

Psychomotorische diagnostiek in de behandeling van chronische pijn

Het meten van lichaamsbewustzijn

Psychomotorische therapie wordt binnen de behandeling van chronische pijn vaak ingezet, met onder andere als doel om het lichaamsbewustzijn te vergroten, zodat er een adequater zelfmanagement ontstaat. In het onderzoek van Van der Maas (2015) is bij een psychomotorische groepsbehandeling een verbetering van lichaamsbewustzijn gemeten, wanneer er bij de cliënt bij aanvang van de behandeling sprake was van een laag niveau van lichaamsbewustzijn. Het verschil in lichaamsbewustzijn tussen mensen *met* en mensen *zonder* chronische pijnklachten is echter nog nauwelijks onderzocht. In onderhavig artikel wordt een onderzoek naar dit verschil beschreven. Daarnaast wordt besproken hoe lichaamsbewustzijn gerelateerd is aan psychisch welbevinden.

Hilda Huizing en Mia Scheffers

Inleiding

De *International Association for the Study of Pain* (IASP) beschrijft chronische pijn als volgt: "Chronische pijn is een onaangename sensorische en emotionele, subjectieve persoonlijke ervaring die wordt geassocieerd met mogelijke of werkelijke weefselschade of die wordt beschreven in termen van dergelijke schade" (IASP Task Force on Taxonomy, 2011; p3).

Chronische pijn komt bij één op de vijf volwassenen voor. De gemiddelde leeftijd van de groep mensen met matige tot ernstige chronische pijn in Nederland is 51 jaar en de man/vrouwverdeling is 40/60%. Chronische pijn vermindert de kwaliteit van leven (Picavet & Hoeymans, 2004) en

verhoogt de kans op psychopathologie (Demyttenaere et al., 2007), ziekteverzuim (Van Eerd et al., 2011) en beperkingen in dagelijkse activiteiten (Achterberg et al., 2010).

Chronische pijn vermindert de kwaliteit van leven en verhoogt de kans op psychopathologie

Uit een onderzoek van Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher (2006) naar de impact van chronische pijn, blijkt dat bijna de helft van de mensen met chronische pijn weinig tot geen sociale contacten kan onderhouden. Daarnaast werd het ook moeilijker gevonden om een seksuele relatie te onderhouden. Uit dit onderzoek blijkt verder dat 19% van de Nederlandse respondenten, met chronische pijn, gediagnosticeerd zijn met een depressie. Dit alles gaat gepaard met aanzienlijke kosten, zowel direct, gerelateerd aan de gezondheidszorg als indirect, zoals bijvoorbeeld ziekteverzuim (Huygen et al., 2011).

Biopsychosociaal model

Het biopsychosociaal model is het meest gebruikte verklaringsmodel voor chronische pijn. Dit model beschouwt

In dit artikel:

- het verschil in lichaamsbewustzijn tussen mensen met en mensen zonder chronische pijn;
- de *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* als meetinstrument voor lichaamsbewustzijn;
- de samenhang tussen lichaamsbewustzijn en psychisch welbevinden bij mensen met chronische pijn.



Bewust worden van lichaamssignalen en emoties, in contact met de ander.

chronische pijn als een resultaat van de dynamische interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007).

Op het biologische vlak is er vaak sprake van een gesensitiseerd pijnmodulerend systeem van het centrale zenuwstelsel. Dit houdt in dat de pijdrempels steeds lager komen te liggen, waardoor pijn gevoeld wordt bij prikkels die normaal gesproken niet pijnlijk zijn, zoals bewegen of aanraken (Van Wilgen & Keizer, 2004). Een verandering in de waarneming van fysieke sensaties wordt als cruciaal beschouwd voor het ontwikkelen en in stand houden van chronische pijn (Schaefer, Egloff & Witthöft, 2012). Schaefer et al. gaan uit van twee soorten veranderingen in de waarneming: een verhoogde en selectieve aandacht voor pijnsignalen (hypervigilantie) en meer moeite om de aandacht te verplaatsen naar fysieke signalen anders dan de pijn.

Bij mensen met chronische pijn is er op psychologisch vlak vaak sprake van een verhoogde kans op catastroferende gedachten over pijn, met als gevolg een toename van angst en vermijding van pijnlijke situaties. Daarnaast is er een verhoogd risico op emotionele problemen zoals boosheid en somberheid (Gatchel et al., 2007).

