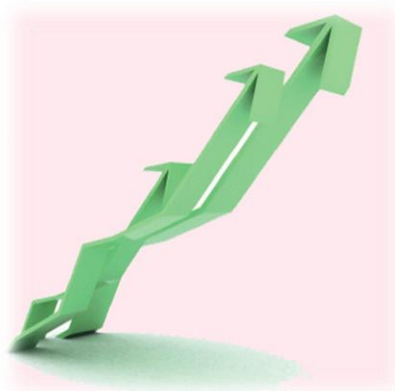


Anouk Middelink
Masterthesis Psychologie
Universiteit Twente.
Eerste begeleider:
Dr. K.M.G Schreurs
Tweede begeleider:
Dr. G.J. Westerhof

November 26

2010

**De effectiviteit van ACT en de ontwikkeling
van agency tijdens het behandelproces van
chronische pijn patiënten in het Roessingh
revalidatie centrum**



Woord vooraf

Deze masterthesis is geschreven ter afsluiting van de master Psychologie, richting Veiligheid en Gezondheid, aan de Universiteit van Twente. Graag wil ik mijn scriptie opdragen aan mijn broer Niels Middelink. Ook al is hij fysiek niet meer onder ons, hij zal voor mij altijd aanwezig blijven. Van hem krijg ik de kracht te doen wat ik echt belangrijk vind.

Middels dit voorwoord wil ik tevens de mensen bedanken die er mede voor hebben gezorgd dat ik mijn masterthesis heb kunnen afronden. Ik wil Karlein Schreurs bedanken voor de diverse begeleidingsafspraken en de feedback. Haar enthousiasme was aanstekelijk en haar prettige manier van begeleiden heeft mij goed geholpen tijdens het proces en het schrijven van mijn scriptie. Ook wil ik Gerben Westerhof bedanken voor zijn inzet en feedback. Tot slot wil ik iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan de fijne tijd die ik als student in Enschede heb mogen meemaken.

Enschede, november 2010

Anouk Middelink

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) appears to be effective in treating patients with chronic pain. Patients obtain more psychological flexibility and higher levels of agency. What means that patients gain control over their own lives and become less dependent on their pain, thoughts en emotions. However, little is known about the precise mechanism of ACT. It is also unclear which factors influence this positive development in patients. Can we speak of an effect due to specific factors only or are non-specific factors also important? The purpose of this study is to examine the effectiveness of ACT in the subgroup chronic pain patients in treatment at the Roessingh rehabilitation center, giving insight in the development of agency during the treatment process and describe the factors (specific and non specific) from the perception of the patient. A total of 8 patients where followed during the entire treatment. Weekly interviews were conducted to map the narrative of the therapy. Interviews were coded for agency to gain insight in the individual development of the patients. Data from the MPI, ACPT, PCS and PIPS are taken to underpin individual results. The mean result was that each patient develops differently. One patient show a gradually development, the other develops by trial and error. ACT appears to be overall effective in the subgroup of chronic pain patients who have undergone treatment in the Roessingh rehabilitation center. The level of agency improved significantly which means the lives of patients are less dedicated to the pain, patients are more in control over actions and patients are more in charge of their own lives. If we examine the factors that contribute to this positive development, we see that both specific and nonspecific factors are indicated by patients. However, more qualitative research is needed to broaden and generalize the results.

Samenvatting

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) blijkt een effectieve behandeling te zijn in het behandelen van chronische pijn patiënten. Bij het slagen van de behandeling behalen patiënten een hogere mate van psychologische flexibiliteit oftewel agency. Dit wil zeggen dat patiënten meer grip krijgen op hun leven en het leven meer in eigen hand krijgen. Weinig is echter bekend over het exacte werkingsmechanisme van ACT. Ook is onduidelijk of alleen ACT gerelateerde factoren bijdragen aan de ontwikkeling, of dat misschien ook andere niet-specifieke factoren van invloed zijn op de positieve ontwikkeling van patiënten. Het doel van deze studie is de effectiviteit bepalen van ACT bij de subgroep chronische pijn patiënten die een behandeling volgen in het Roessingh revalidatie centrum, het in kaart brengen van de ontwikkeling van agency tijdens het behandelproces en tot slot het beschrijven van de factoren (specifiek en niet-specifiek) die vanuit de beleving van de patiënt worden aangegeven. In totaal zijn 8 patiënten gedurende de gehele behandeling op het Roessingh gevolgd waarbij wekelijks interviews zijn afgenomen om het therapie verhaal in kaart te brengen. Interviews zijn vervolgens gecodeerd op agency waarna inzichtelijk werd hoe de individuele ontwikkeling voor iedere patiënt is verlopen. Gegevens uit de MPI, ACPT, PCS en PIPS zijn meegenomen om individuele resultaten te onderbouwen. Zichtbaar is geworden dat iedere patiënt zich anders ontwikkelt. De een ontwikkelt zich geleidelijk, de ander met vallen en opstaan. Over het geheel genomen blijkt ACT effectief te zijn bij de subgroep chronische pijn patiënten die een behandeling hebben gevolgd in het Roessingh. Het niveau van agency is significant omhoog gegaan wat betekent dat het leven van patiënten minder in het teken staat van de pijn, dat de controle over acties meer bij de patiënt is komen te liggen en dat de patiënt zijn eigen leven bepaalt en de regie over zijn eigen leven weer terug heeft. Gekeken naar de factoren die bijdragen aan deze positieve ontwikkeling, worden door patiënten zowel specifieke als non-specifieke factoren aangegeven. Meer kwalitatief onderzoek is gewenst om resultaten te verbreden en te generaliseren.

Inhoudsopgave

Introductie	7
Hoofdstuk 1	8
Theoretische achtergrond	8
1.1 Chronische pijn: feiten, prevalentie en definitie.	8
1.2 Chronische pijn patiënten, behandeling in het Roessingh	9
1.3 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	9
1.4 Effect van ACT en gerelateerd onderzoek	12
1.5 Specifieke en non-specifieke factoren.....	13
1.6 Het therapie verhaal en 'agency'	14
1.7 Aanleiding huidig onderzoek	17
1.8 Onderzoeksvragen	18
Hoofdstuk 2	19
Methoden	19
2.1 Procedure	19
2.2 Voor- en nametingen	19
2.4 Opzet van het onderzoek	21
2.5 De behandeling.....	21
2.6 Analyse methode interviews	24
2.7 Analyse methode vragenlijsten	28
Hoofdstuk 3	29
Resultaten	29
3.1 Participanten.....	29
3.2 Vragenlijsten.....	29
3.2 Ontwikkeling in beeld	32
3.2.1 Patiënt A	34
3.2.2 Patiënt B	36
3.2.3 Patiënt C.....	38

3.2.4 Patiënt D	40
3.2.5 Patiënt E	43
3.2.6 Patiënt F	45
3.2.7 Patiënt G.....	47
3.2.8 Patiënt H.....	49
3.3 Patronen in resultaten	50
3.4 Subjectieve analyse content	52
Hoofdstuk 4	54
Conclusie en discussie	54
4.1 Onderzoeksvragen	54
4.2 Methode.....	57
4.3 Nader onderzoek	60
4.4 Aanbevelingen t.a.v. de praktijk	62
Referenties.....	64
Bijlage 1 <i>Interview schema, 1^e interview</i>	68
Bijlage 2 <i>Interview schema, overige interviews</i>	70
Bijlage 3 <i>Interview schema, follow-up</i>	71
Bijlage 4 <i>Scoresysteem behandeling chronische pijn patiënten</i>	72
Bijlage 5 <i>Coderingsregels</i>	73

Introductie

Chronische pijn komt veel voor en heeft veel invloed op de kwaliteit van leven van patiënten. Patiënten worstelen vaak jaren om van hun pijn af te komen wat helaas niet altijd mogelijk blijkt te zijn. In het Roessingh revalidatiecentrum worden patiënten behandeld die zijn uitbehandeld in het medische circuit. Een nieuwe ontwikkeling binnen de behandeling van chronische pijn patiënten is Acceptance and Commitment Therapy, ook wel ACT genoemd. ACT richt zich op zaken die patiënten direct kunnen beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld het eigen gedrag. Dit in tegenstelling tot het willen krijgen van controle over gedachten en gevoelens die niet direct te beïnvloeden zijn, zoals de pijn en hiermee samenhangende emoties en gedachten.

Uit diverse onderzoeken blijkt ACT effectief te zijn. Men heeft alleen weinig inzicht in het exacte werkingsmechanisme van ACT. Daarbij kan ook de vraag gesteld worden: zorgen alleen de specifieke factoren uit de ACT behandeling voor een positieve ontwikkeling bij patiënten of zijn er ook nog andere factoren die bijdragen aan de effectiviteit van een ACT behandeling?

Binnen dit onderzoek zal de patiënt centraal staan en zal dieper in worden gegaan op de therapiebeleving van de patiënt. De ontwikkeling van individuele patiënten wordt in kaart gebracht alsmede factoren die vanuit het gezichtspunt van de patiënt bijdragen aan het ontwikkelingsproces.

Deze scriptie is opgebouwd uit 4 hoofdstukken. Hoofdstuk 1 geeft een overzicht van de belangrijkste achtergrond literatuur. In hoofdstuk 2 wordt de methode van het onderzoek beschreven. Hoofdstuk 3 staat in het kader van de resultaten en tot slot wordt in hoofdstuk 4 teruggekeken op het onderzoek, worden aanbevelingen voor nader onderzoek en aanbevelingen naar de praktijk gedaan.

Hoofdstuk 1

Theoretische achtergrond

1.1 Chronische pijn: feiten, prevalentie en definitie.

In Europa lijdt 19% van de bevolking aan chronische pijn (met een gemiddelde tot ernstige intensiteit). In Nederland ligt dat percentage op 18%. De gemiddelde leeftijd van chronisch pijn patiënten is in Nederland 51.3 jaar. Chronische pijn beïnvloedt de kwaliteit van het leven van patiënten drastisch (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006).

Volgens de DSM-IV wordt ook wel gesproken van een chronische somatoforme pijnstoornis. Een somatoforme pijnstoornis houdt in dat patiënten pijnklachten ervaren zonder dat er een medische verklaring aan ten grondslag ligt. Chronisch wil zeggen dat deze klachten al meer dan een half jaar aanhouden. De International Association of the Study of Pain (IASP) geeft de volgende definitie van pijn; “Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage” (van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2007; Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Voor het gemak zal de term chronische pijn aangehouden worden.

