

# „Voluit Leven“

Correlationeel onderzoek naar de Acceptance and Commitment Therapy in samenhang met aanverwante psychologische constructen.



**Universiteit Twente**  
*de ondernemende universiteit*

**Opdrachtgever:** Universiteit Twente  
**Faculteit:** Gedragswetenschappen  
**Opleiding:** Psychologie  
**Bachelorricting:** Veiligheid & Gezondheid  
**Begeleiders:** Ernst T. Bohlmeijer &  
Marcel E. Pieterse

**Auteur:** Ariane Chantal Dücker  
**Studentennummer:** s0122114  
**Datum:** 2 december 2008

## Inhoudsopgave:

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Abstract                         | 4  |
| Samenvatting                     | 5  |
| 1. Inleiding                     | 6  |
| 1.1 ACT en CGT                   |    |
| 1.2 Experiëntiële Vermijding     |    |
| 1.3 Hypothesen van dit Onderzoek |    |
| 2. Methode                       | 11 |
| 2.1 De Cursus                    |    |
| 2.2 De Materialen                |    |
| 2.3 De Participanten             |    |
| 2.3.1 Afhankelijke Variabele     |    |
| 2.3.2 Eerste Categorie           |    |
| 2.3.3 Tweede Categorie           |    |
| 2.3.4 Derde Categorie            |    |
| 3. Resultaten                    | 15 |
| 4. Discussie                     | 20 |
| 4.1 De Studie                    |    |
| 4.2 Limitaties van dit Onderzoek |    |
| 4.3 Conclusies                   |    |
| 5. Referenties                   | 24 |
| Bijlagen                         | 26 |

## Abstract

In the Netherlands momentarily a course is running which is aimed at investigating a preventive method in the striking for psychic symptoms. It is about how to beware your psychic health. The theoretical foundation is the Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT says that acceptance of unwanted emotions and events is positive for mental health. The participants learn that avoidance is defending one's psychological health and that it can result – in the worst case – in serious psychopathology.

The ACT is the prevailing theoretic framework but also contextualism and the belief in the individual's capabilities of changing the attitude towards emotions and events become important in this course.

This study is interested in relations between well-being, acceptance/ avoidance and related psychological constructs from the areas health, psyche and individual coping with events and emotions. Besides that a possible difference in sexes with relation to acceptance/ avoidance is of particular interest. The data is received through the first measurement of the participants from the course 'Voluit Leven'.

## Samenvatting

In Nederland wordt op dit moment de cursus ‘Voluit Leven’ gegeven. Het doel van die cursus is een preventieve aanpak bieden voor psychische klachten. Het gaat er dus voornamelijk om een manier te vinden de psychische gezondheid te bewaren. De theoretische basis bevat de Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT stelt dat het accepteren van ongewenste gebeurtenissen en emoties gunstig is voor psychologisch welbevinden. De cursisten leren dus dat vermijding op de lange duur niet werkt en dat het in het ergste geval tot ernstige psychopathologie kan leiden.

De ACT is hierbij het overheersende theoretische kader maar ook contextualisme en het geloof dat de mens zijn houdingen tegenover emoties en gebeurtenissen kan veranderen spelen bij de cursus een rol.

In dit onderzoek ligt de interesse in de samenhang tussen welbevinden, acceptatie/vermijding en aanverwante psychologische constructen op het gebied van gezondheid, psyche en individuele omgang met emoties en gebeurtenissen. Verder wordt er naar een mogelijk geslachtsverschil in de mate van acceptatie/vermijding gekeken. De onderzoeksgegevens zijn opgedaan via de eerste meting van de cursisten die deel hebben genomen aan ‘Voluit Leven’.

## 1. Inleiding

### 1.1 ACT en CGT

De Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is een nieuwe vorm van de Cognitieve Gedragstherapie (CGT) die tot doel heeft psychologische flexibiliteit te vergroten. Zij maakt gebruik van acceptatie en mindfulness in combinatie met verbintenis en gedragsveranderingsstrategieën. In ACT wordt cliënten geleerd zich te richten op zaken die ze op directe wijze kunnen beïnvloeden, zoals hun eigen gedrag, in plaats van controle proberen te krijgen over ervaringen die niet direct te beïnvloeden zijn, zoals emoties en gedachten. Dit impliceert een acceptatiegerichte houding ten opzichte van deze emoties en gedachten. Deze gedragstherapie vindt vaak in het kader van een groep plaats maar men kan ook een individuele aanpak kiezen.

De kern van de aan het eind van de 20<sup>ste</sup> eeuw door Steven C. Hayes ontwikkelde ACT theorie is dat het vechten tegen psychisch leed ten koste gaat van een waardevol leven (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Daarom is ACT vooral bij preventieve doeleinden van een therapie nuttig.

Het verschil met de klassieke Cognitieve Gedragstherapie is dat CGT meer uitgaat van de inhoud van gedachten en deze probeert te veranderen. De ACT gaat meer uit van de functionele context. Gedachten zijn pas schadelijk in een bepaalde context en door die context te verbreken en aan te passen kunnen de gedachten op een andere manier geïnterpreteerd worden. De CGT richt zich dus op symptoomverlichting door verandering van de *inhoud* van gedachten, terwijl ACT zich richt op het veranderen van de relatie die een cliënt heeft met zijn gedachten, dus het veranderen van de *functie* van deze gedachten.

De effectiviteit van ACT is door meerdere studies aangetoond. Bijvoorbeeld in de behandeling van chronische pijn (Viane, Poppe, Crombez & Devulder, 2004), depressie (De Groot, 2005), en angststoornissen (Eifert & Forsyth, 2005). Volgens ConnACTion is deze lijst nog uit te breiden op de behandeling van psychose, trauma, werkgerelateerde problematiek en verslaving ([www.connaction.info](http://www.connaction.info)). Ook in de niet pathologische populatie blijkt de ACT succes te hebben. Zo is volgens García, Villa, & Cepeda (2004) de sportprestatie bij kanoërs verbeterd door het toepassen van ACT principes op de sporters.

De Acceptance and Commitment Therapy is in het kader van de ‘contextualistic approaches’ te noemen (Hayes et al, 2006). Deze zijn vooral gespecialiseerd op het mede betrekken van de situationele en de omgevingsfactoren van het individu. Psychologische fenomenen worden bekeken vanuit het individuele referentiekader in combinatie met contextuele factoren uit de omgeving. Het gaat dan niet meer per se om de inhoud van psychologische klachten maar meer om de context waarin deze plaats vinden. Contextualisme stelt dat beslissingen, handelingen en uitingen steeds in een individueel specifieke omgeving gaan plaatsvinden en alleen uit dit kader kunnen worden gezien. Interpretaties van gedrag kunnen dan alleen in dit verband worden geformuleerd.

Het doel van therapie is de waarneming van de context positief te veranderen en copingsstrategieën aan te leren die de omgang met bepaalde gebeurtenissen, emoties of gedachten herstructureren. De contextualistic approaches hebben dus de vorming van brede, flexibele en effectieve repertoires van gedrag tot doel (Hayes et al, 2006).

Een in het kader van de psychotherapie bekend model is het ACT/RFT model van psychopathologie. Het model is een combinatie van de Acceptance and Commitment Therapy en de Relational Frame Theory. Het beschrijft de invloed van taal en cognitie op het vormen van psychische problemen. De theorie gaat er vanuit dat zowel taal als ook cognities aangeleerde processen zijn die de beoordeling van gebeurtenissen of situaties van een

individuele mede bepalen en kleuren. In deze zin ontstaat uit externe stimuli een bepaalde houding tegenover deze prikkels. De zogenaamde psychologische (in-)flexibiliteit. Uitgaand van deze theorie is gedrag een resultaat van inflexibele verbale netwerken (Hayes et al, 2006).

Het ACT model bevat 6 kernprincipes.

1. Acceptatie: onvermijdelijke zaken leren aanvaarden, stoppen met het overbodig verzetten.
2. Cognitieve defusie: scheiden tussen gedachten en gedrag, afstand nemen van gedachten en deze niet als realiteit uitleggen.
3. Mindfulness: het bewust waarnemen en ondergaan van ervaringen, zonder deze te vermijden, proberen te controleren of vast te houden.
4. Zelf-as-context: zichzelf in een context ervaren, men is meer dan uitsluitend zijn gedachten en emoties.
5. Waarden: het bepalen van wat echt waardevol is in het leven.
6. Commitment: het stapsgewijs ondernemen van acties om de waarden te bereiken.

Deze principes zijn intermediair met elkaar verbonden en bewerkstelligen in hun geheel de vorming van psychologische flexibiliteit.

## 1.2 Experiëntiële Vermijding

Een belangrijk onderdeel van het ACT/RFT model is de ‘experiëntiële vermijding’. Dit is van toepassing als een iemand zich met bepaalde gebeurtenissen in zijn leven niet wil bevatten en probeert de vorm of de frequentie en de context van optreden te veranderen. Dit omzeilen van gerelateerde emoties leidt tot meer gevoelens van stress door het vergrote copinggedrag. Zo leidt excessieve experiëntiële vermijding tot een hogere mate van psychopathologie en minder kwaliteit van leven (Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello, Toarmino, Polusny, Dykstra, Batten, Bergan, Stewart, Zvolensky, Eifert, Bond, Forsyth, Karekla & McCurry, 2004).

Experiëntiële vermijding is als tegenovergestelde van acceptatie te bestempelen (Jacobs, Kleen, Blokzijl, De Groot & A-Tjak, in druk). Acceptatie is de bereidheid tot ervaring van ongewenste gebeurtenissen. Als men zijn persoonlijke huidige situatie gaat accepteren is men tot hogere maten van psychologische flexibiliteit in staat. Andersom leidt de neiging te vermijden tot meer psychologische inflexibiliteit.

Deze gedragscontrolestrategieën (Hayes & Pankey, 2002) zijn belangrijke voorspellers in het copinggedrag van een individu.

