

NU even niet! ...of toch wel?

**Wat is het effect van een chronisch pijn
behandeling op de assertiviteit**



Naam student:	Sophie Derkman
Studentennummer:	S1007037
Naam begeleider:	Ad van de Ven
Naam beoordelaar:	Mia Scheffers

School of Human Movement & Sports
Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie
17-05-2011

Voorwoord

In deze scriptie geef ik weer wat de invloed van een behandelprogramma voor chronisch pijn is op de assertiviteit van deze persoon. En daarbij mogelijke aanbevelingen aan de hand van mijn resultaten en conclusie.

Deze vraag kwam bij mij naar boven omdat ik tijdens mijn stage veel chronisch pijn revalidanten tegenkwam. In de therapie konden de revalidanten dan redelijk goed hun grenzen aangeven en terugkoppelen, maar wanneer ze door de omgeving werden overvraagd hoorde ik vaak terug dat de revalidanten het lastig vonden om ook dan assertief te zijn.

Tijdens deze periode heb ik vragenlijsten afgenomen bij revalidanten die het chronisch pijn programma volgden. Deze vragenlijsten heb ik aan het begin en aan het eind van de periode afgenomen. De eerste meting geeft weer hoe assertief deze revalidanten waren bij de start van het proces. De tweede meting is een tussenmeting.

Deze resultaten heb ik verwerkt en geanalyseerd, om zo een uitspraak te kunnen doen over het behandelprogramma en of er al dan niet meer aandacht aan assertiviteit moet worden besteed. Ik ben tevreden met het resultaat, en ik wil de revalidanten die mee hebben geholpen met het invullen van de vragenlijsten bedanken en tevens de stage-instelling waar ik dit onderzoek heb mogen doen!

Samenvatting

Wat ik heb gemerkt is dat revalidanten met chronische pijn vaak worden overvraagd door de omgeving. De vraag die in mij opkwam was hoe assertief beginnende revalidanten zijn en kunnen revalidanten het geleerde toepassen in de praktijk?

Om dit te onderzoeken heb ik aan 8 beginnende revalidanten vragenlijsten uitgedeeld en dit na 10 weken herhaald. Zo kon ik zowel een basismeting doen als een tussenmeting.

De vragenlijsten meten de spanning en frequentie bij 4 verschillende schalen, namelijk de NEG (uiten van negatieve gevoelens), ONZ (uiten van onzekerheid), KEN (eigen ontoereikendheid jezelf kenbaar maken), POS (uiten van positieve gevoelens). Uiteindelijk kan de revalidant ingedeeld worden in 4 typen; assertieven, angstige uitvoerders, sub-assertieven of onverschilligen.

Wat naar voren kwam is dat bij alle schalen de spanning zakt, terwijl de frequentie nagenoeg gelijk blijft. Enerzijds kan dit verklaard worden door de tweede meting, dit is immers een tussenmeting waarbij de revalidanten de behandeling nog niet volledig hebben afgerond. Het kan dus zo zijn dat in het vervolg van de behandeling de frequentie toeneemt. Anderzijds kun je nu als meetpunt nemen en realiseren dat de volgende stap belangrijk is; meer oefenen van assertief optreden in de buitenwereld en dit terugkoppelen in therapie!

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
Inleiding	5
Theoretisch kader	6
Pijn	6
Chronische pijn	7
Omgangsvormen	8
Huidige pmt programma	9
Assertiviteit	10
Methode	12
Beschrijving participanten	12
Onderzoeksinstrument.....	12
Verloop van het onderzoek.....	13
Methode van dataverwerking.....	13
Resultaten	14
Discussie	19
Conclusie	22
Aanbevelingen	23
Literatuurlijst	24

Inleiding

In deze inleiding beschrijf ik de aanleiding, probleemstelling, doelstelling, vraagstelling en deelvragen die ik in dit verslag verder uit ga werken. Aan het eind van dit onderzoek kom ik terug op de vraagstelling om hierop een antwoord te formuleren.

Op dit moment loop ik stage binnen een revalidatiecentrum. Hier komen veel revalidanten in behandeling met het chronisch pijn syndroom.

Wat ik mij afvraag is in hoeverre chronisch pijn patiënten assertief zijn wanneer ze in behandeling komen. Kunnen ze, dat wat ze leren tijdens de behandeling, toepassen in de praktijk en thuissituatie? Of is dit een thema wat meer aandacht moet krijgen binnen de pmt bij chronisch pijn patiënten? Mijn hypothese is dat chronisch pijn patiënten in de behandeling het geleerde kunnen toepassen, maar buiten de therapie setting snel worden overvraagd door de omgeving en hierdoor minder assertief optreden.

Probleemstelling

Chronisch pijn patiënten krijgen binnen de pmt veel handvatten voor het veranderen van bewegingsgedrag. Maar kunnen chronisch pijn patiënten dit wel toepassen, zijn ze assertief genoeg om dit in hun omgeving aan te geven?

Ik wil onderzoeken hoe assertief chronisch pijn patiënten zijn aan het begin van de behandeling. Dit wil ik doen door chronisch pijn patiënten bij de intake een vragenlijst te laten invullen en zo hun assertiviteit te meten aan het begin van de behandeling. Na 10 weken laat ik de chronisch pijn patiënten nogmaals de vragenlijst invullen om te kunnen zien of er veranderingen zijn. Kunnen ze de informatie die ze krijgen gedurende de behandeling (o.a. grenzen stellen en hanteren) toepassen of is hiervoor binnen de pmt meer aandacht nodig voor assertiviteit.

Vraagstelling

Hoe assertief zijn chronisch pijn patiënten aan het begin van de behandeling en behoeft assertiviteit meer aandacht in een chronische pijn behandeling?

Ik ga deze probleem- en vraagstelling onderbouwen met een theoretisch kader waarin ik de volgende onderwerpen ga uitwerken:

- Pijn
- Chronische pijn
- Omgangsvormen
- Huidige pmt programma
- Assertiviteit

Theoretisch kader

Het theoretisch kader bevat informatie over de begrippen en definities die in dit onderzoek naar voren komen. Door deze achtergrond informatie is het onderzoek onderbouwd en begrijpelijk.

Pijn

Pijn is essentieel voor het behoud van leven. Pijn heeft een signaalfunctie. Wanneer we pijn ervaren waarschuwt het ons lichaam om in actie te komen, bijvoorbeeld in een reflex. We willen door dit reflex een prikkel die pijn veroorzaakt controleren of de pijn verminderen door actie te ondernemen. Een voorbeeld hiervan is wanneer iemand zich brand (de prikkel) is het reflex om het lichaamsdeel terug te trekken, waarna de actie wordt ondernomen door te wrijven over de brandplek.

Echter kunnen wij als mens ook pijn negeren. In een situatie waarin er pijn wordt waargenomen, maar desondanks de actie wordt voortgezet.

Een voorbeeld hiervan is wanneer in een voetbalwedstrijd een speler een harde tik krijgt van een tegenstander, maar toch doorgaat om een doelpunt te maken. Op dat moment wordt er wel pijn waargenomen, maar de pijn wordt genegeerd en de actie wordt voortgezet.

Pijn is dus kortom een complexe beleving waar het lichaam verschillend op kan reageren.

Definitie van pijn volgens de International Association for the Study of Pain (IASP): pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring die al dan niet verband houdt met actuele of potentiële weefselbeschadiging, of wordt beschreven in termen van zo'n beschadiging. [1](#)

Deze definitie van pijn zegt eigenlijk dat een weefselbeschadiging niet noodzakelijk is om pijn te ervaren.

Aan de hand van het pijnmodel 'de cirkel van Loeser' [2](#) kun je dit multidimensionale karakter beschrijven.

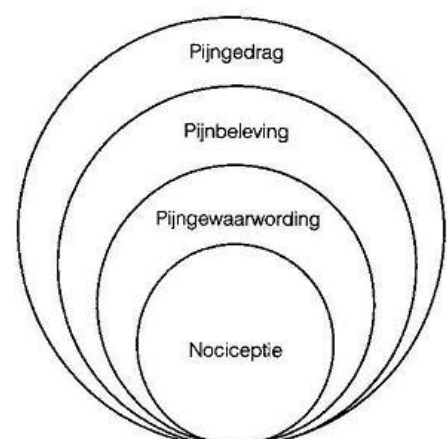
In de cirkel nociceptie worden de pijnprikkelers in het lichaam omgezet tot elektrische signalen in de zenuw. De nociceptie kan leiden tot de pijngewaarwording.