Pijnklachten kunnen zich in verschillende delen van het lichaam manifesteren; bijvoorbeeld in spieren, maag, buik, hoofd, ledematen en lage rug. De oorzaak van de pijnklachten is niet altijd duidelijk. Soms hebben de klachten een somatische oorsprong wanneer de patiënt bijvoorbeeld lang na een operatie nog altijd pijn ervaart (zonder dat er medisch nog iets te vinden is) of blijft pijn aanwezig nadat iemand bijvoorbeeld al behandeld is voor een hernia. Ook spelen psychosociale factoren een grote rol; te denken valt aan stress. Volgens het biopsychosociale model is de oorzaak van chronische pijn een complexe interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Patiënten met chronische pijn ervaren hoe dan ook daadwerkelijk pijn en zoeken hulp bij verschillende instanties om van de klachten af te komen. Vaak hebben patiënten een lange medische voorgeschiedenis maar valt er binnen het medische circuit geen of maar weinig verbetering te behalen (van der Molen et al., 2007; Vandereycken et al., 2008). Chronische pijn patiënten die geen baat meer hebben bij een biomedische behandeling en die beperkt zijn in hun functioneren, kunnen in het Roessingh revalidatiecentrum in Enschede terecht.

1.2 Chronische pijn patiënten, behandeling in het Roessingh

Jaarlijks worden er in het Roessingh revalidatiecentrum in Enschede zo'n 800 patiënten met chronische pijn behandeld. Het Roessingh heeft een speciale afdeling waar chronische pijn patiënten multidisciplinair worden behandeld. Hierin zijn de volgende disciplines opgenomen: revalidatiearts, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker en de bewegingsagoog. Het Roessingh streeft naar een zo effectief mogelijke behandeling voor chronische pijn patiënten. ACT (Acceptance and Commitment Therapy) is een vrij nieuwe behandelvorm binnen het Roessingh die de effectiviteit van de behandeling moet gaan vergroten. Vanaf 2005 is men begonnen om delen van deze therapie te integreren in het behandelproces van chronische pijn patiënten. Men wil uiteindelijk volledig overgaan op ACT.

1.3 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

ACT behoort tot de derde generatie gedragstherapieën en is aan het einde van de 20^{ste} eeuw ontwikkeld door Steven C. Hayes. Binnen ACT worden inzichten uit de cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie en mindfulness-based therapie geïntegreerd. Een verschil met de cognitieve gedragstherapieën is dat ACT zich niet zozeer richt op de inhoud van gedachten maar meer op de functie van de gedachten: kijken naar je gedachten, het zien van gedachten als gedachten (A-Tsjak & de Groot, 2008).

Een belangrijke onderliggende theorie van ACT is de relational frame theorie (RFT). Deze theorie stelt dat door taal veel onderliggende verbanden worden gemaakt. Van jongs af aan banen we ons een weg door ons bestaan met als hulpmiddel taal. Wij leren door taal en leren te begrijpen door relaties te leggen. Vaak leggen wij deze relaties echter onbewust. Als $A=B$ nemen wij vanzelfsprekend aan dat $B=A$. Met het leggen van verbanden worden ook gevoelens, gedachten en betekenissen overgenomen. Op deze manier wordt een groot netwerk gecreëerd waarin veel met elkaar in verband staat zonder daar overal bewust van te zijn. Een gevaar hiervan is dat taal soms ook te letterlijk wordt genomen. Men kan gedachten te letterlijk nemen en gedachten als de waarheid gaan beschouwen (ondanks dat bijvoorbeeld een link onbewust is gemaakt). Een voorbeeld voor chronische pijn patiënten; *chronische pijn patiënten worstelen dagelijks met hun pijn, hun leven staat volledig in het teken van die pijn. Omdat ze er zo op gericht zijn, leggen ze een verband tussen hun pijn en de gedachten aan pijn. Echter kan het op een gegeven moment ook zo zijn dat men alleen al bij de gedachten aan pijn, zelf pijn gaat ervaren. Of dat bij het zien van iemand anders die pijn heeft, men zelf ook weer pijn ervaart. Patiënten hebben een netwerk gecreëerd waardoor niet alleen de eigen sensorische pijnprikkel tot pijn zal leiden, maar tevens ook andere niet specifiek gerelateerde factoren zoals gedachten en percepties van anderen*

(McCracken, 2005). Een ander aspect van deze netwerken is dat ze inhoudelijk niet meer kunnen veranderen, ze kunnen alleen uitgebreid worden. ACT speelt hierop in door niet zozeer de inhoud aan te pakken maar het systeem (het denken) zelf.

RFT is gebaseerd op een functionele contextuele wetenschapsfilosofie. ACT is tevens een praktische uitwerking van deze filosofie. Gedrag vindt altijd plaats binnen een bepaalde context. Om gedrag te veranderen moet in worden gegrepen op de context van dit gedrag. Onder context wordt verstaan de leergeschiedenis, je verleden, je gedachten en de huidige situatie; hoe je dus op dat moment als mens bent en in welke situatie je je begeeft. In ACT gaat het daarbij niet om de vorm van het gedrag, maar om de functie. Waar dient het gedrag toe, wat is het doel van het gedrag? Om de functie van het gedrag te veranderen, moet de context gemanipuleerd worden. Ingespeeld moet dus worden op het feit dat je denkt, wat je met gedachten doet, hoe je wilt leven en dat je daar een bewuste keuze in hebt. Het eigen gedrag moet beïnvloed worden i.p.v. zaken die niet te beïnvloeden zijn zoals gedachten en gevoelens. Want ondanks dat je bepaalde gedachten en gevoelens hebt, kun je er voor kiezen hier wel of niet naar te handelen. (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2006; A-Tsjak & de Groot, 2008; McCracken, 2005).

Een belangrijke aanname van ACT is dat lijden bij het leven hoort en dat dit niet te vermijden is. Tegenwoordig streeft iedereen naar geluk en willen we alsmaar meer. Juist dit streven en de strijd om het lijden te verminderen gaat volgens ACT ten koste van een waardevol leven. Binnen ACT leren patiënten een waardevol leven te leiden met pijn en negatieve emoties. De 6 kernprocessen die binnen de ACT behandeling een rol spelen zijn (Hayes et al., 2006; A-Tsjak & de Groot, 2008; McCracken, 2005):

- Experiëntiele vermijding versus Acceptatie.

Mensen doen er alles aan om negatieve gevoelens en gedachten niet te hoeven ervaren, ze willen hun eigen negatieve pijnlijke wereld ontvluchten. Dit heet Experiëntiele vermijding. Wanneer je je leven leidt met al je gedachten en gevoelens (positief EN negatief) zonder ze te willen wegdrukken, dan spreken we van acceptatie.

- Cognitieve fusie versus cognitieve defusie.

Het samensmelten met je gedachten, het zien van gedachten als de waarheid wordt cognitieve fusie genoemd. Wanneer je je wat meer los kunt maken van je eigen gedachten en deze puur en alleen als gedachten kunt zien, dan wordt gesproken van cognitieve defusie.

- Zelf als inhoud – zelf als context

Wanneer mensen hun zelfbeeld refereren aan gedachten en gevoelens, is het moeilijk de wereld objectief te bekijken. Doe je een stapje terug, en zie je jezelf als een constante waarin alles gebeurt, vanwaar je naar de wereld kijkt, een zelf die meer is dan alleen gedachten en gevoelens, dan spreek je van zelf als context.

- Weinig contact met het nu – contact met het nu

Wanneer we continu bezig zijn met de toekomst, het plannen, wanneer we malen en nadenken over wat nog moet e.d. hebben we weinig contact met het nu. Wanneer je echter bewust ervaart wat er op het huidige moment speelt, de omgeving, de sensaties in je lichaam, je huidige gevoelens en gedachten, dan spreken we van een goed contact met het nu.

- Zwakke waarden – waarden

Iemand met zwakke waarden heeft geen richting waarin geleefd wordt en weet niet precies waar hij / zij voor staat en wat belangrijk is in het leven. Wanneer je sterke waarden hebt, bepaalt dat de richting die je opgaat in je leven. De zaken die er voor jou echt toe doen. Bijvoorbeeld een liefdevolle partner zijn, een goede vriendin zijn, mensen willen helpen e.d. Waarden kunnen op verschillende levensgebieden geformuleerd worden. Denk aan, gezondheid, relaties, vriendschappen, werk, ontwikkeling etc.

- Gebrek aan commitment – commitment

Een persoon die geen actie onderneemt om naar zijn waarden te leven heeft een gebrek aan commitment. Wanneer je duidelijke doelen formuleert en stappen zet in de richting van de waarden heb je een duidelijke commitment.

In de ACT behandeling komen alle 6 kernprocessen aan bod en deze kunnen niet los van elkaar gezien worden. De begrippen aan de linker zijde; experiëntiele vermijding, cognitieve fusie, zelf als inhoud, slecht contact met het nu, zwakke waarden en gebrek aan commitment, staan voor psychologische inflexibiliteit. Wanneer patiënten alle processen aangeleerd krijgen en zelf kunnen toepassen in hun leven dan spreken we over psychologische flexibiliteit. Onder psychologische flexibiliteit valt: acceptatie, cognitieve defusie, zelf als context, contact met het nu, waarden en commitment. Psychologische flexibiliteit is: "het vermogen om meer in contact te staan met het huidige moment als een bewust menselijk wezen en om gedrag te veranderen en erin te volharden als dat waardevolle doelen dient" (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson, 2004).

Voor chronische pijn patiënten is ACT een krachtige therapievorm omdat patiënten vaak te veel bezig zijn met het proberen te vermijden van pijn en de daarbij behorende emoties. Met ACT wordt ernaar gestreefd dat patiënten hun leven weer in eigen handen krijgen en dat ze dus een optimaal niveau van psychologische flexibiliteit bereiken. Een verwant begrip van psychologische flexibiliteit is: 'agency'. Zie paragraaf 1.6 voor een nadere omschrijving.

