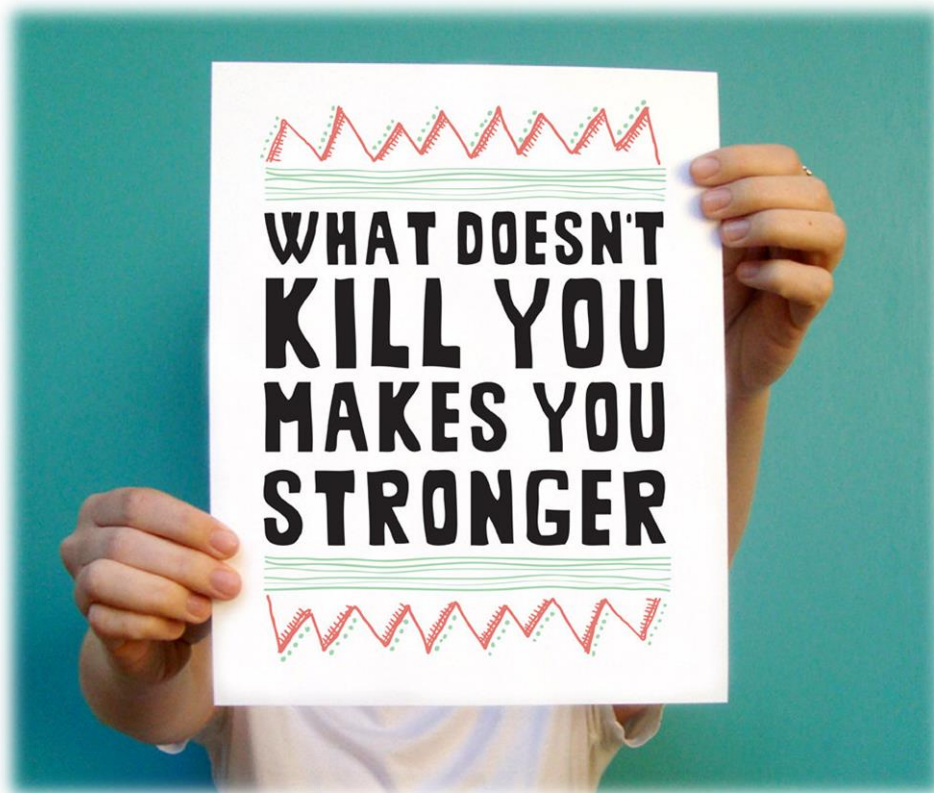


'Waar pijn is, is leven!'

Het effect van Acceptance and Commitment Therapy als aanvulling op psychomotorische therapie bij een cliënt met chronische lichamelijke klachten.



Student
Kim Praas

Begeleidster
Dieneke Jol

Beoordelaar
Sandra Verbeeten

Afstudeeropdracht Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie
Christelijke Hogeschool Windesheim - 2014

Voorwoord

Beste lezer,

Neemt u een kijkje in de scriptie 'Waar pijn is, is leven!'. Deze scriptie heb ik geschreven als afstudeeropdracht voor mijn opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie aan de School of Human Movement and Sports, Windesheim, te Zwolle. Het onderwerp is voortgekomen uit mijn eindstage als beginnend psychomotorisch therapeut op de Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) in de Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) te Almelo. Een plek voor zowel psychiatrische dagbehandeling als langdurige of acute opname.

Tijdens mijn stageperiode in Almelo gaf ik therapie aan de behandelgroep van de cursus 'Omgaan met CLK', waarbij CLK staat voor chronische lichamelijke klachten. Al snel kwam ik er achter dat ik door mijn chronische nek- en rugklachten, als gevolg van een auto-ongeluk, zelf tot deze doelgroep behoor. Ik merkte dat ik tegen dezelfde mentale problemen aan ben gelopen als mijn cliënten, alleen heb ik mede door mijn opleiding sneller een omslag kunnen maken naar het positieve. Hoe meer verhalen ik hoorde, hoe meer ik ook de cliënten deze omslag gunde. Ik ben op zoek gegaan naar de grootste mentale problemen en ging terugdenken aan wat ik lastig vond. Al snel kwam ik tot de conclusie dat het accepteren van de pijn en het blijven doen van dingen waar je waarde aan hecht en van geniet erg moeilijk is. Vanuit de stagecontext kwam de vraag of PMT aangevuld kon worden met Acceptance and Commitment Therapy (ACT) waarna ik me hierin ben gaan verdiepen. ACT sluit aan bij de mentale problemen zoals hierboven genoemd waardoor ik gemotiveerd werd om hier onderzoek naar te doen.

In dit voorwoord wil ik gebruik maken van de gelegenheid om mijn stagebegeleiders Bonne Oosterhuis en Jolise Kreuger te bedanken voor de ondersteuning die ze mij gaven tijdens het uitvoeren van mijn onderzoek. Het meedenken en aandragen van ideeën heeft mij enorm geholpen.

Daarnaast wil ik Dienneke Jol, als mijn begeleidster tijdens dit onderzoek, bedanken voor haar hulp. Haar onvoorwaardelijke enthousiasme en daarbij ook kritische blik is telkens het zetje in mijn rug geweest om verder te gaan. Door haar vertrouwen in het eindresultaat bleef ik gemotiveerd om door te gaan, waardoor ik nu met trots terug kan kijken op een geslaagd onderzoek.

Als laatste gaat mijn dank uit naar alle mensen om me heen, waaronder mijn ouders en vrienden die me hebben geholpen en gesteund waar dat kon en een blik hebben laten vallen op de inhoud, opmaak en spelling van mijn scriptie. Mijn vriend wil ik bedanken voor zijn steun en vertrouwen in mij tijdens dit onderzoek en als toekomstig psychomotorisch therapeut. In het bijzonder een bedankje naar mijn broer, die heeft geholpen tijdens het uitwerken van de resultaten en zijn expertise heeft ingezet omtrent de literatuurlijst en het continu controleren op spelling en opmaak.

Kim Praas
Zwolle, mei 2014

Samenvatting

Chronische lichamelijke klachten betekent vaak niet alleen lichamelijke klachten, hierbij spelen psychische oorzaken en/of gevolgen ook een rol. Cliënten ervaren onder andere veel stress en vinden het moeilijk om met deze klachten om te gaan. Een therapievorm die gericht is op acceptatie en waardegericht handelen is de Acceptance and Commitment Therapy. ACT is als aanvulling op PMT bij één cliënt ingezet en er is vervolgens gekeken naar het effect hiervan op de vermoeidheidsklachten, het lichaamsbewustzijn en de kwaliteit van leven. Met dit onderzoek is geprobeerd om meer inzicht te ontwikkelen in de bruikbaarheid van deze aanvulling. Tijdens dit acht weken durende onderzoek heeft de cliënt twee start- en eindvragenlijsten en een wekelijkse vragenlijst ingevuld. Twee keer in de week, tijdens de PMT, zijn er themagerichte interventies met haar gedaan. Uit de resultaten bleek dat er meerdere aspecten zijn die deze drie factoren beïnvloeden. Naast de invloed van ACT hebben ook privégebeurtenissen grote invloed. Hierdoor blijkt het moeilijk om duidelijk aan te geven welke invloed ACT heeft, dit is tevens het belangrijkste discussiepunt. In de resultaten is echter wel te zien dat er bij alle drie de factoren een kleine of grote verbetering heeft plaatsgevonden waar de ACT zijn bijdrage aan heeft geleverd.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
1. Inleiding	5
2. Methode	8
2.1 Onderzoeksdesign	8
2.2 Meetinstrumenten	8
2.3 Procedure	9
2.4 Methode van dataverwerking	9
3. Resultaten	10
3.1 Gerealiseerde onderzoek	10
3.2 Resultaten	10
3.2.1 Resultaten GPE's	10
3.2.2 Resultaten SBC en MVI-20	11
4. Discussie	13
4.1 Interpretatie van de resultaten	13
4.2 Bediscussiëren van de resultaten	14
4.3 Reflectie op de methode, resultaten en uitvoering	14
5. Conclusie	16
5.1 Antwoord op de onderzoeksvraag	16
5.2 Praktijkrelevantie van het onderzoek	16
6. Aanbevelingen	17
Literatuurlijst	18
Bijlagen	20
Bijlage 1: Uitleg per thema	20
Bijlage 2: Metaforen en opdrachten	21
Bijlage 3: GPE's en vragenlijsten	25

1. Inleiding

Aanleiding van het onderzoek

Voor dit onderzoek ligt de focus op de doelgroep chronische lichamelijke klachten. De Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) van de Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) in Almelo biedt de cursus 'Omgaan met chronisch lichamelijke klachten' aan, waarbinnen de psychomotorisch therapeuten een onderdeel verzorgen. Vanuit de therapeuten en medewerkers van de cursus kwam de vraag of het PMT gedeelte binnen de cursus zou kunnen worden aangevuld met elementen uit de Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

Chronische lichamelijke klachten zijn klachten die langer dan zes maanden aanhouden of continu terug komen. Flik, van der Kloot en Koers (2005) schreven in hun artikel 'Chronische pijn is zowel lichamelijk als geestelijk zeer stressvol' (p. 63). Naast de lichamelijke klachten zijn er vaak ook psychische oorzaken en/of gevolgen. Het hebben van constante pijn brengt verschillende emoties met zich mee. Een aantal van de gevoelens die hierbij horen zijn: stress, een schuldgevoel ten opzichte van de omgeving, depressie, een gevoel van angst, boosheid, onmacht en onzekerheid over de toekomst. Deze gevolgen kunnen invloed hebben op sociaal en/of beroepsmatig gebied (Korrelatie, z.j.). Onderzoek van Turk en Okifiji (2001) wijst uit dat er psychologische factoren betrokken zijn bij de pijnklachten van mensen met chronisch lichamelijke klachten, waardoor er ruimte is voor psychologen of psychiaters om invloed uit te oefenen op het proces van de cliënt en op de pijnklachten of de omgang hiermee. Anja is de cliënte die gevolgd wordt in dit n=1 onderzoek.

