratie geest en lichaam' verklaart 6% van de variantie in zelfcompetentie ($R^2 = .06$; $F(1,10) = 6.10$; $p = .015$). In Tabel 5 is af te lezen dat $B = .42$, $t(100) = 2.47$; $p = .015$. Deze waarde is significant, wat aangeeft dat de dimensie 'Bewustwording van integratie geest en lichaam' een significante voorspeller is van het zelfcompetentiegevoel.

Capaciteit om aandacht te reguleren en vertrouwen op lichamelijke gewaarwordingen op zelfwaardering

Een tweede enkelvoudige regressie is uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre de dimensies 'Capaciteit om aandacht te reguleren' en 'Vertrouwen op lichamelijke gewaarwordingen' invloed hebben op de zelfwaardering. De verklaarde variantie is $R^2 = .34$, $F(1,100) = 50.40$; $p < .01$. 'Capaciteit om aandacht te reguleren' en 'vertrouwen op lichamelijke gewaarwordingen' verklaart 34% van de variantie in de scores op de zelfwaardering. In Tabel 5 is zien dat $B = 2.72$, $t(100) = 7.10$; $p < .001$. Deze waarde is significant.

TABEL 5. Regressies deelvragen

	R ²	B	T	F	P
Deelvraag 1:					
Dimensie 'Bewustwording van integratie geest en lichaam' op zelfcompetentie	.06	.42	2.47	6.10	<.001
Deelvraag 2:					
Aandacht sturen en vertrouwen op zelfwaardering	.34	2.72	7.10	50.40	<.001

Interoceptief bewustzijn op zelfbeeld

Om te onderzoeken in hoeverre het interoceptief bewustzijn invloed heeft op het zelfbeeld zijn twee stepwise multiregressie analyses uitgevoerd. 25% van de variantie in zelfcompetentie kan verklaard worden door 'aandacht sturen' en 'vertrouwen' op het lichaam ($R^2 = .25$; $F(1,100) = 17,58$; $p < .001$). In Tabel 6 is af te lezen dat $B = 1.43$, $t(99) = 3,72$, $p < .001$. Deze waarde is significant. Hierdoor wordt aangenomen dat 'aandacht sturen' en 'vertrouwen' een significante invloed hebben op het zelfcompetentiegevoel.

47% van de variantie in zelfwaardering kan verklaard worden door 'vertrouwen', 'luisteren naar lichaam' en 'niet-verontrustend' ($R^2 = .47$, $(1,100) = 31.37$; $p < .10$). In Tabel 6 is af te lezen dat $B = 2.23$, $t(98) = 3.42$; $p < .001$. Deze waarde is significant, wat inhoudt dat 'vertrouwen', 'luisteren naar lichaam' en 'niet-verontrustend' een significante invloed hebben op het zelfcompetentiegevoel.

TABEL 6. Stepwise multiregressies

	Adjusted R ²	B	T	F	p
Zelfwaardering					
Vertrouwen	.35	2.70	5.11	56.27	<.001
Luisteren naar lichaam	.48*	1.61	3.77	37.06	<.001
Niet – verontrustend	.47**	2.23	3.44	31.37	<.001
Zelfcompetentie					
Aandacht sturen	.15	1.90	4.13	18.94	<.001
Vertrouwen	.25***	1.43	3.72	17.58	<.001

* = vertrouwen en luisteren naar lichaam, ** = vertrouwen, luisteren naar lichaam en niet-verontrustend, *** = aandacht sturen en vertrouwen

Discussie

In het huidige kwantitatief cross-sectionele onderzoek is gekeken naar de invloed van het interoceptief bewustzijn op het zelfbeeld. 34% van de variantie in zelfwaardering kan verklaard worden door de mate waarin iemand in staat is om de aandacht te richten op het lichaam en het vertrouwen in het lichaam ($B = 2.72$). Eveneens kan een kwart van het zelfcompetentiegevoel door deze factoren verklaard worden. Bijna de helft (47%) van de variantie in zelfwaardering kan verklaard worden door de mate van vertrouwen, luisteren naar het lichaam en het lichaam als niet-verontrustend ervaren. Vertrouwen in het lichaam lijkt de belangrijkste voorspeller van het zelfbeeld te zijn. Het speelt namelijk bij beide componenten van het zelfbeeld een rol.