## 1.3 Hypothesen van dit Onderzoek

In de studie van Jacobs (in druk) zijn er geslachtsverschillen in de mate van vermijding gevonden. Mannen hebben over het algemeen minder de neiging om te vermijden, zij accepteren vaker hun ongewenste gebeurtenissen (Jacobs et al, in druk). In vergelijking met andere studies is er geen eenduidig beeld te vinden (Hayes et al, 2004). Het eventuele bestaan van verschillen in de mate van acceptatie bij mannen en vrouwen zal in dit onderzoek uitvoerig worden besproken. In het geval van een verband zijn er concrete aanwijzingen voor verdere therapievormen om er rekening mee te kunnen houden. De eerste hypothese luidt:

- H1** Mannen hebben meer de neiging belastende gebeurtenissen, emoties of gedachten te accepteren, vrouwen vermijden deze vaker.

Om de mate van acceptatie en vermijding waarover iemand beschikt te kunnen meten is de Nederlandse versie van het Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) ontwikkeld (Jacobs et al, in druk). De bedoeling van het AAQ-II is het bieden van een intern consistent meetinstrument van de ACT model van mentale gezondheid en gedragsmatige effectiviteit (Hayes, 2005).

De 10 items van het AAQ-II zijn gericht op de controle en acceptatie die men denkt te hebben over bepaalde emoties en gebeurtenissen (Bijvoorbeeld: 'Ik heb controle over mijn leven' of 'Emoties veroorzaken problemen in mijn leven'). Een hoge totaalscore van deze vragenlijst geeft een hogere mate van experiëntiële vermijding en zodoende een mindere mate van acceptatie aan.

Men kan dus ervan uitgaan dat een hoge mate aan psychopathologie samenhangt met weinig acceptatie en een grote tendentie om te vermijden. De mate aan psychologische flexibiliteit geeft dus weer in hoeverre iemand last kan hebben van psychopathologie. In dit onderzoek wordt in eerste instantie naar correlatieve verbanden gekeken. Een correlatie bestaat als twee variabelen sterk samenhangen. Er kunnen dan nog geen uitspraken worden gedaan naar de effecten die de ene variabele op de andere heeft. Pas als men een causaal verband vast gaat stellen kan men dergelijke uitspraken doen.

In het volgende model is een samenhang tussen de variabelen uit de ACT theorie weergegeven.



**Figuur 1: Hoe psychopathologie tot stand kan komen volgens het ACT model.**

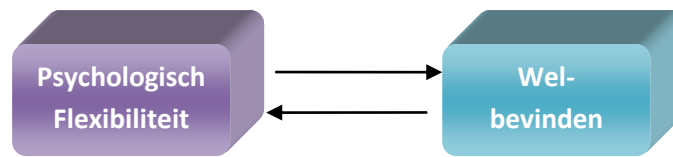
De experiëntiële vermijding leidt door de psychische spanning die er nodig is om te vechten tegen ongewenste gedachten en emoties tot psychologische inflexibiliteit. Aan de andere kant hangt een hogere mate van inflexibiliteit samen met toegenomen vermijdingsgedrag. Uit overmatige inspanning kan dan vervolgens een vorm van psychopathologie ontstaan. Behalve dat zijn bestaande psychopathologische klachten een indicator voor de psychologische flexibiliteit van een persoon.

Ook Hayes et al. (2004) beweren dat overmatige vermijding tot een hogere mate van psychische klachten leidt. De tweede hypothese is dus:

- H2** Experiëntiële vermijding correleert met de manier van coping, vermoeidheid, depressie, gespannenheid, schaamte, alcoholconsumptie en de gezondheidstoestand van een persoon.

Aan de andere kant betekent dit dan dat aan psychologisch welbevinden een bepaalde mate van psychologische flexibiliteit ten grondslag ligt. Het mogelijke verband van psychologisch welbevinden en de mate van psychologische flexibiliteit geeft het tweede model schematisch weer.



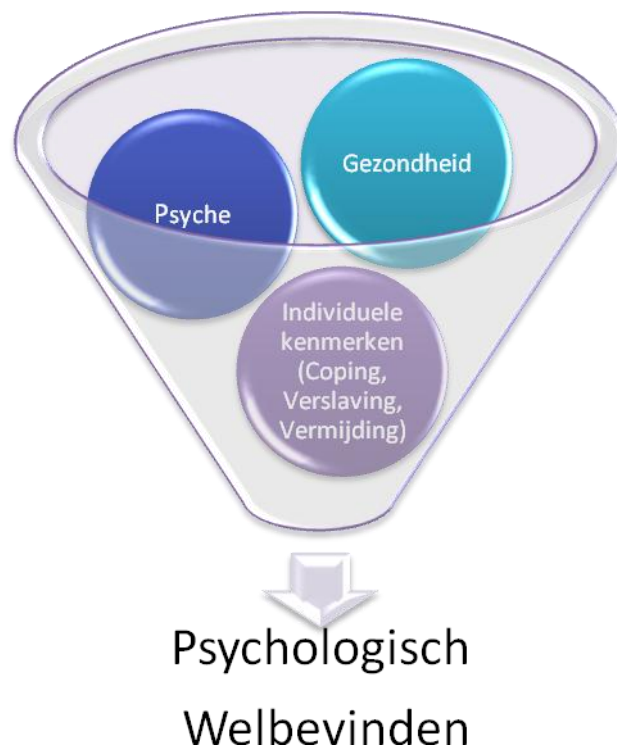


Figuur 2: Relatie van flexibiliteit en welbevinden.

Dit leidt dan tot hypothese drie:

**H3** Psychologische flexibiliteit correleert direct met psychologisch welbevinden.

Als men het over psychologisch welbevinden heeft zijn ook andere factoren van invloed. Men kan hierbij denken aan gezondheidsproblemen. Het psychologisch welbevinden kan mede worden bepaald door de gezondheidstoestand. Ook psychische klachten spelen een belangrijke rol hierbij. Bijvoorbeeld depressie of angstklachten kunnen een aanzienlijke invloed op het welbevinden van iemand uitoefenen. Verder is van belang de individuele kenmerken van een persoon te betrekken, want de manier van coping met gebeurtenissen, ervaringen, emoties en gedachten zijn niet onafhankelijk van welbevinden. Ook de mate van vermijding of de eventuele verslaving of drugsgebruik heeft duidelijk betrekking op het welbevinden van een persoon. In dit onderzoek worden deze factoren meegenomen want het gaat in de cursus ‘Voluit Leven’ uiteindelijk om het bevorderen van het welzijn van een cliënt. Omdat het welbevinden afhangt van de psychologische flexibiliteit waarover iemand beschikt en die weer in verbinding staat met de hierboven genoemde factoren wordt de factor welbevinden nog eens expliciet in dit onderzoek opgenomen. Dit leidt tot het volgende model:



Figuur 3: Factoren die het psychologisch welbevinden gaan beïnvloeden.

Om de hoeveelheid psychische problemen vast te stellen worden factoren zoals schaamte, depressie en gespannenheid gemeten. De mate van gezondheidsproblemen wordt bepaald door de factoren zorggebruik, werkgerelateerde gezondheid en vermoeidheid. Verder worden de individueel verschillende kenmerken van een persoon, namelijk aard van coping, alcoholconsumptie en de mate van vermijding gemeten. Dit leidt tot de vierde hypothese:

- H4** Psychologisch welbevinden wordt mede bepaald door de gezondheidstoestand, de psychische klachten die iemand kan hebben en de individuele verschillen in de omgang met gedachten, emoties en gebeurtenissen.

## 2. Methode

De onderliggende studie bevat zich met een correlatieel onderzoek naar het ACT concept en aanverwante psychologische constructen. De aanleiding hiertoe was de cursus “Voluit Leven” gegeven door Ernst T. Bohlmeijer.

De interesse van dit onderzoek ligt in de mogelijke beïnvloedingsmanieren van bepaalde constructen op de mate van acceptatie gemeten door de AAQ-II. Naast Controle en Acceptatie worden als mogelijk beïnvloedende constructen in het onderzoek meegenomen: Somberheid, Gespannenheid, Welbevinden, Vermoeidheid, Schaamte, Copinggedrag, Alcoholconsumptie, Gezondheid en Werk in verband met Zorggebruik.

### 2.1 De Cursus

Door de Universiteit Twente wordt op dit moment een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (Engels: RCT, voor *randomized controlled trial*) naar de effecten van ACT uitgevoerd. In totaal participeren 45 mensen in de experimentele groep en 45 mensen in een controleconditie.

Dit gebeurt in het kader van de cursus ‘Voluit Leven’ die door Ernst T. Bohlmeijer in samenwerking met het Trimbos- instituut en het landelijke platform preventie van angst en depressie gegeven wordt. In totaal participeren er zeven GGZ- instellingen. De cursus wordt gegeven in psychologische instituten in Ede, Apeldoorn, Zevenaar, Buitenamstel, Leiden, Zeeland en Enschede.

De cursus heeft tot doel de psychologische flexibiliteit van cliënten te vergroten en zodoende preventief op mogelijke psychische klachten in te werken. Men maakt hierbij gebruik van de principes uit de ACT theorie. Waarbij de drie centrale uitgangspunten ACCEPT (aanvaarden), CHOOSE (kiezen) en TAKE-ACTION (actie ondernemen) zijn. In de cursus zullen de cliënten leren dat het accepteren van ongewenste gebeurtenissen, emoties en ervaringen beter voor hun psychische gezondheid is dan proberen deze te omzeilen of geheel te vermijden. Het laatste leidt op lange termijn tot ernstige psychopathologie (Hayes et al. 2006). Het is dus beter om deze te accepteren en zich te richten op waarden die men zinvol vindt in het leven. Deze waarden moeten dan worden omgezet in acties om deze waarden te bereiken. De cursus leert dat vermijding niet werkt, dat de cliënten beter hun klachten kunnen accepteren en hoe zij een waardevoller leven moeten leiden.

De doelgroep bestaat uit ongeveer 90 volwassenen die bekend zijn met psychopathologie. De deelnemers in de experimentele groep worden op drie momenten gemeten, zowel voor het begin van de cursus (T0), als ook direct na afloop (T1) en drie maanden na het beëindigen van de cursus (T2). De controlegroep krijgt de vragenlijsten voor het begin en direct na afloop voorgelegd om eventuele verschillen tussen de groepen te kunnen vaststellen. Als dit het geval is, bijvoorbeeld doordat de experimentele groep minder klachten gaat vertonen op meetmoment T1 en T2 dan de controlegroep, dan blijkt de cursus en daarmee ook de ACT theorie succesvol te zijn.