1.4 Effect van ACT en gerelateerd onderzoek

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat ACT een effectieve behandelvorm is voor chronische pijn patiënten (Vowles & McCracken, 2008; Wicksell, Ahlqvist, Bring, Melin & Olsson, 2008; Dahl, Wilson & Nilsson, 2004; Johnston, Foster, Shennan, Starkey & Johnson, 2010; Lunde & Nordhus, 2009; Vowles, Wetherell & Sorell, 2009). McCracken en Velleman (2009) toonde aan dat door het vergroten van de psychologische flexibiliteit, de impact van chronisch pijn op het leven van patiënten kleiner wordt. Deze positieve resultaten lijken vooral het resultaat te zijn van de kernprocessen 'acceptatie' en 'waarden gerichte actie' (Vowles & McCracken, 2008; McCracken & Vowles, 2008; Branstetter-Rost). Diverse studies laten tevens positieve resultaten zien wanneer enkel aan het kernproces 'acceptatie' wordt gewerkt. Wanneer patiënten bereid zijn pijn te hebben, en deelnemen aan activiteiten ondanks en met de pijn, leidt dit tot een gezonder functioneren (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004a; McCracken & Eccleston, 2005; Viane et al., 2003). McCracken en Zhao-O'Brien (2010) gaan wat dieper in op het aspect 'acceptatie' en tonen aan dat wanneer chronisch pijn patiënten bereid zijn onplezierige psychologische ervaringen te hebben zonder deze te willen controleren, ze minder zullen lijden en beter zullen functioneren. Zij stellen dat acceptatie in bredere zin van belang is en niet alleen de acceptatie van de pijn.

Een ander kernproces wat veel aandacht krijgt in de literatuur is: 'contact met het nu' beter bekend als 'mindfulness'. Mindfulness is een vorm van meditatie en kent zijn oorsprong in het Boeddhisme. Het bestaat uit twee belangrijke componenten: de eerste is het bewustzijn van gedachten zoals ze er zijn, en de tweede is het openstaan voor het huidige moment; het accepteren wat er zich op dat moment aandient zonder het vellen van oordelen of evaluaties. Wanneer chronische pijn patiënten een hogere mate van mindfulness bereiken, gaat dit gepaard met een hoger niveau van functioneren (McCracken, Gauntlett-Gilbert & Vowles, 2007).

Ondanks de bevindingen dat ACT een effectieve behandelvorm is voor chronische pijn patiënten, komt in een meta-analyse naar voren dat er nog niet voldoende bewijs is dat ACT effectiever is dan andere bestaande behandelingen (Powers, Vording & Emmelkamp, 2009).

Ditzelfde resultaat wordt vermeld in de studie van Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis (2005). In het onderzoek komt naar voren dat ACT werkt door de kernprocessen, maar dat nog niet voldoende bewijs is dat ACT effectiever is dan bestaande therapieën. Ook Pull (2008) geeft hetzelfde resultaat aan in zijn review over de huidige empirische status van Acceptance and Commitment Therapy.

Uit bovenstaande gegevens blijkt dus dat ACT een effectieve behandelvorm is; met name door de kernprocessen 'acceptatie', al dan niet in combinatie met 'waardengerichte actie', maar dat meer onderzoek op dit gebied gewenst is. Ondanks dat vele studies ingaan op de vraag of ACT effectief is en welke kernprocessen hier met name aan ten grondslag liggen, wordt weinig ingegaan op het proces zelf. Waarom werkt het? Wat werkt precies? Hoe werkt het? Er wordt niet ingegaan op onderliggende werkingsmechanismen. Waarom heeft het effect, spelen alleen ACT processen een rol of zijn er andere factoren die ten grondslag kunnen liggen aan het behalen van het gewenste resultaat?

1.5 Specifieke en non-specifieke factoren

Tegenwoordig is het in de klinische praktijk lastig om een onderscheid te maken tussen specifieke en non-specifieke factoren. In hoeverre draagt de methode; ACT in dit geval, bij aan het verkrijgen van het gewenste resultaat: een optimaal niveau van 'psychologische flexibiliteit'? Zijn er misschien ook factoren buiten de therapeutische methode die hier een bijdrage aan hebben geleverd? Verschillende onderzoeken door de jaren heen tonen aan dat men niet alleen naar de specifieke factoren moet kijken maar dat non-specifieke factoren ook van belang zijn in het behandelresultaat (Butler & Strupp, 1986; Kazdin, 1979; Lambert & Barley, 2002; Wampold, 2001). Geschat wordt dat 15% vanuit therapeutische technieken, 40% door factoren buiten de therapie (leefsituatie, werk, relatie etc.) en 30% vanwege persoonlijke kwaliteiten van de therapeut en de therapeutische relatie bijdragen aan het behandelresultaat (Vreeswijk & Schurink, 2009). Jørgensen (2004) probeert in zijn onderzoek de actieve ingrediënten naar voren te halen binnen de psychotherapie. Hij beschrijft in zijn onderzoek dat het überhaupt volgen van een therapie voor de cliënt een goede manier is om ervaringen te ordenen en te begrijpen. Therapie biedt de patiënt hulp bij het samenstellen van een betekenisvol verhaal ofwel 'narratieve' over het zelf, het verleden, het heden, de toekomst en de problemen. Concluderend stelt hij dat er niet één behandeling of psychotherapie is met DE actieve ingrediënten (dus die factoren die verandering teweegbrengen). Ook stelt hij dat er geen superieure techniek is die voor alle vormen van psychopathologie gebruikt kan worden. Jørgensen (2004) stelt dat de therapeutisch gegenereerde narratieven over de patiënt en de problemen belangrijker voor de patiënt zijn dan de historische of objectieve waarheid. Daarbij geeft hij tevens aan dat het vooralsnog

onduidelijk is in welke mate theorieën en therapieën bijdragen aan de mechanismen die zorgen voor gedragsverandering.

In de meta-analyse van Drisko (2004) wordt ook ingegaan op het feit dat er maar weinig verschil zit tussen de verschillende type psychotherapieën (wat ook naar voren komt in effectonderzoek naar ACT. ACT blijkt tot op heden niet effectiever te zijn dan andere behandelingen). Omdat er meer overeenkomsten dan verschillen worden gevonden tussen verschillende therapieën, lijken de 'actieve ingrediënten' belangrijke factoren te zijn die niet refereren aan de specifieke behandeltechnieken. Er is dus al veel onderzoek gedaan naar factoren buiten de specifieke behandeltechnieken. We spreken in dit geval ook over 'common factors'. De meest algemene conclusie is dat common factors die gedeeld worden in alle psychotherapieën de belangrijkste actieve ingrediënten zijn van psychotherapie. Common factors zijn: de cliënt, de context van de cliënt, de therapeutische relatie en de verwachting. Hier wat verder op ingaand spelen de volgende aspecten een rol:

- Factoren die aanwezig zijn zodat patiënten überhaupt in therapie gaan en blijven (o.a. de bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelcentra)
- Support van familie en bekenden
- Intelligentie van de patiënt
- Motivatie om te veranderen
- Vertrouwen en veerkracht
- Klaar zijn om te veranderen
- De therapeut
- De therapeutische relatie
- Verwachtingen
- Hoop

Drisko (2004) stelt dat om een meer compleet en gevalideerde basis te krijgen voor het ontwikkelen van effectieve interventies, men meer onderzoek moet doen naar hoe en waarom therapie werkt. Ook stelt hij dat het belangrijk is te weten waarom therapie werkt buiten het feit te weten dat het werkt. Zo'n volledig begrip van psychotherapieën ontbreekt op dit moment echter nog.

1.6 Het therapie verhaal en 'agency'

Een manier om inzicht te verkrijgen in de werkzaamheid van therapieën is het nagaan van de verhalen/ervaringen die patiënten construeren tijdens en / of na afloop van een therapie. Patiënten construeren een verhaal dat de ervaringen van de therapie beschrijft. Het vertellen van een verhaal draagt bij aan het begrip; hoe werkt de therapie en waarom werkt het (Adler,

Skalina & McAdams, 2008). Patiënten maken allen een eigen verhaal over de gevolgde therapie om deze ervaring betekenis te geven. Voor patiënten is het zinvol om de manier in kaart te brengen hoe ze hebben geleden en (hopelijk) hoe ze hun distress/persoonlijke problemen hebben overwonnen. Patiënten leren van hetgeen verkeerd is gegaan in hun leven en hoe ze in de toekomst beter om kunnen gaan met uitdagingen. De retrospectieve reconstructie van een goed therapie verhaal draagt tevens bij aan het vormen van een narratieve identiteit (Adler, Skalina & McAdams, 2008) en kan als grondslag dienen om het behaalde succes van een behandeling te behouden wanneer de therapie afgerond is (Adler & McAdams, 2007a; Adler, Skaline & McAdams, 2008).

Uit het therapieverhaal kan tevens afgeleid worden wat de psychologische gezondheid is van patiënten (Adler & McAdams, 2007a). Adler en McAdams (2007a) onderscheiden twee dimensies van psychologische gezondheid: 'ego ontwikkeling' en 'psychologisch welzijn'. Ego ontwikkeling wordt gedefinieerd als: de mate van complexiteit die een individu gebruikt om betekenis te geven aan zijn of haar ervaringen. In het onderzoek werd gekeken in welke mate patiënten onderling verschillen in het verhalenderwijs representeren van hun therapie-ervaring. Verschillende thema's kwamen naar voren waardoor een onderscheid gemaakt kon worden in de mate van psychologische gezondheid; gekeken naar de dimensies ego ontwikkeling en psychologisch welzijn. Binnen de therapieverhalen van mensen die hoog scoorde op ego-ontwikkeling en tevens hoog op psychologisch welzijn, kon het thema 'agency' onderscheiden worden. Binnen deze verhalen werd steeds gezien dat de grip die mensen hadden op hun eigen leven langzaam maar zeker omhoog ging en dat ze hun leven steeds meer in eigen hand kregen (Adler & McAdams, 2007a). De oorspronkelijke definitie van 'agency' kan terug worden gevonden in eerder onderzoek van McAdams (1992) en luidt; het bestaan van een organisme als een individu. Thema's die hij hierbij plaatste zijn:

- 1) Self-mastery: de verhaalverteller streeft naar het vergroten, controleren en het perfectioneren van het zelf om een groter, wijzer en een krachtigere persoon te worden in de wereld. Self-mastery wordt veelal bereikt door inzicht en controle.
- 2) Status/victory: de verhaalverteller streeft naar een hoge status of prestatie.
- 3) Achievement / responsibility: de persoon heeft succes in het behalen van belangrijke taken of doelen.
- 4) Empowerment: de persoon wordt groter, beter en krachtiger door zijn of haar associatie met iemand of iets dat groter en krachtiger is dan het zelf (god, de natuur, een kracht in het universum of een belangrijke invloedrijke andere persoon).

Adler en McAdams (2007b) hebben vervolgens hun onderzoek uitgebreid en hebben gekeken naar wat verhalen van patiënten in verschillende mate van gezondheid

karacteriseert. Zo kwamen ze met een aantal aspecten die steeds terugkwamen bij mensen die onder eenzelfde categorie vielen gericht op ego-ontwikkeling en welzijn. Adler et al., (2008) hebben tot slot de kwalitatieve bevindingen uit voorgaande onderzoeken gekwantificeerd. Hieruit is een coderingssysteem ontwikkeld voor 'agency' om het thema binnen therapieverhalen te operationaliseren (zie onderstaande tabel).