Geconcludeerd kan worden dat huidig onderzoek ondersteunt in de onderbouwing voor het inzetten van psychomotorische therapie bij zelfbeeldproblematiek in de eerstelijnszorg. Uit divers onderzoek blijkt namelijk 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). Momenteel is Competitive Memory Training (COMET) de meest bewezen effectieve methode voor het behandelen van het negatief zelfbeeld (Van Heycop ten Ham et al., 2014). COMET is een cognitief-gedragstherapeutische interventie. Het maakt gebruik van drie principes: emotionele saillantie van functionele betekenissen versterken, herhaling van de functionele betekenissen en het versterken van de associaties met de functionele betekenissen (Korrelboom, 2011). Dit onderzoek biedt perspectief voor het integreren van psychomotorische therapie in de methode of in de GGZ Standaarden voor de behandeling van zelfbeeldproblematiek.

Participanten

Alle participanten waren onder behandeling bij één praktijk. De praktijk ligt in een Brabants dorp, waar de inwoners over het algemeen welgesteld en van autochtone afkomst zijn. Hierdoor is de doelgroep van het onderzoek relatief eenzijdig. Daarbij was er sprake van een relatief kleine populatie. Dit maakt het lastig om op basis van huidig onderzoek uitspraken te doen over de gehele populatie in de eerstelijnszorg. De externe validiteit is zwak (Baarda et al., 2017). Mogelijk heeft de behandelsetting de reactie van cliënten op het onderzoek beïnvloedt. Er was geen sprake van non-respons. Een eventuele verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat cliënten niet durfden te weigeren of juist het goede vertrouwen in de therapeuten dat zorgde voor een hoge bereidwilligheid.

Door de populatiegrootte is de power van het onderzoek 77%, waarbij uitgegaan is van $\alpha = .05$ en een medium effect size ($f^2 = .15$) met de subschalen van de MAIA-2 als voorspellers. Deze power is iets lager dan de wenselijk 80% (Cohen, 1988). De effectgrootte van 'Capaciteit om aandacht te reguleren' en 'Vertrouwen op lichamelijke gewaarwordingen' op zelfwaardering was desondanks groot ($f^2 = .50$, $R^2 = .34$). Daarbij leverde de stepwise multiregressie analyse op zelfcompetentie een matige effectgrootte op ($f^2 = .33$, $R^2 = .25$) en de stepwise multiregressie analyse op zelfwaardering een grote effectgrootte ($f^2 = .89$, $R^2 = .47$). Hierdoor kunnen de resultaten van het onderzoek toch als waardevol gezien worden.

Betrouwbaarheid

De gebruikte meetinstrumenten zijn zelfrapportagevragenlijsten. Dit zou de data kunnen vertekenen, onder andere door beperkt inzicht van cliënten in zichzelf of door sociaal wenselijke antwoorden. De betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse versie van de MAIA-2 worden momenteel onderzocht, waarmee nog niet definitief duidelijk is of de gebruikte vragenlijst betrouwbaar en valide is. De Nederlandse versie van de SLSC-R is betrouwbaar en valide gebleken, maar de vraag is of de vergelijkingsgroep groot genoeg is. Daarbij waren mannen ondervertegenwoordigd bij de vergelijkingdata (VanDromme et al., 2007). In combinatie met het gegeven dat de vragenlijst in Vlaamssprekend België is onderzocht, is het mogelijk dat de vergelijkingsscores een beeld geven dat niet-representatief is voor de gemiddelde Nederlandse populatie.

Vergelijkingsdata

De scores op zelfcompetentie en zelfwaardering van de SLSC-R waren gemiddeld hoger dan bij de vergelijkingdata. Dit is mogelijk te verklaren door de verhouding mannen en vrouwen in het onderzoek. De vergelijkingdata waren gebaseerd met 341 participanten, waarvan 274 (80%) vrouwen (VanDromme et al., 2007). Uit onderzoek van Tafordi en Swann (2001) blijkt dat mannen over het algemeen hoger scoren op zowel zelfcompetentie ($M = 27.23$ mannen, $M = 25.61$ vrouwen) als zelfwaardering ($M = 30.14$ mannen, $M = 28.34$ vrouwen). Dit wordt ondersteund door onderzoek van McMullin en Cairney (2004) en Bleidorn et al. (2015). Ook uit deze studies komt naar voren dat mannen over het algemeen een positiever zelfbeeld hebben dan vrouwen. Verder kan het verschil mogelijk verklaard worden door de gemiddelde leeftijd van de participanten (vergelijkingsdata $M = 18.3$; huidig onderzoek $M = 59.61$). Uit onderzoek blijkt dat het zelfbeeld gedurende de levensloop verandert. Tussen 18 en 22 jaar is het zelfbeeld het laagst en rond 65 -jarige leeftijd het positiefst (Robins & Trzesniewski, 2005).