Op het sociale vlak blijkt dat mensen met chronische pijn wel de wens hebben om hun emoties te uiten, maar bang zijn voor de interpersoonlijke gevolgen hiervan (Lumley et al., 2011). Daarnaast is niet duidelijk of het uiten van boosheid in het dagelijks leven een afname van pijn geeft. Dit is van belang, aangezien een niet-adequate regulatie van

boosheid, op interpersoonlijk vlak tot afstand kan leiden (Lumley et al., 2011). Uit klinische testen blijkt dat het onderdrukken van boosheid tot toename van pijn leidt. Of het onderdrukken in het dagelijks leven een toename van pijn geeft, is niet onderzocht (Burns, Quartana & Bruehl, 2007; Quartana, Yoon & Burns, 2007).

De omgeving, waaronder familie of gezondheidsinstellingen, kan ook te beschermend of te kritisch/straffend zijn. Hierdoor wordt een hogere mate van fysieke beper-

Een verandering in de waarneming van fysieke sensaties is cruciaal voor het ontwikkelen en in stand houden van chronische pijn

kingen en/of een toename van spanning en stress ervaren (Romano, Jensen, Turner, Good & Hops, 2000; Lumley et al. 2011).

De psychosociale factoren spelen dus, naast de biologische factoren, een belangrijke rol in het ontwikkelen en in stand houden van chronische pijn (Werkgroep Pijn Nederland (WPN), 2013).

Multidisciplinaire behandeling

De meeste revalidatiebehandelingen voor chronische pijn zijn multidisciplinair van aard en gericht op het verbeteren van kwaliteit van leven en het zelfstandig leren omgaan

met de pijn in het dagelijks leven (WPN, 2013). De behandeling bestaat vaak uit een combinatie van psychologische en fysieke interventies (Carnes et al., 2012; Van der Maas, 2015). Interventies gericht op het lichaamsbewustzijn zijn binnen de revalidatiebehandeling relatief nieuw. In verschillende studies is aangetoond dat de behandelresultaten verbeteren wanneer in de behandeling ook aandacht is voor het verbeteren van het lichaamsbewustzijn (zie bijvoorbeeld: Gard, 2005; Landsman-Dijkstra, Wijck & Groothoff, 2006; Malmgren-Olsson, Armelius & Armelius, 2001; Mehling, Hame, Acree, Byl & Hecht, 2005; Van der Maas, 2015).

Het lichaamsbewustzijn wordt door Van der Maas et al. (2015) omschreven als “het sensitief zijn en aandacht hebben voor interne lichaamssignalen (bijv. spierspanning, hartslag en gerommel in de maag), de algehele lichamelijke toestand (bijv. gespannen, ontspannen) en de reactie van het lichaam op emoties en veranderingen in de omgeving” (p. 143).

Een specifieke behandeling die zowel monodisciplinair als multidisciplinair wordt ingezet om het lichaamsbewustzijn te verbeteren is psychomotorische therapie. Op Tolbrug Specialistische Revalidatie wordt psychomotorische therapie ingezet binnen de multidisciplinaire behandeling voor chronische pijn.

Uit onderzoek van Van der Maas (2015, p. 144) bleek dat bij een toevoeging van psychomotorische therapie gericht op het verbeteren van het lichaamsbewustzijn aan de multidisciplinaire behandeling, cliënten met een laag lichaams-

Interventies gericht op het lichaamsbewustzijn zijn binnen de revalidatiebehandeling relatief nieuw

bewustzijn een significante verbetering laten zien in lichaamsbewustzijn. Daarnaast werd in dit onderzoek ook een toename van kwaliteit van leven en zelfmanagement gerapporteerd en een afname van depressieve en catastroferende symptomen.

Hoewel in het onderzoek van Van der Maas (2015) het lichaamsbewustzijn een mediërende rol speelt bij de afname van depressieve klachten, is er nog weinig bekend over de samenhang van het algehele psychische welbevinden en het lichaamsbewustzijn bij cliënten met chronische pijn.

Daarnaast is nog onvoldoende onderzocht of er een verschil is in lichaamsbewustzijn tussen mensen mét chronische pijn en mensen zónder chronische pijn.

Vraagstelling

Dit heeft geleid tot de volgende hoofdvraag: Is er een verschil in het lichaamsbewustzijn tussen cliënten met

chronische pijn die geïndiceerd zijn voor de observatieperiode van de chronische pijnbehandeling op Tolbrug Specialistische Revalidatie, en een niet-klinische groep zonder chronische pijn?

En de volgende twee deelvragen:

1. Is er een verschil in de scores op de subschalen van de MAIA-1 tussen cliënten met chronische pijn en een niet-klinische groep?
2. Wat is de samenhang tussen het niveau van lichaamsbewustzijn (totaalscore MAIA-1) en het psychisch welbevinden (totaalscore Brief Symptom Inventory) bij cliënten met chronische pijn?