Tabel 1: scores van 'agency' vertaald uit Adler et al. (2008).

Scores	Niveau van 'agency'
0	Patiënt is machteloos, afhankelijk van de omstandigheden. De motivatie voor elke actie ligt bij externe krachten of het verhaal wordt niet verteld vanuit de eerste persoon.
1	Patiënt is grotendeels afhankelijk van alle omstandigheden, controle over het leven grotendeels in handen van externe krachten.
2	Patiënt heeft een evenwicht gevonden tussen zelf de controle hebben en externe krachten die de regie hebben. Patiënt heeft niet helemaal de controle maar is ook niet helemaal overgeleverd aan de omstandigheden.
3	Patiënt is flexibel, in staat zijn eigen leven te bepalen, zelf acties te ondernemen en heeft enige controle over zijn ervaringen. Dit kan al dan niet samen gaan met enige worsteling om deze staat van 'agency' te bereiken.
4	Patiënt heeft geworsteld met ervaringen die de flexibiliteit bedreigde, maar heeft de eigen kracht terug gevonden (meestal door inzicht, het krijgen van controle over de situatie of verhoogde kracht). Optimaal niveau van flexibiliteit, leven in eigen hand hebben.

Als we nader ingaan op het begrip 'agency' en kijken naar het optimale niveau (score 4) van agency, zien we een zeer grote gelijkenis met het begrip 'psychologische flexibiliteit' zoals besproken is in paragraaf 1.3. Het gaat in beide gevallen om een optimaal niveau van flexibiliteit, dat de persoon op eigen kracht het leven leidt wat hij/zij zelf wilt. Om de psychologische flexibiliteit van patiënten in kaart te brengen, zal daarom uit worden gegaan van het te scoren begrip 'agency' volgens Adler et al. (2008). De oorspronkelijke definitie van McAdams (2001) wijkt in die zin af dat hij een aantal thema's onderscheidt die eerder een gevolg lijken te zijn van het bereiken van een optimaal niveau van agency dan het proces zelf. Het thema 'status / victory' 'het streven naar een hoge status of prestatie' hoeft namelijk niet voor iedereen een voorwaarde te zijn voor het behalen van een hoog niveau van agency. Wanneer het streven naar een hoge status of prestatie voor een individu echter zeer belangrijk is, kan een optimaal niveau van agency hier wel toe leiden.

Hetzelfde geldt eigenlijk voor het thema 'achievement / responsibility'. Beide thema's lijken uitkomstmaten te zijn terwijl het bij agency vooral gaat om het proces. Een individu kan niet altijd succesvol zijn in het behalen van belangrijke taken of doelen. Juist het bijstellen van je doelen draagt op zo'n moment bij aan je flexibiliteit en dus aan een hoog niveau van 'agency'. Het thema 'empowerment' gaat meer om het geloof of de invloed van andere op het individu. Dit hoeft ook niet direct een voorwaarde te zijn voor een hoog niveau van agency maar kan voor bepaalde individuen wel een bijdrage leveren. Het thema 'self-mastery' komt tot slot het meest overeen met de beschrijving van 'agency' zoals die door Adler et al. (2008) is gegeven. Binnen deze scriptie gaat het met name om de psychologische flexibiliteit als proces, en er zal daarom uit worden gegaan van de definitie van agency volgens Adler et al. (2008). Aangezien het thema 'agency' in kaart zal worden gebracht bij een specifieke therapie en doelgroep; ACT bij chronische pijn patiënten, is het scoresysteem van Adler et al. (2008) hierop aangepast (zie paragraaf 2.6).

1.7 Aanleiding huidig onderzoek

Concluderend blijkt uit diverse onderzoeken dat ACT een effectieve behandelvorm is. Er is echter weinig inzicht in de exacte werkingsmechanismen van ACT en de factoren die bijdragen aan de ontwikkeling van een optimaal niveau van 'psychologische flexibiliteit' oftewel een hoog niveau van 'agency'. Men weet dus wel dat ACT effectief is, maar wat zorgt er precies voor dat de behandeling aanslaat? Hoe wordt de ontwikkeling ervaren vanuit patiëntperspectief? Zijn puur en alleen specifieke factoren uit de ACT behandeling effectief, of kunnen ook andere non-specifieke factoren / common factors van invloed zijn op het al dan niet slagen van de behandeling? Inzicht in deze factoren middels het analyseren van therapieverhalen helpt bij het begrip, het verder implementeren van ACT, het ontwikkelen van effectieve interventies en dus het verbeteren van de behandeling.

1.8 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvraag luidt als volgt,

Is ACT effectief bij de subgroep chronische pijn patiënten die een behandeling volgen in het Roessingh revalidatie centrum?

Deelvragen

Hoe verloopt de ontwikkeling van agency tijdens het behandelproces?

Welke individuele verschillen zijn te onderscheiden binnen het ontwikkelingsproces?

Welke ACT processen en non-specifieke factoren spelen een rol binnen deze ontwikkeling; gekeken vanuit de beleving van de patiënt?

Hoofdstuk 2

Methoden

2.1 Procedure

Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van 'agency' is kwalitatief onderzoek verricht bij 8 chronische pijn patiënten die een ACT behandeling hebben gevolgd in het Roessingh revalidatie centrum. Om de ontwikkeling alsmede alle factoren in kaart te kunnen brengen is gekozen om patiënten wekelijks te interviewen met één follow-up interview na afloop van de behandeling. Gekozen is voor een open interview om de patiënt zelf het verhaal te laten vertellen en de patiënt zo min mogelijk te beïnvloeden. Tijdens het interview werd een algemene hoofdvraag gesteld met daarnaast een aantal doorvraagmogelijkheden. De duur per interview betrof max. 30 minuten om patiënten niet te overvragen. De interview schema's zijn in samenwerking met collega Y. Paplowski opgesteld. Voorafgaande aan de interviews is met de schema's uitvoerig geoefend en zijn de schema's bijgesteld en aangepast. Het interview schema voor de eerste week is te vinden in bijlage 1, het interview schema voor de overige weken in bijlage 2 en het interview schema voor het follow-up interview is te vinden in bijlage 3. De afname van de interviews bij de 8 chronische pijn patiënten is verdeeld onder de twee onderzoekers: A. Middelink heeft de gegevens voor patiënten D, F, G en H verzameld, Y. Paplowski de gegevens voor patiënten A, B, C en E.

2.2 Voor- en nametingen

Ter ondersteuning van de kwalitatieve gegevens zijn ook kwantitatieve gegevens meegenomen in het onderzoek. Gegevens uit onderstaande vragenlijsten dienen als extra informatie om een beeld te krijgen van de mate waarin patiënten gegroeid zijn. Patiënten hebben voorafgaande en na afloop van de behandeling een aantal vragenlijsten in moeten vullen. De vragenlijsten die in dit onderzoek zijn meegenomen zijn:

- De SCL-90. De Symptom Checklist (SCL-90) is tijdens de intake afgenomen en is een instrument die lichamelijke en psychische klachten meet om psychopathologie in kaart te brengen. De SCL-90 is een betrouwbaar en valide meetinstrument (NIP, 2010).
- De MPI-DLV. De 'multi-dimensional pain inventory, dutch language version (MPI-DLV)' is tijdens de intake, bij de start van de behandeling, aan het einde van de behandeling en bij de follow-up afgenomen. De MPI meet o.a. de pijn intensiteit en de invloed die pijn heeft op het dagelijkse leven van patiënten. De MPI-DLV is een

betrouwbaar en valide meetinstrument (Lousberg, Van Breukelen, Groenman, Schmidt, Arntz & Winter, 1999).

- De PCS-DV. De 'pain catastrophizing scale-dutch version (PCS-DV) is bij de start van de behandeling en aan het einde van de behandeling afgenomen. De PCS-DV brengt catastroferende gedachten en samenhangend gedrag in relatie tot pijn in kaart. De PCS-DV is een betrouwbaar en valide meetinstrument (Van Damme, Crombez, Vlaeyen, Goubert, Van den Broeck & Van Houdenhove, 2000).
- De ACPT. De 'acceptance of chronic pain test (ACPT) oftewel de 'chronic pain acceptance questionnaire (CPAQ) is bij de start van de behandeling en aan het einde van de behandeling afgenomen. De ACPT meet de aanvaarding/acceptatie van chronische pijn. Aangezien alleen de subschalen 'activity engagement' en 'pain willingness' een hoge mate van betrouwbaarheid en validiteit laten zien, zullen de overige subschalen binnen deze scriptie buiten beschouwing worden gelaten (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004b).
- De PIPS. De 'psychological inflexibility in pain scale (PIPS)' is tot slot ook bij de start van de behandeling en aan het einde van de behandeling afgenomen. De PIPS meet factoren die samenhangen met psychologische inflexibiliteit (met name lijken vermijding en cognitieve fusie gemeten te worden). De PIPS is een valide en betrouwbaar meetinstrument (Wicksell, Renöfält, Olsson, Band & Melin, 2008). De Nederlandstalige PIPS is nog niet gevalideerd.

2.4 Opzet van het onderzoek

In onderstaande tabel is een overzicht te vinden van de dataverzameling tijdens de onderzoeksperiode:

Tabel 2: overzicht dataverzameling

Periode	Dataverzameling
0-6 maanden voor de behandeling	Intake: SCL-90, MPI
Week 1 van de behandeling	Startmeting: MPI, ODI, PCS, ACPT & PIPS
Week 2 van de behandeling	1 ^e Interview
Week 3 van de behandeling	2 ^e Interview
Week 4 van de behandeling	3 ^e Interview
Week 5 van de behandeling	4 ^e Interview
Week 6 van de behandeling	5 ^e Interview
Week 7 van de behandeling	6 ^e Interview
Week 8 van de behandeling	7 ^e Interview
	Nameting: MPI, ODI, PCS, ACPT & PIPS
Min. 1 maand na de behandeling	Follow-up interview over de gehele behandeling (telefonisch).
3 maanden na de behandeling	Follow-up MPI

De algemene intakes voor het Roessingh zijn afgenomen in de periode: juni t/m december 2009. De startmeting vond plaats in januari 2010 en in de eerste week van februari 2010 zijn de patiënten gestart met de behandeling. Data afkomstig van de vragenlijsten kon van het Roessingh overgenomen worden zodat patiënten niet dubbel belast hoefden te worden. Aangezien de eerste behandelweek veel van patiënten vraagt, is in week twee gestart met het afnemen van de interviews. Wel vond een kennismaking plaats in de eerste behandelweek en zijn in samenspraak met de patiënten in die week de interviewdata vastgesteld. Dagen waarop de interviews zijn afgenomen varieerde per patiënt van de woensdag t/m de vrijdag. De interviews vonden plaats in beschikbare ruimtes op het Roessingh. Alle interviews zijn opgenomen met een voicerecorder nadat hiervoor toestemming is verkregen van de patiënten. Na minimaal een maand (variërend van 4 tot 7 weken), zijn de follow-up interviews telefonisch afgenomen. Middels e-mail contact is hiervoor een afspraak gepland. Telefonische follow-up interviews zijn met toestemming van de patiënten middels het programma 'skype recorder' opgenomen.