De participanten die bij Coenenfysiotherapie VOF binnenkwamen met een psychomotorische hulpvraag ($M = 2.90$) scoorden aanmerkelijk lager op de subschaal 'emotioneel bewustzijn' dan de participanten met een fysiotherapeutische of COVID-19 klacht (respectievelijk $M = 3.43$ en $M = 3.33$). De gemiddeld lage scores bij 'gewaarworden' (PMT, $M = 2.68$; COVID-19, $M = 3.33$; Fysiotherapie, $M = 3.13$) en 'luisteren naar lichaam' (PMT, $M = 1.30$; COVID-19, $M = 2.56$; Fysiotherapie, $M = 2.60$) is eveneens hierdoor te verklaren.

Bovendien was de score op de subschaal 'niet storend' van de MAIA-2 bij de onderzochte populatie gemiddeld een stuk lager dan bij de vergelijkingdata ($M = 1.71$, $SD 0.78$ versus $M = 2.17$, $SD 0.87$) (Moeijes et al., 2021). Dit kan mogelijk verklaard worden door het gegeven dat 84,3% van de participanten aangemeld waren met een fysiotherapeutische klacht. Bij fysiotherapeutische klachten is er vaak sprake van fysiek ongemak en pijn. Afleiding leidt tot een lagere pijnintensiteit, wat de lagere score op 'niet-storend' mogelijk kan verklaren (Kohl et al., 2013).

Analyse

In huidig onderzoek is onder andere gebruik gemaakt van stepwise multiregressies. Het gebruik van een stepwise multiregressie bevat enkele mogelijke problemen, zoals het onjuiste gebruik van vrijheidsgraden, identificatie van de beste voorspeller en de reproduceerbaarheid (Lewis, 2007). Nochtans is hiervoor gekozen, omdat Menard (1995) aangeeft dat deze vorm van een multiregressie analyse de voorkeur heeft bij een exploratief voorspellend onderzoek.

Uitkomsten

Er werd verwacht dat het interoceptief bewustzijn op zowel de zelfwaardering als zelfcompetentie invloed had. Uit huidig onderzoek blijkt dat vooral de zelfwaardering beïnvloed wordt ($R^2 = .47$, $B = 2.23$). Een verbetering van het interoceptief bewustzijn voorspelt maar in kleine mate een verhoging van de zelfcompetentie ($R^2 = .25$, $B = 1.43$). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zelfwaardering eerder in het proces wordt waargenomen door de hersenen. In de anterior insula cortex (AIC) komen de lichamelijke signalen voor het eerst bij elkaar (Craig, 2002). Het blijkt dat in de AIC positieve en negatieve gevoelens over jezelf worden waargenomen (Sui & Gu, 2017). Verder wordt een vergroot volume van grijze massa in de AIC gevonden bij mensen met een hoge zelfwaardering (Guan et al., 2021; Hou et al., 2017). Mogelijk is de grotere invloed van het interoceptief bewustzijn op de zelfwaardering in huidig onderzoek te verklaren door de gevonden associaties met zelfwaardering in de AIC.

De dimensie 'Vertrouwen op lichamelijke gewaarwordingen' speelt bij beide componenten een grote rol. Het vertrouwen op het lichaam zou als voorwaarde kunnen gelden voor de andere dimensies. Dit behoeft extra onderzoek.

Aanbevelingen

Huidig onderzoek geeft veelbelovende aanwijzingen dat het interoceptief bewustzijn, vooral het vertrouwen op lichamelijke gewaarwordingen, een grote invloed heeft op het zelfbeeld. Het dient ter aanbeveling om het onderzoek te herhalen met een grotere en diverse populatie, waarbij een hiërarchische multiregressie met de subschalen 'vertrouwen', 'luisteren naar lichaam', 'aandacht sturen' en 'niet-verontrustend' gehanteerd wordt.

Een vervolgonderzoek gericht op causaliteit heeft de voorkeur, zodat er een krachtige onderbouwing komt voor de invloed van het interoceptief bewustzijn op het zelfbeeld.