Anja is een 55 jarige vrouw met chronische lichamelijke pijn- en vermoeidheidsklachten. Tot Anja twee jaar geleden in de ziektewet kwam heeft ze gewerkt als schoonmaakster. Er zijn in het verleden verschillende life-events geweest die mede oorzaak zijn van de situatie op dit moment. Haar schoonvader was alcoholist en ze zijn opgelicht door haar schoonzus, waardoor ze nog steeds schulden af moeten lossen. Daarnaast gaat het met haar eigen, maar ook de gezondheid van haar man, niet goed. Anja ervaart veel stress door problemen met het UWV en rondom de financiën, wat er voor zorgt dat ze overbelast is geraakt. Anja laat veel onderzoeken uitvoeren op haar lichaam op zoek naar somatische oorzaken. Ze vindt het moeilijk om te kijken naar eigen beïnvloedingsmogelijkheden.

Anja is een spontane en gezellige vrouw met een klein en smal postuur. Ze staat sterk in haar schoenen en is een doorzetter. Ze haalt haar plezier uit de momenten met haar kinderen en kleinkinderen. Anja is een echte doener en geen denker, wat de vermoeidheid alleen maar verergert. Anja komt over als een zeer adequate vrouw waardoor overvraging door de omgeving een risico blijkt. Anja vindt het moeilijk om taken of activiteiten half te doen en zal altijd doorgaan tot iets af is, ten koste van haar lichaam. Ze wil meer rust en balans in haar leven en beter leren omgaan met haar klachten.

De cursus 'Omgaan met CLK' wordt aangeboden aan maximaal 8 cliënten met chronische lichamelijke klachten die op zoek zijn naar handvaten om met deze klachten te leven. De cursusduur is twaalf weken, twee dagen in de week. Tijdens de cursus ligt de focus op de balans tussen in- en ontspanning en tussen belastbaarheid en belasting. Bij gezonde mensen zijn deze twee op elkaar afgestemd, wanneer dit verstoord is komt dit door een vermindering in de belastbaarheid of door te hoge belasting (Bernards, Hagens, Oostendorp & Wams, 1999). Het doel van deze cursus is om de kwaliteit van leven beter te maken en te zorgen dat de klachten minder de levenswijze van de cliënt beheersen (ZGT, z.j.).

Uit onderzoek van Flik, van der Kloot en Koers (2001), waarbij cliënten van een pijncursus werden vergeleken met cliënten die ambulante fysiotherapie kregen, blijkt dat ernstigere pijnklachten samengaan met ernstigere klachten op psychisch gebied en met een slechtere kwaliteit van leven. Zij beschrijven tevens dat het bij cliënten met chronische pijnklachten veel voorkomt dat ze de

emotionele problematiek ontkennen, waardoor een depressie snel onderschat wordt. Daarnaast zijn symptomen van pijn en depressie deels hetzelfde, zoals vermoeidheid door slaapproblemen, gewichtsverlies en sociaal terugtrekgedrag.

Poppe (2005) benoemt dat patiënten vaak sterk somatisch gericht zijn en weerstand bieden ten opzichte van het biopsychosociaal model. Volgens dit model zijn er bij het ontstaan, voortbestaan of herstel van de klacht meerdere factoren die meespelen en onderling invloed hebben op elkaar. Deze factoren liggen op sociaal, psychisch en biologisch vlak (Versluijs-Eering, 2004). Volgens Hekking en Fellingner (2011) moet je op alle drie de factoren letten om bepaald gedrag te begrijpen. Dit wordt gebruikt binnen de psychomotorische therapie om gedrag in beeld te brengen en de behandeling vorm te geven.

Binnen boven beschreven cursus verzorgt de PMT twee blokken van een uur, bewust verdeeld in een blok fitness en een blok ontspanning. Tijdens de fitness is het de bedoeling dat een ieder op zoek gaat naar fysieke grenzen. In een onderzoek van Chatzitheodorou, Mavromoustakos en Milioti (2008) staat beschreven dat bij patiënten met chronische pijnklachten de vrijmaking van cortisol, ook wel stresshormoon genoemd, vaak is ontregeld. Bij patiënten met chronische pijn die ook depressieve klachten hebben gaat de remming van cortisol niet meer automatisch en blijft dit niveau hoog, wat kan resulteren in gewichtstoename, snellere vermoeidheid en depressiviteit. Na hun twaalf weken onderzoek bleek dat door hoog intensieve aerobe training op het gebied van pijn, functionele beperkingen en depressie een sterke vermindering heeft plaatsgevonden.

Tijdens de tweede cursusdag wordt er naast fitness ook een spel gespeeld. Het doel hiervan is om de cliënt te laten ervaren dat ze keuzemogelijkheden hebben en zelf kunnen zoeken naar mogelijkheden zodat ze hun grenzen kunnen bewaken.

In het ontspanningsblok wordt gebruikt gemaakt van verschillende ontspanningsoefeningen. Iedereen heeft een klein beetje stress nodig, maar dit moet wel in evenwicht zijn met de ontspanning. Wanneer dit uit balans is kan dit lichamelijke klachten geven (Bosma Winters, z.j.). Door de ontspanningsoefeningen hier te aan te bieden kunnen cliënten makkelijker de transfer naar thuis maken om daar ook te oefenen.

Anja heeft 'vroeger' fanatiek gevoetbald. Tegenwoordig beweegt ze nog weinig. Ze vindt het heerlijk om zich even uit te leven in een spel, gezellig met z'n allen iets leuks doen. Een moment pakken voor ontspanning is moeilijk, maar als ze eenmaal ligt kan ze heerlijk ontspannen.

De therapie die in dit onderzoek als aanvulling op de PMT gebruikt wordt is de Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Het vergt veel oefening om je deze therapie eigen te maken. ACT biedt diepgaande antwoorden op een aantal bekende levensvragen als 'Waarom is het leven zo moeilijk' en 'Wat kunnen we er eigenlijk aan doen?'. ACT is een gedragstherapie waarbij het draait om de actie, dat is ook de reden dat ACT wordt uitgesproken als een volledig woord. Tevens is het een reden waarom ACT aansluit bij PMT. ACT bestaat uit zes therapeutische kernprocessen waarvan er in dit onderzoek drie worden toegepast als interventie tijdens de PMT.

Vowles, Wetherell en Sorrel (2009) beschreven in hun onderzoek twee pilot onderzoeken om het effect van acceptatie, mindfulness en waarde gericht handelen bij chronische pijn weer te geven. In het eerste pilot onderzoek kregen de patiënten naast de ACT interventies ook psycho-educatie over verschillende thema's. De uitkomst van het onderzoek was dat er een grote verbetering plaatsvindt op acceptatie, pijn en depressie, maar niet op fysieke beperkingen. Dit geeft aan dat acceptatie en kwaliteit van leven ook kan verbeteren zonder de verbetering van fysieke klachten.

De drie kernprocessen die in dit onderzoek als interventie worden gebruikt zijn:

Acceptatie (jezelf openstellen)

Plaatsmaken voor vervelende gevoelens, die je normaal wegdrukt, zonder te vechten.

Waarden (weten wat ertoe doet)

Gewenste kwaliteiten die we over een langere periode willen uitdragen, ze geven je richting.

Verbonden actie (doen wat je moet doen)

Doen wat je moet doen om naar die waarden te leven ook al leidt dit soms tot ongemak.

Het onderzoeken van alle zes kernprocessen zou te veel zijn. Na het verdiepen in de verschillende kernprocessen heeft de onderzoeker een keuze gemaakt. De keuze is gevallen op deze drie, omdat ze goed bij elkaar aansluiten en vooral passen bij de cliënt en therapeut. Ze zijn het meest toegankelijk voor beginners van ACT.

“Er is een acroniem die het hele model makkelijk samenvat:

A = *Accept*, aanvaard je gedachten en gevoelens, en wees aanwezig.

C = *Choose*, kies een door waarden geleide richting.

T = *Take action*, onderneem actie”(Harris, 2013, p. 21-25).

Probleemstelling

Er is tot nu toe weinig bekend over de bruikbaarheid van ACT als aanvulling op een module PMT bij cliënten met CLK.

Doelstelling

Meer inzicht ontwikkelen in de bruikbaarheid van ACT als aanvulling op een module PMT voor cliënten met CLK.

Relevantie van het onderzoek

Door middel van onderzoek van Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen & Gallagher (2005) wordt de incidentie van chronische pijn in Nederland geschat op 18%, ongeveer 1 op de 5 inwoners. Uit onderzoek naar ACT blijkt dat het invloed heeft op de gedachtegang waardoor de PMT-er die met CLK werkt handvaten heeft om cliënten kennis te laten maken met een andere visie.

De vraag die de basis vormt voor dit onderzoek is:

'Wat is het effect van drie therapeutische kernprocessen uit de ACT als aanvulling op de PMT op lichaamsbewustzijn, vermoeidheid en kwaliteit van leven bij een cliënt met chronische lichamelijke klachten?'

Hierbij een leeswijzer met daarin een beschrijving van de inhoud van deze scriptie, zodat duidelijk is welke hoofdstukken er nog zullen komen.