In dit artikel worden de methode en resultaten toegelicht rondom de metingen met de MAIA-1 bij de klinische en niet-klinische groep. Ook wordt de samenhang tussen het lichaamsbewustzijn en psychisch welbevinden besproken. Er wordt afgesloten met een discussie en met aanbevelingen voor (onder andere) psychomotorisch therapeuten in het werkveld.

Methode

In dit onderzoek is een kwantitatief explorerend, cross-sectioneel design gebruikt. De onderzoekspopulatie (18-70 jaar) bestaat uit een klinische groep, cliënten met chronische pijn die geïndiceerd zijn voor de observatieperiode op Tolbrug Specialistisch Revalidatie en een niet-klinische groep, gezonde mensen zonder chronische pijn (minder dan drie maanden pijn). Deze groep is geworven met behulp van een sneeuwbal methode via sociale media. Bij beide groepen is gevraagd naar het opleidingsniveau en bij de klinische groep is ook het psychisch welbevinden in kaart gebracht. Voor de niet-klinische groep waren exclusiecriteria: in revalidatie behandeling (geweest), opgenomen (geweest) voor psychische klachten.

Meetinstrumenten

Om het verschil in lichaamsbewustzijn multidimensionaal te onderzoeken, zoals beschreven in de eerder gegeven definitie, is gekozen voor de *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness*, versie 1, (MAIA-1; Mehling, 2012). De MAIA-1 (Mehling et al., 2012) is een zelfrapportage vragenlijst van 32 items met acht subschalen. De items worden gemeten met een 6-punts Likert-schaal. De minimumscore is 0 (nooit) en de maximumscore is 5 (altijd). In deze multidimensionale beoordeling worden acht subschalen gebruikt:

1. Gewaarworden: het bewust zijn van onaangename, aangename en neutrale lichamelijke gewaarwordingen.
2. Niet-storend: zich niet gauw laten afleiden of storen bij het gewaarworden van pijn of ongemak.
3. Niet-verontrustend: zich niet gauw zorgen maken of gauw emotionele spanning voelen bij het gewaarworden van gevoelens van angst, pijn of ongemak.

4. Aandachtsregulering: in staat om de aandacht bij lichamelijke gewaarwordingen te houden en deze te sturen.
5. Emotioneel bewustzijn: bewust zijn van het verband tussen wat u voelt in uw lichaam en uw emotionele toestand.
6. Zelfregulering: in staat om pijn, angst of verdriet te sturen door aandacht te schenken aan gewaarwordingen in het lichaam.
7. Luisteren naar het lichaam: actief luisteren naar het lichaam om inzicht te krijgen.
8. Vertrouwen: het lichaam ervaren als veilig en betrouwbaar.

De MAIA-1 is vertaald in het Nederlands en wordt in het kader van het project Doen en Meten (De Haan, Scheffers, Moeijes & Van Busschbach, 2019) psychometrisch onderzocht. In het huidige onderzoek is de interne consistentie van de Nederlandse versie gemeten bij zowel de klinische (KL) als de niet-klinische groep (NKL). In deze samples hadden de subschalen Niet-storend (KL: $\alpha = 0.68$; NKL: $\alpha = 0.71$) en Niet-verontrustend (KL: $\alpha = 0.37$; NKL: $\alpha = 0.71$) een lagere interne consistentie. De overige subschalen van beide samples scoren voldoende tot goed ($\alpha = 0.74$ tot $\alpha = 0.89$).

Het psychisch welbevinden is gemeten met de Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983; Nederlandse versie De Beurs & Zitman, 2006). De BSI is een zelfbeoordelvragenlijst met 53 items met negen subschalen. De items worden gescoord op een 5-punts Likertschaal, waarbij de minimumscore 0 is (helemaal geen klachten) en de maximumscore 4 (heel veel klachten).

De Cronbach's alpha van de gehele BSI en van alle subschalen is goed (De Beurs & Zitman, 2006).

Statistische analyse

Om het verschil te meten tussen de klinische en niet-klinische groep is voor de totaalscores en de subschalen van de MAIA-1 bij beide groepen de normaalverdeling getoetst

Mensen met chronische pijn hebben moeite om de aandacht te verplaatsen naar fysieke signalen anders dan de pijn

met de Shapiro-Wilk test. Op basis hiervan is gekozen voor een parametrische toets, de onafhankelijke t-test. De samenhang tussen het lichaamsbewustzijn en psychisch welbevinden is non-parametrisch getoetst, met de correlatiecoëfficiënt Spearmans rho, aangezien de BSI niet normaal verdeeld was.