### 2.2 De Participanten

Er worden 93 met psychopathologie bekende personen ondervraagd. Hiervan waren 17 mannelijke en 76 vrouwelijke proefpersonen.

### 2.3 De Materialen

De gebruikte meetinstrumenten zijn allemaal bestaande vragenlijsten. Dit houdt een redelijke mate van betrouwbaarheid en validiteit in. Naast de bevraging van de demografische gegevens, culturele achtergrond, financiële situatie en woon- en werksituatie worden de

hieronder beschreven vragenlijsten gebruikt. Men kan deze onderverdelen in drie hoofdgroepen. De eerste categorie bevat zich met de individuele kenmerken van een persoon, hiertoe behoren de vragenlijsten die de constructen coping, vermijding en alcoholconsumptie meten. De tweede categorie bestaat uit de metingen van psychische klachten, dus depressie, gespannenheid en schaamte. De derde categorie behandelt de gezondheidstoestand van een persoon. Er worden de vragenlijsten over vermoeidheid, werkgerelateerde gezondheid en zorggebruik onder genoemd. Deze constructen worden als de onafhankelijke variabelen in dit onderzoek beschouwd. De afhankelijke variabele vormt dan de vragenlijst voor het psychisch welbevinden. De meetinstrumenten zullen per psychologisch construct worden toegelicht:

### **2.3.1 Afhankelijke Variabele**

De mate aan psychologisch welbevinden is in dit onderzoek de afhankelijke variabele en wordt gemeten door de Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF; Westerhof, 2007). De schaal bestaat uit 14 items verdeeld over drie dimensies: hedonistische welzijn (drie items), sociale welzijn (vijf items) en psychologisch welzijn (zes items). De bevroagden geven aan hoe vaak zij een gevoel van welzijn hebben op een 6-punts Likertschaal van ‘nooit’, ‘een of twee keer’, ‘ongeveer 1 keer per week’, ‘2 of 3 keer per week’, ‘bijna elke dag’ tot ‘elke dag’. De MHC-SF heeft bij T0 een betrouwbaarheid van  $\alpha = 0.91$ .

### **2.3.2 Eerste Categorie**

De Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs & Tellegen, 1984) meet de het copinggedrag van iemand in bepaalde situaties. Drie schalen van in totaal zeven subschalen zijn meegenomen. Ten eerste vermijding (acht items) wat meet in hoeverre mensen situaties of problemen voorkomen of omzeilen. Ten tweede de palliatieve reactie (acht items) waarbij mensen afleiding van de ongewenste gebeurtenis gaan zoeken. Ten derde passief reactiepatroon (zeven items) wat meet in hoeverre mensen zich volledig door de problemen van de situatie in beslag laten nemen. De UCL bestaat uit een 4-punt Likertschaal van “zelden of niet”, “soms”, “vaak” tot “zeer vaak”. De betrouwbaarheid bij T0 is  $\alpha = 0.72$ .

De mate van acceptatie of juist vermijding wordt gemeten door de Action and Acceptance Questionnaire-II (AAQ; Hayes et al, 2004). Deze schaal meet in hoeverre iemand in staat is ongewenste gedachten en gevoelens te accepteren (Hayes et al, 2006). De schaal bevat 10 items met een 7-punt Likertschaal van ‘nooit waar’ tot ‘altijd waar’. Een hoge score geeft een lage mate aan acceptatie of juist meer neiging tot vermijding weer. De betrouwbaarheid bij de eerste meeting (T0) is  $\alpha = 0.80$ .

Een verdere vragenlijst gaat over de alcoholconsumptie van de proefpersoon in de afgelopen week. De maateenheid is standaardglazen per dag. De betrouwbaarheid van deze schaal is  $\alpha = 0.89$ .

### **2.3.3 Tweede Categorie**

Om een eventueel bestaan van depressie te kunnen meten wordt de CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; Radloff, 1977) gebruikt. Deze schaal meet de mate van depressie of somberheid bij een niet psychiatrische populatie. Respondenten geven in 20 items de hoeveelheid van depressieve klachten aan die zij de afgelopen week ervaren hebben. De 4-punt Likertschaal strekt zich van ‘zelden of nooit’ (minder dan een dag), ‘soms of weinig’ (1-2 dagen), ‘regelmatig’ (3-4 dagen) tot ‘meestal of altijd’ (5-7 dagen). Deze antwoordmogelijkheden (respectievelijk 0, 1, 2, 3) laten zich tot een totaalscore van 0 tot 60 optellen. Een score van 16 en hoger wordt als aanwezigheid van klinische depressie geïnterpreteerd (Radloff, 1977). Bij meting T0 heeft de CES-D een betrouwbaarheid van  $\alpha = 0.88$ .

De mate aan gespannenheid van iemand wordt door de HADS-A (Hospital Anxiety and Depression Scale- Anxiety subscale; Zigmond & Snaith, 1983) vastgesteld. Die schaal meet de aanwezigheid en hevigheid van angstsymptomen maar is niet voor het onderscheiden van verschillende angststoornissen bedoeld. De schaal bestaat uit zeven items met een 4-punt Likertschaal van 'helemaal niet' tot 'heel vaak'. Bij T0 heeft de schaal een betrouwbaarheid van  $\alpha = 0.83$ .

Een verder interessant construct voor dit onderzoek is schaamte. Dit wordt gemeten door de Experience with Shame and Pride scale (ESP; Vrij-Hoogendoorn, Drossaert & Baneke, 2008). Deze schaal meet schaamte en trots op de volgende vijf domeinen: Karakter, Lichaam, Gedrag, Extern/ Situationeel en Identificatie. Voor deze studie is het domein Karakter meegenomen dat uit vijf items bestaat en een uitspraak doet over de schaamte die men voor zichzelf voelt. De ESP vraagt naar het optreden van schaamte in de laatste vier weken op een 5-punt Likertschaal van 'nooit' tot 'bijna altijd'. De betrouwbaarheid is  $\alpha = 0.87$ .

#### 2.3.4 Derde Categorie

De wel of niet bestaande vermoeidheid wordt nagegaan met de Checklist Individuele Spankracht (CIS; Vercoulen, Alberts & Bleijenberg, 1999). Deze schaal bestaat uit 20 items en is gecategoriseerd in vier vormen van vermoeidheid: Subjectief gevoel van moeheid (acht items), Concentratie (vijf items), Motivatie (vier items) en Activiteit (drie items). De respondenten moeten op een 7-punt schaal van 'Ja, dat klopt' tot en met 'Nee, dat klopt niet' aangegeven hoe zij zich de laatste twee weken hebben gevoeld. Een totaalscore van minder dan 27 is normale vermoeidheid, verhoogd is 27-35 en ernstig is meer dan 35 (Vercoulen et al, 1999). De betrouwbaarheid van deze schaal is  $\alpha = 0.92$ .

De volgende vragenlijst meet de invloed van mogelijke gezondheidsproblemen op de werkproductiviteit en dagelijkse activiteiten. De Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire General Health (WPAI-GH; Reilly, Zbrozek & Dukes, 1993) bestaat uit acht items die naar de afgelopen zeven dagen vragen, waarbij de eerste zes items vragen naar uren zijn en de laatste twee een optische schaal van 0-10 is die de invloed van gezondheidsproblematiek op werk en dagelijkse activiteiten weergeeft. De betrouwbaarheid van deze schaal is  $\alpha = 0.64$ . Eraan toegevoegd is een 12 itemschaal naar het zorggebruik van iemand die betrekking heeft op de laatste vier weken. De antwoordmogelijkheden bestaan uit 'Nee' en 'Zo ja, hoeveel keer?'.

#### 2.4 Analyse

Met behulp van SPSS versie 15.0 wordt eerst een betrouwbaarheidsanalyse voor elke vragenlijst apart uitgevoerd. Er wordt exploratief naar alle verbanden gezocht. Exploratief onderzoek houdt in dat er van tevoren geen beperkingen van de te onderzoeken variabelen bestaan. Zo kan er een heel algemeen beeld over de mogelijke samenhangen tussen de variabelen worden geschetst. De te onderzoeken variabelen zijn: Experiëntiële vermijding, Coping, Vermoeidheid, Depressie, Gespannenheid, Psychologisch welbevinden, Schaamte, Alcoholconsumptie Gezondheid en werk en Zorggebruik. Vervolgens worden de boven genoemde hypothesen op hun waarheidsgehalte getoetst. Dit gebeurt door correlatie onderzoek en bij de geslachtsverschillen (hypothese 1) door een regressieanalyse met hetzelfde programma. Correlatie onderzoek is een statistische manier om samenhangen tussen variabelen te kunnen vaststellen. Hierbij mag nog niet gesproken worden van causale verbanden. Deze kan men eerst door bijvoorbeeld regressie analyse bepalen. Met regressie analyse kan men uitspraken doen over de relatie tussen bepaalde variabelen. In dit geval of het geslacht invloed heeft op de mate van vermijding van een persoon.

Vervolgens wordt er een regressie analyse met Psychologisch welbevinden als afhankelijke variabele uitgevoerd. De onafhankelijke variabelen zijn in dit geval Vermoeidheid, Depressie,

Gespannenheid, Alcoholconsumptie, Schaamte, Gezondheid en werk, Zorggebruik, Coping en Vermijding. Met de hiërarchische regressieanalyse wordt gekeken in hoeverre het welbevinden van een persoon de genoemde onafhankelijke variabelen voorspelt. In tweede instantie wordt dezelfde analyse opnieuw gedaan maar met de vrouwelijke proefpersonen apart want van hun wordt een hogere vermijdingsscore verwacht.

### 3. Resultaten

De statistische analyse van de data levert de volgende resultaten op. Het exploratief onderzoek naar algemene verbanden is in de onderstaande tabel weergegeven.