In hoofdstuk 1 wordt stapsgewijs de methode van dit onderzoek beschreven. Hoofdstuk 2 omvat de resultaten van de onderzoeksinstrumenten gevolgd door de discussie in hoofdstuk 3. De conclusie, met daarin een kort antwoord op de onderzoeksvraag, wordt gegeven in hoofdstuk 4 met de aanbevelingen in hoofdstuk 5. Hierna volgen nog de literatuurlijst en bijlagen.

2. Methode

2.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is een n=1 onderzoek. In dit onderzoek worden herhaalde metingen verricht bij één proefpersoon om na te gaan of er sprake is van vooruitgang op de gestelde doelen. Herhaald n=1 onderzoek is van waarde bij het vaststellen van de effectiviteit van interventies (Netwerk Effectieve Jeugdzorg Amsterdam, z.j.).

2.2 Meetinstrumenten

Er wordt bij dit onderzoek gebruik gemaakt van twee vragenlijsten. De Scale of Body Connection (SBC) (Price & Thompson, 2007) en de Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI-20) (Smets, 1995).

De SBC is een vragenlijst die gericht is op het lichaamsbewustzijn. De vragenlijst bestaat uit twintig vragen die verdeeld zijn over twee dimensies. De ene is de mate van lichaamsbewustzijn, de bewuste aandacht voor sensorische signalen. De andere is de mate van dissociëren van lichaamssignalen, zoals gevoelens en sensaties. Een hoge score op de eerste wil zeggen dat er bewuste aandacht is voor het lichaam. Een hoge score op de tweede wil zeggen dat er ruimte is tussen emoties en het lichaam (Manders, 2010).

De MVI-20 is een vragenlijst die veel wordt gebruikt bij patiënten na een kankerbehandeling, omdat men hier vaak vermoeidheidsklachten aan overhoudt. Ook cliënten met chronische lichamelijke klachten hebben veel last van vermoeidheidsklachten, dat is de reden van het gebruiken van deze vragenlijst. Deze vragenlijst bestaat uit twintig uitspraken en stellingen verdeeld over vijf dimensies van vermoeidheid en de consequenties hiervan. Deze vijf dimensies zijn: algemene vermoeidheid, lichamelijke vermoeidheid, vermindering van activiteit, vermindering van motivatie en cognitieve vermoeidheid. Het is een zelfrapportage instrument (Engelen, 2012).

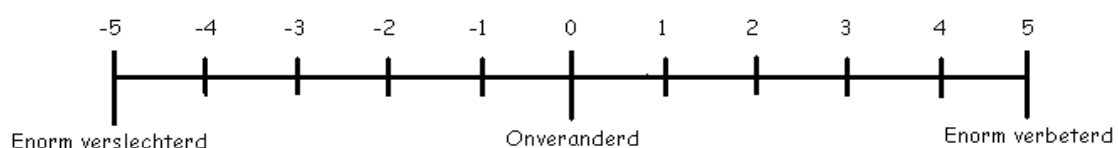
Deze beide vragenlijsten worden al gebruikt binnen de PMT bij de CLK-cursus die wordt aangeboden in de Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) in Almelo.

Naast deze vragenlijsten wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van het Global Perceived Effect (GPE). GPE is een manier om aan de hand van een vraag, die je bijvoorbeeld wekelijks stelt, een lijn te zien in de ontwikkeling van een cliënt. Het voordeel van GPE is dat je het kan aanpassen aan de cliënt en het onderzoek (Engelen, 2009). In figuur 2.1 is te zien op welke lijn de cliënt wekelijks een kruisje mag zetten voor het cijfer dat past bij de bijdrage van PMT aan de verschillende aspecten. In deze lijn staat 0 voor gelijk aan de startweek, vervolgens gaat het bij de mincijfers steeds slechter en bij de pluscijfers steeds beter. Het is voor de cliënt een kleine moeite om deze drie vragen wekelijks te beantwoorden. Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de volgende drie vragen.

In hoeverre heeft de PMT deze week bijgedragen aan het verminderen van je vermoeidheidsklachten, ten opzichte van je startweek?

In hoeverre heeft de PMT deze week bijgedragen aan het verminderen van je pijnklachten, ten opzichte van je startweek?

In hoeverre heeft de PMT deze week bijgedragen aan jouw geluksgevoel(kwaliteit van leven), ten opzichte van je startweek?



Figuur 2.1: GPE

2.3 Procedure

Het onderzoek start met een intakegesprek met Anja met daarin het voorstel van het onderzoek en de vraag of ze mee wil werken aan dit onderzoek. Hierna volgt de kennismaking en daarna gaat het onderzoek van start.

Anja's antwoord op de vraag of ze deel wil nemen aan het onderzoek:
'Joh, als ik jou daarmee kan helpen dan doe ik dat graag, als ik maar niet te veel thuis moet doen of veel papierwerk krijg!'

De cursus 'Omgaan met CLK' duurt 12 weken. Vanaf de derde week van de cursus loopt ook het onderzoek. Op deze manier kan Anja eerst twee weken wennen aan de groep en aan de therapieën en heeft ze aan het einde nog twee weken om eventueel wat extra te oefenen. De cliënt zal de reguliere PMT blijven volgen, dit is twee keer in de week. Tijdens deze momenten zal ze individuele aandacht krijgen voor het onderzoek. Er wordt voornamelijk gebruik gemaakt van de momenten dat ze pauze neemt tijdens het fitnesssen en na een blok. Ze wordt dan apart genomen in een andere ruimte, of er wordt haar iets mee gegeven. De tijdsduur verschilt per thema en activiteit, gemiddeld een kwartier. Er is bewust gekozen om de intensiteit van de interventies niet te groot te maken zodat ze normaal deel kan nemen aan de PMT.

Aan het begin van de 8 weken onderzoek worden de twee vragenlijsten afgenomen. Vervolgens worden wekelijks de GPE's ingevuld en het onderzoek wordt afgesloten met wederom beide vragenlijsten. Bij elk thema zal ze een korte toelichting krijgen om mee naar huis te nemen zodat ze deze daar een aantal keer door kan lezen. Het is bekend dat Anja moeite heeft met begrijpend lezen, waardoor ze dit nodig heeft. Bij elk thema horen verschillende opdrachten. Dit kan in de vorm van een metafoor zijn, in de vorm van een toneelspel of in de vorm van een schrijfopdracht. De bij elk thema behorende teksten en opdrachten zijn te vinden in de bijlagen.

De eerste week zal in het thema staan van kennismaking met ACT en de toelichting van de verschillende thema's. In week twee en drie staat het thema 'Acceptatie' centraal, in week vier en vijf het thema 'Waarden' en in week zes en zeven het thema 'Bereidheid'. In week acht wordt vooral gericht op de afronding van dit onderzoek en het vervolg voor Anja. Aan het einde van week vier zal er een tussenevaluatie plaatsvinden met Anja. Aan het einde van week acht zal ze voor de laatste keer de twee vragenlijsten, SBC en MVI-20 invullen. Hiernaast vindt ook een eindevaluatie plaats.

2.4 Methode van dataverwerking

Voor het verwerking van de gegevens die uit de GPE's zijn gekomen wordt gebruik gemaakt van het programma Excel. De gegevens worden weergegeven in een lijndiagram, waarin alle drie de vragen verwerkt worden. Deze keuze is gemaakt zodat alles in één grafiek te zien is, waarbij ze met elkaar kunnen worden vergeleken en er op die manier verbanden kunnen worden gelegd tussen de drie thema's.

Bij de twee vragenlijsten, de SBC en MVI-20, is een uitkomst te berekenen door bij elke vraag het ingevulde cijfer op te tellen en aan het einde te delen door het aantal vragen. Op deze manier krijg je een gemiddelde die aangeeft hoe de cliënt gescoord heeft. Elke vragenlijst bevat twee of meer thema's waarover de vragen zijn verdeeld. De scores van de eerst ingevulde vragenlijst kunnen dan worden vergeleken met de laatst ingevulde vragenlijst.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk staat het daadwerkelijk uitgevoerde onderzoek met daarbij de resultaten beschreven. De resultaten zijn relevant en zonder interpretatie weergegeven per vragenlijst.