Resultaten

In totaal namen 197 respondenten deel aan dit onderzoek, waarvan 52 respondenten chronische pijn hadden, de klinische groep. Tabel 1 geeft een overzicht van de onderzoekspopulatie.

De resultaten laten een significant verschil ($p < 0.001$) zien tussen de totaalscore van het lichaamsbewustzijn van de klinische groep (Gem. = 2.63) en de niet-klinische groep (Gem. = 3.24). Op subschaalniveau is er een significant

Tabel 1: Overzicht onderzoekspopulatie.

	Klinische groep (N=52)	Niet-klinische groep (N=127)
Vrouw (%)	39 (75%)	94 (74%)
Man (%)	13 (25%)	33 (26%)
Gemiddelde leeftijd (SD/Range)	44.8 (11.5 / 19-65)	37.1 (13.1 / 18-69)
Hoogst genoten opleiding:		
lagere school	7.7%	0.8%
lbo/lts/vbo	17.3%	1.6%
mavo/tl/mulo/ulo	11.5%	6.3%
havo/hbs	5.8%	3.9%
vwo/gymnasium	5.8%	4.7%
mbo/mts	28.8%	7.9%
hbo/hts	13.5%	52.8%
universiteit	7.7%	22%
anders; geen opleiding	1.9%	0%
Duur chronische pijn (%):		
3mnd - 2 jr	38.5%	< 3 mnd
2-5 jr	17.3%	
>5 jr	44.2%	

Tabel 2: Gemiddelde scores van de MAIA-1 subschalen voor klinische (KL) en niet-klinische (NKL) groep en resultaten t-test.

	KL (N = 52)		NKL (N = 127)		t-test resultaten	
	Gem.	SD	Gem.	SD	t (df = 177)	p
Totaalscore	2.63	0.52	3.24	0.58	6.67	< 0.001
Sub 1: Gewaarworden	3.50	0.87	3.58	0.86	5.72	0.568
Sub 2: Niet-storend	1.50	0.80	2.26	0.92	5.27	< 0.001
Sub 3: Niet-verontrustend	3.34	0.84	3.60	0.79	1.99	0.047
Sub 4: Aandachtsregulering	2.57	0.85	3.27	0.81	5.16	< 0.001
Sub 5: Emotioneel bewustzijn	3.13	1.02	3.69	0.84	3.77	0.001
Sub 6: Zelfregulering	2.17	0.95	2.98	0.88	5.52	< 0.001
Sub 7: Luisteren naar lichaam	2.12	1.07	2.67	1.08	3.08	0.002
Sub 8: Vertrouwen	2.70	1.26	3.89	0.81	7.54	< 0.001

verschil aanwezig op zeven van de acht subschalen, zie Tabel 2.

In Tabel 3 zijn de verschillen tussen de klinische groep en de algemene bevolking (De Beurs & Zitman, 2006) weergegeven. De grootste verschillen zijn aanwezig op Somatische klachten (0.83), Cognitieve problemen (0.79), Depressieve stemming (0.63) en Angst (0.60). Tevens scoren Cognitieve problemen (Gem. = 1.41) en Somatische klachten (Gem. = 1.15) het hoogste bij de klinische groep. Op alle subschalen is een significant verschil gemeten. Dit betekent dat

Het vertrouwen in het lichaam is bij mensen met chronische pijn zeer laag

mensen met chronische pijn meer psychische klachten ervaren dan de algemene bevolking. Bij de klinische groep is ook de samenhang tussen het psychisch welbevinden (BSI) en het lichaamsbewustzijn (MAIA-1) gemeten.

Er is sprake van een lage niet-significante correlatie van $R = -0.21$ ($p = 0.13$).

Discussie

Verskil in lichaamsbewustzijn op subschaal niveau

De metingen met de MAIA-1 laten zien dat er een significant verschil is in lichaamsbewustzijn tussen de klinische groep, met chronische pijn (N=52), en een niet-klinische groep zonder chronische pijn (N=127). De klinische groep scoort op zeven van de acht subschalen significant lager, met als enige uitzondering de subschaal Gewaarworden. Actief luisteren naar het lichaam, aandacht verplaatsen naar een andere lichamelijke plek en bij angst rust vinden in het lichaam blijkt moeilijker voor de klinische groep. Ook

laat de klinische groep zich sneller door pijn en ongemakken afleiden en maken ze zich hier meer zorgen om. Deze bevindingen sluiten aan bij de theorie van Schaefer et al. (2012), die aangeeft dat er bij mensen met chronische pijn een verhoogde en selectieve aandacht voor pijnsignalen is en tevens moeite om de aandacht te verplaatsen naar fysieke signalen anders dan de pijn. Ook is het bewustzijn van de verbinding tussen emoties en de lichamelijke gewaarwordingen lager.