**Tabel 1:** *Exploratie van de psychologisch constructen.*

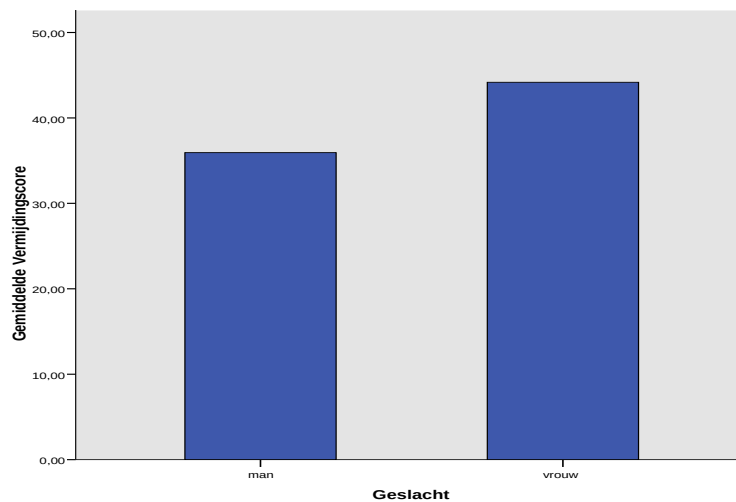
|     | 1. Vermijding | 2. Coping: Palliatieve Reactie | 3. Coping: Passief Reactiepatroon | 4. Coping: Vermijden/Afwachten | 5. Vermoeidheid | 6. Depressie | 7. Gespannenheid | 8. Welbevinden | 9. Schaamte | 10. Alcohol | 11. Gezondheid en werk | 12. Zorggebruik |
|-----|---------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------|--------------|------------------|----------------|-------------|-------------|------------------------|-----------------|
| 1.  | 1             | 0.10                           | 0.56**                            | 0.03                           | -0.32**         | 0.50**       | -0.60**          | -0.40**        | 0.45**      | -0.12       | -0.00                  | 0.11            |
| 2.  | 0.10          | 1                              | 0.13                              | 0.35**                         | 0.05            | -0.12        | 0.00             | 0.19           | 0.01        | -0.05       | 0.09                   | 0.04            |
| 3.  | 0.56**        | 0.13                           | 1                                 | 0.28**                         | -0.16           | 0.42**       | -0.33**          | -0.30**        | 0.37**      | -0.06       | 0.08                   | 0.00            |
| 4.  | 0.03          | 0.35**                         | 0.28**                            | 1                              | -0.17           | 0.19         | -0.02            | -0.16          | 0.26*       | -0.13       | -0.09                  | -0.26*          |
| 5.  | -0.32**       | 0.05                           | -0.16                             | -0.17                          | 1               | -0.51**      | 0.42**           | 0.50**         | -0.36**     | -0.10       | -0.28**                | -0.02           |
| 6.  | 0.50**        | -0.12                          | 0.42**                            | 0.19                           | -0.51**         | 1            | -0.57**          | -0.72**        | 0.45**      | 0.02        | 0.19                   | 0.11            |
| 7.  | -0.60**       | 0.00                           | -0.33**                           | -0.02                          | 0.42**          | -0.57**      | 1                | 0.40**         | -0.23*      | 0.16        | -0.17                  | -0.34**         |
| 8.  | -0.40**       | 0.19                           | -0.30**                           | -0.16                          | 0.50**          | -0.72**      | 0.40**           | 1              | -0.42**     | -0.01       | -0.02                  | -0.08           |
| 9.  | 0.45**        | 0.01                           | 0.37**                            | 0.26*                          | -0.36**         | 0.45**       | -0.23*           | -0.42**        | 1           | -0.18       | -0.09                  | -0.19           |
| 10. | -0.12         | -0.05                          | -0.06                             | -0.13                          | -0.10           | 0.02         | 0.16             | -0.01          | -0.18       | 1           | 0.00                   | 0.06            |
| 11. | -0.00         | 0.09                           | 0.08                              | -0.09                          | -0.28**         | 0.19         | -0.17            | -0.02          | -0.09       | 0.00        | 1                      | 0.36**          |
| 12. | 0.11          | 0.04                           | 0.00                              | -0.26*                         | -0.02           | 0.11         | -0.34**          | -0.08          | -0.19       | 0.06        | 0.36**                 | 1               |

\*\* Correlatie is significant bij een  $\alpha$  van 0.01 (tweezijdig)

\* Correlatie is significant bij een  $\alpha$  van 0.05 (tweezijdig)

De resultaten uit de analyses worden in het vervolg per hypothese besproken.

De eerste hypothese stelt dat mannen vaker hun omstandigheden gaan accepteren. Vrouwen daarentegen hebben eerder de neiging ongewenste gebeurtenissen of gedachten te gaan vermijden. De data analyse ondersteunt deze stelling. Zo blijkt dat mannen minder hoog op de AAQ-II scoren dan vrouwen ( $M = 35.94$  met  $SD = 11.24$  en  $M = 44.17$  met  $SD = 7.87$  respectievelijk) wat betekent dat zij een hogere mate van acceptatie gaan vertonen. Dit geslachtsverschil is significant  $F(1, 92) = 12.83$ ;  $p = 0.001$  en dit sterk effect wordt in het onderstaande plaatje nog eens verduidelijkt.



Grafiek 1: Het geslachtsverschil bij de mate van experiëntiële vermijding.

Verder beweert hypothese 2 dat de experiëntiële vermijding correleert met de constructen coping, vermoeidheid, depressie, gespannenheid, schaamte, alcoholconsumptie en met de gezondheidstoestand. Dit blijkt het geval te zijn. Zoals in tabel 1 is te zien correleert het construct coping alleen met het onderdeel ‘passief reactiepatroon’ redelijk ( $r = 0.56$ ). Verder zijn de constructen gespannenheid ( $r = -0.60$ ), depressie ( $r = 0.50$ ), schaamte ( $r = 0.45$ ) en vermoeidheid ( $r = -0.32$ ) significant bij een  $\alpha$  van 0.01. Behalve vermoeidheid zijn deze constructen redelijk gecorreleerd met experiëntiële vermijding. De sterkste correlatie zien wij bij de variabele gespannenheid. Deze resultaten voldoen aan de verwachting van de tweede hypothese.

Lage en niet significante correlaties zijn gevonden voor de coping onderdelen ‘vermijden/afwachten’ ( $r = 0.03$ ) en ‘palliatieve reactie’ ( $r = 0.10$ ), zoals ook voor de constructen gezondheidstoestand (zorggebruik:  $r = 0.11$ ; gezondheid en werk:  $r = -0.00$ ) en alcoholconsumptie ( $r = -0.12$ ).

De derde hypothese stelt dat psychologische flexibiliteit een directe samenhang heeft met psychologisch welbevinden. De data analyse geeft het volgende beeld. Experiëntiële vermijding correleert negatief en matig met het welbevinden ( $r = -0.40$ ). De twee constructen staan significant in samenhang met elkaar.

Hypothese 4 beweert dat iemands welbevinden mede bepaald wordt door de individuele gezondheidstoestand, de eventuele psychische klachten en de individueel verschillende omgang met gedachten, emoties en gebeurtenissen.

Ten eerste wordt onderzocht of psychologisch welbevinden met de gezondheidstoestand correleert. De gezondheidstoestand wordt gedefinieerd door problemen van gezondheid die invloed hebben op de dagelijkse activiteiten en werk. Additief wordt de mate van zorggebruik en vermoeidheid van iemand mede betrokken.

Volgens de data correleert welbevinden niet met gezondheidsproblemen, met invloed op werk ( $r = 0.02$ ) en dagelijkse activiteiten ( $r = -0.04$ ). Zo zijn deze correlaties niet significant. Ook het wel of niet gebruiken van zorg correleert niet significant ( $r = -0.08$ ). Deze correlaties zijn opvallend laag, bijna nul. De correlatie met vermoeidheid is redelijk ( $r = 0.50$ ).

Ten tweede wordt er na de samenhang van welbevinden en psychische klachten gekeken. De psychische klachten waarop het onderzoek betrekking heeft, zijn depressie, schaamte en gespannenheid. Welbevinden en depressie correleren hoog en negatief met elkaar ( $r = -0.72$ ), de correlatie met schaamte is negatief en matig ( $r = -0.42$ ) en gespannenheid correleert ook



matig maar positief ( $r = 0.40$ ). Hierbij is te zeggen dat de schaal voor gespannenheid zo is gecodeerd dat de uitslag luidt: Hoe minder gespannen men is, hoe meer welbevinden men ervaart.

Ten derde wordt onderzocht hoe welbevinden en de individueel verschillende kenmerken van een persoon samenhangen. Het laatste wordt bepaald door de manier van coping, de hoeveelheid van alcohol die iemand heeft geconsumeerd en de mate van vermijding.

Vermijding correleert matig en negatief met psychologisch welbevinden ( $r = -0.40$ ). Het blijkt verder dat het copingprofiel 'passief reactiepatroon' uit de UCL de enige significante correlatie met welbevinden heeft ( $r = -0.30$ ). De overigen meegenomen profielen 'palliatieve reactie' en 'vermijden/afwachten' correleren niet significant met psychologisch welbevinden ( $r = 0.19$  en  $r = -0.16$  respectievelijk). De alcoholconsumptie hangt nauwelijks samen met het welbevinden van iemand, deze correlatie is niet significant ( $r = -0.01$ ).

Om vast te stellen of de boven genoemde psychologische constructen de afhankelijke variabele welbevinden kunnen verklaren wordt er vervolgens een hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd. De onafhankelijke variabelen zijn vermoeidheid, depressie, angst, schaamte, alcoholconsumptie, gezondheid en werk, zorggebruik, de drie copingprofielen en vermijding.

Er wordt een regressieanalyse in twee stappen doorgevoerd. In de eerste stap (model 1) zijn de voorspellers van het construct coping en het construct vermijding niet meegenomen, in de tweede stap (model 2) wel.

De hiërarchische regressieanalyse levert de volgende resultaten op.

**Tabel 2:** *Uitkomsten van de hiërarchische regressieanalyse 1.*

| Model |           | Kwadraten-sommen | Vrijheids-graden | Kwadraten-som-gemiddelde | F      | Significantie niveau | R- kwadraat (bijgesteld) |
|-------|-----------|------------------|------------------|--------------------------|--------|----------------------|--------------------------|
| 1     | Regressie | 9271.464         | 7                | 1324.495                 | 17.719 | 0.001(a)             | 0.56                     |
|       | Residu    | 6353.698         | 85               | 74.749                   |        |                      |                          |
|       | Totaal    | 15625.161        | 92               |                          |        |                      |                          |
| 2     | Regressie | 9434.562         | 11               | 857.687                  | 11.222 | 0.000(b)             | 0.55                     |
|       | Residu    | 6190.600         | 81               | 76.427                   |        |                      |                          |
|       | Totaal    | 15625.161        | 92               |                          |        |                      |                          |

Afhankelijke variabele: welbevinden

De aanname is dat de afhankelijke variabele, psychologisch welbevinden, verklaard wordt door de boven genoemde voorspellers. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn (zie tabel 2). Om dit verder te onderzoeken wordt er vervolgens naar de voorspellers apart gekeken.