3.1 Gerealiseerde onderzoek

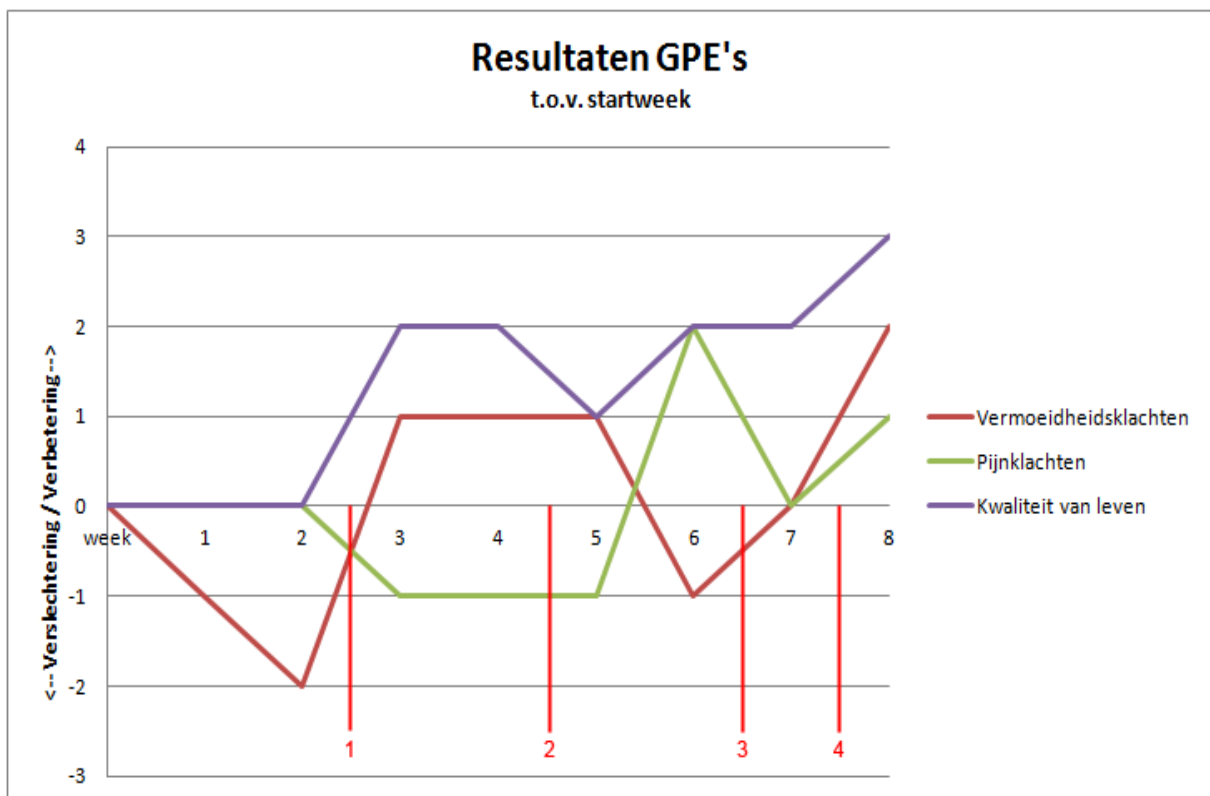
Het onderzoek is grotendeels verlopen zoals vooraf was gepland. Anja wilde graag helpen met het onderzoek waardoor het onderzoek al snel kon starten. Als meetinstrumenten zijn de GPE's, SBC en MVI-20 gebruikt. De dataverwerking voor de GPE's is in Excel gedaan. Een aantal gebeurtenissen die invloed hebben gehad op het onderzoek staan aan de hand van cijfers weergegeven in de grafiek.

3.2 Resultaten

3.2.1 Resultaten GPE's

In figuur 3.1 zijn de resultaten te zien van de drie GPE's. Deze zijn alle drie in één grafiek geplaatst om weer te geven hoe ze met elkaar in verband staan. Duidelijk zichtbaar in de grafiek is dat in eerste instantie de vermoeidheid erger wordt en de pijnklachten en kwaliteit van leven gelijk blijven. Vanaf week 3 begint er een schommeling plaats te vinden bij alle drie de GPE's. Van week 3 tot en met week 5 zijn de pijnklachten gelijkmatig iets slechter, de vermoeidheid iets verbeterd en de kwaliteit van leven een stuk beter. Na week 5 komt hier een grote verandering in. De pijnklachten worden een stuk beter terwijl de vermoeidheid slechter wordt, echter blijft de kwaliteit van leven beter. In de laatste week zie je een verbetering bij alle drie, waarbij een grote verbetering in kwaliteit van leven.

Anja na week 3: 'Raar, mijn pijn is deze week erger, maar ik voel me beter. Ik heb een leuk weekend gehad, dat kan dus ook helpen.'



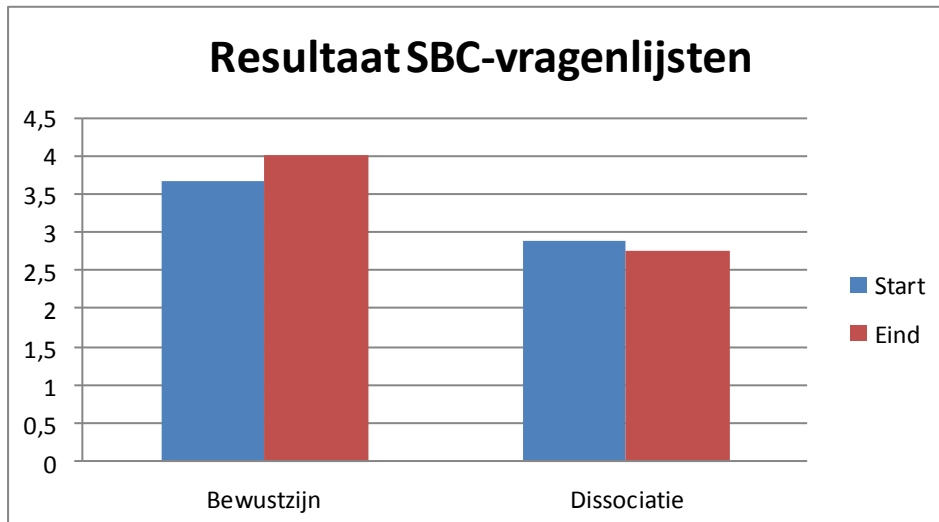
Figuur 3.1: Resultaten GPE's

- 1 Een kleinkind van Anja is een weekend komen logeren
- 2 Anja heeft een 'slecht nieuws' gesprek gehad bij het UWV
- 3 Door ziekte een week gestopt met het onderzoek
- 4 Anja is vervroegd opgeroepen voor de reumatologie in Nijmegen voor onderzoek

3.2.2 Resultaten SBC en MVI-20

SBC

Voor het berekenen van de uitkomst van de SBC-vragenlijst zijn de vragen verdeeld over twee domeinen, bewustzijn en dissociatie. De vragenlijst bevat twintig vragen, waarvan er twaalf bij bewustzijn horen en acht bij dissociatie. Bij elke vraag is een antwoord mogelijk van 1 (helemaal niet) t/m 5 (altijd). Per domein worden de punten per vraag bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal vragen horende bij dat domein. Een uitkomst tussen de 2,0 en 3,0 is gemiddeld.



Figuur 3.2: Resultaten SBC-vragenlijsten

Aan deze berekeningen is te zien dat Anja zowel aan het begin als aan het eind een bovengemiddeld lichaamsbewustzijn heeft die na acht weken nog hoger is dan aan het begin. Dit geeft aan dat Anja veel in en aan haar lichaam ervaart.

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

Anja beantwoorde deze vraag na acht weken met 'altijd'.

Bij het domein dissociatie is te zien dat ze zowel aan het begin als na acht weken gemiddeld scoort. Waarbij na acht weken de score iets verlaagd is. Een verlaging hiervan geeft aan dat ze zich minder dissocieert of afschermt van haar lichaam.

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

Anja beantwoorde deze vraag na acht weken met 'regelmatig'.

MVI-20

Voor het berekenen van de uitkomst van de MVI-20-vragenlijst is er een Excel programma. De vragenlijst bevat 20 vragen waarbij antwoorden mogelijk zijn van 1 'Ja, dat klopt' tot en met 5 'Nee, dat klopt niet'. In het programma kunnen deze cijfers per vraag worden ingevoerd waarna er een uitslag volgt op vijf domeinen. In het programma zijn de uitkomsten per domein te vergelijken met de gemiddelde uitkomsten van een gezonde referentiegroep. De procenten zijn gearceerd met drie kleuren.

Rood = de score is opvallend hoger dan het gemiddelde van de referentiegroep

Oranje = de score is matig hoger dan het gemiddelde van de referentiegroep

Groen = de score is gemiddeld of lager dan de referentiegroep

Domein	Domeinscore	% gezonden die lager scoort
Algemene vermoeidheid	20	99,9
Fysieke vermoeidheid	19	99,8
Verminderde activiteit	18	99,6
Verminderde motivatie	16	99,4
Mentale vermoeidheid	16	99,6

Figuur 3.3: Uitkomst vragenlijst eerste week

Domein	Domeinscore	% gezonden die lager scoort
Algemene vermoeidheid	14	93,5
Fysieke vermoeidheid	14	93,7
Verminderde activiteit	12	84,8
Verminderde motivatie	6	26,6
Mentale vermoeidheid	13	95,3

Figuur 3.4: Uitkomst vragenlijst laatste week

In deze twee tabellen is zichtbaar dat er een verandering heeft plaatsgevonden tussen de eerste en de laatste week. De grootste verandering is bij de verminderde motivatie, deze is heel sterk verbeterd, van opvallend hoger naar gemiddeld of lager dan de referentiegroep. De ander vier domeinen zijn gezamenlijk gedaald. De algemene en fysieke vermoeidheid blijven het hoogst, maar zijn toch flink gedaald ondanks dat de verminderde activiteit ook gedaald is. Meer activiteit en minder vermoeidheid.

4. Ik heb zin om allerlei leuke dingen te gaan doen

Antwoord Anja in de eerste week

Ja, dat klopt X Nee, dat klopt niet

Antwoord Anja in de laatste week

Ja, dat klopt X Nee, dat klopt niet

4. Discussie

Na het feitelijk opsommen van de resultaten in het vorige hoofdstuk worden in dit hoofdstuk interpretaties gegeven bij de resultaten en worden deze bediscussieert. Hierna volgt een reflectie op de methode, resultaten en uitvoering van het onderzoek. Dit hoofdstuk is vooral gebaseerd op de interpretatie van de onderzoeker.

4.1 Interpretatie van de resultaten

Figuur 3.1 laat zien hoe Anja zich tijdens de acht weken van het onderzoek gevoeld heeft. Er zijn verschillende factoren die invloed hebben gehad op de grafiek. De gebeurtenissen buiten de therapie en de ACT-interventies lijken de meeste invloed te hebben gehad.

De gebeurtenissen buiten de therapie zijn te koppelen aan de grafiek. Tussen week twee en drie heeft haar kleinkind bij haar gelogd. Door alle activiteiten zijn de pijnklachten verergerd, maar ze heeft er energie uit gehaald en heeft veel plezier gehad, vandaar de verbetering bij de vermoeidheid en kwaliteit van leven. Zichtbaar is dat na het gesprek met het UWV waarin ze slecht nieuws kreeg, tussen week vier en vijf, de kwaliteit van leven verslechterd is. Na week zes is Anja ziek geweest, ze kwam terug met meer pijnklachten en minder vermoeidheid. Na week zeven kreeg Anja het goede bericht dat ze vervroegd naar Nijmegen mocht, alle factoren zijn hierna gestegen.