2.5 De behandeling

Het onderzoek is uitgevoerd bij 8 chronische pijn patiënten die een semiklinische ACT behandeling hebben gevolgd in het Roessingh revalidatie centrum in Enschede. Het gaat hierbij om groepsbehandelingen waarbij elke groep 6 patiënten telde. De 8 patiënten zijn

afkomstig uit twee behandelgroepen die parallel aan elkaar de behandeling hebben gevolgd. De totale behandelduur is 8 weken waarin de patiënten elke week drie dagen klinisch zijn opgenomen (woensdagmiddag, donderdag en vrijdag). De overige dagen zijn de patiënten thuis. Onderstaande tabel geeft per weeknummer de psychologische behandeling weer.

Tabel 3: semiklinische ACT behandeling in het Roessingh, psychologische behandeling

Week	Behandelde ACT processen	Inhoud
1	• Willingness/bereidheid • Creatieve hopeloosheid • Waarden	- Achtergronden van chronische pijn (educatie). - Introductie waarden/doelen (denken en doen). - Inventarisatie pijn copingstrategieën en effect (acceptatie). - Wat heb je? Wat betekent het voor jou? (communicatie).
2	• Cognitieve defusie • Waarden	- Activiteiten en chronische pijn (educatie). - Introductie 5 G's (denken en doen). - Vragenlijst 'waarden' bespreken (acceptatie). - Observeren/interpreteren (communicatie).
3	• Cognitieve defusie • Waarden • Mindfulness • Waarden gerichte actie	- Spanning en ontspanning (educatie). - De 5 G's bij pijn coping: cirkels van onder- en overbelasting (denken en doen). - Adem oefeningen, introduceren, kompas bespreken, 1 waardedomein kiezen, doelen vaststellen, barrières bespreken (acceptatie). - Ik-boodschap (communicatie).
4	• Mindfulness • Reflectie en acties	- Evaluatie behandelproces, adem oefeningen en tekst 'adem is een brug' (educatie). - Meeloop-dag, onderlinge communicatie (denken en doen). - Proces van integratie van levensopgaven (acceptatie). - Hulp vragen (communicatie).
5	• Cognitieve defusie • Waarden en actie • Mindfulness • Bereidheid	- Voortgang (educatie). - Automatische van taal, deliteralisatie (denken en doen). - Aanvaarding en nu leven (acceptatie). - Sociale vaardigheidstraining (communicatie).
6	• Cognitieve defusie • Waarden en actie • Mindfulness • Willingness/bereidheid • Zelf als context	- Reflectie en acties (educatie). - Kijken naar gedachten, redenen zijn geen oorzaken, kaartjes oefening (denken en doen). - Zelf als inhoud, observerende zelf, oefening waarnemer deel 1 (acceptatie).

		- Sociale vaardigheidstraining (communicatie).
7	• Cognitieve defusie • Waarden en actie • Mindfulness • Willingness / bereidheid • Zelf als context	- Reflectie en acties (educatie). - Busoefening (denken en doen). - Oefening waarnemer deel 2, rozijnen oefening (acceptatie). - Sociale vaardigheidstraining (communicatie).
8	• Cognitieve defusie • Waarden en actie • Mindfulness • Willingness / bereidheid	- Commitments, doelen, waarden (educatie). - Herkennen van passagiers in de bus, fysiciseren van emoties (denken en doen). - Integratie en evaluatie (acceptatie). - Sociale vaardigheidstraining (communicatie).

In de tabel is te zien welke ACT processen wekelijks aan bod komen alsmede de inhoud van de therapie. Te onderscheiden: onderdelen gericht op educatie, denken en doen, acceptatie en communicatie. Patiënten ontvangen wekelijks naast de psychologische groepsbehandelingen, individuele maatschappelijk werk behandelingen, ergotherapie, fysiotherapie, zwemmen en sport. Alle disciplines werken volgens de ACT methode.

2.6 Analyse methode interviews

De opgenomen interviews zijn allen letterlijk uitgeschreven zodat de inhoud van hetgeen gezegd werd vastgelegd kon worden. Korte aanmoedigingen van de interviewer ('hm hm' en 'oké' etc.) zijn vermeld maar het betreft geen uitvoerig transcript. De interviews zijn hierna opgedeeld naar onderwerp. Hierdoor bestond elk interview uit diverse passages. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld begon te vertellen over een andere therapie, werd dit als nieuw onderwerp gezien. Ook wanneer de patiënt overging van leerpunten op het Roessingh, naar de situatie thuis werd dit als nieuw onderwerp beschouwd. Om de psychologische flexibiliteit in kaart te brengen, is een 'agency' score toegekend volgens het scoringssysteem van Adler et al. (2008). Om het scoringssysteem toepasbaar te maken voor dit onderzoek, is het schema (paragraaf 1.6) vertaald naar de behandeling van chronische pijn patiënten. Om de betrouwbaarheid van het aangepaste scoringssysteem voor chronische pijn patiënten te bepalen, hebben 4 onderzoekers; A Middelink, Y, Paplowski, K Schreurs & G Westerhof, onafhankelijk van elkaar 4 interviews gecodeerd die varieerde in behandelweek en patiënt. Tijdens een groepsbijeenkomst zijn overeenkomsten en verschillen besproken waarna het scoresysteem aangepast en verfijnd is (bijlage 4) en algemene coderingsregels opgesteld zijn (bijlage 5). In het scoresysteem (bijlage 4) is te zien dat elke score opgedeeld is in drie facetten. Tijdens het scoren van de passages is zoveel mogelijk rekening gehouden met alle drie de facetten:

- 1) *Pijn*: in welke mate bepaalt pijn het leven van de patiënt.
- 2) *Controle*: ligt de controle voor activiteiten intern of extern.
- 3) *Toepassing*: in welke mate past de patiënt het geleerde toe.

Vaak echter springt een onderdeel eruit in een passage en is het niet mogelijk met alle drie de onderdelen rekening te houden. In dat geval wordt op het onderdeel gescoord wat het duidelijkst naar voren komt. In onderstaande blokken is een voorbeeld te vinden voor elke agency score. Een korte toelichting volgt na afloop.

Score 0

Nou. Ik had dus vorige week niet zo'n prettige week. Hm hm. Ik had ook echt een terugval, een duidelijke terugval. En dat kwam mede doordat ik eh hevige steken, messteken onderin mijn rug kreeg. Ja niet letterlijk dan ja.., maar zo voelde het aan. Eh.. daardoor raakte ik weer helemaal in paniek. Zo van: god van is dit nu he, ik ging toch redelijk vooruit en nu krijg ik zo'n hevige pijn dat gaat dan echt over mijn grens heen. Ehm.. nou nou nou kan ik gewoon niks meer. Eh.. ben weer zeer geneigd om te gaan liggen, wandelen ging moeilijk, alles ging weer moeilijk en was ik even in een hele grote dip. Ja.. Ehm.. ik had een afspraak met maatschappelijk werk toen ehm.. met (naam). Want toen kon ik bij hem ook aangeven ehm.. dat ik die hevige pijn weer had en ik was gewoon bang dat ik een hernia weer kreeg, ongeveer 10 jaar geleden heb ik ook een hernia gehad. Want het trok mij ook door het been. Ik denk o nee toch geen hernia. Hm hm.

Score 1

*Dat eh.. want ik heb wel echt geleerd, want gisteravond was het helemaal mis.. dat ik dat echt niet kan. En toen ben je niet gestopt.. Met tekenen niet omdat je ook echt een product, je wilt een product maken **Ja..** Dus dat wil je afhebben. En het moet toch binnen een bepaalde tijd. Je hebt daar zeg maar drie avonden voor. Dus dan moet het toch af zijn. En eh..ja ik heb wel geleerd dan, eigenlijk moet je dat niet doordoen. Dat is..dat is wel heel herkenbaar. En dat komt eigenlijk overal in terug hé.*

Score 2

Nou ik probeer dat thuis wel toe te passen inderdaad..en zoals vanmorgen hadden we zwemmen. En dan moet je om half 10 weer bij de les van psychologie zijn. En ja. Half 9 zwemmen tot 9 uur, daarna naar de douche, aankleden, dus ik voelde me helemaal opgejaagd en hartkloppingen. En ja.. daarna gewoon even 3 minuutjes of een paar minuutjes gewoon even rust en dan zakt dat ook allemaal weer.. Dan denk ik van ja, dat moet ik gewoon thuis, ook vaker gaan doen.