Referentielijst

- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655–666. <https://doi.org/10.1038/nrn894>
- Cali, G., Ambrosini, E., Picconi, L., Mehling, W. E., & Committeri, G. (2015). Investigating the relationship between interoceptive accuracy, interoceptive awareness, and emotional susceptibility. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01202>
- Clark, J. (2018, 7 mei). *How to Perform a Heteroskedasticity Test*. Magoosh Statistics Blog. Geraadpleegd op 30 april 2022, van <https://magoosh.com/statistics/how-to-perform-a-heteroskedasticitytest/#:~:text=There%20are%20three%20primary%20ways,test%20as%20a%20general%20model.>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dunn, B. D., Galton, H. C., Morgan, R., Evans, D., Oliver, C., Meyer, M., Cusack, R., Lawrence, A. D., & Dalgleish, T. (2010). Listening to Your Heart. *Psychological Science*, 21(12), 1835–1844. <https://doi.org/10.1177/0956797610389191>
- 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>
- Farb, N., Daubenmier, J., Price, C. J., Gard, T., Kerr, C., Dunn, B. D., Klein, A. C., Paulus, M. P., & Mehling, W. E. (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 26 mei 2022, van <http://hdl.handle.net/1942/17258>
- Field, A. (2018). *Discovering statistic using IBM SPSS Statistics*. Los Angeles: Sage Publications Ltd.
- Guan, F., Liu, G., Pedersen, W. S., Chen, O., Zhao, S., Sui, J., & Peng, K. (2021). Neurostructural correlates of dispositional self-compassion. *Neuropsychologia*, 160. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2021.107978>.
- Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2014). *Transdiagnostische factoren. Theorie & praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Hou, X., Allen, T. A., Wei, D., Huang, H., Wang, K., DeYoung, C. G., & Qiu, J. (2017). Trait compassion is associated with the neural substrate of empathy. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 17, 1018 -1027. <https://doi.org/10.3758/s13415-017-0529-5>
- 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., Oppenheimer, S., Petzschner, F. H., Pollatos, O., Rhudy, J. L., Schramm, L. P., Simmons, W. K., Stein, M. B., ... Zucker, N. (2017). Interoception and mental health: A roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(6), 501–513. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004>
- Koban, L., Gianaros, P. J., Kober, H., & Wager, T. D. (2021). The self in context: brain systems linking mental and physical health. *Nature Reviews Neuroscience*, 22(5), 309–322. <https://doi.org/10.1038/s41583-021-00446-8>
- Kohl, A., Rief, W., & Glombiewski, J. A. (2013). Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *The Journal of Pain*, 14(3), 305–315. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.12.005>
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld: Competitive Memory Training*

- bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lewis, M. (2007). *Stepwise versus Hierarchical Regression: Pros and Cons*. San Antonio: University of North Texas. Verkregen via <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED534385.pdf>
- McMullin, J. A., & Cairney, J. (2004). Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies* 18(1), 75-90. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2003.09.006>
- 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>
- Menard, S. (1995). *Applied logistic regression analysis. Sage University Paper series on Quantitative Applications in the Social Sciences, series no. 07-106*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Moeijes, J., De Haan, A., Scheffers, M., & Van Mierlo, L. (2021). *Doen en meten: Overzicht vragenlijsten psychomotorische therapie*. Zwolle: Repro Campus Windesheim.
- Monti, A., Porciello, G., Panasiti, M. S., & Aglioti, S. M. (2021). The inside of me: interoceptive constraints on the concept of self in neuroscience and clinical psychology. *Psychological Research*. <https://doi.org/10.1007/s00426-021-01477-7>
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a name? *The Open Complementary Medicine Journal*. 105-13.
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158–162. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x>
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139, 213-240.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Sui, J., & Gu, X. (2017). Self as object: Emerging trends in self research. *Trends in Neurosciences*, 40(11), 643 -653. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tins.2017.09.002>
- Tafarodi, R. W., & Milne, A. B. (2002). Decomposing Global Self-Esteem. *Journal of Personality*, 70(4), 443–484. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.05017>
- Tafordi, R., & Swann, W. (2001). Two-dimensional self-esteem: theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 653-673. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00169-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00169-0)
- Waite, P., McManus, F., & Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for loss self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 1049-1057.
- Wu, K. D., Clark, L. A., & Watson, D. (2006). Relations between Obsessive–Compulsive Disorder and personality: Beyond Axis I–Axis II comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(6), 695–717. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.11.001>
- 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>
- Vandromme, H., Hermans, D., Spruyt, A., & Eelen, P. (2007). Dutch translation of the Self-Liking/Self-

Competence Scale–Revised: A confirmatory factor analysis of the two-factor structure. *Personality and Individual Differences*, 42, 157-167.

doi:10.1016/j.paid.2006.07.001

Vandromme, H., Hemans, D., & Spruyt, A. (2011). Indirectly Measured Self-esteem Predicts Gaze Avoidance. *Self and Identity*, 10(1), 32-43. <https://doi.org/10.1080/15298860903512149>

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/10.1080/14999013.2016.1152613>

Bijlage 1. MAIA-2

Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness -2 NL

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 bezig houden, 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 er mee bezig.	0	1	2	3	4	5	

16	Ik kan op mijn ademhaling letten zonder te worden afgeleid door wat er om me heen gebeurt.	0	1	2	3	4	5
17	Ik kan me bewust blijven van wat ik in mijn lichaam voel, zelfs als er om me heen van alles gebeurt.	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 het 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 gemakkelijk wordt als ik me 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

Bijlage 2. SLSC-R

Self-Liking and Competence Scale – Revised

Geef aan in welke mate U akkoord bent met onderstaande uitspraken door één van de cijfers te omcirkelen.