Opvallend is dat de klinische groep op de subschaal Vertrouwen zeer laag scoort, vergeleken met de niet-klinische groep. In de klinische groep wordt het lichaam dus als minder veilig en betrouwbaar ervaren. De subschaal Gewaarworden laat als enige subschaal geen significant verschil zien. Dit komt overeen met de resultaten van het Duitse onderzoek naar de MAIA-1 (Bornemann et al., 2015). Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van dit verschil is dat bij cliënten met chronische pijn over het algemeen het waarnemend vermogen niet zozeer verstoord is, maar dat het lastiger is om (on)aangename lichamelijke gewaarwordingen adequaat te interpreteren, deze te verbinden aan de emotionele/psychische staat en hierdoor te vertrouwen op het lichaam (Van der Maas, 2015). De subschaal Niet-verontrustend laat een significant verschil zien en gaat in op zorgen en angst bij mensen met pijn en ongemakken. Mogelijk is het verschil te verklaren door het verschijnsel pijn-catastroferen dat regelmatig voorkomt bij chronische pijn (Gatchel et al., 2007; Van der Maas, 2015). Deze subschaal heeft echter bij de klinische groep een lage interne consistentie, waardoor de resultaten op deze subschaal lastig te interpreteren zijn.

Psychisch welbevinden

De klinische groep ervaart, in vergelijking met respondenten uit de algemene bevolking (De Beurs & Zitman, 2006), meer lichamelijke klachten, meer cognitieve problemen,

Tabel 3: Gemiddelde scores van de BSI bij chronische pijn cliënten (Klinische groep) vergeleken met respondenten uit de algemene bevolking (De Beurs & Zitman, 2006), berekend met one-sample t-test.

	Klinische groep (N=52)		Algemene bevolking (N=200)		t-test resultaten	
	Gem.	SD	Gem.	SD	t (df = 51)	p
Totaalscore	0.94	0.65	0.42	0.40	5.76	< 0.001
SOM*	1.15	0.67	0.32	0.46	8.98	< 0.001
COG	1.41	0.98	0.62	0.60	5.81	< 0.001
INT	1.04	0.95	0.59	0.66	3.49	0.001
DEP	1.03	0.96	0.40	0.55	4.71	< 0.001
ANG	1.01	0.90	0.41	0.45	4.83	< 0.001
HOS	0.73	0.63	0.40	0.43	3.76	< 0.001
FOB	0.51	0.63	0.29	0.40	2.55	0.014
PAR	0.73	0.75	0.52	0.59	2.07	0.043
PSY	0.67	0.64	0.35	0.47	3.59	< 0.001
AAS	25.71	13.39	16.61	11.65	4.90	< 0.001
EAS	1.84	0.57	1.26	0.34	3.45	< 0.001

* SOM = Somatische klachten; COG = Cognitieve problemen; INT = Interpersoonlijke gevoeligheid; DEP = Depressieve stemming; ANG = Angst (algemeen); HOS = Hostiliteit; FOB = Fobische Angst; PAR = Paranoïde gedachten; PSY = Psychoticisme; AAS = Aantal aanwezige symptomen; EAS = Ernst van de aanwezige symptomen.

heeft een meer depressieve stemming en ervaart meer algemene angst. Internaliserende problematiek lijkt vaker voor te komen bij cliënten met chronische pijn waardoor er mogelijk meer lichamelijke klachten aanwezig zijn.

Uit klinische testen blijkt dat het internaliseren en onderdrukken van gevoelens van boosheid tot een toename van pijn leidt (Burns, Quartana & Bruehl, 2007).

Van der Maas (2015) heeft in haar onderzoek gevonden dat een toename van lichaamsbewustzijn, gemeten met de Scale of Body Connection – Body Awareness (Price & Thompson, 2007), bij mensen met chronische pijn van invloed is op de psychische factoren. Zij rapporteert een toename van kwaliteit van leven en zelfmanagement en een afname van depressie en catastroferen. Echter, tussen de mate van lichaamsbewustzijn (MAIA-1) en de psychische klachten (BSI), zoals onderzocht in huidig onderzoek, werd een lage niet-significante samenhang gevonden. Een verklaring zou kunnen zijn dat een toename van lichaamsbewustzijn bij mensen met chronische pijn wel samenhangt met een afname van psychische klachten, maar dat een lager lichaamsbewustzijn niet meteen betekent dat er meer psychische klachten worden ervaren.