De resultaten zijn in de onderstaande tabellen weergegeven.

**Tabel 3 en 4: De voorspellers apart met welbevinden als afhankelijke variabele.**

| Voorspellers uit model 1 | Beta  | t-waarde | Significantie niveau | Voorspellers uit model 2       | Beta  | t-waarde | Significantie niveau |
|--------------------------|-------|----------|----------------------|--------------------------------|-------|----------|----------------------|
| Vermoeidheid             | 0.26  | 2.84     | 0.01                 | Vermoeidheid                   | 0.25  | 2.68     | 0.01                 |
| Depressie                | -0.66 | -6.75    | 0.00                 | Depressie                      | -0.62 | -5.89    | 0.00                 |
| Gespannenheid            | -0.11 | -1.09    | 0.28                 | Gespannenheid                  | -0.12 | -1.06    | 0.29                 |
| Alcohol                  | 0.04  | 0.59     | 0.56                 | Alcohol                        | 0.04  | 0.55     | 0.58                 |
| Schaamte                 | -0.05 | -0.61    | 0.54                 | Schaamte                       | -0.05 | -0.50    | 0.62                 |
| Gezondheid en werk       | 0.21  | 2.58     | 0.01                 | Gezondheid en Werk             | 0.19  | 2.22     | 0.03                 |
| Zorggebruik              | -0.13 | -1.54    | 0.13                 | Zorggebruik                    | -0.14 | -1.59    | 0.12                 |
|                          |       |          |                      | Coping: Palliatieve Reactie    | 0.11  | 1.40     | 0.16                 |
|                          |       |          |                      | Coping: Passief Reactiepatroon | -0.02 | -0.24    | 0.81                 |
|                          |       |          |                      | Coping: Vermijden/Afwachten    | -0.03 | -0.34    | 0.73                 |
|                          |       |          |                      | Vermijding                     | -0.04 | -0.33    | 0.74                 |

Na correctie voor andere voorspellers blijken depressie ( $t = -5.98$ ;  $p = 0.00$ ;  $\beta = -0.62$ ), vermoeidheid ( $t = 2.68$ ;  $p = 0.01$ ;  $\beta = 0.25$ ) en gezondheid en werk ( $t = 2.22$ ;  $p = 0.03$ ;  $\beta = 0.19$ ) verklarende bijdrage te leveren aan het psychologisch welbevinden van een persoon. De andere voorspellers voegen weinig voorspellende waarde aan het welbevinden toe.

Samengevat kan men beweren dat de voorspellers depressie, vermoeidheid en gezondheid en werk verklaringskracht aan psychologisch welbevinden toevoegen. De voor dit onderzoek interessante voorspeller vermijding, blijkt weinig voorspellende waarde te hebben ( $t = -0.33$ ,  $p = 0.74$ ,  $\beta = -0.04$ ).

Vervolgens wordt deze analyse opnieuw gedaan maar nu worden alleen de vrouwen bekeken. Zoals boven al beweerd, hebben zij een hogere vermijdingsscore dan de mannen. De data analyse geeft het volgende beeld.

**Tabel 5: Uitkomsten van de hiërarchische regressieanalyse 2 (alleen vrouwen).**

| Model |           | Kwadraten-sommen | Vrijheids-graden | Kwadraten-som-gemiddelde | F      | Significantie niveau | R- kwadraat (bijgesteld) |
|-------|-----------|------------------|------------------|--------------------------|--------|----------------------|--------------------------|
| 1     | Regressie | 7189.213         | 7                | 1027.030                 | 14.570 | 0.000(a)             | 0.56                     |
|       | Residu    | 4793.419         | 68               | 70.491                   |        |                      |                          |
|       | Totaal    | 11982.632        | 75               |                          |        |                      |                          |
| 2     | Regressie | 7518.223         | 11               | 683.475                  | 9.798  | 0.000(b)             | 0.56                     |
|       | Residu    | 4464.409         | 64               | 69.756                   |        |                      |                          |
|       | Totaal    | 11982.632        | 75               |                          |        |                      |                          |

Afhankelijke variabele: welbevinden

Het apart bekijken van de vrouwen resulteert in dezelfde uitkomst als gecombineerd met mannen. De voorspellers verklaren de afhankelijke variabele welbevinden wel ( $F(11,75) = 9.80$ ;  $p = 0.00$ ). Ook hier worden de voorspellers apart bekeken.

**Tabel 6 en 7: De voorspellers apart met welbevinden als afhankelijke variabele (alleen vrouwen).**

| <i>Voorspellers uit model 1</i> | Beta  | t-waarde | Significantie niveau | <i>Voorspellers uit model 2</i> | Beta  | t-waarde | Significantie niveau |
|---------------------------------|-------|----------|----------------------|---------------------------------|-------|----------|----------------------|
| Vermoeidheid                    | 0.24  | 2.44     | 0.02                 | Vermoeidheid                    | 0.25  | 2.46     | 0.02                 |
| Depressie                       | -0.65 | -6.49    | 0.00                 | Depressie                       | -0.61 | -5.83    | 0.00                 |
| Gespannenheid                   | -0.11 | -1.07    | 0.29                 | Gespannenheid                   | -0.13 | -1.20    | 0.24                 |
| Alcohol                         | 0.10  | 1.24     | 0.22                 | Alcohol                         | 0.13  | 1.52     | 0.13                 |
| Schaamte                        | -0.07 | -0.76    | 0.45                 | Schaamte                        | -0.07 | -0.76    | 0.45                 |
| Gezondheid en werk              | 0.29  | 3.20     | 0.00                 | Gezondheid en Werk              | 0.29  | 3.04     | 0.00                 |
| Zorggebruik                     | -0.15 | -1.58    | 0.12                 | Zorggebruik                     | -0.13 | -1.32    | 0.19                 |
|                                 |       |          |                      | Coping: Palliatieve Reactie     | 0.12  | 1.30     | 0.20                 |
|                                 |       |          |                      | Coping: Passief Reactiepatroon  | -0.07 | -0.67    | 0.50                 |
|                                 |       |          |                      | Coping: Vermijden/Afwachten     | 0.09  | 0.83     | 0.41                 |
|                                 |       |          |                      | Vermijding                      | -0.04 | -0.41    | 0.68                 |

De resultaten van tabellen 6 en 7 laten zien dat vermoeidheid, depressie en gezondheid en werk ook bij de vrouwen apart toevoegende waarde voor de variabele psychologisch welbevinden hebben. Een effect van vermijding op welbevinden kan ook bij het analyseren van alleen de vrouwelijke proefpersonen niet getoond worden ( $t = -0.41$ ;  $p = 0.68$ ;  $\beta = -0.04$ ). Het apart bekijken van de vrouwen van dit onderzoek levert dus geen onderscheid in de resultaten op.

## 4. Discussie

Het ACT model benadrukt het ontwikkelen van grotere flexibiliteit in gedrag. Cliënten leren acceptatie en mindfulness vaardigheden om het vasthouden van niet veranderbare gedachten en het vermijden van soortgelijke emoties te voorkomen. De klinische belangstelling verschuift dan naar de vitaliteit die van een gewaardeerd leven en het vermogen om tegen psychologische barrières aan te kunnen ontstaan. Het doel van dit soort therapie is het deze gedachten, emoties of situaties te zien zoals ze zijn. Verder leren de cliënten dat zij stappen gaan maken in richtingen die deze privé ervaringen als verstrikkende gebeurtenissen zien en alleen de verleden tijd representeren dus niet de toekomst moeten beïnvloeden.

### 4.1 De Studie

Het onderliggend onderzoek houdt zich bezig met de verbanden van verschillende psychologische constructen en het theoretische kader van de Acceptance and Commitment Therapy. De aanleiding hiertoe gaf de cursus Voluit Leven die op dit moment in geheel Nederland wordt gegeven.

Deze studie heeft een onderscheid tussen mannen en vrouwen laten zien. Er is een verschil in het vermijdings- en acceptatiegedrag tussen de geslachten gevonden. Volgens dit resultaat kan men stellen dat mannen meer geneigd zijn om ongewenste gedachten, emoties of gebeurtenissen te accepteren. Echter neigen vrouwen over het algemeen meer ertoe deze te vermijden en te omzeilen om er niet mee geconfronteerd te worden. Mannen zijn volgens dit onderzoek dus meer geneigd zich actief met hun eigen problemen bezig te houden. De vrouwen prefereren de passieve manier om met moeilijkheden om te gaan.

Het gevonden geslachtsverschil van Jacobs et al. (in druk) kan dus worden ondersteund door het resultaat dat in dit onderzoek is gevonden.

Het is desondanks belangrijk erbij te zeggen dat de steekproef van dit onderzoek uit veel meer vrouwen dan mannen bestond. Namelijk 81.3% tegenover 18.7%. De gevonden effect kan dus in een studie waarbij de geslachtenverdeling gelijk is minder sterk uitvallen of zelfs helemaal verdwijnen. Verder is het waarschijnlijk dat de klinische steekproef van dit onderzoek last heeft van depressieve klachten. Men heeft dan te maken met mensen die vanuit het ziektebeeld een andere manier van aanpak vertonen dan een niet- klinische populatie. Het blijkt trouwens uit onderzoek dat vrouwen sneller depressief raken dan mannen. Volgens Kessler (2003) is de prevalentie ratio voor het hebben van een depressie 2:1 voor vrouwen in vergelijking tot mannen. Wat ten gevolge heeft dat vrouwen opgrond van de ziekte misschien minder actief in hun aanpak zijn dan het mannelijke pendant (Kessler, 2003).