1	2	3	4	5
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Ik heb de neiging mezelf te onderwaardenen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik ben erg doeltreffend in de dingen die ik doe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik voel me erg op mijn gemak over mezelf. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik ben bijna altijd in staat hetgeen te bereiken waar ik voor ga. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik voel me zeker wat betreft mijn gevoel van eigenwaarde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Het is soms onaangenaam voor mij om over mezelf te denken. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik heb een negatieve houding ten opzichte van mezelf. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Soms vind ik het moeilijk de dingen te verwezenlijken die belangrijk zijn voor mij. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik voel me heel goed over wie ik ben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik pak mijn uitdagingen soms slecht aan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik twijfel nooit aan mijn persoonlijke waarde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik presteer zeer goed op veel dingen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik slaag er soms niet in om mijn doelen te realiseren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik ben erg getalenteerd. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik heb niet genoeg respect voor mezelf. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ik wou dat ik meer bekwaam was in de dingen die ik doe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bijlage 3. Informed consent en algemene gegevens

Geachte mevrouw/mijnheer,

Hierbij willen wij uw medewerking vragen voor een onderzoek in het kader van mijn opleiding aan de Master Psychomotorische Therapie van Hogeschool Windesheim te Zwolle. Dit onderzoek richt zich op het verband tussen het lichaamsbewustzijn en het zelfbeeld. Het onderzoek wordt begeleid door Dr. Mia Scheffers, associate lector van het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim.

Als therapeut ben ik erg gemotiveerd om mensen zo goed mogelijk in hun vel te laten zitten. Nu is uit onderzoek gebleken dat de manier waarop iemand naar zichzelf kijkt, het zelfbeeld, bij veel klachten een rol speelt.

Vanuit de literatuur zijn er verschillende verbanden te leggen tussen het zelfbeeld en het lichaamsbewustzijn. Als psychomotorische therapeut werk ik veel met het lichaam. Door middel van mijn masterthesis wil ik onderzoeken wat de relatie is tussen hoe bewust iemand is van zijn lichaam en het zelfbeeld.

Door de resultaten van dit onderzoek zouden in de toekomst personen effectiever behandeld kunnen worden.

Het invullen van de vragen zal ongeveer 15 minuten van uw tijd kosten. De door u verstrekte gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem geanalyseerd worden. Mocht u interesse hebben in de bevindingen van het onderzoek, dan kunt u dit aan het eind van de vragenlijst aangeven.

Indien u bereid bent mee te doen aan het onderzoek, verzoeken wij u vriendelijk om de vragenlijsten in te vullen. Neem rustig de tijd om de vragen en stellingen door te lezen en probeer zo eerlijk mogelijk te antwoorden. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met Jaisey Coenen via info@beweegmij.nl

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,
Jaisey Coenen

*Psychomotorische Therapeut en Bewegingsagoog
Runningtherapeut
Coenenfysiotherapie & BeweegMij*

Verklaring van toestemming voor onderzoek
“Ik ben me bewust van mijn lijf & voel me goed over mezelf!”

- Ik heb de informatie over het onderzoek gehoord en gelezen.
- 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 binnen Coenenfysiotherapie/BeweegMij.
- Er wordt vertrouwelijk omgegaan met mijn gegevens. De gegevens worden anoniem geanalyseerd.

Paraaf:

.....

Algemene gegevens:

Leeftijd:

Geslacht:

- Man
- Vrouw
- Anders, namelijk
- Wil ik niet zeggen

Huwelijkse staat:

- Ongehuwd
- Gehuwd
-

Opleidingsniveau:

- Basisschool
- VBO/LWO/VMBO (beroepsgerichte leerweg)
- MAVO/VMBO (theoretische leerweg)
- HAVO/MULO/MMS
- VWO/HBS/gymnasium
- MBO
- HBO/universitair

Lengte:

Gewicht:

Aanmeldingklacht bij Coenenfysiotherapie of BeweegMij:

.....