Door Van der Maas (2015) wordt aanbevolen om bij een chronische pijnbehandeling psychomotorische interventies toe te passen die gericht zijn op het bewust worden van de verbinding tussen lichamelijke gewaarwordingen, de omgeving en de emotionele/psychische toestand. Het ervaren en benoemen van deze gevoelens, maar ook adequaat

betekenis hieraan verlenen, stimuleert deze verbinding (Bakal, 1999; Price & Thompson, 2007). Er ontstaat een breder scala aan lichamelijke gewaarwordingen en hierdoor een realistischer begrip van het lichaam en de psychische toestand. Psychomotorische therapie is een geschikte therapie om, middels interventies gericht op het lichaamsbewustzijn, zowel het lichaamsbewustzijn als de totale behandeluitkomsten positief te beïnvloeden.

Bruikbaarheid van de MAIA

De MAIA meet het lichaamsbewustzijn op verschillende aspecten en gaat onder andere in op het omgaan met pijn en ongemakken en het vertrouwen in het lichaam. Dit is bijzonder zinvol om in kaart te brengen bij cliënten met chronische pijn. De MAIA-1 differentieert goed tussen mensen met en zonder chronische pijn, hetgeen de inzet van de MAIA-1 bij psychomotorische diagnostiek aantrekkelijk maakt.

Bij de MAIA-1 bestaan enkele subschalen uit slechts drie items, waardoor mogelijk een niet volledig beeld wordt gemeten van het onderwerp van deze subschalen. Ook is de kans op een lage interne consistentie bij een klein aantal items groter. Hier was sprake van bij subschalen Niet-storend en Niet-verontrustend. In de nieuwe versie, de MAIA-2 (Mehling et al., 2018), is een aantal items toegevoegd aan deze twee subschalen, waardoor de interne consistentie is verbeterd. Deze versie was ten tijde van dit onderzoek nog niet beschikbaar.

Conclusie

Het niveau van lichaamsbewustzijn, gemeten met de MAIA-1, is bij mensen met chronische pijn significant lager dan bij mensen zonder chronische pijn. Actief luisteren naar het lichaam, aandacht verplaatsen naar een andere lichamelijke plek en bij angst rust vinden in het lichaam is moeilijker voor de klinische groep. Tevens laat de klinische groep zich sneller door pijn en ongemakken afleiden en maken ze zich hier meer zorgen om. Ook is het bewustzijn van de verbinding tussen emoties en de lichamelijke gewaarwordingen lager. Daarnaast is het vertrouwen in het lichaam bij mensen met chronische pijn zeer laag en wordt het lichaam als minder veilig en betrouwbaar ervaren.

Er is een lage niet-significante samenhang gemeten tussen het psychisch welbevinden en het niveau van lichaamsbewustzijn, wat mogelijk reflecteert dat een lager niveau van lichaamsbewustzijn niet direct betekent dat men meer psychische klachten ervaart.

Toepassing in de praktijk

Om cliënten tijdens hun chronische-pijnbehandeling een goed beeld te geven van de betekenis van lichaamsbewust-

zijn en de mate van hun eigen lichaamsbewustzijn kunnen de subschalen van de MAIA een relevante bijdrage leveren. Het is mogelijk om de vragenlijst op subschaal-niveau te analyseren en vervolgens met de cliënt te bespreken. Dit draagt bij aan de samenwerking met de cliënt en zo weet de cliënt beter waar naartoe wordt gewerkt (De Haan, Scheffers, Moeijes & Van Busschbach, 2019).

Van der Maas (2015) stelt voor om interventies toe te passen die gericht zijn op het bewust worden van de verbinding tussen lichamelijke gewaarwordingen, de omgeving en de emotionele/psychische toestand (Van der Maas, 2015). Het ervaren en benoemen van deze gevoelens, maar ook adequaat betekenis hieraan verlenen, stimuleert deze verbinding (Bakal, 1999; Price & Thompson, 2007). Hierdoor ontstaat een breder scala aan lichamelijke gewaarwordingen en een realistischer begrip van het lichaam en de psychische toestand.

Als gevolg van de positieve resultaten van dit onderzoek wordt bij aanvang en afronding van de psychomotorische therapie op Tolbrug Specialistische Revalidatie de MAIA afgenomen. Hopelijk gaan meer instellingen in de toekomst de MAIA afnemen.