Bij de pijngewaarwording, de tweede cirkel in het model, wordt door het centrale zenuwstelsel de pijn waargenomen.

In de derde cirkel, de pijnbeleving, speelt het emotionele aspect een belangrijke rol. Hierbij kunnen allerlei aspecten van invloed zijn, denk aan eerdere gebeurtenissen, angst, religie, weinig sociale contacten enz. De pijnbeleving is een respons van de persoon op de pijngewaarwording.

De vierde cirkel is het pijngedrag. Dit is een uiting tussen degene die de pijn ervaart en de buitenwereld.

Aan de hand van dit model is chronische pijn ook toe te lichten.



Figuur 1; pijnmodel 'de cirkel van Loeser'

Chronische pijn

Zoals de definitie van de IASP al weergeeft, hoeft er geen weefselbeschadiging aantoonbaar te zijn om pijngewaarwording, pijnbeleving of pijngedrag te ervaren.

Er wordt normaliter vaak uitgegaan van een oorzaak-gevolgketen waarbij de weefselschade leidt tot nociceptieve activiteit, dit leidt tot pijngewaarwording, deze wordt op individuele wijze ingekleurd (pijnbeleving) en vervolgens gedraagt de pijnlijder zich naar de pijn (pijngedrag).

Na bepaalde tijd kan de oorzaak-gevolgketen echter losser worden en kan pijngewaarwording/pijnbeleving/pijngedrag nog duidelijk aanwezig zijn, terwijl weefselschade vaak niet meer aantoonbaar is. [3](#)

Dit vertaalt naar de cirkel van Loeser; de nociceptie is niet meer aanwezig, maar de pijngewaarwording/pijnbeleving / pijngedrag zijn nog wel waarneembaar.

Bij de pijngewaarwording/pijnbeleving/pijngedrag spelen psychische en sociale factoren een rol. De pijngewaarwording is afhankelijk en wordt beïnvloed door de waarneming, en de waarneming van pijn kan weer worden beïnvloed door psychische factoren, dit kan zowel verhogend als verlagend werken. Voor de pijnbeleving is de emotie van belang en het pijngedrag wordt beïnvloed door de omgeving [11](#).

De klachten die iemand heeft met het chronisch pijn syndroom kunnen onder andere zijn; moeheid, pijn, slaapstoornissen, spierpijnen, etc. De klachten verwijzen naar een disbalans tussen de draagkracht en de draaglast van de patiënt.

De draagkracht verschilt van mens tot mens. De draagkracht is eigenlijk de kracht die een mens heeft om lasten te dragen. De draaglast zijn de verplichtingen die een mens heeft. Wanneer de balans tussen draagkracht en draaglast is verstoord, zie je dus dat er te veel verwachtingen en eisen zijn voor een persoon waarbij de draagkracht te klein is. Dit zorgt voor verergerde klachten. [15](#)

Er wordt door de Commissie van Gezondheidsraad gesproken van pijn wanneer het klachtenpatroon langer dan zes maanden bestaat. [11](#)

Pinsky en Crue hebben een beschrijving opgesteld voor het chronisch pijnsyndroom. [4](#)

Algemene kenmerken van het chronisch pijnsyndroom (Pinsky & Crue, 1984)

- Geen aantoonbaar causaal verband actief pathofysiologisch of pathoanatomisch proces;
- Een geschiedenis van opeenvolgende en niet succesvolle medische interventies;
- Verstoring van het psychosociale functioneren. [4](#)

Bijkomende kenmerken (Pinsky & Crue, 1984)

- Overmatig gebruik van medicijnen met mogelijk ongewenste neveneffecten;
- Veelvuldige chirurgische en farmacologische behandelingen met ongewenste neveneffecten;
- Toenemende lichamelijke beperkingen en vrees voor pijn en letsel;
- Toenemende gevoelens van hopeloosheid, machteloosheid en depressiviteit;
- Conflicten met behandelaars en ontevredenheid over behandelingen of de gezondheidszorg in het algemeen;
- Interpersoonlijke conflicten met partner of familieleden;
- Negatieve affectieve stoornissen;
- Afnemende gevoelens van zelfwaarde en zelfvertrouwen;
- Toenemend sociaal isolement en verminderde interesse in sociale contacten;
- Afnemend vermogen om bekrachtigers te ontlenen aan dagelijkse activiteiten. [4](#)

Deze kenmerken geven wel een beeld maar geen onderliggende oorzaak. Want hoe raakt deze cirkel van pijngewaarwording/pijnbeleving/pijngedrag nou verstoord? Dit kan op drie niveau's; psychofysiologische reactiviteit (voelen), cognitieve processen (denken) en motorisch gedrag (handelen). [5](#)

- Op het gevoelsvlak kan er bijvoorbeeld gedacht worden aan een vervelende situatie die als stressor werkt op de spieren. Mensen zijn zich hierbij niet altijd bewust van de tijdelijke maar forse verhoging van de spierspanning.
- De pijn cognities hebben betrekking op wat een patiënt denkt over zijn pijn. Deze cognities beïnvloeden het bewegingsgedrag van die persoon. Wanneer iemand bijvoorbeeld denkt dat er een medische oorzaak achter zijn/haar pijn zit, zal deze persoon op zoek gaan naar steeds 'betere' artsen. Wanneer iemand het bijvoorbeeld toewijdt aan zijn/haar slechte conditie, zal dit eerder leiden tot bereidheid voor behandeling. Mensen kunnen door bepaalde cognities catastrofale ideeën en gedachten hebben.
- Het pijngedrag (handelen) is observeerbaar. Je kunt hierbij denken aan klagen, veelvuldig artsen bezoeken, kreunen/steunen, veel liggen, activiteiten vermijden, enz.

Deze onderliggende oorzaken voor het verstoorde pijngedrag of pijnbeleving zijn tevens de onderliggende factoren voor de omgangsvormen die je kunt onderscheiden bij chronisch pijn patiënten.

Omgangsvormen

D.m.v. een observatie kunnen chronisch pijn patiënten in 4 groepen worden ingedeeld qua copingstrategieën. Aan de hand daarvan wordt het behandelprogramma vastgesteld.

- Avoider; pijn coping wordt bepaald door irrationele angst fysieke schade op te lopen wanneer hij zich beweegt. Door te vermijden houdt hij deze bewegingsangst in stand. Avoider is geneigd tot onderbelasten.
- Avoider +; vertoont hetzelfde bewegingsgedrag als de avoider, maar de avoider+ kan zich in momenten bewust of onbewust als het ware over zijn bewegingsangst heen zetten. Negeert dan pijnklachten en zet de activiteit door, hierdoor ontstaat een alles-of-niets patroon.
- Approacher; pijn coping wordt bepaald door een hoog streefniveau, non-acceptatie vanuit angst voor afwijzing. Er is sprake van non-acceptatie, boosheid, het niet luisteren naar lichaamssignalen en overbelasting.
- Approacher +; pijn coping wordt primair bepaald door een hoog streefniveau, non-acceptatie vanuit angst voor afwijzing. Door faalangst en catastroferende gedachten is approacher+ gedrag echter gestuurd richting vermijdingsgedrag en is een vicieuze cirkel van twee inadequate cyclisch opeenvolgende copingsstijlen: approacher <-> avoider.

Naast de 4 verschillende copingsstijlen heb je ook het zogenaamde WPN niveau. Deze WPN (opgesteld door de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland) niveau's hebben veelal een somatisch onderliggend probleem, maar daarnaast kunnen ook sociale en psychische factoren een rol spelen of wellicht de oorzaak zijn.

Er is een discrepantie tussen de mate van lichamelijke problematiek en de ernst van de beperkingen. Tussen beide uitersten bestaat een glijdende overgang, waarbij psychische en sociale factoren een steeds belangrijker (onderhoudende) rol spelen. [6](#)

WPN niveau 1; somatische problematiek zonder onderhoudende factoren anders dan de aandoening op zich.