Kijkend naar de grafiek is te zien dat de ACT-interventies die zijn uitgevoerd tijdens deze acht weken te koppelen zijn aan de grafiek. Tussen week één en drie is het vooral gegaan over acceptatie, stoppen met vechten tegen de pijn en het proberen te omarmen. Hierna is in de grafiek zichtbaar dat ondanks de verslechtering van de pijnklachten de kwaliteit van leven toch beter is geworden dit zou betekenen dat Anja al heel snel de omslag heeft gemaakt van vechten naar accepteren. Tussen week drie en vijf ging het over het thema waarden, Anja moest kijken naar dingen die ze echt belangrijk vond. Dit was confronterend, omdat ze er achter kwam dat ze heel veel dingen ontweek of weinig aandacht meer aan zaken besteedde die ze altijd erg belangrijk had gevonden, dit gaf veel verdriet. In de grafiek is te zien dat haar kwaliteit van leven op dat moment verslechterde. Tussen week vijf en zeven kwam het thema verbonden actie aan bod. Hierbij moest Anja doelen stellen, activiteiten plannen en leuke of waardevolle dingen doen. In de grafiek is te zien dat haar kwaliteit van leven hierdoor weer verbeterde, dat haar vermoeidheid aan het begin verslechterde door het ondernemen van actie en dat ze er uiteindelijk weer energie uit kon halen. Tevens is zichtbaar dat na de evaluatie en het doornemen van het onderzoek na acht weken alles is verbeterd. Nadat alles nogmaals kort met Anja was doorgenomen benoemde ze welke verandering ze door had gemaakt in deze acht weken.

De resultaten van de SBC-vragenlijst geven weer dat er in die acht weken onderzoek geen grote veranderingen zijn geweest op de gebieden van lichaamsbewustzijn en dissociatie. Al voorafgaand aan het onderzoek was Anja erg lichaamsbewust, omdat ze veel bezig is met hoe ze zich voelt en waar ze pijn heeft. De kleine toename in bewustzijn zou kunnen komen doordat Anja nu meer stil staat bij haar eigen gevoel en daar meer bewust mee bezig is. Ook bij dissociatie is een klein verschil te zien, beide vallen binnen het gemiddelde. De oorzaak van het kleine verschil na acht weken zou kunnen zijn dat Anja zich minder afschermt van haar gevoel en gedachten, omdat deze er ook mogen zijn. Ze accepteert de ongemakken meer.

Gekeken naar de resultaten van de MVI-20-vragenlijst is een groot verschil te zien tussen het begin en het einde van het onderzoek. Aan het begin van het onderzoek scoort Anja extreem hoog op alle domeinen, ze is erg vermoeid en heeft nergens zin in. Na acht weken is het grootste verschil zichtbaar bij verminderde motivatie. Anja heeft nu veel zin om activiteiten te ondernemen en wil weer dingen doen waar ze van geniet. Hier is veel aandacht aan besteed tijdens de ACT-interventies bij alle thema's waardoor het voor de hand ligt dat hierdoor deze verbetering heeft plaatsgevonden.

4.2 Bediscussiëren van de resultaten

Er zal uit de resultaten geconcludeerd kunnen worden dat de ACT-interventies bijdragen aan een verbetering van de drie factoren, maar het is moeilijk dit met zekerheid te zeggen. Uit de GPE's blijkt dat er veel verschillende invloeden zijn op de resultaten. In deze acht weken onderzoek krijgt Anja niet alleen de ACT-interventies aangeboden, maar ook andere therapievormen. Deze andere therapievormen kunnen tevens een grote invloed hebben op de drie factoren. De resultaten staan vast, maar of het betekent dat dit onderzoek hier de meeste invloed op heeft gehad kan alleen Anja bevestigen. De resultaten geven aan dat er bij Anja in die acht weken veel veranderd is. Anja geeft zelf aan dat de ACT-interventies veel hebben bijgedragen aan deze vooruitgang. Ook heeft ze veel baat gehad bij de andere therapievormen. Wat met zekerheid gezegd kan worden is dat er in de verschillende therapieën veel aandacht wordt besteed aan het verleden, dus hoe Anja bijvoorbeeld altijd met stress is omgegaan en waar bepaalde patronen vandaan komen. Bij de ACT-interventies wordt voornamelijk in het hier en nu en vooruit gekeken. Hierdoor kon Anja snel aan de slag wat voor een snelle verbetering in de kwaliteit van leven zorgde. Het omhoog halen van het verleden leverde bij Anja meer verdriet en stress op, wat de kwaliteit van leven niet ten goede kwam. Hier is met haar over gesproken en dit was ook zichtbaar in haar gedrag en houding. Dit is een reden dat de ACT-interventies zeker hebben bijgedragen aan de verbetering van de kwaliteit van leven.

Een stukje uit een rapportage van het laatste deel van de cursus. 'Mevr. is tevreden met wat ze binnen de CLK heeft bereikt. Heeft gaandeweg meer tijd ingeruimd om weer leuke dingen te gaan doen en merkt het effect van doseren.'

4.3. Reflectie op methode, resultaten en uitvoering

Over de methode, resultaten en uitvoering van het onderzoek kan veel worden gezegd. Dit is een $n=1$ onderzoek, het gaat over één cliënt. Geen controlegroep zorgt ervoor dat er geen vergelijkingsmateriaal is en de resultaten dus alleen op deze cliënt van toepassing is. Hierdoor is het moeilijk weer te geven hoe effectief de interventies zijn. Al eerder in dit onderzoek, bij 2.1, is benoemd dat herhaaldelijk $n=1$ onderzoek wel van waarde is. De effectiviteit van interventies kan worden weergegeven wanneer er herhaaldelijk onderzoek plaatsvindt bij verschillende proefpersonen. Wanneer de resultaten van deze onderzoeken steeds hoopgevend zijn dan kan er iets gezegd worden over het effect er van.

Een voordeel van dit onderzoek is dat alle aandacht uitgaat naar één cliënt. Doordat de focus op deze ene cliënt ligt wordt het onderzoek nauwkeurig aangepast. Wanneer er meerdere cliënten meedoen aan een onderzoek kan er niet gericht worden aangepast aan de cliënt. Door de manier van werken in dit onderzoek, waarbij therapeut en cliënt samen aan het werk zijn, groeit er in een korte tijd een vertrouwensband. Dit heeft invloed op het onderzoek, omdat de cliënt zich veilig voelt en hierdoor meer in staat is open te zijn. Echter heeft dit als nadeel dat de cliënt de onderzoeker te aardig gaat vinden, waardoor ze wellicht geen eerlijk antwoord op vragen zal geven om de onderzoeker te helpen. Zou het onderzoek nogmaals worden overgedaan met dezelfde cliënt dan zouden dezelfde resultaten naar voren komen. De band tussen cliënt en therapeut was zo minimaal dat de cliënt er geen baat bij had om de vragenlijsten niet naar waarheid in te vullen. In het boek van Bakker en van Buuren (2009) wordt onderscheidt gemaakt tussen interne validiteit, waarbij het gaat over of het juiste gemeten wordt en of de resultaten overeen komen met de werkelijkheid en de externe validiteit of wel generaliseerbaarheid, waarbij wordt gekeken in hoeverre de onderzoeksresultaten toe te passen zijn op andere personen. Over dit onderzoek kan gezegd worden dat het juiste wordt gemeten en dat er enkele vertekende factoren zijn waardoor het resultaat niet helemaal een juiste weergave is van de werkelijkheid. Over de externe validiteit kan gezegd worden dat de cliënt die voor dit onderzoek gebruikt is representatief is voor de doelgroep waarover dit onderzoek een uitspraak doet.

Gekeken naar de meetinstrumenten zou geconcludeerd kunnen worden dat de GPE's er voor zorgen dat de cliënt elke week stil staat bij hoe ze zich voelt en hier in deze week ook mee bezig is. Door hier mee bezig te zijn wordt ze bewuster van hoe ze zich voelt en kan ze ervaren dat ze zelf invloed uit kan oefenen op hoe ze zich voelt. Een nadeel van deze GPE's is dat het moeilijk is om na acht weken nog terug te denken en te vergelijken met de startweek. In de startweek voelt de cliënt zich wellicht redelijk, terwijl zij er later achter komt dat ze zich toen eigenlijk heel slecht voelde. Dit heeft invloed op de resultaten.

Voor de werkdruk van zowel therapeut als cliënt zou het mooier zijn om een apart tijdstip te hebben om aandacht te besteden aan het onderzoek. Echter een voordeel van het integreren van het onderzoek in de therapie is dat de cliënt het direct kan combineren met oefenen binnen de therapie.

Tijdens het onderzoek gebeurt er veel. Zo begint de cliënt aan een nieuw traject door de cursus te volgen, dan krijgt ze binnen de cursus een aanvullend onderzoek en gebeuren er allerlei dingen in de privé situatie. Hierdoor is het moeilijk om exact na te gaan welke factoren invloed hebben op het onderzoek. Wanneer er een grotere groep onderzocht wordt is dit beter te bepalen.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt er aan de hand van de resultaten en de uitleg en interpretaties uit de discussie een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Ter verduidelijking volgt als eerste nogmaals de onderzoeksvraag.

'Wat is het effect van drie therapeutische kernprocessen uit de ACT als aanvulling op de PMT op lichaamsbewustzijn, vermoeidheid en kwaliteit van leven bij een cliënt met chronische lichamelijke klachten?'