Staande op een rijdende kast, lichaamssignalen en emoties voelen.



Literatuur

- Achterberg, W.P., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Liperoti, R., Noro, A., Frijters, D.H., . . . Ribbe, M.W. (2010). Pain in European long-term care facilities: crossnational study in Finland, Italy and The Netherlands. *Pain*, 148, 70-74.
- Bakal, D. (1999). *Minding the body: Clinical uses of somatic awareness*. New York: The Guilford Press
- Beurs, E. de & Zitman, F. G. (2006). De brief symptom inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 61, 120-141.
- Bornemann, B., Herbert, B.M., Mehling, W.E. & Singer, T. (2015). Differential changes in self-reported aspects of interoceptive awareness through 3 months of contemplative training. *Frontiers in Psychology*, 5(1504), 1-13.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Burns, J.W., Quartana, P.J. & Bruehl, S. (2007). Anger management style moderates effects of emotion suppression during initial stress on pain and cardiovascular responses during subsequent pain-induction. *Annals of behavioral medicine*, 34, 154-165.
- Carnes, D., Homer, K.E., Miles, C.L., Pincus, T., Underwood, M., Rahman, A. & Taylor, S.J. (2012). Effective delivery styles and content for self-management interventions for chronic musculoskeletal pain: A systematic literature review. *Clinical Journal of Pain*, 28(4), 344-35.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M.C., . . . Korff, M. von. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the world mental health surveys. *Pain*, 129, 332-342.
- Derogatis, L.R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Eerd, D. van, Côté, P., Kristman, V., Rezai, M., Hogg-Johnson, S., Vidmar, M. & Beaton, D. (2011). The course of work absenteeism involving neck pain: a cohort study of Ontario lost-time claimants. *Spine*, 36, 977-982.
- Gard, G. (2005). Body Awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 27, 725-728.
- Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N. & Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-562.
- Haan, A. de, Scheffers, W.J., Moeijes, J. & Busschbach, J. van (2019). Het project 'Doen en Meten': patient reported outcome measures (PROMs) voor psychomotorische therapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 15(2), 14-18.
- Huygen, F., Boerman, D., Everdingen, J. van, Gardenbroek, R., Giesberts, M., Koes, B., . . . Vissers, K. (2011). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Regieraad kwaliteit van zorg*, 5-19.
- IASP Task Force on Taxonomy (2011). *Classification of chronic pain second edition (revised): Part III: Pain Terms: A current list with definitions and notes on usage*. Geraadpleegd op 5-11-2019 van: <https://www.iaspain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673&navItemNumber=677>
- Landsman-Dijkstra, J.A., Wijck, R. van & Groothoff, J.W. (2006). The long-term lasting effectiveness on self-efficacy, attribution style, expression of emotions and quality of life of a body awareness program for chronic a-specific psychosomatic symptoms. *Patient Education and Counseling*, 60, 66-79.
- Lumley, M.A., Cohen, J.L., Borszcz, G.S., Cano, A., Radcliffe, A.M., Porter, L.S. & Keefe, F.J. (2011). Pain and emotion: A biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 942-968.
- Maas, L.C.C. van der (2015). *Psychomotor therapy in chronic pain rehabilitation enhancing body awareness in multidisciplinary treatment* (Academisch proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Maas, L.C.C. van der, Engelen, B., Huizing, H.G., Thijssen, I., Mars, D. & Miedema, J. (2014). Bewegen, voelen en handelen. *Psychomotorische therapie ter bevordering van het effectief functioneren in het dagelijks leven met chronische pijn*, 1-4. Geraadpleegd

Samenvatting

In dit onderzoek is het verschil in lichaamsbewustzijn tussen cliënten met chronische pijn en een populatie zonder chronische pijn gemeten.

Met de *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness*, de MAIA-1, is onderzocht wat het verschil is in lichaamsbewustzijn tussen een klinische groep, met chronische pijn (N=52), en een niet-klinische groep zonder langdurige pijn (N=127). Er blijkt een significant verschil op zeven van de acht subschalen van de MAIA-1 tussen deze twee groepen, waarbij de klinische groep significant lager scoort.

Actief luisteren naar het lichaam, aandacht verplaatsen naar een andere lichamelijke plek en bij angst rust vinden in het lichaam is moeilijker voor de klinische groep. De klinische groep laat zich sneller door pijn en ongemakken afleiden en maakt zich hier meer zorgen om. Ook is het bewustzijn van de verbinding tussen emoties en de lichamelijke gewaarwordingen lager. Opvallend is dat vooral het vertrouwen in het lichaam bij de klinische groep in vergelijking met de niet-klinische groep, zeer laag is. Het lichaam voelt als minder veilig en betrouwbaar.