Score 3

*Ja.. dat eh.. ik ben wel iemand die heel perfectionistisch is dus dan denk ik ook van nou ja.. Ja.. bijvoorbeeld met strijken dat moet dan niet 100% goed gaan maar 200%..Ik bedoel ja.. als ik de broek dan strijk zo dan moet er ook nog een mouwplankje zodat deze streep ook goed komt (wijst naar onderkant van haar broek) maar dan denk ik van.. dat hoeft helemaal niet. Het is klaar. Zo het is goed. Het is zoals het is en dan klaar. Ik hoef niet meer verder..Ik bedoel extra tijd aan besteed te worden met zo'n stom mouwplakje dat dit ook allemaal recht wordt. Ik bedoel ja, dat is mij wel gelukt. Ik had er wel even moeite mee dat het in de kasten kwam dat ik zoiets had van o nee het is niet helemaal zoals de vorige keer ik denk maar ja.. ik moet gewoon veranderen.. ik moet ergens beginnen. Ja.. **Ja..** Dus het is nogal wat.*

Score 4

*En als ik er nu op terugkijk dan denk ik jeetje, wat kan een mens veranderen. **Ja..** Ik kan weer genieten en leuke dingen doen en ja heel leuk. En de pijn is er ook wel maar ja..het is net alsof het dan. Ja, afgelopen zaterdag ben ik wezen dansen, dus toen ben ik er wel voor gestraft. Toen heb ik wel even een slapeloze nacht gehad en dan.. Jeetje, ik ben hier gekomen met neklachten. **Hm hm** En nu heb ik een zere rug en zere benen. **Hm hm.** En toen was gisteren de manuele therapeut hier en die zegt: heb jij misschien te lang gestaan? Ik zeg ja, ik ben om half 10 op de dansvloer gekomen en half 3 was ik weer thuis. Ik denk ja.. Ik heb gewoon veels te lang gestaan. Ik heb gedanst wat ik al jaren niet meer heb gedaan. **Ja.** Ik had niet echt hoge hakken aan, maar een half laarsje met een beetje een blokhak. Dus ik denk.. ja ik had de juiste schoenen niet aan, dus dan is het niet zo gek dat ik een zere rug en ja.. zere bovenbenen had. Dus ja.. maar even dan gaat het dan door mijn hoofd van ooww..wat heb ik dan nu weer, wat is dat dan nu weer. Dus dan word ik wel weer een beetje angstig en dat ik dan van de pijn niet kon slapen. Maar nu heb ik zoiets van, vannacht heb ik heel goed geslapen. **Hm hm.** Ja, ik kan nu gewoon meer met de pijn omgaan. Dat ik denk van ja.. het is nu maar zo. Het gaat ook wel weer weg en ik weet nu dat het van het dansen komt, dus volgende keer niet meer zo gek doen. Maar ik denk, ik heb wel genoten. Ik heb wel plezier gehad en allemaal vriendinnen die ik al heel lang niet meer had gezien van ow.. wat zie je er goed uit. Ik denk, nou.. ja. **Ja. Je hebt in ieder geval een hele leuke avond gehad.** Ja..Zeker weten. Ik denk nou ja, dan heb ik nu maar even de pijn wat ik anders dan niet heb, maar het is niet gek. **Ja.** Ik bedoel ja.. ik dans niet elke week dus.. (?).. (gelach) **Ja.** Dus dat ik ook geen rare gedachten heb van.. wat is dit dan nu weer. **Ja.. Ja..** dus eh..*

Toelichting op de voorbeelden:

- Score 0. In dit voorbeeld is de patiënt erg gericht op de pijn. Dit beïnvloedt op dit moment het hele leven. Er staat kort vermeld dat ze niets meer kan en dat alles moeilijk gaat. De pijn staat zo op de voorgrond, dat het facet *pijn* de meeste aandacht moet krijgen en uiteindelijk een score van 0 wordt toegekend.
- Score 1. In dit voorbeeld gaat het met name om een inzicht. De patiënt heeft geleerd dat ze beter zou kunnen stoppen met tekenen. Ze doet het echter nog niet. We kijken dan naar het facet *toepassing*: de patiënt is van plan bepaalde zaken toe te gaan passen.
- Score 2. In dit voorbeeld gaat het vooral om het facet *toepassing*. De patiënt past enkele zaken toe op het Roessingh en is van plan dit ook in de thuissituatie te gaan doen.
- Score 3. In dit voorbeeld zie je dat de patiënt al iets verder is en bepaalde zaken ook in de thuissituatie oefent (facet *toepassing*). Ze is hier echter net mee gestart en het geeft haar nog niet altijd een goed gevoel. Toch kiest ze er zelf voor om de kleding anders/minder uitvoerig te strijken. Dit maakt dat de controle voor deze actie wel grotendeels bij haar ligt (facet *controle*).
- Score 4. In het laatste voorbeeld wordt duidelijk dat het leven van de patiënt los van de pijn plaats vindt. Ondanks dat ze wel benoemt dat ze pijn heeft, heeft ze zich hierdoor niet laten weerhouden te doen wat voor haar belangrijk was: dansen (facet *pijn*). De controle ligt dus volledig bij de patiënt, en ze merkt na een kleine worsteling dat ze met de pijn toch kan doen wat ze leuk vindt (facet *controle*) en ze probeert de zaken uit de therapie zo goed mogelijk in de praktijk toe te passen op diverse terreinen. In dit geval dus op het gebied van vrije tijd besteding (facet *toepassing*).

Elke passage heeft op deze manier een score gekregen variërend van 0 tot 4. Een score 9 werd toegekend wanneer een passage niet te scoren was. Dit kon drie redenen betreffen:

- De informatie in de passage zijn delen waarin patiënten vertellen over het verleden. Het gaat er tijdens het scoren om dat het huidige gedrag van de patiënt wordt beoordeeld.
- De informatie in de passage was te feitelijk van aard. Dit zijn delen waarin patiënten vertellen wat ze letterlijk gedaan hebben zonder daar een ervaring of mening aan te koppelen.
- De informatie in de passage betreft het gevolg/een resultaat van agency. Het huwelijk wordt bijvoorbeeld beter doordat de patiënt meer met de partner communiceert.

De interviews zijn door de onderzoekers (A. Middelink & Y. Paplowski) op 'agency' gecodeerd. Elke onderzoeker had in totaal 4 patiënten wat het tot een totaal van 8 patiënten maakt. In eerste instantie heeft elke onderzoeker de interviews van haar "eigen" patiënten gecodeerd. Vervolgens zijn de gecodeerde interviews uitgewisseld en is nagegaan in hoeverre men het eens kon zijn met de door de ander opgestelde score. In totaal zijn er 61 interviews afgenomen en uitgeschreven (A. Middelink: 31 interviews, Y. Paplowski: 30 interviews).

De interviews zijn opgedeeld naar onderwerp met een totaal van 623 passages (A. Middelink: 294 passages, Y. Paplowski: 329 passages). In totaal waren de onderzoekers het op 111 passages niet direct eens (A. Middelink: 59, Y. Paplowski: 52). Omgerekend naar percentages betrof de overeenstemming $1 - (111/623) = 82.18\%$. De tussenbeoordelaars betrouwbaarheid berekend met de Cohen's Kappa is 0.782 en is dus voldoende tot goed. De 111 passages waarbij de onderzoekers het niet direct eens waren zijn tijdens een bijeenkomst besproken en bediscussieerd waarna alsnog tot overeenstemming is gekomen. A. Middelink veranderde na de discussie met Y. Paplowski 36 codes, de overige 16 codes bleven zoals gescoord door A. Middelink. Y. Paplowski veranderde in totaal 38 codes, de overige 21 bleven zoals gescoord door Y. Paplowski. Van de 111 passages waarbij de onderzoekers het niet direct eens waren, ging het in 50 gevallen om een verschil waarbij de ene onderzoeker een 9 scoorde en de ander een score gaf van 0 t/m 4. In 47 gevallen verschilden de onderzoekers met 1 punt. En in 4 gevallen verschilden de onderzoekers tot slot 2 of meer punten op de agency score.

De uiteindelijke scores zijn vervolgens in het programma SPSS verwerkt om middels grafieken inzicht te verschaffen in de ontwikkeling van agency. Hiervoor zijn gemiddelde scores (met weglating van score 9) per interview uitgezet tegen de weeknummers. Om inzicht te krijgen of de groei op meerdere gebieden al dan niet gelijk zou verlopen, is de standaarddeviatie van elk interview uitgezet tegen de weeknummers. De voorspelling is dat naarmate de weken vorderen, patiënten op meerdere gebieden succesvol worden wat dus zou betekenen dat de standaard deviaties langzaam zouden moeten afnemen.

Missing data: in totaal zijn 61 interviews afgenomen. Dit hadden er eigenlijk 64 moeten zijn (8 patiënten x 8 interviews). Er missen drie interviews vanwege:

- Begrafenis van de vader van een patiënt (patiënt D, week 5).
- Twee patiënten waren niet in staat aan het interview deel te nemen aangezien het met die twee patiënten op dat moment psychisch niet goed ging (patiënt A, week 4 en patiënt E week 4).

Vanwege een technisch mankement is tevens 1 interview (patiënt D, week 4) niet letterlijk uitgeschreven. Op basis van de aantekeningen die tijdens het interview zijn gemaakt is het interview direct na afloop van het interview zo goed mogelijk uitgeschreven. Dit interview is vervolgens via de aangegeven wijze op agency gescoord. Missing data is in SPSS aangevuld door het nemen van het gemiddelde van de week voorafgaande en de week na het gemiste interview.

2.7 Analyse methode vragenlijsten

Data uit de vragenlijsten is van het Roessing verkregen in een Excel bestand. Gegevens die bruikbaar waren voor het onderzoek zijn vervolgens omgezet naar SPSS. Om te bepalen of er een significant verschil kon worden gevonden op de MPI (bij start, na afloop en bij follow-up), is gebruik gemaakt van de repeated measures ANOVA. Om te bepalen of er een significant verschil was bij de startmeting en nameting van de ODI, PCS, ACPT & PIPS, is gebruik gemaakt van een paired sample t-test. Resultaten verkregen met de paired sample t-test zijn allen gecontroleerd met de Wilcoxon-Mann-Whitney test om mogelijk te corrigeren voor de kleine groepsgrootte en normaliteit van de gegevens. Er werden echter geen duidelijke verschillen gevonden voor de twee testen waarna de uitkomsten van de paired sample t-test zijn aangehouden.

Hoofdstuk 3

Resultaten

3.1 Participanten

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de 8 chronische pijn patiënten die in de periode februari t/m mei zijn gevolgd in het Roessingh revalidatie centrum te Enschede. In de tabel zijn de ICD-9 diagnose uitgeschreven. De leeftijd en het geslacht staan vermeld, en is een indicatie gegeven van de mate van psychopathologie middels de beschrijving van de totaalschaal psychoneuroticisme van de SCL-90. In de eerste kolom staan de totaalscores vermeld op deze schaal, de kolom 'Roessingh' (R) geeft de mate van psychopathologie aan in vergelijking met pijnpatiënten op het Roessingh en de kolom 'normalen' (N) geeft de mate van psychopathologie aan in vergelijking met de normale bevolking. In paragraaf 3.2 wordt nader ingegaan op de individuele scores op de SCL-90.