WPN niveau 4; psychische en sociale factoren zijn een belangrijke onderhoudende of veroorzakende factor.

De overige twee WPN niveau's bevinden zich daartussen.

WPN niveaus 1 en 2 komen eigenlijk niet in behandeling voor chronische pijn. Dit omdat deze personen ook in behandeling kunnen bij een eerste lijn fysiotherapeut voor de klachten.

Huidige pmt programma

Binnen het revalidatiecentrum ziet het behandelprogramma er als volgt uit.

Na een observatie van 2 weken komt een chronisch pijn patiënt in behandeling voor zijn/haar chronische pijn. Hierbij wordt gekeken naar de coping van deze patiënt (avoider, avoider+, approacher, approacher+).

Belangrijk is dat we de chronisch pijn patiënten niet pijnvrij kunnen helpen, maar dat we leren omgaan met de pijnklachten. [3](#)

Er worden 3 basismetingen gedaan (tijd) die bij elkaar worden opgeteld. Het gemiddelde wordt uitgerekend. Het opbouwschema start (afhankelijk van de coping, maar gemiddeld gezien) 10% onder het basisoniveau. Dit wordt gedaan om een succesfactor te creëren. Per week wordt met 10% opgebouwd naar een reëel doel. Revalidant stelt dit doel zelf, en er wordt gestopt wanneer dit doel behaald is of als opbouw niet meer mogelijk is.

Door deze manier van opbouwen blijft voor het lichaam verantwoord. Belangrijk is om de coping van de revalidant mee te nemen, om zo te weten of je de revalidant moet remmen/stimuleren. Bij een approacher moet je de revalidant begrenzen. Bij een avoider moet je de revalidant stimuleren en aanmoedigen om de tijd te halen. Bekrachtiging is hierbij in het begin erg belangrijk. Je hebt hierbij positieve bekrachtiging, negatieve bekrachtiging van pijngedrag en niet meer bekrachtigen van gezond gedrag. Naarmate de behandeling vordert bouw je de positieve bekrachtiging af waardoor er overgegaan kan worden op de wijze die in het dagelijkse leven wordt gehanteerd. [7](#)

Tijdens de chronische pijn behandeling zijn ze dus tijdgebonden aan het bewegen, waardoor er een verantwoorde opbouw in zit, die ook succeservaring oplevert.

Daarnaast wordt er gekeken naar de individuele en persoonlijke aspecten die meespelen waardoor de revalidant de coping die hij/zij hanteert blijft hanteren, de zogenaamde WPN niveau's. Hierbij speelt pmt een belangrijke rol. Echter is hiervoor geen bestaande behandelrichtlijn omdat dit vanzelfsprekend per persoon verschilt. Er wordt gekeken welke factoren van invloed zijn en in hoeverre het veranderbaar is.

Zoals bij de chronische pijn omschreven wordt de cirkel van pijngewaarwording/ pijnbeleving / pijngedrag verstoord. Dit gebeurt op de vlakken van het denken – voelen – handelen.

Tijdens de behandeling wordt hierop ook de nadruk gelegd. Welke cognities zitten achter het beweeggedrag en welke psychosociale factoren kunnen of hebben invloed op het voelen van de revalidant. Door hier met verschillende oogpunten naar te kijken krijg je als behandelteam een beeld

van de setting waarin de revalidant zich bevind. En er wordt vervolgens naar gestreefd om deze cognities, gevoelens en het daaropvolgende gedrag in kaart te brengen en helder te krijgen voor de revalidant zodat hij/zij hier de juiste coping leert toepassen.

Assertiviteit

Assertiviteit betekent: kunnen opkomen voor jezelf, zonder de behoeften en gevoelens van een ander uit het oog te verliezen. Assertief gedrag levert zelfbewustzijn, zelfrespect, doortastendheid en zelfverzekerdheid op. [9](#)

Wanneer je assertief bent, durf je nee te zeggen. Je kunt en durft je eigen mening te verwoorden en naar buiten te brengen.

Toch zijn er nog heel veel mensen niet assertief maar subassertief. Deze subassertieve mensen zijn niet in staat om op een assertieve manier uiting te geven aan hun wensen, meningen of gedachten.

Een aantal kenmerken van subassertiviteit en assertiviteit [10](#) :

Subassertiviteit

Te weinig zeggen wat je denkt of vindt
Je gevoelens binnenhouden
Over je heen laten lopen
Doen alsof je geen behoeftes hebt
Je nodeloos verontschuldigen
Je afhankelijk opstellen
Voor anderen zorgen, maar niet voor jezelf
(Te) zacht praten, weinig oogcontact maken
Een weifelende lichaamshouding hebben

Assertiviteit

Rustig voor je eigen rechten opkomen
Gedachten en gevoelens openlijk uiten
Onafhankelijk zijn
Jezelf adequaat verdedigen
Blijk geven van belangstelling en verlangens
Rekening houden met anderen
Anderen niet onnodig kwetsen
Duidelijk praten, goed oogcontact maken
Een krachtige lichaamshouding hebben.

Deze kenmerken laten zien wat het verschil is tussen subassertiviteit en assertiviteit. Het is niet zo dat wanneer je assertief bent je alleen voor jezelf opkomt en geen rekening meer houdt met de ander. Bij assertief gedrag meet je weldegelijk je eigen wensen en mogelijkheden af aan de ander. Je probeert rekening te houden met de ander en deze niet onnodig te kwetsen.

Naast subassertief en assertief heb je nog de agressieve mensen. Deze kun je typeren als assertief zonder rekening te houden met de gevoelens en behoeften van de ander. Er wordt niet gelet op kwetsingen en verlangens van anderen maar wanneer je agressief bent hou je rekening met jezelf zonder de ander daarbij te betrekken.

Zowel bij subassertieve mensen als bij agressieve mensen spelen er gedachten in hun hoofd die maken dat ze niet assertief durven te zijn. Deze gedachten, irrationele gedachten, weerhouden hen ervan om assertief te zijn.

Oorzaken van subassertief gedrag kunnen zijn [13](#):

- Leerervaringen / het verleden beïnvloeden de (sub)-assertiviteit
- Gedachten en cognities beïnvloeden de (sub)-assertiviteit
- Emoties en lichamelijke reacties beïnvloeden de (sub)-assertiviteit

Dit alles heeft invloed op elkaar en kan zorgen voor angst en spanning bij het assertief optreden.

Ieder mens neemt ervaringen van vroeger mee en dit heeft invloed op je handelen van nu. Wanneer deze leerervaringen uit het verleden negatief zijn bij assertiviteit (bijvoorbeeld: je hebt altijd meegekregen dat je wat je gevraagd wordt maar moet doen) kan dit zorgen voor verminderde assertiviteit, ook wel sub assertiviteit.

Zo ook met gedachten en cognities. Wanneer je denkt dat je niets mag afslaan van een ander of denkt dat de ander jou niet meer als vriend ziet wanneer je iets niet voor hem/haar doet, zorgt dit voor een verstoring in assertiviteit. Eigenlijk blijf je dan niet bij jezelf waardoor je jezelf sub assertief op gaat stellen. Door deze houding raakt de draaglast en draagkracht verstoord wat de klachten verergerd.

Methode

Bij de methode beschrijf ik het onderzoeksinstrument dat ik heb gebruikt, maar ook hoe het onderzoek is verlopen en de beschrijving van de participanten. Daarnaast geef ik de manier van dataverwerking weer, zodat er een duidelijk beeld van het onderzoek ontstaat.

Beschrijving participanten

Voor deze vragenlijsten heb ik revalidanten met chronische pijn benaderd die aan het begin van het behandeltraject staan.

Wanneer ze bij het revalidatieteam komen, worden ze eerst 2 weken voor observatie gezien. Dan wordt er gekeken door de verschillende disciplines of een behandeling bij deze revalidant nuttig kan zijn. Wanneer dit het geval is wordt dit teruggekoppeld in het overleg en een behandeling gestart. Pas wanneer de behandeling is gestart heb ik de vragenlijst afgenomen. Deze chronisch pijn patiënten die meewerken aan het onderzoek zijn in de eerste 3 weken van de behandeling. Hierdoor kun je het basisoniveau qua assertiviteit meten.