Zoals de vraag luidt is het onderzoek ook uitgevoerd, ACT is ingezet als aanvulling op de huidige PMT module binnen de cursus 'Omgaan met CLK'. Kijkend naar de resultaten kunnen we hier concluderen dat deze combinatie, de aanvulling van ACT op PMT, wel degelijk effect heeft op lichaamsbewustzijn, vermoeidheid en kwaliteit van leven van de betreffende cliënte.

Er is ter discussie gesteld dat het moeilijk aantoonbaar is welke aspecten daadwerkelijk invloed hebben gehad op de resultaten in dit onderzoek. Of dit inderdaad door de aanvulling van ACT komt, of door andere therapievormen. Bij de resultaten van GPE's is zichtbaar dat ondanks verslechtering van pijnklachten de kwaliteit van leven toch kan verbeteren. Wanneer je deze resultaten naast de thema's en opdrachten van de ACT legt dan is hier een duidelijke verbinding. Echter is in de discussie ook al benoemd dat er in de resultaten ook een parallel zichtbaar is met gebeurtenissen in het privéleven. Invloeden van buitenaf zijn een belangrijk aspect in de resultaten.

Uit het onderzoek met Anja is gebleken dat de thema's waar de ACT zich mee bezig houdt aansluit bij deze doelgroep. Wanneer je aan cliënten met chronische lichamelijke klachten vraagt wat ze het moeilijkst vinden aan deze klachten, dan zeggen de meeste cliënten: *'Het accepteren dat ik niet meer alles kan wat ik vroeger kon en dat het waarschijnlijk niet over zal gaan'*. Acceptatie is binnen de ACT een belangrijk thema waar ruim aandacht aan wordt besteedt. Net als de thema's waarden en verbonden actie die met elkaar in verband staan. Mensen leven nu eenmaal naar wat ze belangrijk vinden, maar wanneer er iets ingrijpends in je leven gebeurt dan verandert soms die levensstijl. Wanneer je dezelfde cliënten de vraag stelt wat ze het meeste missen of het vaakst ontwijken, maar wel graag willen dan volgt vaak het antwoord: *'Leuke dingen doen met dierbaren, plezier hebben en genieten van de mensen en dingen om me heen'*. Ook Anja gaf deze antwoorden aan het begin. Na acht weken aandacht te hebben besteed aan de drie thema's merkte Anja een groot verschil, wat ook in de resultaten zichtbaar is. Ze kreeg steeds meer zin om activiteiten te ondernemen alleen of met het gezin. Ze kon uitkijken naar een logeerpertijtje en achteraf zeggen hoe vermoeiend dit eigenlijk was, maar vooral ook hoe ontzettend leuk. Na deze acht weken kon Anja benoemen dat vooral het vechten tegen alle klachten erg veel energie heeft gekost en ze daarin al een duidelijk verschil merkt. Hierdoor voelt ze zich al een stuk beter.

Anja over de kerstdagen: 'Ik heb er bijna het hele jaar tegenop gezien en had de kinderen al verteld dat we dit jaar niet met z'n allen zouden eten, wat ik heel jammer vond. Ik heb nu toch besloten om wel samen te eten, we maken er alleen een kortere dag van. Ik heb er echt zin in!'

Na deze toelichting van de conclusie kan het volgende antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag:

Het effect van de drie therapeutische kernprocessen uit de ACT als aanvulling op de PMT is een kleine verbetering in het lichaamsbewustzijn, een grote verandering op het gebied van vermoeidheid, waarbij vooral de motivatie is verbeterd, en een verbetering in de kwaliteit van leven bij een cliënt met chronische lichamelijke klachten.

6. Aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek, zoals beschreven in de inleiding, was om meer inzicht te krijgen in de bruikbaarheid van ACT als aanvulling op een module PMT voor cliënten met CLK. Om te kijken in hoeverre dit doel behaald is kijken we naar wat dit onderzoek heeft betekend voor de PMT'ers binnen deze instelling. De hoopgevende resultaten en positieve feedback van de proefpersoon is voor de therapeuten een teken dat ze hier zelf iets mee kunnen doen. Ze kunnen er baat bij hebben om dit te combineren in de therapie. Zowel in de cursus 'Omgaan met CLK' als in de cursus 'ACT bij pijn', die gaat komen, kunnen therapeuten het geleerde uit dit onderzoek in de praktijk brengen en hier zelf mee gaan stoeien. Ook voor PMT'ers binnen andere instellingen kan dit onderzoek inzicht geven in een andere manier van werken.

Een vervolgonderzoek zou vooral voor de PMT'ers die binnen een kleinere instelling werkzaam zijn, waarbij er geen cursussen worden gegeven, erg zinvol zijn. Zij kunnen dit in hun eigen therapieën toepassen wanneer zij cliënten uit deze doelgroep in behandeling hebben. Tevens zal dit onderzoek en vervolgonderzoek behulpzaam kunnen zijn voor andere vaktherapeuten, die deze thema's in therapieën kunnen toepassen. Hieronder volgen een aantal aanbevelingen die kunnen worden meegenomen in een eventueel vervolgonderzoek.

- Proefpersoon: Het zou in een eventueel vervolgonderzoek het onderzoek ten goede komen wanneer er gebruik zou worden gemaakt van meerdere proefpersonen en eventueel een controlegroep. Hoe meer proefpersonen er gebruikt worden hoe meer resultaten en dus een betrouwbaarder onderzoek. Dan is ook aan te tonen welke factoren wel invloed en welke geen invloed hebben op de resultaten, waardoor beter aan te tonen is welk effect de ACT interventies hebben.
- Meetinstrumenten: Het gebruiken van GPE's geeft een duidelijke lijn weer tussen het begin en het einde van het onderzoek. Echter zoals in de discussie beschreven blijkt het moeilijk te zijn om je als cliënt elke week te herinneren hoe het tijdens de startweek ging. Dit resulteert in een vertekend beeld.
- Methode: Mocht er een vervolgonderzoek komen dan zou het goed zijn om het onderzoek langer te laten duren. In acht weken lukt het om bij elk thema twee weken stil te staan, maar dit is kort. Het zou beter zijn wanneer er aan elk thema vier weken aandacht werd besteed, zodat ook meer zichtbaar wordt welke invloed elk thema op de resultaten heeft.
- Uitvoering: Voor de werkdruk van zowel therapeut als cliënt zou het beter zijn om het onderzoek buiten andere therapieën om te doen. In dit onderzoek was dit niet mogelijk, maar voor een vervolgonderzoek is dit wel aan te raden. Daarvoor zou er nog meer tijd voor de thema's en interventies ingepland moeten worden.

Voor deze doelgroep is het van belang dat er onderzoek gedaan wordt naar welke modules het beste aansluiten bij de klachten. Deze vorm van therapie heeft laten zien dat het kan bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van leven. Aangezien deze doelgroep steeds groter wordt is het van belang dat therapeuten weten wat binnen de therapie van belang is, vandaar de aanbeveling om deze vorm van therapie te blijven gebruiken.

Literatuurlijst

- Bakker, E. & Buuren, van H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Bernards, A.T.M., Hagenaars, L.H.A., Oostendorp, R.A.B. & Wams, H.W.A. (1999). Het meerdimensionale belasting-belastbaarheidsmodel: een conceptueel model voor de fysiotherapie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 3
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2005). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10
- Bosma Winters. (z.j.) Chronische pijn en vermoeidheid. Geraadpleegd op <http://www.pmc-kollum.nl/chronische-pijn/>
- Chatzitheodorou, D., Mavromoustakos, S. & Milioti, S. (2008). The effect of exercise on adrenocortical responsiveness of patients with chronic low back pain, controlled for psychological strain. *Clinical Rehabilitation*, 22
- Engelen v, E. (2009). *Uitgebreide toelichting van het meetinstrument: Globaal Ervaren/Perceived Effectscore (GPE/GEE)*. Geraadpleegd op http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/462_1_N.pdf
- Engelen v, E. (2012). *Uitgebreide toelichting van het meetinstrument: Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI-20)*. Geraadpleegd op http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/359_1_N.pdf
- Eysink, P.E.D. & Poos, M.J.J.C. (2010). Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Geraadpleegd op <http://www.toolkitvtv.nl/inhoud/indicatoren-en-bronnen/gezondheidstoestand/gezondheidsgerelateerde-kwaliteit-van-leven/>
- Flik, C.E., Kloot, van der, W.A. & Koers, H. (2005). Pijn cursus: een eerste stap van somatische fixatie naar onderkennen van psychische problematiek? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47(2)
- Flik, C.E., Kloot, van der, W.A., Koers, H. & Huisman, M. (2001). Multidisciplinair pijn team: mode of model? *Een onderzoek naar psychiatrische klachten bij patiënten van een pijn polikliniek*. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 43(2)
- Gezondheidsplein. (z.j.). Pijn. Geraadpleegd op <http://www.gezondheidsplein.nl/aandoeningen/pijn/item37932>
- Harris, R. (2013). *Acceptatie en commitment therapie in de praktijk: Een heldere en toegankelijke introductie op ACT*. Amsterdam: Hogrefe uitgevers B.V.
- Hekking, P. & Fellingner, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Hudak, P.L. & Wright, J.G. (2000). The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine*, 25, 3167-3177
- Korrelatie. (z.j.). Chronische pijn. Geraadpleegd op <http://www.korrelatie.nl/thema-s/lichamelijke-aandoeningen/98/chronische-pijn.html>
- Manders, C. (2010). *Onderzoek naar lichaamsbewustzijn. Binnen Behandelhuis 1 van het Jelgerhuis Geestelijke Gezondheidszorg Friesland*. Geraadpleegd op <http://hbo-kennisbank.uvt.nl/cgi/chw/show.cgi?fid=10281>
- Medicinfo. (2013). *Lichaamsbewustzijn*. Geraadpleegd op <http://www.medicinfo.nl/%7B41e85f34-83b8-44e0-b2ed-c65806d4efd2%7D>
- Medicinfo. (2013). *Vermoeidheid*. Geraadpleegd op <http://www.medicinfo.nl/%7B5dad10e2-5937-4f8e-8a5b-6d770650e558%7D>
- Netwerk Effectieve Jeugdzorg Amsterdam. (z.j.). *Masterclass n=1 onderzoek*. Geraadpleegd op <http://www.neja.nl/nieuws-details/article/masterclass-n1-onderzoek/>
- Okifuji, A. & Turk, D.C. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690
- Poppe, C. (2005). Chronische pijn multidisciplinair bekeken. *Volksgezondheid*, 3