Tabel 4. Patiënt kenmerken

Patiënt	ICD-9 diagnose	L	G	SCL-90 (psy) score	R	N
A	Fibromyalgie/myalgie niet gespecificeerd	39	V	171	L	H
B	Rugpijn: lumbago (specifiek, aspecifiek)	42	M	185	BeG	H
C	Fibromyalgie/myalgie niet gespecificeerd	54	V	272	H	ZH
D	Pijnsyndroom: extremiteit nno	50	V	128	ZL	G
E	Pijnsyndroom: extremiteit nno	42	V	146	ZL	H
F	Gewrichtspijn: onderbeen/knie	47	M	174	L	H
G	Rugpijn: lumbago (specifiek, aspecifiek)	61	V	170	L	H
H	Whiplash (distorsie hals)	41	V	270	H	ZH

L= leeftijd, G=geslacht, R = in vergelijking met het Roessingh, N = in vergelijking met de normale bevolking.

3.2 Vragenlijsten

In Tabel 5 is het complete overzicht te vinden van alle data afkomstig uit de vragenlijsten. Met in de eerste kolom de scores van de MPI op de subschaal 'pijnintensiteit', gemeten bij de start van de behandeling (S), op het einde (E) en na follow-up (F). Scores kunnen variëren van 0 tot 5. Hoe hoger de score, des te meer pijn de patiënt ervaart. In de 2^e kolom staan de scores van de MPI vermeld op de subschaal 'pijninterferentie'. Des te hoger de score, des te meer pijn interfereert met het uitvoeren van activiteiten in het dagelijkse leven.

Follow-up metingen op de MPI zijn 12 tot 14 weken na het einde van de behandeling verricht. In kolom 3 staan de totaalscores op de PCS bij start (S) en na afloop van de behandeling (E). In kolom 4 staan de totaalscores vermeld van de subschalen 'activity engagement' en 'willingness' van de ACPT. In de laatste kolom staan de totaalscores op de PIPS vermeld bij de start van de behandeling (S) alsmede aan het einde van de behandeling (E). Onderaan de tabel zijn de gemiddelden van alle 8 patiënten samen te zien evenals de standaard deviaties. Vermeld is of een verschuiving in het groepsgemiddelde al dan niet significant is na afloop van de behandeling of na follow-up. De k staat voor klinische relevantie. Het geeft aan of een individuele verschuiving in scores al dan niet klinisch relevant is. De vuistregel dat 0,5 standaard deviatie verschil als klinisch relevant kan worden beschouwd wordt hierbij aangehouden. In paragraaf 3.2 zal verder in worden gegaan op de individuele verschillen.

Buiten de beschreven waarden van de MPI bij de start, het einde en na follow-up van de behandeling, is de MPI ook nog tijdens de intake in het Roessingh afgenomen (0 tot 6 maanden voor de start van de behandeling). Deze waarden zijn niet terug te vinden in de tabel. Hier kort op ingaande: het groepsgemiddelde van de pijnintensiteit bedroeg 4.06 bij de intake, het groepsgemiddelde voor pijninterferentie 3.99. Als we deze waarden vergelijken met de waarden bij de start van de behandeling, zien we dat beide waarden bij de start van de behandeling omhoog zijn gegaan. Patiënten lijken meer pijn te hebben bij de start van de behandeling, en de pijn lijkt meer invloed te hebben op de activiteiten in het dagelijkse leven. De verschillen waren echter niet significant, toch zouden deze gegevens opmerkelijk kunnen zijn. Een verklaring zou echter kunnen liggen in het feit dat patiënten een eerste behandelweek erop hebben zitten en door het actief deelnemen aan de behandeling, meer pijn ervaren. Ook zouden patiënten tijdelijk meer gericht kunnen zijn op de pijn vanwege het feit dat er eindelijk aan gewerkt gaat worden.

Gekeken naar de waarden op de MPI zoals vermeld in de tabel, zien we dat de pijnintensiteit significant is verminderd. Dit geldt ook voor de pijn interferentie. Als we kijken naar de gegevens in de tabel, lijkt dit verschil met name gericht te zijn op het verschil tussen de scores bij aanvang en na afloop van de behandeling. De totaalwaarden op de PCS liggen na afloop van de behandeling iets lager maar dit verschil is niet significant. De totaalscore op de ACPT (subschalen 'activity engament' en 'willingness' samengenomen) is wel significant omhoog gegaan na afloop van de behandeling. Gekeken naar de groep betekent dit, dat patiënten na afloop van de behandeling hun pijn beter kunnen accepteren, actiever zijn en dus meer aan activiteiten deelnemen. De totaalscores op de PIPS zijn na afloop van de behandeling gedaald wat duidt op een verlaging in de psychologische inflexibiliteit.

Tabel 5. Data uit de vragenlijsten

Patiënt	MPI (S/E/F) Intensiteit			MPI (S/E/F) Interferentie			PCS (S/E)		ACPT(S/E)		PIPS(S/E)	
A	5	2.5k	3.5	5.33	4.25k	3.88k	27	32	31	48	83	52k
B	5	4.5	5	5.00	3.33k	4.38	26	27	50	60	74	63
C	4	2.5k	5k	4.25	3.50	4.50	28	9k	63	69	57	43
D	4.5	3k	1.5k	3.67	2.78	3.63	9	19k	43	60	56	67
E	4	2k	3.5k	4.11	2.89k	2.67	17	8k	62	72	72	60
F	3.5	3	2	3.67	4.00	3.78	15	15	67	59	57	74k
G	5	3.5k	3	5.00	4.11	2.78k	30	16k	57	64	81	62k
H	3.5	4	3	4.22	3.67	3.00	30	16k	59	55	76	56k
Totaal:	4.31	3.12	3.31*	4.41	3.57	3.58*	22.75	17.75	54.00	60.87*	69.50	59.62
Gem. & SD	0.65	0.83	1.25	0.63	0.55	0.7	7.96	8.24	12.04	7.61	11.2	9.46

* $P < 0.1$, k = klinisch relevant verschil, S = start, E = na afloop van de behandeling, F = follow-up.

Het verschil is echter niet significant voor de gehele groep. In de bespreking van de individuele patiënten in paragraaf 3.2 wordt nader ingegaan op de gegevens uit tabel 5.

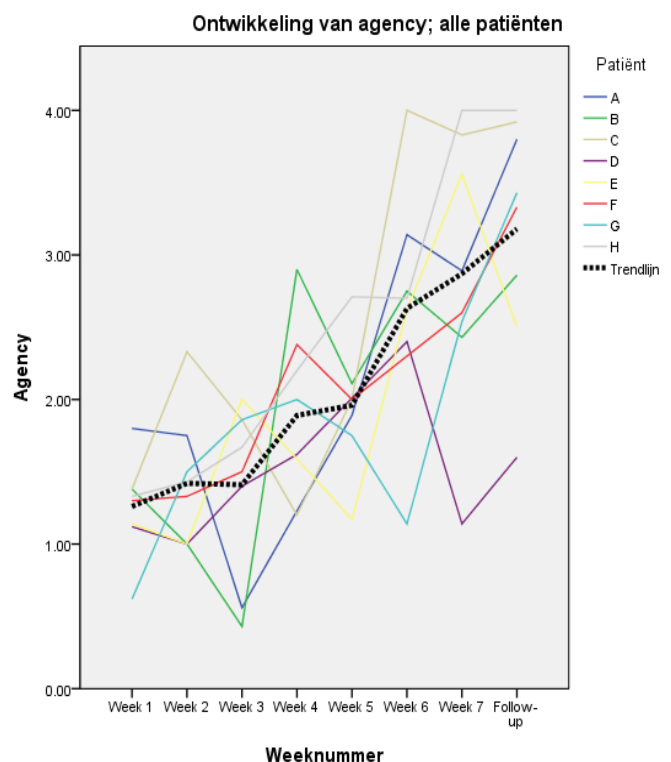
3.2 Ontwikkeling in beeld

Voordat we de ontwikkeling bij de individuele patiënten gaan bekijken, richten we ons nog even op de groep als geheel. In tabel 6 staan de agency scores vermeld bij de start van de behandeling en bij follow-up. Agency scores blijken significant te zijn gestegen bij follow-up. Dit betekent dat het leven van de patiënten minder gericht is op pijn, dat de controle over acties meer bij de patiënt is komen te liggen en dat patiënten actief bezig zijn om het geleerde toe te passen binnen verschillende levensterreinen. Deze positieve groei is ook terug te zien in de grafiek 'ontwikkeling van agency; alle patiënten'. Deze grafiek geeft ons een mooi overzicht hoe de ontwikkeling van agency is verlopen voor alle 8 patiënten. Op de y-as staan de agency scores vermeld van 0 t/m 4, op de x-as staan de weeknummers vermeld alsmede de follow-up. De trendlijn (de zwarte stippellijn) geeft het gemiddelde groeiproces weer van alle patiënten. We zien een geleidelijke ontwikkeling met alleen in week 3 een kleine terugval. Deze terugval lijkt met name door patiënten A en B veroorzaakt te zijn. Verder zien we dat alle patiënten aanvankelijk beginnen met een agency score onder de 2 en dat iedereen eindigt met een agency score boven de 2,5; met uitzondering van patiënt D die wat lager lijkt te eindigen dan de overige patiënten. Wanneer we alle gegevens samen bekijken, blijkt ACT effectief te zijn bij de behandeling van chronische pijn patiënten in het Roessingh revalidatie centrum.