Deze revalidanten volgen een behandeling voor (nog) onbepaalde tijd. Dit wordt later in het proces bekeken en dan wordt een tijdsduur van behandelen vastgesteld.

Onderzoeksinstrument

De vragenlijst die ik hiervoor ga gebruiken is de SIG (Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag) van W.A. Arrindell, P.M. de Groot & J.A. Walburg. Deze vragenlijst uit 1984 meet sociale vaardigheden. De COTAN (de Commissie Testaangelegenheden Nederland)[14](#) heeft in 1999 de betrouwbaarheid van de SIG als goed beoordeeld.

De SIG heeft als doel de spanning die een bepaalde situatie bij een persoon oproept te meten, om vervolgens te meten hoe vaak zo'n situatie zich voordoet. De vragenlijst is te gebruiken vanaf 14 jaar. [12](#)

De SIG is een zelfbeoordelingschaal. De vragenlijst bestaat uit vijftig vijfkeuze-items die verschillende situaties beschrijven en die tweekeer worden gescoord: de eerste keer voor de spanning die de situatie oproept en de tweede keer voor de frequentie van de situatie.

Er zijn vier schalen: uiten van negatieve gevoelens (NEG, 15 items, bijvoorbeeld 'een verzoek afslaan van een gezaghebbend persoon'), uiten van onzekerheid en eigen ontoereikendheid (ONZ, 14 items, bijvoorbeeld 'toegeven dat u zich vergist'), jezelf kenbaar maken (KEN, 9 items, bijvoorbeeld 'aan een groep mensen iets vertellen wat u hebt meegemaakt'), uiten van positieve gevoelens (POS, 8 items, bijvoorbeeld 'instemmen met een compliment over uw uiterlijk') [8](#)

(Vragenlijst Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag SIG, 1984)

Verloop van het onderzoek

Ik neem de eerste vragenlijst af bij 8 revalidanten die komen voor de chronische pijn behandeling. Na 10 weken ga ik een tussenmeting doen om te kijken of de assertiviteit in de 10 weken van behandeling veranderd is.

Methode van dataverwerking

De vragenlijst kan ik scoren en zo de spanning en frequentie op de vier schalen (NEG, ONZ, KEN, POS) meten. Dit wil ik uitzetten in tabellen / grafieken.

Ik wil de basismetings en de tussenmeting (na 10 weken) met elkaar vergelijken om zo te kijken of er een verschil is in assertiviteit en of er bepaalde schalen opvallend zijn.

Aan de hand hiervan kan ik een voorspelling en aanbeveling doen voor de behandeling v.w.b. chronisch pijn revalidanten en assertiviteit.

Resultaten

De resultaten zijn hieronder te vinden. In deze tabellen en grafieken wordt weergegeven wat de resultaten zijn zonder hieraan conclusies te verbinden.

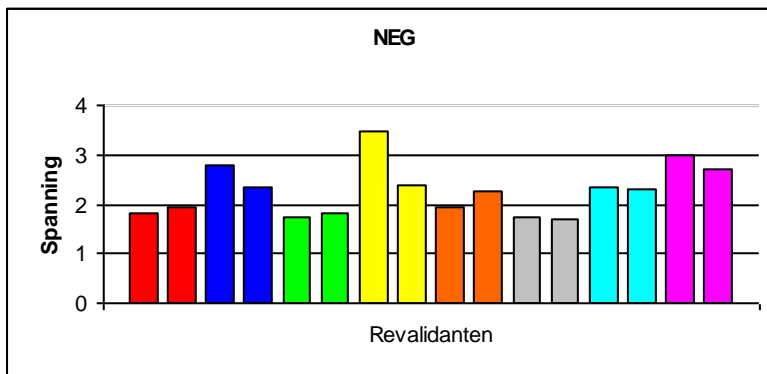
Voor de resultaten heb ik 8 vragenlijsten gebruikt. Deze vragenlijsten zijn ingevuld door revalidanten die het chronisch pijn programma volgen. Er is bij alle 8 revalidanten zowel een beginmeting als een tussenmeting gedaan.

Alle vragen uit de vragenlijst worden toegeschreven aan een schaal.

Bij de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG) kun je 4 verschillende schalen onderscheiden:

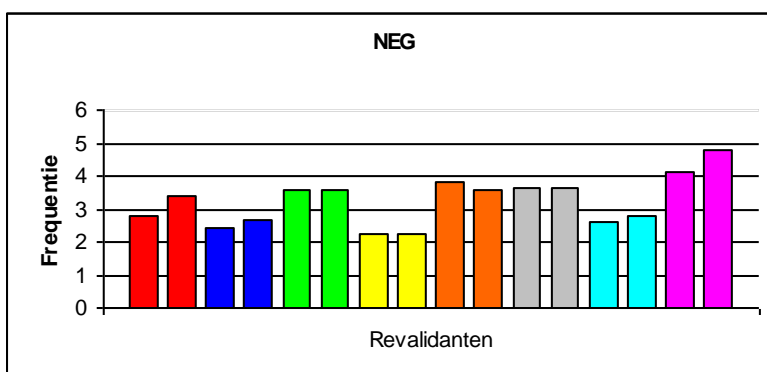
- Uiten van negatieve gevoelens (NEG)
- Uiten van onzekerheid (ONZ)
- Jezelf kenbaar maken (KEN)
- Uiten van positieve gevoelens (POS)

Per schaal is de spanning en de frequentie hierbij apart uitgewerkt. Elke kleur is 1 revalidant, eerste kolom van een kleur is beginmeting en tweede kolom is de tussenmeting.



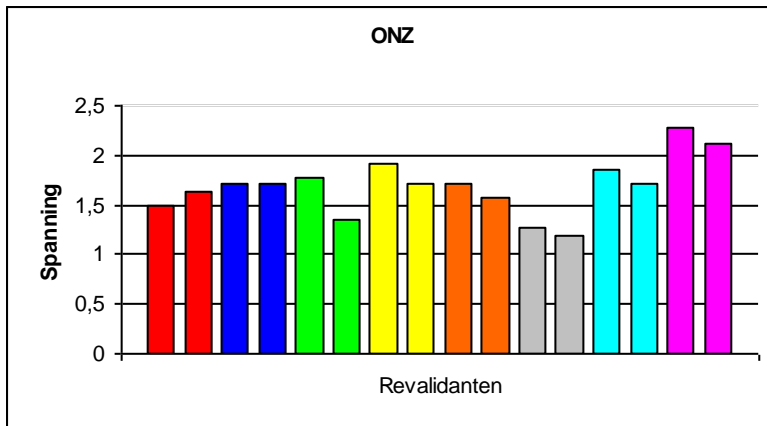
Figuur 2; Spanning bij NEG (begin van de behandeling en tussenmeting)

In figuur 2 kun je de spanning zien bij het uiten van negatieve gevoelens. Elke kleur is hierbij een andere revalidant en de 2 staven laten het verschil zien tussen basis- en tussen meting.



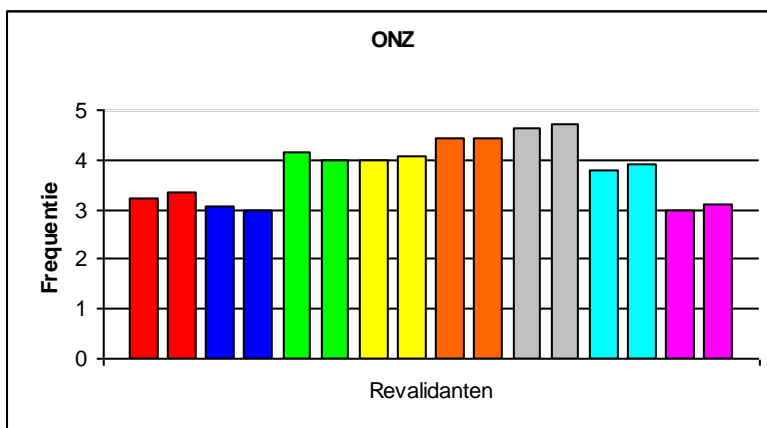
Figuur 3; Frequentie van NEG (begin van de behandeling en tussenmeting)

In figuur 3 kun je de frequentie zien bij het uiten van negatieve gevoelens. Elke kleur is hierbij een andere revalidant en de 2 staven laten het verschil zien tussen basis- en tussen meting.