- Price, C.J. & Thompson, E.A. (2007, November). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 13(9), 945-953
- Smets, E.M., Garssen, B., Bonke, B. & De Haes, J.C. (1995, April). The Multidimensional Fatigue Inventory(MFI): psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of psychosomatic research*, 39(3), 315-325
- Versluijs-Eering, H. (2004). Het biopsychosociaal model. *Als hulpmiddel bij de bewustwording van de eigen deskundigheid*. Scriptie Europees Instituut.
- Vowles, K., Wetherell, J.L. & Sorrel, J.T. (2009). Targeting acceptance, mindfulness, and values-based action in chronic pain: findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention. *Cognitive and behavioral Practice*, 16
- Wicksell, R.K., Dahl, J., Magnusson, B. & Olsson, G.L. (2004). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 415-423
- ZGT. (z.j.). Folder: CLK – omgaan met Chronische Lichamelijke Klachten. Geraadpleegd op <http://www.zgt.nl/2901/behandeling/>

Bijlage 1: Uitleg per thema

Hieronder per thema de uitleg die Anja mee naar huis kreeg om door te lezen. Ze kreeg dit mee om thuis te lezen zodat ze in haar eigen tempo en in haar eigen omgeving dit kon lezen, hierdoor zou ze het beter begrijpen. Een ander voordeel hiervan was dat ze het ook door haar man kon laten lezen.

Thema: Acceptatie

Het thema acceptatie gaat voornamelijk over het openstellen en plaatsmaken voor gedachten, gevoelens en emoties die je normaal gesproken liever niet zou willen voelen, die je dus wegdrukt. Je verspilt vaak meer energie met het vechten hiertegen dan dat het je oplevert. Bij acceptatie gaat het er om dat je ruimte kunt geven aan deze gedachten, gevoelens of emoties, met andere woorden dat ze er mogen zijn. Dit houdt niet per se in dat het prettig is. Door hier wat meer ruimte voor te maken kun je meer ontdekken welke gedachten en gevoelens er nu bij jou spelen en wat dit met je doet. Hierdoor zul je jezelf wat meer handvaten kunnen bieden om ook te ontdekken wanneer deze gedachten en gevoelens naar boven komen en kun je ze meer onder controle houden.

Thema: Waarden

Een waarde is iets wat jij belangrijk vindt, waar je waarde aan hecht. Een waarde beschrijft hoe we ons over een langere periode willen gedragen. Het voor jezelf duidelijk krijgen wat deze waarden zijn is belangrijk. Waarden worden binnen de ACT ook wel vergeleken met een kompas. Ze geven je richting en leiden je levensreis. Vragen waar je dan bijvoorbeeld aan kunt denken zijn: Waar wil je diep in je hart dat je leven om draait? Waar wil jij voor staan? Hoe wil jij later herinnerd worden? Wat vindt jij echt belangrijk?

Deze waarden gebruik je als leidraad voor je daden. Het kan je helpen bij het maken van keuzes of bij het stellen van prioriteiten. Binnen de ACT worden 'doelen' vervangen door waarden. Het zijn niet meer doelen die je wilt behalen, maar waarden waar je naar wilt leven.

Vijf belangrijke punten die waarden duidelijker maakt:

- Waarden zijn hier en nu; doelen liggen in de toekomst
- Waarden hoeft je nooit te verantwoorden
- Waarden moeten vaak prioriteiten krijgen
- Waarden kun je het best losjes hanteren
- Waarden worden vrij gekozen

Thema: Verbonden actie

Je gaat proberen de patronen van het handelen naar je waarden steeds groter te maken. Dus vanuit je waarden ga je aan het werk. Daarnaast behoort ook flexibiliteit, je aanpassen aan de situatie. Aan de waarden die je gesteld hebt koppel je een bepaalde actie, deze actie ga je uitvoeren om zo tot je einddoel te komen. Doen wat je moet doen om naar je waarden te leven. Een gevolg hiervan kan zijn dat het bijvoorbeeld meer pijn oplevert, de vraag is dan wat meer waard is. Je moet bereid zijn om de gevolgen te accepteren wanneer je naar een waarde leeft.

Bijlage 2: Metaforen en opdrachten

Alle metaforen en opdrachten komen uit het boek 'Acceptance and Commitment therapie in de praktijk' van Russ Harris, tenzij anders vermeldt.

Uitleg ACT

Aan de hand van een metafoor heeft Anja kennis gemaakt met het begrip ACT. Deze metafoor is te vinden in het boek op pagina 26 t/m 29. Een stuk uit de metafoor staat hieronder.

Deel 2

Therapeut: Mag ik mijn stoel verschuiven en naast je komen zitten? Ik wil je iets anders laten zien.

Cliënte: Natuurlijk.

Therapeut: *(Zet zijn stoel naast die van de cliënte)* Mag ik het klembord even terug? *(De therapeut neemt het klembord weer over.)* Heb j ook nek- of schouderklachten?

Cliënte: Nee.

Therapeut: Mooi. Ik vraag het omdat hier enige lichamelijke inspanning voor nodig is. Ik wil graag dat je je handen op de ene kant van het klembord plaatst, dan zet ik mijne tegen de andere kant. Duw het klembord van je af. Stevig duwen, maar niet zo hard dat je me omver duwt. *(Terwijl de cliënte het klembord probeert weg te duwen, duwt de therapeut terug. Hoe harder de cliënte duwt, hoe meer de therapeut ertegen aanleunt.)* Blijf duwen. Je vindt het vreselijk. Je vindt die gedachten en gevoelens vreselijk. Duw maar zo hard als je kunt, zorg dat ze weggaan. *(De therapeut blijft weerstand bieden zodat de cliënte moet blijven duwen.)* Daar zit je dan, je probeert al die pijnlijke gedachten en gevoelens heel hard weg te duwen. Je doet dit al jaren, en gaan ze ook weg? Ja, je houdt ze op een afstand, maar wat kost dat? Hoe voelt dat in je schouders?

Cliënte: *(Grinnikend)* Niet zo erg. Het is wel goed voor mijn spieren.

Therapeut: *(Duwt harder)* Oké, nu gaat het wel, we hebben maar heel kort geduwd, maar hoe denk je dat je je voelt na een hele dag duwen?

Cliënte: Nogal moe, denk ik.

Therapeut: *(Duwt nog steeds tegen het klembord.)* En als ik je nu vroeg iets op een computer te typen, auto te rijden, een baby vast te houden of iemand te omhelzen van wie je houdt, zou je dat dan kunnen?

Cliënte: Nee.

Therapeut: En hoe is het om nu een gesprek met me te voeren?

Cliënte: Erg lastig.

Therapeut: Voel je je opgesloten of afgesneden?

Cliënte: Ja

Theorie bij het thema acceptatie

Bij het thema acceptatie is gebruik gemaakt van de 'Acceptatiegereedheidskist', te vinden op pagina 166 t/m 169. 'Acceptatie van emoties' is een mindfulness-oefening die is opgebouwd uit verschillende technieken. De acht technieken die hiervoor worden gebruikt zijn: observeren, ademen, uitbreiding, toestaan, objectiveren, normaliseren, compassie hebben met jezelf en het vergroten van bewustzijn.

De metafoor die bij dit thema is gebruikt is 'De vechtschakelaar'. Bij deze metafoor wordt tevens gebruik gemaakt van de oefening hierboven. Deze metafoor is te vinden in het boek op pagina 179 t/m 181. Hieronder staat het werken met de vechtschakelaar beschreven.

De vechtschakelaar

De vechtschakelaar is een uitgebreide metafoor die zowel creatieve hopeloosheid als acceptatie omvat. Als hij eenmaal is ingeleid is het een krachtig interactief instrument bij het acceptatiewerk.

Werken met de vechtschakelaar

De therapeut heeft de cliënt net gevraagd haar lichaam af te speuren en te kijken waar ze haar angst het meest voelt.

Therapeut: *(samenvattend)* Oké, dus je voelt een brok in je keel, een beklemd gevoel in je borst en een onrust in je maag. Waar heb je het meeste last?

Cliënt: Hier. *(De cliënt raakt haar keel aan.)*

Therapeut: Goed. Op een schaal van 0 tot 10, als 0 helemaal geen angst is en 10 puur afgrijzen, welk cijfer zou je het dan geven?

Cliënt: Ongeveer een 8.

Therapeut: Juist. Weet je nog die vechtschakelaar, staat die nu aan of uit?

Cliënt: Aan!

Therapeut: Goed. Stel dat we er een knop van maakten, van 0 tot 10. Nummer 10 is helemaal aan, de strijd is in volle gang - 'Ik moet van dat gevoel af, wat er ook voor nodig is' - en 0 is helemaal geen strijd - 'Ik vind het geen fijn gevoel, maar ik vecht er niet tegen'. Nummer 5 ligt in het midden, waar je het verdraagt. Hoe erg vecht jij op dit moment met dit gevoel?