In de klinische groep is met de *Brief Symptom Inventory* ook het psychisch welbevinden gemeten en er is nagegaan hoe dit samenhangt met het lichaamsbewustzijn. Er is sprake van een lage niet-significante correlatie, wat mogelijk reflecteert dat een lager niveau van lichaamsbewustzijn niet direct betekent dat men meer psychische klachten ervaart.

Gezien de verschillen in lichaamsbewustzijn tussen mensen met chronische pijn en zonder chronische pijn is het relevant om het lichaamsbewustzijn goed in kaart te brengen middels de MAIA en dit met de cliënt te bespreken. Psychomotorische therapie is een geschikte therapie om het lichaamsbewustzijn positief te beïnvloeden.

op 4 november 2019 van: <http://www.vaktherapie.nl/>

- Maas, L.C.C. van der, Köke, A., Pont, M., Bosscher, R.J., Twisk, J.W.R., Janssen, T.W.J. & Peters, M.L. (2015). Improving the multidisciplinary treatment of chronic pain by stimulating body awareness: A cluster-randomized trial. *The clinical journal of pain*, 31(7), 660-669.
- Malmgren-Olsson, E., Armelius, B. & Armelius, K. (2001). Comparative outcome study of body awareness therapy, feldenkrais, and conventional physiotherapy for patients with non specific musculoskeletal disorders: changes in psychological symptoms, pain, and self-image. *Physiotherapy theory and practice*, 17, 77-96.
- Mehling, W.E., Hame, K.A., Acree, M., Byl, N. & Hecht, F.M. (2005). Randomized, controlled trial of breath therapy for patients with chronic low-back pain. *Alternative therapies in health and medicine*, 11, 44-52.

- Mehling, W.E., Acree, M., Stewart, A., Silas, J. & Jones, A. (2018). Multidimensional assessment of interoceptive awareness, version 2 (MAIA-2). *PLoS One*, 13(12).
- Picavet, H.S.J. & Hoeymans, N. (2004). Health-related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Annals of rheumatic diseases*, 63, 723-729.
- Price, C.J. & Thompson E.A. (2007). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation. *Journal of alternative and complementary medicine*, 13, 945-954.
- Quartana, P.J., Yoon, K.L. & Burns, J.W. (2007). Anger suppression, ironic processes and pain. *Journal of behavioral medicine*, 30, 455-469.
- Romano, J.M., Jensen, M.P., Turner, J.A., Good, A.B. & Hops, H. (2000). Chronic pain patient partner interactions: Further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior therapy*, 31, 415-440.
- Werkgroep Pijn Nederland (2017). *Position paper*. Geraadpleegd op 26 april 2017 van: https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Vereniging/Werkgroepen/WPN/position_paper_chronische_pijn.pdf
- Wilgen, C.P. van & Keizer, D. (2004). Het sensitiseringsmodel: een methode om een patiënt uit te leggen wat chronisch pijn is. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 148(51), 2535-2538.

Over de auteurs

Hilda Huizing is werkzaam als psychomotorisch therapeut bij Tolbrug Specialistische Revalidatie in Den Bosch. Haar masterthesis over lichaamsbewustzijn en chronische pijn werd gekozen als beste scriptie van de Master Psychomotorische Therapie in het jaar 2017/2018.

E: hilda_huizing@hotmail.com

Mia Scheffers is werkzaam als associate lector bij het lectoraat Bewegen, gezondheid en welzijn van Hogeschool Windesheim, Zwolle.

E: wj.scheffers@windesheim.nl

advertentie

Congres Traumasporen

(The Body Keeps the Score)

Het herstel van lichaam, brein
en geest na overweldigende
ervaringen

Prof. dr. Bessel van der Kolk

11 juni 2020

ReeHorst / Ede

De afgelopen jaren is er veel nieuwe kennis opgedaan over de neurobiologische aspecten van trauma, de werking van het geheugen en de aard van herinneringen bij getraumatiseerde mensen. Tijdens het congres zal prof. dr. Bessel van der Kolk – baanbrekend onderzoeker en vooraanstaand traumadeskundige – uitleggen welke ingrijpende gevolgen trauma heeft op affectregulatie, cognitie, de ontwikkeling van het 'zelf' en onze interacties met anderen. Hij zal de klinische implicaties van deze bevindingen bespreken en verschillende therapeutische benaderingen uitwerken die hierop gebaseerd zijn.

Meer informatie en inschrijven:
uitgeverijmens.nl/congres