In het geval van een dergelijk geslachtsverschil zijn er belangrijke consequenties voor het geven van een cursus zoals Voluit Leven. Deze cursus leert de deelnemers een acceptatie gerichte houding te ontwikkelen tegenover omstandigheden, emoties en gedachten die niet of alleen erg slecht te veranderen zijn. Men moet er dan rekening mee houden dat er een onderscheid in de aanpak van problemen kan bestaan en daar speciaal op inhaken. Waar men mannen dan juist moet ondersteunen hun zaken actief aan te pakken en vaardigheden aanleert die dit bekrachtigen, moet men bij vrouwen misschien wel eerst het nut van het accepteren van ongewenste dingen naar voren brengen en hen vervolgens vertrouwd maken met een actieve gedraging in confrontatie met subjectief negatief ervaren omstandigheden.

Een aanvullend resultaat van dit correlationeel onderzoek zijn de gevonden verbanden tussen de vanuit ACT voortgebracht factor vermijding met de constructen schaamte, gespannenheid, depressie, vermoeidheid en het copingprofiel passief reactiepatroon.

De samenhang tussen vermijding en gespannenheid blijkt in deze studie het hoogst. In het onderzoek van Roemer, Salters, Raffa en Orsillo (2005) is gevonden dat experiëntiële vermijding een belangrijke bijdrage levert aan het begrijpen van gegeneraliseerde angststoornissen (GAS). Een klinische steekproef met GAS rapporteerde verhoogde maten van vermijding. Verder was hun mate aan vermijding significant verbonden met hun rapportages van stress en symptomen van gespannenheid (Roemer et al, 2005).

De in dit onderzoek gevonden correlatie tussen experiëntiële vermijding en depressie is ook terug te vinden in de studie van Tull, Gratz, Salters en Roemer (2004). Zij onderzochten onder andere de rol van vermijding in posttraumatische stress symptomen, depressie en gespannenheid. Het onderliggend onderzoek bevat een correlatie van  $r = 0.54$  tussen de variabelen vermijding en depressie. De beschreven studie levert een correlatie van  $r = 0.55$  op. Op soortgelijke wijze vindt men de relatie tussen vermijding en gespannenheid. De actuele studie toont een correlatie van  $r = 0.60$  terwijl de studie van Tull et al. (2004) een correlatie van  $r = 0.53$  geeft. Er is dus ondersteunend bewijs uit de literatuur te vinden waarbij men moet opmerken dat het meetinstrument voor gespannenheid van de studie van Tull et al. (2004) uit een onderdeel van de Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) bestond. Het onderliggend onderzoek hanteerde de HADS-A voor dit construct (Vermijding wordt in beide gevallen door het AAQ gemeten.). Het kan dus zijn dat de twee meetinstrumenten in het meetconstruct verschillen en dat daardoor de correlaties niet meer vergelijkbaar zijn. Maar in de praktijk gaat men er vanuit dat verschillende meetinstrumenten voor eenzelfde construct met elkaar correleren. Dus zijn dit soort veronderstellingen gebruikelijk.

Vervolgonderzoek kan zich bezig houden met de vraag hoe het effect van de boven genoemde constructen op vermijding eruit ziet of hoe psychologisch inflexibiliteit de verschillend constructen gaat beïnvloeden.

Verder is er uitgevonden dat vermijding samenhangt met psychologisch welbevinden. Dit laat andersom de conclusie toe dat acceptatie samenhang vertoont met het welbevinden van een persoon. Dit biedt ondersteuning voor de van ACT veronderstelde samenhang van acceptatie/ flexibiliteit met welbevinden en aan de andere kant vermijding/ inflexibiliteit met minder welbevinden of in erge gevallen zelfs psychopathologie (Hayes et al, 2006).

Dat het accepteren van bijvoorbeeld chronische pijn het welbevinden van een persoon voorspelt, is door Viane, Crombez, Eccleston, Poppe, Devulder, Van Houdenhove & De Corte (2003) bewezen (Viane et al, 2003).

Omdat het psychologisch welbevinden in samenhang staat met de mate van acceptatie is het verstandig in te grijpen voordat ernstige psychopathologie kan ontstaan. Hieruit resulteert de noodzakelijkheid van preventieve maatregelen bij het vechten tegen psychische klachten en de zorglast die deze betekenen. De cursus Voluit Leven biedt met het doel tot preventie en het theoretisch kader vanuit ACT dus een nieuwe succesbelovende manier van aanpak. Ook een recente meta-analyse spreekt over een groeiend bewijs voor de effectiviteit van ACT (Hayes et al, 2006).

Het uitgevoerde onderzoek was geïnteresseerd in het samenhangen van welbevinden met de gezondheidstoestand, de eventuele psychische klachten waarover iemand beschikt en individuele kenmerken die mede bepalen hoe men met bepaalde emoties, gedachten en gebeurtenissen omgaat.

De gezondheidstoestand wordt in deze studie gedefinieerd door de constructen vermoeidheid, werkgerelateerde gezondheid en zorggebruik. De analyse van de samenhangen met de gezondheidstoestand levert alleen wat de gemeten construct vermoeidheid betreft een correlatie op. Dus blijkt de vermoeidheid meer zeggingskracht te hebben dan

werkgerelateerde gezondheid, belemmeringen door gezondheidsproblemen in het dagelijks leven en het zorggebruik algemeen in samenhang met psychologisch welbevinden. De literatuur geeft het volgende beeld. Van Damme, Crombez, Van Houdenhove, Mariman en Michielsens (2006) hebben onderzoek gedaan naar de rol van acceptatie op het welbevinden bij mensen met het chronisch vermoeidheidssyndroom. Het blijkt dat acceptatie een positief effect heeft op vermoeidheid en psychologische aspecten van welbevinden. Acceptatie was gerelateerd aan meer emotionele stabiliteit en minder psychologisch leed (Van Damme, Crombez, Van Houdenhove, Mariman & Michielsens, 2006).

Bij de verschillen in individuele kenmerken heeft alleen het copingprofiel 'passief reactiepatroon' een samenhang met welbevinden. De mate in hoeverre mensen zich door situaties en gedachten laten meenemen hangt volgens dit onderzoek wel samen met hun psychologisch welbevinden.

Van de psychische klachten correleren schaamte en gespannenheid matig maar depressie heel hoog. Dit resulteert waarschijnlijk uit omstandigheden in de populatie. Er hebben 75.9 % van de ondervraagden volgens de definitie van de CES-D klinische depressie. Het is dus belangrijk bij het onderzoeken van welbevinden de psychische klachten mee te nemen, in het bijzonder als men het met klinische populaties te maken heeft. Maar ook in een niet-klinische populatie kan het belangrijk zijn depressie als variabele in de gaten te houden. Volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid hebben 856 000 mensen van dertien jaar en ouder in het jaar 2003 last gehad van depressieve symptomen ([www.RIVM.nl](http://www.RIVM.nl)). Het is dus een serieus te nemen ziekte die ook bij de ondervraagden een duidelijke rol speelt.

Vervolgens kan men zeggen dat desondanks de gevonden hoge percentage aan depressie men niet mag beweren dat de variantie van deze variabele te klein wordt als bijna iedereen depressief is. Dit beeld wordt niet ondersteund door de resultaten. In een geval dat er te weinig variatie is zal men geen correlatie tussen depressie en welbevinden hebben gevonden. Omdat dit wel zo is kan men beweren dat, ofschoon er een depressieve groep is ondervraagd, er wel variantie is in de mate van depressiviteit. De variabele depressie is dus variant genoeg om de variabele welbevinden mede te verklaren.

De vervolganalyse naar de verklarende waarde van de verschillende constructen op de factor welbevinden geeft ook de belangrijke rol van depressie weer. Zo wordt in deze populatie de mate van welbevinden verklaard als depressie als een mediator mede betrokken wordt. Als men depressie buiten beschouwing laat loopt men kans een vertekend beeld te creëren. Het construct depressie is dus van belang als men geldige uitspraken wilt doen over de samenhang van psychologisch welbevinden en vermijding.

Verder blijken de constructen vermoeidheid en gezondheid en werk enige verklarende waarde aan het welbevinden van een persoon toe te voegen. In een studie van Kao, Huang, Wang & Tsai (2008) wordt een correlatie tussen overdag moeheid en psychologisch welbevinden gevonden. Er is dus ondersteunend bewijs in de literatuur te vinden.

Vervolgonderzoek kan zich ermee bezig houden hoe de relatie tussen welbevinden, vermijding en de constructen depressie, vermoeidheid en gezondheid en werk eruit ziet.

Men kan dus afsluitend zeggen dat psychologisch welbevinden een complexe variabele is en nauwkeurig onderzoek naar verklarende variabelen nodig is om mogelijke verborgen interacties op te sporen. De verbanden met in dit geval aanverwante psychologisch constructen kunnen sterk afhangen van de gekozen populatie, vooral als men voor een psychopathologisch betrokken populatie kiest.

## 4.2 Limitaties van het onderzoek

De uitgevoerde studie na de correlatie van de ACT met daarmee aanverwante psychologische constructen heeft te enkele limitaties die in het zullen worden besproken.

Het eerste probleem is de generaliseerbaarheid van de resultaten. Er is voor een klinische populatie uit verschillende GGZ- instellingen in Nederland gekozen. De gevonden resultaten zijn dus niet op een niet-klinische populatie toepasbaar. Daarbij valt te zeggen, dat dit ook niet de bedoeling was van het cursus Voluit Leven. Deze heeft tot doel preventief in te grijpen om ernstige psychopathologie te voorkomen en op al bestaande problemen greep te krijgen. Desondanks kan zich vervolgonderzoek met de vraag bezig houden of in een niet-klinische populatie vergelijkbare uitkomsten te verwachten zijn.

Een ander probleem betreft de duidelijke overmaat aan vrouwelijke proefpersonen. Het kan dus zijn dat de resultaten veranderen als er voor een gelijke verdeling van mannen en vrouwen wordt gekozen. Of de gevonden verbanden dan uiteindelijk hetzelfde resultaat opleveren als in deze studie, zal blijken uit toekomstige onderzoeken.

De onderliggende studie berust op vragenlijstonderzoek. Hier zijn specifieke problemen aan gekoppeld. Bijvoorbeeld als proefpersonen zich zo gedragen bij het invullen van de lijsten dat zij in een beter beeld denken te verschijnen. Men heeft het in dit geval dan over sociale wenselijkheid. Dit kan een dusdanig probleem vormen dat de data niet meer de realiteit weerspiegelen. Ook het aankruisen volgens een toevallige volgorde behoort tot dit soort moeilijkheden van self-reported measures. Man spreekt dan van de fakability van een meetinstrument en van suboptimaal presteren van een cliënt. Deze onjuiste gegevens kunnen een onderzoek vertekenen. Daarom is het belangrijk dit soort moeilijkheden met self-reported measures op te sporen en te relativeren.