Cliënt: Ongeveer een 9.

Therapeut: Ja, dus er is veel strijd. We gaan kijken of we dat cijfer iets omlaag kunnen brengen. Misschien lukt het niet, maar we kunnen het proberen.

De therapeut laat de cliënt deel 1-4 van de oefening Acceptatie van emoties doen: observeren, ademen, uitbreiden, toestaan. Daarna controleert hij wat er bij de cliënt gebeurt.

Therapeut: En hoe is het nu met de vechtschakelaar?

Cliënt: Tja, ik voel me minder angstig.

Therapeut: Oké, daar komen we zo op terug. Nu ben ik vooral geïnteresseerd in de strijd. Op een schaal van 0 tot 10, hoe erg ben je nu in gevecht met dit gevoel?

Cliënt: O, ongeveer een 3.

Therapeut: Ongeveer een 3. Goed. Dus je zei dat je minder angstig was. Op een schaal van 0 tot 10, waar zit je nu?

Cliënt: Ongeveer een 6.

Therapeut: Oké, geniet ervan dat dat gebeurt. Als je de strijd met angst loslaat, neemt die soms ook af. Dat is alleen niet wat we hier nastreven. Het is ons doel om de strijd los te laten. Ben je bereid nog even door te gaan? Laten we kijken of de vechtschakelaar nog een paar punten omlaag kan.

Theorie bij het thema waarden

Bij het thema waarden is gebruik gemaakt van de metafoor van de twee kinderen in de auto, te vinden in het boek op pagina 231, de Geestleesmachine en Leven en dood, te vinden op pagina 238. Vervolgens werd een opdracht aangeboden waarbij de cliënt bij meerdere domeinen in moest vullen wat ze daarbij belangrijk vond en hoe belangrijk ze dit dan vond.

Metafoor van de twee kinderen in de auto

Therapeut: Een moeder is met haar twee kinderen met de auto onderweg naar Disneyland. De kinderen zitten op de achterbank. De rit duurt drie uur, en een van de twee kinderen zegt om de 5 minuten: 'Zijn we er al? Zijn we er al? Zijn we er al?' Moeder begint zich te ergeren en het kind raakt gefrustreerd. Ze snauwen tegen elkaar en de spanning loopt op. Het andere kind zit uit het raam te kijken, zwaait naar de andere auto's, kijkt vol belangstelling naar de steden, boerderijen en fabrieken die aan zijn oog voorbijtrekken. Beide kinderen komen tegelijk aan in Disneyland, beiden hebben het heel erg leuk als ze er eenmaal zijn. Maar slechts een van de kinderen haalt ook voldoening uit de reis. Waarom? Omdat hij niet alleen op het doel gericht is, maar ook waarde hecht aan het onderzoeken, reizen, leren over de wereld buiten de auto. En op weg naar huis zegt het eerste kind voortdurend: 'Zijn we al thuis, zijn we al thuis, zijn we al thuis?' Terwijl het andere kind van de rit geniet door naar buiten te kijken en zich verwondert over het feit dat alles er 's avonds zo anders uitziet.

De geestleesmachine

Stel je voor dat ik een geestleesmachine op je hoofd aansluit en die afstem op de geest van iemand die heel belangrijk voor je is, zodat je alles hoort wat die persoon denkt. Terwijl je afstemt, denkt hij aan jou, aan waar je voor staat, wat je sterke kanten zijn, wat je voor hem betekent en de rol die je in zijn leven speelt. In de ideale wereld, waar je je leven hebt geleefd als de persoon die je wilt zijn, wat zou je hem horen denken?

Leven en dood

- a. Stel je je eigen begrafenis voor. Stel je voor wat je mensen over je zou willen horen zeggen.
- b. Speel je eigen begrafenis, in psychodramastijl.
- c. Schrijf je eigen overlijdensbericht of grafsteentekst.
- d. Stel je voor dat je nog maar 24 uur te leven had, maar dat tegen niemand kunt zeggen: naar wie zou je toegaan en wat zou je doen?

Theorie bij het thema verbonden actie

Bij het thema verbonden actie is gebruik gemaakt van de opdrachten van het vorige thema. Er is voortgeborduurd op de antwoorden die de cliënt daarop heeft gegeven. Bij dit thema gaat het om de uitvoering hiervan. Daarbij is gebruikt gemaakt van het 'Plan voor bereidheid en actie', te vinden op pagina 261.

Plan voor bereidheid en actie

1. Het is mijn doel om (specifiek): _____

De waarden die ten grondslag liggen aan mijn doel zijn: _____

De acties die ik onderneem om dat doel te bereiken zijn (wees specifiek): _____

2. De gedachten/herinneringen, gevoelens, sensaties, opwellingen waar ik ruimte voor wil maken om dit doel te bereiken zijn:

- Gedachten/herinneringen: _____

- Gevoelens: _____

- Sensaties: _____

- Opwellingen: _____

3. Het zou nuttig zijn om tegen mezelf te zeggen dat: _____

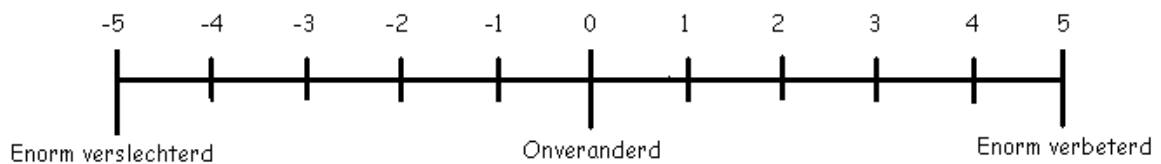
4. Indien nodig kan dit doel in kleinere stappen opsplitsen. De kleinste en gemakkelijkste stap om mee te beginnen is: _____

De tijd, dag en datum waarop ik de eerste stap zet is: _____

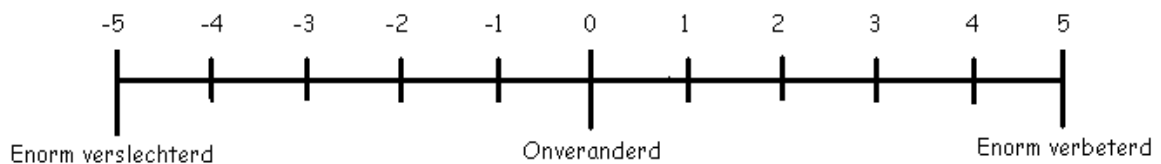
Bijlage 3: GPE's en vragenlijsten

Global Perceived Effect (GPE)

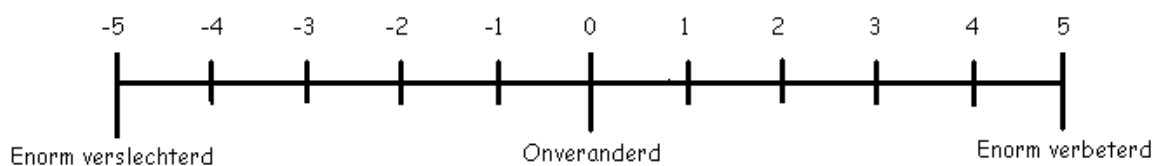
In hoeverre heeft de PMT deze week bijgedragen aan het verminderen van je vermoeidheidsklachten, ten opzichte van je startweek?



In hoeverre heeft de PMT deze week bijgedragen aan het verminderen van je pijnklachten, ten opzichte van je startweek?



In hoeverre heeft de PMT deze week bijgedragen aan jouw geluksgevoel(kwaliteit van leven), ten opzichte van je startweek?



Multidimensionele Vermoeidheidsindex (MVI-20)

Met behulp van onderstaande uitspraken willen wij een indruk krijgen van hoe u zich de laatste dagen voelt. VOORBEELD:

Ik voel me ontspannen

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

Hoe minder u deze uitspraak van toepassing vindt, hoe meer u het kruisje naar rechts richting "nee, dat klopt niet" kunt plaatsen. Sla geen uitspraken over en plaats telkens één kruisje bij iedere uitspraak. Er zijn geen foute antwoorden. Het gaat om uw eerste indruk. Het gaat om hoe u zich de laatste dagen voelt.

1. Ik voel me fit

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

2. Lichamelijk voel ik me tot weinig in staat

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

3. Ik zit vol activiteit

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

4. Ik heb zin om allerlei leuke dingen te gaan doen

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

5. Ik voel me moe

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

6. Ik vind dat ik veel doe op een dag

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

7. Als ik ergens mee bezig ben, kan ik mijn gedachten er goed bijhouden

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

8. Lichamelijk kan ik veel aan

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

9. Ik zie er tegenop om iets te doen

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

10. Ik vind dat ik weinig doe op een dag

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

11. Ik kan me goed concentreren

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

12. Ik voel me uitgerust

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

13. Het kost me moeite om ergens mijn aandacht bij te houden

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

14. Lichamelijk voel ik me in een slechte conditie

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

15. Ik zit vol plannen

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

16. Ik ben gauw moe

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

17. Er komt weinig uit mijn handen

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

18. De zin om dingen te ondernemen ontbreekt mij

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

19. Mijn gedachten dwalen gemakkelijk af

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

20. Lichamelijk voel ik me in een uitstekende conditie

Ja, dat klopt ● ● ● ● ● Nee, dat klopt niet

Scale of Body Connection (SBC)

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

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

Uw antwoord moet betrekking hebben op de afgelopen twee maanden.

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

2. Ik kan mijn emoties moeilijk herkennen

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

10. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	Altijd
1	2	3	4	5

16. Ik leid mezelf af van gevoelens van lichamelijk ongemak

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5