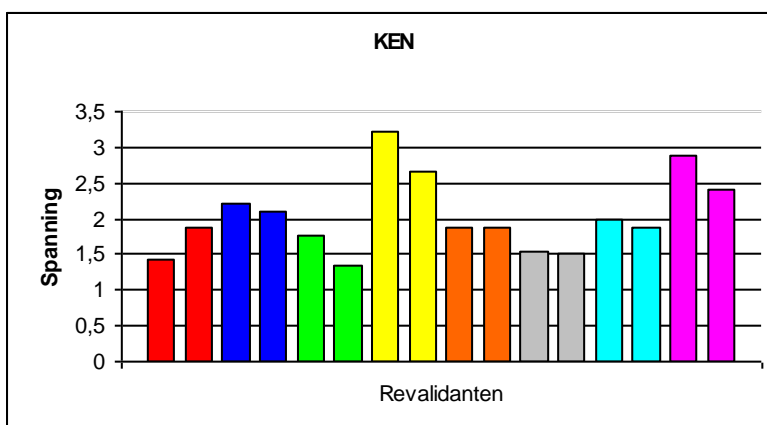
Figuur 4; Spanning bij ONZ (begin van de behandeling en tussenmeting)

In figuur 4 kun je de spanning zien bij het uiten van onzekerheid. Elke kleur is hierbij een andere revalidant en de 2 staven laten het verschil zien tussen basis- en tussen meting.



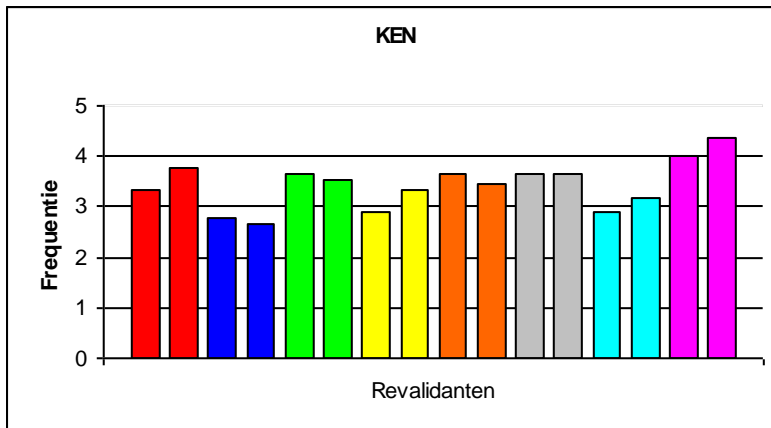
Figuur 5; Frequentie van ONZ (begin van de behandeling en tussenmeting)

In figuur 5 kun je de frequentie zien bij het uiten van onzekerheid. Elke kleur is hierbij een andere revalidant en de 2 staven laten het verschil zien tussen basis- en tussen meting.



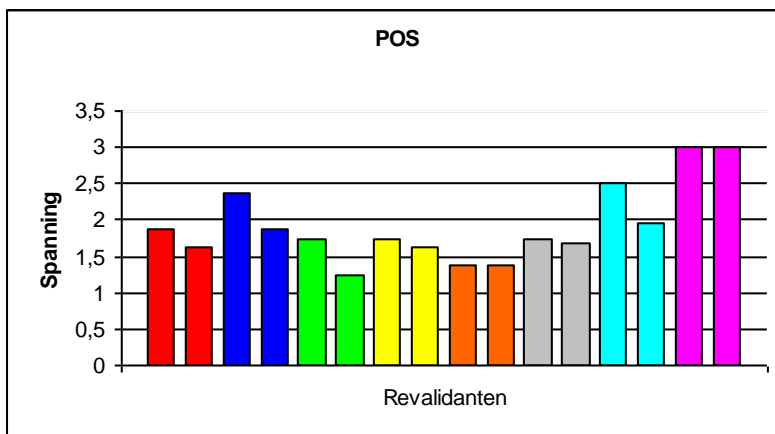
Figuur 6; Spanning bij KEN (begin van de behandeling en tussenmeting)

In figuur 6 kun je de spanning zien bij het jezelf kenbaar maken. Elke kleur is hierbij een andere revalidant en de 2 staven laten het verschil zien tussen basis- en tussen meting.



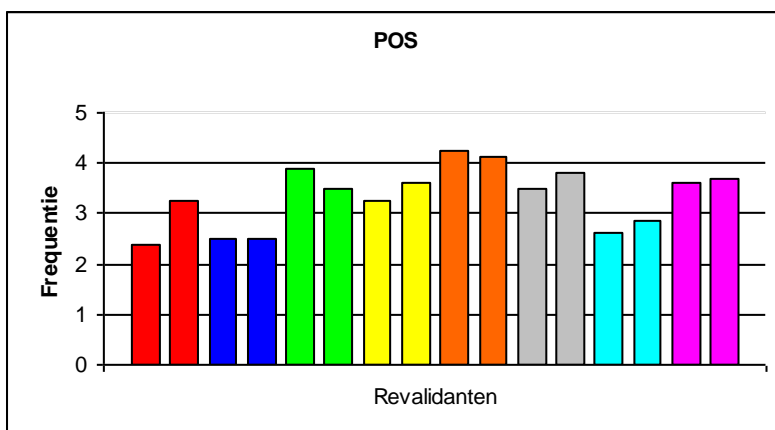
Figuur 7; Frequentie van KEN (begin van de behandeling en tussenmeting)

In figuur 7 kun je de frequentie zien bij het jezelf kenbaar maken. Elke kleur is hierbij een andere revalidant en de 2 staven laten het verschil zien tussen basis- en tussen meting.



Figuur 8; Spanning bij POS (begin van de behandeling en tussenmeting)

In figuur 8 kun je de spanning zien bij het uiten van positieve gevoelens. Elke kleur is hierbij een andere revalidant en de 2 staven laten het verschil zien tussen basis- en tussen meting.

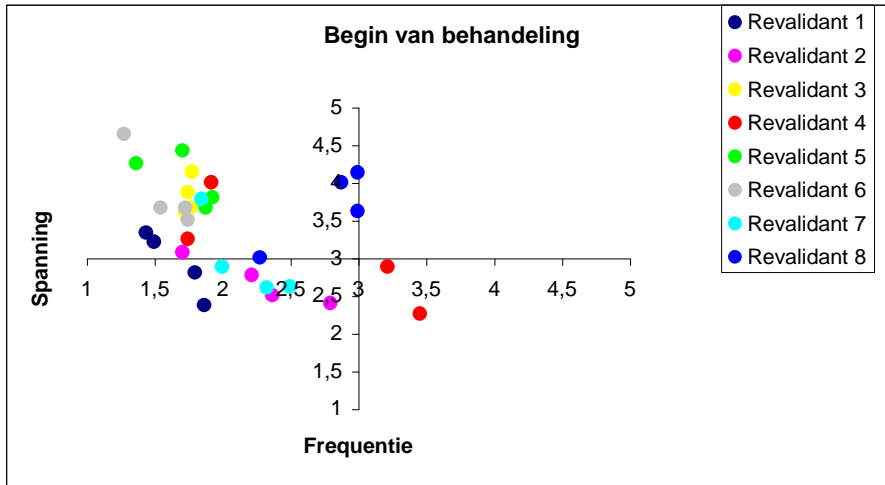


Figuur 9; Frequentie van POS (begin van de behandeling en tussenmeting)

In figuur 9 kun je de frequentie zien bij het uiten van positieve gevoelens. Elke kleur is hierbij een andere revalidant en de 2 staven laten het verschil zien tussen basis- en tussen meting.