## 4.3 Conclusies

De conclusies van het onderliggend onderzoek zijn dat men onderscheid moet maken tussen de behandeling van mannen en vrouwen in ACT gerelateerde verbanden, bijvoorbeeld de cursus Voluit Leven. Verder klopt de veronderstelling dat vermijding en psychopathologie een duidelijke samenhang vertonen. De factor acceptatie heeft effect op psychologisch welbevinden gerechtvaardigd en staat centraal in de cursus. Bovendien hangt het welbevinden van iemand af van complexe verbanden van factoren uit gezondheid, psyche en individuele kenmerken van een persoon.

Het succes van de cursus Voluit Leven is op dit moment nog niet te bepalen, maar de gevonden resultaten betreffende de dimensie vermijding/ acceptatie doen theoretisch al succes vermoeden.

## 5. Referenties:

- Auteur onbekend (2007, mei 13). What is ACT. *Connaction*, verkregen op 23 augustus 2008 van [http://www.connaction.info/joomla/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2&Itemid=4](http://www.connaction.info/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=2&Itemid=4).
- De Groot, F. (2005). Behavioral activation en acceptance and commitment therapy: gedragstherapie bij depressie. *Directieve Therapie*, 25, 300-15.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders: a practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- García, R. F., Villa, R. S., & Cepeda, N. T. (2004). Effect of hypnosis and acceptance and commitment therapy (ACT) on physical performance in canoeists. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 481-93.
- Hayes, S. C. (2005, July 2). Acceptance and action questionnaire (AAQ) and variations, *Association for Contextual Behavioral Science*, verkregen op 8 juni 2008 van [http://www.contextualpsychology.org/acceptance\\_action\\_questionnaire\\_aaq\\_and\\_variations](http://www.contextualpsychology.org/acceptance_action_questionnaire_aaq_and_variations).
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M. & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *The Psychological Report*, 54, 553-78.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C. & Pankey J. (2002). Experiential avoidance, cognitive fusion, and an ACT approach to anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 243-47.
- Jacobs, N., Kleen, M., Blokzijl, R., De Groot, F. & A-Tjak, J. (g.d.). Measuring experiential avoidance. Dutch translation of the acceptance and action questionnaire-II (AAQ-II), *in druk*.
- Kao, C.-C., Huang, C.-J., Wang, M.-Y. & Tsai, P.-S. (2008). Insomnia: prevalence and its impact on excessive daytime sleepiness and psychological well-being in the adult Taiwanese population. *Qual Life Res*, 17, 1073-80.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders* 74, 5-13.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurement*, 3, 385-401.
- Reilly, M. C., Zbrozek, A. S. & Dukes, E. M. (1993). The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmaco Economics*, 4, 353-65.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model, *Cognitive Therapy and Research*, 29, 71-88.
- Schreurs, P. J. G., Tellegen, B. & Van de Willige, G. (1984), Gezondheid, stress en coping: de ontwikkeling van de Utrechtse Coping Lijst, *Tijdschrift voor Psychologie*, 12, 107-17.
- Spijker, J. & Schoemaker, C. (21 februari 2007) Depressie samengevat. *Volksgezondheid toekomst verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, verkregen op 26 augustus 2008 van [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1271n17537.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1271n17537.html).
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K. & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 754-61.
- Van Damme, S., Crombez, G., Van Houdenhove, B., Mariman, A. & Michielsens, W. (2006). Well-being in patients with chronic fatigue syndrome: The role of acceptance, *Journal of*



- Psychosomatic Research* 61, 595– 99.
- Vercoulen, J. H. M. M., Alberts, M. & Bleijenberg, G. (1999). De checklist individuele spankracht (CIS), *Gedragstherapie*, 32, 131–36.
- Viane, I. Crombez, G., Eccleston, Ch., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B. & De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal, *Pain* 106, 65–72.
- Viane, I., Poppe C., Crombez G., Devulder J. (2004). Aanvaarden van chronische pijn: invloed op psychisch welzijn. *Gedrag en gezondheid*, 32, 3-17.
- Vrij-Hoogendoorn, A. A., Drossaert, C. H. C, Baneke, J. J. (2008). Psychometric properties of the Experience with Shame and Pride scale, *in druk*.
- Westerhof, G. J. (2007). Mental health continuum short form: A pilot study of the dutch version. *Behavioral Science Institute*, Radboud University Nijmegen.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale, *Acta Psychiatry Scand*, 67, 361-70.

# Bijlagen

De gebruikte vragenlijsten:

## 1. De MHC-SF

De volgende vragen beschrijven gevoelens die mensen kunnen hebben. Lees iedere uitspraak zorgvuldig door en omcirkel het cijfer dat het best weergeeft HOE VAAK u DAT GEVOEL HAD GEDURENDE DE AFGELOPEN MAAND.

| In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...                                       | Nooit | Eén of twee keer | Ongeveer 1 keer per week | 2 of 3 keer per week | Bijna elke dag | Elke dag |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|--------------------------|----------------------|----------------|----------|
| ...dat u gelukkig was?                                                                    | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat u geïnteresseerd was in het leven?                                                 | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat u tevreden was?                                                                    | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?                            | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)? | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat onze samenleving beter wordt voor mensen?                                          | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat mensen in principe goed zijn?                                                      | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?                                            | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?                           | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?                         | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?                                    | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?                       | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?                 | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |
| ...dat uw leven een richting of zin heeft?                                                | 0     | 1                | 2                        | 3                    | 4              | 5        |

## 2. De UCL

Mensen reageren vaak heel verschillend als zij met problemen of onplezierige gebeurtenissen te maken krijgen. Wat men in een bepaald geval doet hangt af van de aard van het probleem of de gebeurtenis en de ernst ervan. Toch reageert men OVER HET ALGEMEEN wat vaker op de ene dan op de andere manier.

Op de volgende pagina's staan een aantal beschrijvingen die aangeven wat men zoal kan denken of doen als er problemen zijn. WILT U ACHTER IEDERE ZIN AANGEVEN HOE VAAK U IN HET ALGEMEEN OP DE BESCHREVEN MANIER REAGEERT. U kunt dit doen door bij iedere zin in één van de hokjes een kruis te zetten. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Wilt u s.v.p. geen zinnen overslaan

| In het geval van een probleem of onplezierige gebeurtenis...                           | Zelden of<br>nooit       | soms                     | vaak                     | Ze<br>er<br>vaak         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bedenkt u zich dat er nog wel ergere dingen kunnen gebeuren                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Probeert u zich te ontspannen                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Zondert u zich volledig af van anderen                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Laat u uw ergenis blijken                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ziet u de zaken somber in                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gaat u zich met andere zaken bezig houden om niet aan het probleem te hoeven denken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Laat u zien dat u kwaad bent op degene die verantwoordelijk is voor het probleem    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Geeft u eraan toe om moeilijke situaties te vermijden                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Legt u zich neer bij de gang van zaken                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Gaat u uw zorgen met iemand delen                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Grijpt u direct in als er moeilijkheden zijn                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Zegt u tegen uzelf dat het allemaal wel mee zal vallen                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ziet u problemen als een uitdaging                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Verdrijft u uw zorgen door er even tijdelijk uit te gaan                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. Kijkt u de kat uit de boom                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Probeert u spanningen te verminderen door bijvoorbeeld meer te roken, drinken, eten of beweging te nemen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Zoekt u afleiding                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Bekijkt u een probleem van alle kanten                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Gaat u moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Blijft u optimistisch over de toekomst                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. U blijft kalm in moeilijke situaties                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Bedenkt u verschillende mogelijkheden om een probleem op te lossen                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Gaat u doelgericht te werk om het probleem op te lossen                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Piekert u over het verleden                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Gaat u opgewekt gezelschap zoeken als u zich zorgen maakt of van streek bent                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Probeert u zich te onttrekken aan de situatie                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Reageert u uw spanning af                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Wacht u op betere tijden                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Gaat u iemand om hulp vragen                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Gebruikt u rustgevende middelen als u gespannen of nerveus bent                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Dan vlucht u weg in uw fantasie                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Dan gaat u de zaken eerst op een rij zetten                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. U laat zich geheel in beslag nemen door de problemen                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                               |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 34. Gaat u aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Probeert u zich op de een of andere manier wat prettiger te voelen        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Bedenkt u zich dat andere mensen het ook wel eens moeilijk hebben         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Bedenkt u zich dat na regen zonneschijn komt                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Toont u uw gevoelens                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Gaat u troost en begrip zoeken                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Laat u de moeilijkheden over zich heen komen                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Ziet u de humoristische kant van de problemen in                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Laat u merken dat u ergens mee zit                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Bespreekt u met vrienden of familieleden het probleem                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Laat u de zaak op zijn beloop                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Maakt u zich niet druk; alles komt meestal op zijn pootjes terecht        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Voelt u zich niet in staat om iets te doen                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Spreekt u zichzelf moed in bij moeilijkheden                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3. De AAQ

|                                                                                                       | 1<br>Nooit waar       | 2<br>Bijna nooit<br>waar | 3<br>Zelden waar      | 4<br>Soms waar        | 5<br>Dikwijls waar    | 6<br>Bijna altijd<br>waar | 7<br>Altijd waar      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
|                                                                                                       |                       |                          |                       |                       |                       | 1 2 3 4 5 6 7             |                       |
| 1. Het is OK als ik me iets onaangenaams herinner.                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 2. Mijn pijnlijke ervaringen en herinneringen maken het me moeilijk om een waardevol leven te leiden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 3. Ik ben bang voor mijn gevoelens.                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 4. Ik maak me zorgen dat ik niet in staat ben mijn zorgen en gevoelens onder controle te houden.      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 5. Mijn pijnlijke herinneringen verhinderen mij een bevredigend leven te leiden.                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 6. Ik heb controle over mijn leven.                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 7. Emoties veroorzaken problemen in mijn leven.                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 8. Het lijkt erop dat de meeste mensen meer controle over hun leven hebben dan ik.                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 9. Zorgen staan mijn succes in de weg.                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| 10. Mijn gedachten en gevoelens staan de manier waarop ik wil leven niet in de weg.                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |

### 4. De mate van alcoholconsumptie

Daarbij gaan wij uit van standaardglazen.