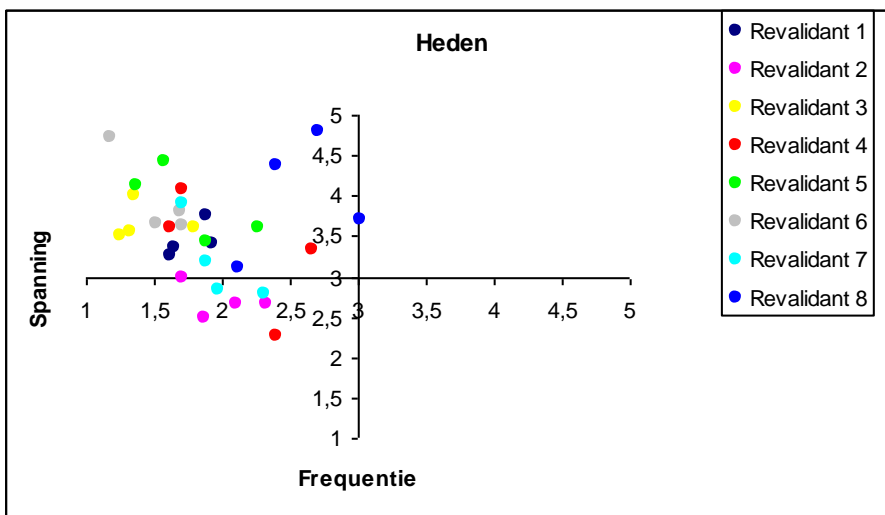
De Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG) meet zowel de spanning als de frequentie d.m.v. de vragenlijst. In figuur 10 en 11 is deze verdeling te zien van alle revalidanten. Op de x-as is de spanning af te lezen, en op de y-as de frequentie.

Deze grafieken geven zowel de NEG, ONZ, KEN, en POS weer van de 8 revalidanten.



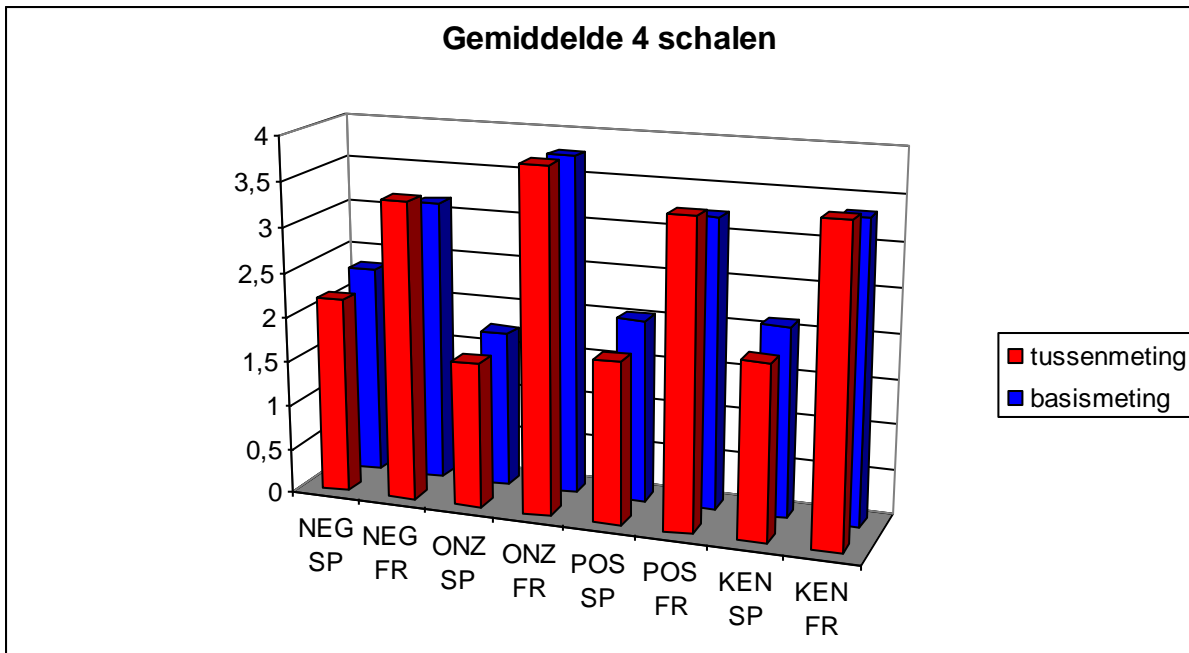
*Figuur 10;
8 revalidanten meting
aan begin van de
behandeling*

In figuur 10 is te zien hoe de verdeling is op de 2 assen v.w.b. spanning en frequentie. Elke kleur heeft 4 stippen, wat staat voor 1 revalidant. Het geeft een totaaloverzicht van de revalidanten aan het begin van de behandeling.



*Figuur 11;
8 revalidanten meting
heden*

In figuur 11 is te zien hoe de verdeling is op de 2 assen v.w.b. spanning en frequentie. Elke kleur heeft 4 stippen, wat staat voor 1 revalidant. Het geeft een totaaloverzicht van de revalidanten bij een tussenmeting.



Figuur 12; gemiddelde van de 4 schalen

In figuur 12 is het gemiddelde van de 4 schalen te vinden. De grafiek maakt een onderscheid tussen het heden en de basismetring. Maar ook tevens van de 4 verschillende schalen en hierbij geeft de grafiek zowel de spanning als de frequentie weer.

Discussie

Bij de discussie reflecteer ik op de methode, resultaten en uitvoering van het onderzoek. Om zo een mogelijke verklaring te vinden voor de resultaten.

Voor dit onderzoek heb ik 8 revalidanten gevraagd vragenlijsten in te vullen. Het is een kleine groep waardoor er moeilijk uitspraken te doen zijn over het daadwerkelijke assertiviteitsniveau. Tijdens mijn onderzoeksperiode was er niet de mogelijkheid om meerdere revalidanten te enquêteren. Desondanks ga ik deze gegevens analyseren om zo te kijken of hierin opvallendheden te zien zijn.

NEG

Als je kijkt naar de schaal 'het uitten van negatieve gevoelens' (NEG) valt het op dat de frequentie over het algemeen toeneemt, en de spanning wisselend toeneemt en afneemt (zie figuur 2 en 3). Dit wil zeggen dat alle revalidanten meer de negatieve gevoelens hebben leren uitten, maar de spanning daarbij nog wisselend is (bij een aantal revalidanten verhoogd en verlaagd).

ONZ

Als je kijkt naar de schaal 'uitten van onzekerheid' (ONZ) valt het op dat bij 7 van de 8 revalidanten de spanning is gezakt. De frequentie is nagenoeg gelijk. Dat wil zeggen dat de revalidanten uit het onderzoek nog niet vaker hun onzekerheid uitten, maar wanneer ze dit doen de spanning die ze ervaren wel minder is.

KEN

Als je kijkt naar de schaal 'jezelf kenbaar maken' (KEN) zie je dat bij 7 van de 8 revalidanten de spanning is gezakt. Als je kijkt naar de frequentie is deze wisselend, bij 4 revalidanten is de frequentie toegenomen, bij 3 revalidanten is de frequentie gezakt en 1 revalidant is gelijk gebleven. Hieruit kun je opmaken dat de spanning wederom is gezakt maar dit nog niet direct tot gevolg heeft dat de revalidanten het ook vaker doen.

POS

Als je kijkt naar de schaal 'uitten van positieve gevoelens' (POS) zie je dat bij alle revalidanten de spanning is gezakt of gelijk is gebleven. Nergens neemt dus de spanning toe. De frequentie neemt bij 5 revalidanten toe, bij 1 gelijk en bij 2 revalidanten neemt de frequentie af.

Zie figuur 12 bij resultaten voor een overzicht.

In dit overzicht is het gemiddelde berekend qua spanning (SP) en frequentie (FR). Dit is gebeurd bij alle 4 de schalen.

Wat er duidelijk naar voren komt is dat gemiddeld genomen de spanning bij alle 4 de schalen is gezakt. En dat de frequentie bij de 4 schalen minimaal is gestegen of gelijk is gebleven.

Wat ik niet kan concluderen (mede door het aantal geënquêteerden) is dat de frequentie geen verandering laat zien. Bij het aantal ondervraagden voor dit onderzoek is geen verschuiving te zien, maar wellicht dat dit bij een grotere onderzoeksgroep wel het geval is.

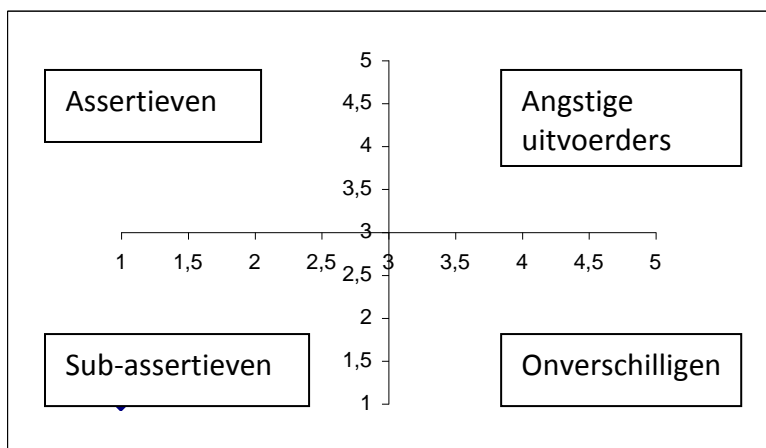
Opvallend is wel dat bij alle geënquêteerden de spanning is gezakt. Wat hierin mee kan spelen is dat revalidanten die in behandeling komen vrijwel altijd worden geadviseerd om te stoppen met werk of werk te minderen. Door deze verandering in omgeving wordt de revalidant min of meer gedwongen om te oefenen met een vorm van assertiviteit; namelijk het toegeven aan de klachten en hierop de mogelijkheden en omgeving aanpassen. Dit kan meespelen in de verlaagde spanning die revalidanten ervaren bij de tussenmeting.

Het vaker en regelmatig opkomen voor jezelf zonder de behoeften en gevoelens van een ander uit het oog te verliezen is bij deze revalidanten nog lastig. Daar waar wel de spanning is gezakt.

Als je kijkt naar de indeling van de 4 schalen in figuur 13, kun je de figuren 10 en 11 indelen aan de hand van:

- Assertieven
- Angstige uitvoerders
- Sub-assertieven
- Onverschilligen

De 4 vakken kun je als volgt verdelen:



Figuur 13; indeling volgens SIG

Je ziet vervolgens in figuur 10 en 11 de verschuiving die heeft plaatsgevonden.

In figuur 10 is het beeld te zien aan het begin van de behandeling. Wat opvalt is dat de stippen zich vooral rond de y-as vormen en laag bij de x-as. Hierdoor komt dit uit deels sub-assertief, deels assertief en 1 revalidant onverschillig.

Dat een groep in het sub-assertieve vak zitten kun je verklaren door te kijken naar de kenmerken uit het theoretische kader. Hierin vind je dat sub-assertieven vaak over zich heen laten lopen, niet opkomen voor eigen meningen enz. Wat je merkt aan het begin van de behandeling is dat revalidanten met chronische pijn vaak verergerde klachten hebben doordat ze niet weten wat ze met klachten moeten en welke lichaamssignalen ze serieus moeten en kunnen nemen. Omdat dit voor henzelf niet duidelijk is, is het ook moeilijk om aan te geven aan de buitenwereld. Dit zorgt mede voor het sub-assertieve gedrag.

De revalidanten die zich bij de beginmeting in het assertieve vak bevinden, hebben wellicht in zich om assertief te zijn, al dan niet geleerd door de klachten om in het vermijden te schieten (in theoretisch kader benoemd als avoider of avoider+). Door te gaan vermijden geven revalidanten wellicht veel aan de omgeving aan dat hij/zij het niet kan en om nee te zeggen. Hierdoor kan de revalidant op de vragenlijst in het assertieve vak uitkomen, maar in werkelijkheid is het qua dagelijkse activiteiten geen adequate coping (de revalidant vermijdt bewegingssituaties of andere activiteiten). Wat waarschijnlijk gaat gebeuren als de copingstrategie wordt aangepast, is dat de assertiviteit ook veranderingen ondervindt. De assertiviteit kan wellicht schommelen bij het veranderen van een copingstrategie.

Als je vervolgens kijkt naar figuur 11 zie je dat er een duidelijke verschuiving heeft plaatsgevonden naar links. Dit wil zeggen dat de spanning is afgenomen. Er bevindt zich niemand meer in het onverschillige vak, en op 1 stip na zijn alle stippen aan de linker kant van de y-as. De verschuiving op de y-as (frequentie) is nog niet echt zichtbaar. Dit lijkt gelijk te blijven. Hierdoor komt de meerderheid uit in het vak; assertieven. Daar waar ook een aantal nog uitkomen in het vak sub-assertieven.

Dat er bij de tussenmeting geen revalidant zich meer bevindt in het onverschillige vak komt deels door de verandering van inzicht in eigen handelen / coping. Hierdoor ziet de revalidant in dat de altijd toegepaste copingsstijl niet past bij de lichaamsbeleving en klachten. Door deze inzichten die aan het begin van een behandeling worden gegeven ziet de revalidant in dat het stukje coping (zit in de persoonlijkheid) nodig is om te veranderen. Dit proces van bewustwording en inzicht zorgt mede voor de verschuiving van de spanning, maar wat wordt gemerkt is dat de frequentie nog niet toeneemt.

Het toenemen van de frequentie (en dus indirect de verschuiving van sub-assertief naar assertief) kan deels nog niet tot stand zijn gekomen door de duur van de behandeling. Het is een tussenmeting en de revalidanten zijn bij deze meting nog niet klaar met de behandeling. Het kan dus een logische stap zijn in het behandelproces.

Conclusie

Hieronder kun je de hoofdpunten uit het onderzoek op een rijtje vinden. Ik kom terug op de doelstelling en probeer zo een antwoord te formuleren op de vraagstelling.

Wat er bij alle grafieken en gegevens duidelijk naar voren komt, is dat de spanning bij alle 4 de schalen afneemt, in tegenstelling tot de frequentie die niet of nauwelijks een verschuiving laat zien. Hierdoor lijkt het dat de behandeling van chronisch pijn patiënten vooral invloed heeft op de afname van spanning die het oproept bij het aangeven van assertiviteit. Deze neemt af naarmate ze er meer uitleg en oefening krijgen in de behandeling.

Wat deze resultaten kan verklaren is wellicht het feit dat de meeste revalidanten die mee hebben gewerkt nog niet de behandeling hebben afgerond. Het lijkt me een logische stap om eerst de spanning te laten afnemen, en vervolgens de frequentie te laten toenemen. Het kan dus zo zijn dat later in het proces de frequentie bij deze revalidanten alsnog toeneemt.

Wat belangrijk is om mee te nemen in deze, is dus het oefenen van het toepassen van assertiviteit in de omgeving. Zo kan de stap ook worden gemaakt om het toe te passen.

Wat een van mijn vraagstukken was is de assertiviteit aan het begin van de behandeling. Kunnen mensen die in behandeling komen dat wat ze leren tijdens de behandeling toepassen in de praktijk en thuissituatie? Hierin zie je dat ze duidelijk moeten groeien. Aan het begin van de behandeling is een groot deel nog sub-assertief, wat kan leiden tot overvragen van de omgeving en niet of nauwelijks voor je eigen opkomen. De assertiviteit is naarmate de behandeling vorderde niet duidelijk gestegen, wel is de spanning afgenomen zoals ik al eerder aangaf. Deze spanning is afgenomen bij het opkomen voor henzelf.

Dus om een antwoord te geven op de vraagstelling; hoe assertief zijn chronisch pijn patiënten aan het begin van de behandeling en behoeft assertiviteit meer aandacht in een chronische pijn behandeling?

De revalidanten zijn matig assertief, dit wil zeggen dat ze het nog lastig vinden om op te komen voor henzelf. Hierdoor laten ze zich overvragen door de omgeving, wat resulteert in lichamelijke klachten. Tijdens de behandeling zakt de spanning bij het aangeven van de standpunten, maar de frequentie neemt nog niet toe. Hiervoor is meer aandacht nodig in de behandeling, het oefenen en toepassen buiten de therapie setting.

Aanbevelingen

Zoals ik in de conclusie ook al benoemde, zakt de spanning bij het aangeven van hun grenzen. Maar de frequentie blijft nagenoeg gelijk.

Om hiermee meer te oefenen lijkt het mij nuttig om opdrachten te geven voor de thuissituatie en dit terug te koppelen in de therapie.