Geef voor elke dag van de afgelopen week aan hoeveel standaardglazen alcohol u dronk.

Tip1) Begin bij de dag van gisteren. Is het donderdag, begin dan bij woensdag. Neem daarna dinsdag, maandag, enz.

Tip 2) Het helpt als u bij iedere dag bedenkt wat u die dag gedaan heeft en waar u geweest bent.

Heeft u een dag niets gedronken? Vul dan '0' in.

#### Hoeveel heeft u de afgelopen week gedronken?

- 1) Ik dronk: standaardglazen:
- a. afgelopen maandag .....
  - b. afgelopen dinsdag .....
  - c. afgelopen woensdag .....
  - d. afgelopen donderdag .....
  - e. afgelopen vrijdag .....
  - f. afgelopen zaterdag .....
  - g. afgelopen zondag .....

## 5. De CES-D

Wilt u bij elk van de volgende uitspraken aangeven hoe sterk u het ermee eens of oneens bent.

|                                                                                    | nooit                    | zelden                   | soms                     | vaak                     | altijd                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ik heb weinig controle over dingen die mij overkomen.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Er is weinig dat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ik voel me vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen in mijn leven.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Soms voel ik dat ik speelbal van het leven ben.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 6. De HADS-A

Hieronder staan een aantal uitspraken, die door mensen zijn gebruikt om zichzelf te beschrijven. Lees iedere uitspraak en kruis één antwoord aan dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende **de afgelopen week** gevoeld heeft.

### 1. Ik voel me gespannen:

- ☐ Meestal
- ☐ Vaak
- ☐ Af en toe, soms
- ☐ Helemaal niet

### 2. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren:

- ☐ Heel zeker en vrij erg
- ☐ Ja, maar niet zo erg
- ☐ Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over
- ☐ Helemaal niet

### 3. Ik maak me ongerust:

- ☐ Heel erg vaak
- ☐ Vaak
- ☐ Af en toe maar niet te vaak
- ☐ Alleen soms

### 4. Ik kan rustig zitten en me ontspannen:

- ☐ Zeker
- ☐ Meestal
- ☐ Niet vaak
- ☐ Helemaal niet

5. Ik krijg een soort benauwdheid, gespannen gevoel in mijn maag:

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Soms
- ☐ Vrij vaak
- ☐ Heel vaak

6. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben:

- ☐ Heel erg
- ☐ Tamelijk veel
- ☐ Niet erg veel
- ☐ Helemaal niet

7. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst:

- ☐ Zeer vaak
- ☐ Tamelijk vaak
- ☐ Niet erg vaak
- ☐ Helemaal niet

## 7. De ESP

Deze vragen gaan over gevoelens van **schaamte** in de afgelopen 4 weken.

Omcirkel de antwoorden die het best bij jou passen:

**0 = nooit, 1 = bijna nooit, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = bijna altijd**

**Heb je in de afgelopen 4 weken wel eens schaamte gevoeld:**

|   |                                                  |   |   |   |   |   |
|---|--------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | voor jezelf om hoe je bent?                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | voor bepaalde karaktereigenschappen van jezelf?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | voor bepaalde gevoelens of gedachten die je had? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | voor bepaalde gewoontes van jezelf?              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | omdat je je dom voelde?                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |



## 8. De CIS

Hieronder staat 20 uitspraken. Lees iedere uitspraak en kruis één antwoord aan dat het beste weergeeft hoe u zich de laatste 2 weken heeft gevoeld. Wanneer u vindt dat het antwoord niet "ja dat klopt, maar ook niet "nee, dat klopt niet" is, zet dan een kruisje in het hokje dat het meest overeenkomt met uw gevoel. Bijvoorbeeld als u zich wel wat ontspannen voelt, maar niet zo erg ontspannen kunt u het kruisje in een van de hokjes zetten die in de buurt staan van de antwoordmogelijkheid "ja dat klopt".

1. Ik voel me moe.  
Ja, dat klopt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nee, dat klopt niet
2. Ik zit vol activiteit.  
Ja, dat klopt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nee, dat klopt niet
3. Nadenken kost me moeite.  
Ja, dat klopt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nee, dat klopt niet
4. Lichamelijk voel ik me uitgeput.  
Ja, dat klopt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nee, dat klopt niet
5. Ik heb zin om allerlei leuke dingen te gaan doen.  
Ja, dat klopt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nee, dat klopt niet
6. Ik voel me fit.  
Ja, dat klopt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nee, dat klopt niet
7. Ik vind dat ik veel doe op een dag.  
Ja, dat klopt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nee, dat klopt niet
8. Als ik ergens mee bezig ben, kan ik mijn gedachten er goed bijhouden.  
Ja, dat klopt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Nee, dat klopt niet
9. Ik voel me slap.  
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 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

## 9. De WPAI-GH

Met de volgende vragen wil men bepalen wat de invloed is van uw gezondheidsproblemen op uw vermogen om te werken of uw dagelijkse bezigheden uit te voeren. Met gezondheidsproblemen bedoelen wij alle lichamelijke of emotionele problemen of symptomen. *Gelieve, zoals aangegeven, de lege ruimte in te vullen of een getal te omcirkelen.*

1) Hebt u op dit moment een baan (werkt u tegen betaling)?

\_\_\_\_ NEE

\_\_\_\_ JA

*Indien NEE, zet een kruisje bij "NEE" en ga verder naar vraag 6.*

Hoeveel uur heeft u betaald werk per week?

\_\_\_\_ uur

Hoeveel uur werkt u gemiddeld daadwerkelijk per week?

\_\_\_\_\_ uur

De volgende vragen hebben betrekking op de **afgelopen zeven dagen**, vandaag niet inbegrepen.

- 2) Hoeveel uur was u tijdens de afgelopen zeven dagen afwezig van uw werk vanwege uw gezondheidsproblemen? *Reken hierbij de uren die u gemist hebt op dagen waarop u ziek was, later op het werk kwam, vroeger wegging enz. i.v.m. uw gezondheidsproblemen. Reken hier de tijd die u gemist hebt omdat u aan de cursus voluit leven deelneemt niet bij.*

\_\_\_\_\_ UUR

- 3) Hoeveel uur bent u tijdens de afgelopen zeven dagen afwezig geweest van uw werk vanwege een andere reden, zoals vakantie, feestdagen, tijd die u vrij hebt genomen om aan deze studie deel te nemen?

\_\_\_\_\_ UUR

- 4) Hoeveel uur hebt u in de afgelopen zeven dagen daadwerkelijk gewerkt?

\_\_\_\_\_ UUR (Indien "0", ga door naar vraag 6)

- 5) Hoezeer hebben uw gezondheidsproblemen tijdens de afgelopen zeven dagen uw productiviteit beïnvloed terwijl u aan het werk was?

*Denk aan de dagen waarop u beperkt werd in de hoeveelheid of het soort werk dat u kon doen, minder bereikte dan u gewild had of niet zo zorgvuldig kon werken als gewoonlijk. Indien gezondheidsproblemen weinig invloed op uw werk hadden, kies dan een laag getal. Kies een hoog getal indien gezondheidsproblemen veel invloed hadden op uw werk.*

Gezondheidsproblemen hadden geen invloed op mijn werk

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gezondheidsproblemen hebben mij volledig belet mijn werk te doen

OMCIRKEL EEN GETAL

- 6) Hoezeer hebben uw gezondheidsproblemen tijdens de afgelopen zeven dagen uw vermogen beïnvloed uw normale dagelijkse bezigheden, buiten uw baan, uit te voeren?

*Met normale bezigheden bedoelen we de activiteiten die u gewoonlijk uitvoert zoals huishoudelijk werk, winkelen, voor de kinderen zorgen, lichaamsbeweging, studeren enz. Denk aan de momenten waarop u beperkt werd in de hoeveelheid of soort activiteiten die u kon doen of minder bereikte dan u gewild had. Indien gezondheidsproblemen weinig invloed hadden op uw activiteiten, kies dan een laag getal. Kies een hoog getal indien gezondheidsproblemen veel invloed hadden op uw activiteiten.*

Gezondheidsproblemen hadden geen invloed op mijn dagelijkse activiteiten

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gezondheidsproblemen hebben mij volledig belet mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

OMCIRKEL EEN GETAL

## Zorggebruik

De volgende vragen gaan over zorggebruik. Wij zijn geïnteresseerd in het aantal keren dat u in de afgelopen **4 weken** gebruik heeft gemaakt van de voorzieningen in de gezondheidszorg.

|      | Heeft u in de <u>afgelopen 4 weken</u> contact gehad met:                                                                                | nee                      | Zo ja, hoeveel keer? |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| A1.  | Huisarts                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | _____ keer           |
| A2.  | Bedrijfsarts of ARBO arts                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | _____ keer           |
| A3.  | (Bedrijfs)maatschappelijk werker                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | _____ keer           |
| A5.  | Fysiotherapeut                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | _____ keer           |
| A6.  | Psychiater, psycholoog of psychotherapeut met <b>eigen praktijk</b>                                                                      | <input type="checkbox"/> | _____ keer           |
| A7.  | Psychiater, psycholoog of psychotherapeut in een <b>instelling voor geestelijke gezondheidszorg</b><br>(bijv. Riagg of GGZ) <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> | _____ keer           |
| A8.  | Psychiater, psycholoog of psychotherapeut op een <b>instelling voor verslavingszorg</b>                                                  | <input type="checkbox"/> | _____ keer           |
| A9.  | Psychiater, psycholoog of psychotherapeut op een <b>polikliniek</b> van een <b>psychiatrisch ziekenhuis</b>                              | <input type="checkbox"/> | _____ keer           |
| A10. | Medisch specialist op een <b>polikliniek</b> van een <b>algemeen ziekenhuis</b>                                                          | <input type="checkbox"/> | _____ keer           |
| A11. | Medisch specialist op een <b>polikliniek</b> van een <b>academisch ziekenhuis</b>                                                        | <input type="checkbox"/> | _____ keer           |
| A12. | Iets anders, nl.:                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | _____ keer           |

<sup>1</sup> Hiertoe behoort niet: kennismakingsgesprek voor onderzoek Voluit Leven.