Voorbeelden:

- Frequentie oefenen door de revalidant een lijst te laten maken waarin hij verschillende omgevingen/situaties beschrijft. Dit kan bestaan uit bijv. thuis (gezin), ouders, werk (collega's), vrienden, familie enz.

Door deze omgevingen en situaties te beschrijven kun je ze op een volgorde zetten van makkelijk naar moeilijk. Waar vind je het makkelijk om je assertief op te stellen, en waar is dit lastig.

Door dit schema kun je meer toewerken naar een moeilijker omgeving waardoor je steeds meer autonomie krijgt in de assertiviteit van revalidanten.

- Een andere manier om dit te oefenen is bijvoorbeeld het laten beschrijven van situaties uit het dagelijks leven waarin de revalidant zich heeft laten overvragen. Hoe is hij/zij er toen mee omgegaan en hoe zou je dat anders kunnen doen. Deze situaties kun je dan oefenen in therapie waardoor sneller de koppeling kan worden gemaakt tussen therapie en het dagelijks leven.

Mijn aanbeveling voor de behandeling van chronisch pijn revalidanten v.w.b. assertiviteit is dat de frequentie moet worden vergroot door meer te oefenen met dagelijkse situaties waarin een revalidant overvraagd wordt door de omgeving. Om zo de frequentie van assertiviteit te laten toenemen.

Literatuurlijst

1. IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain terms: a list with definitions and notes on usage*. Pain 1979;6:249-52
2. Dingemans WA, Groenman NH, Kleef M van & Krijgsman MJ (1993). *Pijn en pijnbehandeling*. Een basaal onderwijscurriculum, Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn. Maastricht: Universitaire Pers.
3. Revalidatiecentrum Blixembosch, (2004). *Chronische pijnklachten in houdings- en bewegingsapparaat. Wat kan er van de revalidatiegeneeskunde worden verwacht?* Verkregen op 01-04-2011 van http://www.blixembosch.nl/cms/publish/content/downloaddocument.asp?document_id=58
4. Heuts, P.H.T.G. (2006). *Revalidatie bij chronische pijn*. *Bijblijven*, 22:439-443
5. Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J. & van Eek, H. (1996) *Chronische pijn en revalidatie*. Praktijkreeks Gedragstherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
6. Concencus Pijnrevalidatie, (2003). *Definitie pijnrevalidatie*. Verkregen op 02-04-2011 van <http://www.revalidatiegeneeskunde.nl/.../Definitie-pijnrevalidatie.doc>
7. Pelt, R.A.G.B. (2004). *Successieve approximatie en het nut van grafieken*. Bekrachtiging. Cursus Chronische Pijn.
8. Arrindel W.A., Groot P.M. de & Walburg J.A. (1984). SIG Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag.
9. Nieuwenhuizen, M. (2003). *Werkweizer*. Alphen aan de Rijn/Diegem: Kluwer bv.
10. Sjef Peters en Karel Klumpers, (2005). *Leven met assertiviteitsproblemen*. Verkregen op 20-04-2011 van <http://www.groepsmaatschappelijkwerk.nl/files/assertiviteit.pdf>
11. Meihuizen-de Regt M.J., de Moor J.M.H., Mulders A.H.M. (2003). *Kinderrevalidatie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
12. Databank instrumenten, richtlijnen en kwaliteitsstandaarden; beschrijving Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG) verkregen op 15-05-2011 van <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=43056&recordnr=184&setembed=&vanuit=&toon=uitgebriid>
13. Bloem M., (2006). *En nu ik: Assertiviteit in een notendop*. Zaltbommel: Uitgeverij Thema.
14. NIP Nederlands Instituut van Psychologen. *Wat is COTAN?* Verkregen op 15-05-2011 van <http://www.psynip.nl/website/wat-doet-het-nip/tests/wat-is-de-cotan/cotan>
15. Appelo M., (1999). *Van draaglast naar draagkracht*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Bijlagen



SCHAAL VOOR INTERPERSOONLIJK GEDRAG

S.I.G.

H. A. Amrdel
R. A. de Groot
J. A. Walburg

INSTRUCTIE

Veel mensen vinden het moeilijk om in de omgang met anderen te reageren zoals de meeste zouden willen reageren. Bijvoorbeeld om een verzoek af te wijzen, om hulp te vragen, om goedkeuring of afkeuring te tonen.

Hieronder leest u een aantal van dergelijke situaties aan, die betrekking hebben op de omgang met anderen.

Wij vragen u de lijst tweemaal te bezielen. Het gaat iedere keer als u de lijst inruikt om uw eerste indruk. Elk antwoord dat u geeft is goed. Het is niet nodig over een vraag lang na te denken. Staat u misschien geen enkele vraag over en werkt u zo vrij mogelijk door.

1. Alereeds vragen wij u om in de kolommen voor elk van de situaties aan te kruisen hoe zelfverwacht of gespannen u zich voelt als u het gedrag dat daar beschreven staat zou uitvoeren.

Gebruikt u hiervoor de volgende antwoordmogelijkheden:

heel vaak niet	veelje	nogal	erg	heel erg
----------------	--------	-------	-----	----------

Bijvoorbeeld: Als u zich nogal gespannen voelt bij het beginnen van een gesprek met een onbekende, zet u voor die situatie in de derde kolom als volgt een kruisje:

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1. Een gesprek beginnen met een onbekende

2. Als u klaar bent met het voor de eerste maal invullen van de lijst vragen wij u om deze nogmaals door te nemen. Kruist u nu in de kolommen achter de situatie aan hoe vaak u het beschreven gedrag uitvoert als u zich in zo'n situatie bevindt.

Gebruikt u hiervoor de volgende antwoordmogelijkheden:

000 x	000 x	000 x	000 x	000 x
nooit	zelden	soms	meestal	altijd

Bijvoorbeeld: Als u zich in een situatie bevindt met een onbekende en u begint dan meestal een gesprek met hem of haar zet u achter die situatie in kolom vier als volgt een kruisje:

1. Een gesprek beginnen met een onbekende

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Wij vragen u tijdens het invullen van de vragenlijst het meest recente gedrag te beschrijven, indien dat u het best mogelijk kunnen worden.



© 1990, 2001 Harcourt Assessment LLC, Amsterdam
05-5307-10



1. Een gesprek begint niet met een introductie.
2. Als iemand u in de wijk wilt ontmoeten zeggen dat u dit verstandig vindt.
3. Als het goed is komen die mensen uit u regio (overstreek).
4. Dit artikel mag niet over iets uit u regio gaan.
5. Een richting geven die wijkt om de mening van de andere niet over u te spreken.
6. Enkele mensen met een commentaar over uw artikel.
7. Een vriend of goede vriend zeggen dat hij u wilt zien met u vrienden.
8. Artikel vertellen dat u iemand graag wilt.
9. Een vriend of goede vriend zeggen dat hij u wilt zien met u vrienden.
10. Ingeen of men u ontmoet met u vrienden dat u ergens lang wilt zijn.
11. Uw eigen verhaal vertellen met goede mensen die het niet u spreken u.
12. Iemanden dat u niet vergat.
13. Iemanden met goede mensen die goede mensen.
14. Een vriend of goede vriend zeggen dat hij u wilt zien met u vrienden.
15. Iemanden zeggen dat u niet het hebt als een goede vriend (geen vriend).
16. Iemanden vertellen dat u iemand op het hoofd gesteld bent.
17. Een vriend of goede vriend zeggen dat hij u wilt zien met u vrienden.
18. Iemanden met goede mensen die goede mensen.
19. Iemanden met goede mensen die goede mensen.
20. Een vriend of goede vriend zeggen dat hij u wilt zien met u vrienden.
21. Een vriend of goede vriend zeggen dat hij u wilt zien met u vrienden.
22. Iemanden met goede mensen die goede mensen.
23. Iemanden met goede mensen die goede mensen.
24. Iemanden met goede mensen die goede mensen.
25. Iemanden met goede mensen die goede mensen.

Naam: _____

Gestaart: _____

Democratedatum: _____

Doornatname: _____

Schewersterking: _____

score: 10

Schaal	H ₀	Naamling		Inquente	
		score	M	score	M
1.	HEG	10			
2.	ONE	14			
3.	KEN	8			
4.	PCB	8			
	REC	8			
Total	50				