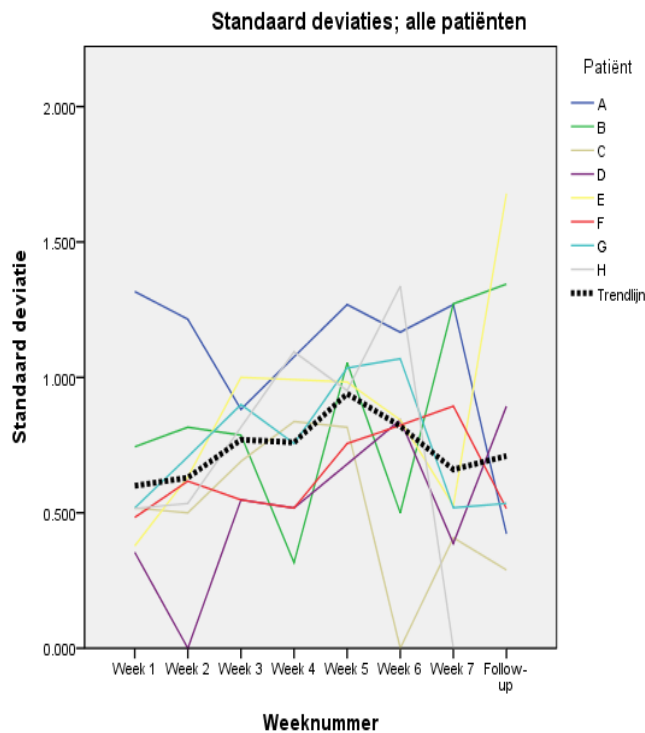
Tabel 6. Agency scores

Patiënt	Agency S	F
A	1,80	3,80
B	1,38	2,86
C	1,38	3,92
D	1,12	1,60
E	1,14	2,50
F	1,30	3,33
G	0,62	3,43
H	1,33	4,00
Totaal: Gem. & SD	1.26 0.33	3.18* 0.82

*P< 0.05, S= start, F= bij follow-up

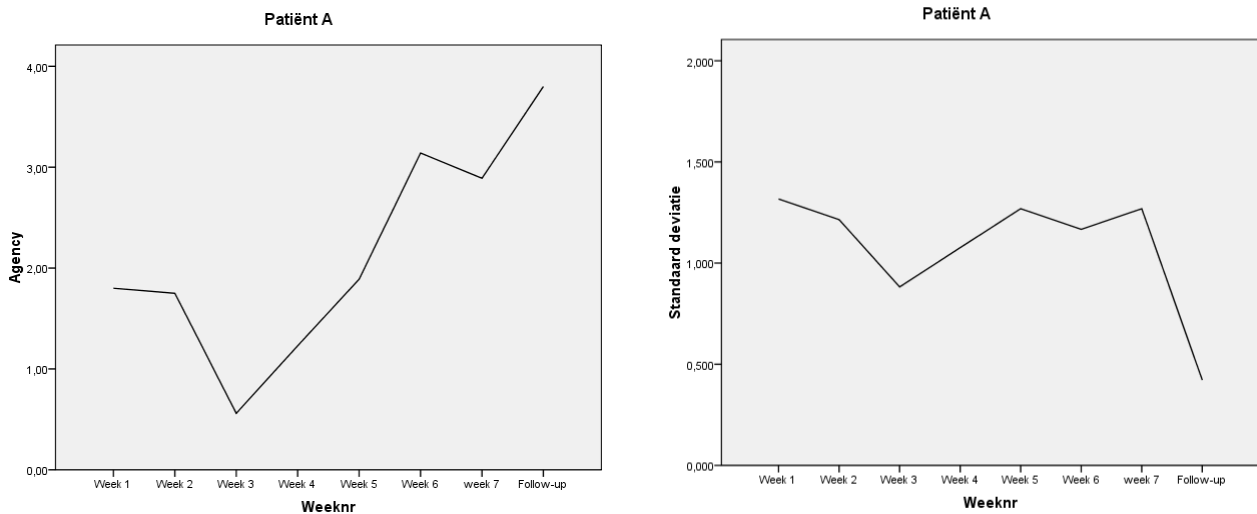


Onderstaande grafiek 'Standaard deviaties; alle patiënten' laat ons zien hoe de spreiding is verlopen gedurende de behandeling. Gekeken naar de verschillende patiënten, lijkt er op het eerste gezicht niet direct sprake te zijn van een patroon. Er is een grote variatie te zien tussen de patiënten wat erop duidt dat hier veel onderlinge verschillen in te zien zijn. De trendlijn die is toegevoegd laat wel zien dat de gemiddelde standaarddeviatie gedurende de behandeling eerst toeneemt, maar na week 5 weer langzaam afneemt.



Om de onderlinge verschillen nader te bekijken zullen alle patiënten nu individueel besproken worden. Eerst zal in worden gegaan op de ontwikkeling die te zien is in agency. Vervolgens zal gekeken worden naar de standaard deviatie (spreiding) gedurende de behandeling, daarna worden individuele gegevens op de vragenlijsten in ogenschouw genomen en zal een algemene conclusie volgen over de ontwikkeling van de patiënt. In de linker grafieken is de ontwikkeling in agency te zien. De grafieken aan de rechter kant laten de standaard deviaties zien gedurende de behandeling.

3.2.1 Patiënt A



Patiënt A is een 39 jarige vrouw met fibromyalgie. Ze start in week 1 met een agency niveau van 1,80. Tijdens de algemene intake voor het Roessingh scoorde ze 171 op de totaalschaal psychoneuroticisme van de SCL-90. In vergelijking met de normale bevolking is dit hoog, wat niet abnormaal is gezien ze chronische pijn patiënt is. In vergelijking met andere patiënten op het Roessingh is haar score echter laag, wat erop kan duiden dat ze net als haar agency niveau een redelijk goede start maakt. In week 3 is een terugval te zien waarbij de patiënt zelfs diep onder het beginniveau zakt. Vanaf hier klimt de patiënt echter op en is een stijgende lijn te zien in de ontwikkeling van agency. In de laatste week van de behandeling zakt de patiënt echter een klein beetje terug waarna bij de follow-up bijna een optimale score voor agency als eindresultaat wordt behaald (3,80). Het lijkt er dus op dat deze patiënt veel baat heeft gehad bij de behandeling. Vergelijken we de ontwikkeling van agency vervolgens met de standaard deviaties, dan zien we dat deze redelijk constant blijft met een terugval in week drie, wat erop kan duiden dat het op alle vlakken slecht ging met de patiënt aangezien deze in week 3 een terugval doormaakte. Dit blijkt ook uit het volgende citaat uit week 3:

Als je de afgelopen week bekijkt wat je allemaal gedaan hebt, wat er allemaal gebeurd is, hier in de behandeling of eh thuis... Weinig. (*lacht) (Weinig gebeurd? Hm hm) Ik ben eh ik heb de kinderen ziek gehad (Ah, oké, hmhm) dus en eh ik had me wel die van fysio en fitness is het nee fysio en ergo daar, ontspanning had ik me de ontspanningsoefeningen allemaal meegenomen (Hm hm) dus [...] verder ziek geweest. (Ja) Kinderen ziek gehad dus daar is heel weinig gebeurd vorige week, ik heb eigenlijk (Hm hm) niks gedaan. (*lacht) En de ontspanning, had je daar iets of eh? Ja, die had ik meegenomen, omdat ik die thuis ook oef...oefeningen (Ja) ook [weer gedaan voor de] tijd doen. (Hm hm) En heeft dat geholpen? Ja, die heb ik niet gedaan, daar had ik geen tijd voor, omdat

ik zelf... (Ah die heb je niet gedaan, oké.) Ik ben nu nog niet [...] paracetamol op het moment dat me [...].

Uiteindelijk is een sterke verlaging van de standaard deviatie te zien bij follow-up wat er waarschijnlijk op duidt dat de patiënt succesvol is op meerdere gebieden van het leven. Dit is ook duidelijk terug te zien in een citaat uit de follow-up:

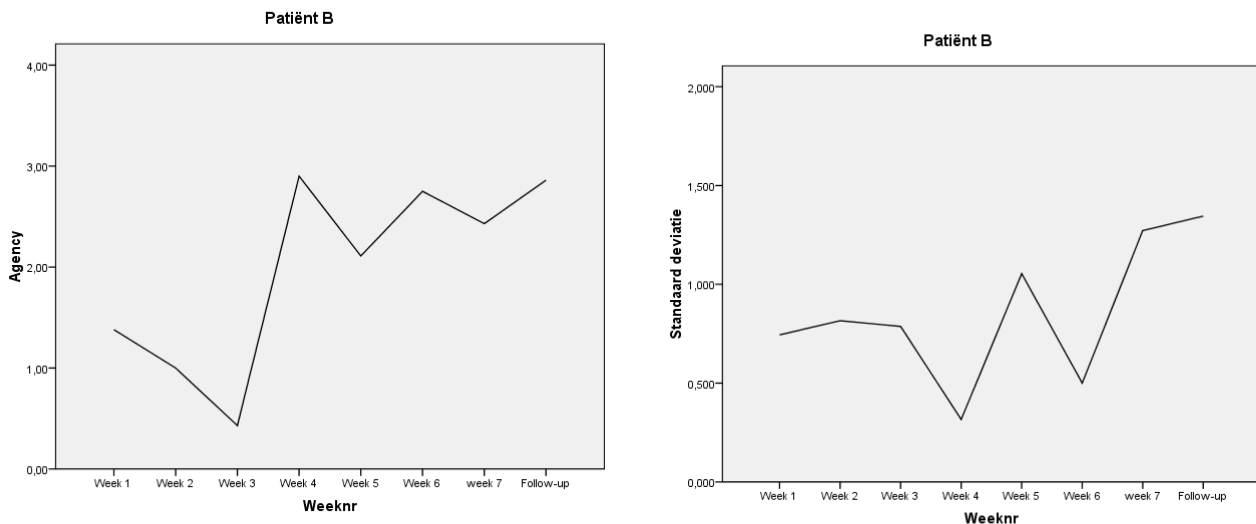
Na ja na ja dat dat ik de de dag beter vol kan houden, (Hm hm) dat ik niet zo eh ja zo moe meer ben aan het eind van de dag, (Hm hm) nou en gewoon ja verder dat ik ja dat wat eh ja fanat ja fanatieke of hoe moet ik zeggen, meer energie heb. (Ja, oké) Dat ik nu ook eens een keer eh met nou eh zondags of eh of eh op een eh zaterdag of wat met met de kinderen eens wat ondernemen kan zonder dat dat eigenlijk voor de tijd eh ingepland is. (Hmhm) Dat we spontaan ook eens een keer wat kunnen doen. (Hm hm) En is dat... Is dat eh dan steeds beter geworden jouw ontwikkeling of ehm ja...? Ja, ja, ja, ja (Ja? Hm hm) dat is gewoon een stuk beter geworden. En ehm ja kan je het nu allemaal eh goed toepassen wat je daar geleerd hebt? Ja.

Als we vervolgens de gegevens uit de vragenlijsten erbij nemen, zien we dat de pijnintensiteit zeer hoog was bij aanvang van de behandeling. Na afloop van de behandeling is de pijnintensiteit echter sterk gedaald. Deze daling is tevens klinisch relevant. Bij follow-up stijgt de intensiteit iets maar deze verandering is niet als klinisch relevant te beschouwen. Als we kijken naar de pijninterferentie, zien we een constante daling. De score aan het eind van de behandeling alsmede bij de follow-up zijn klinisch relevant verminderd. De scores op de PCS zijn na afloop van de behandeling iets omhoog gegaan. Patiënt A zou dus aan het einde van de behandeling meer catastroferende gedachten en hiermee samenhangend gedrag hebben. Dit is tegenstrijdig als we kijken naar het hoge niveau van agency wat ze uiteindelijk bereikt. Agency staat voor psychologische flexibiliteit, hieronder zou moeten vallen dat ze minder catastroferende gedachten en gedrag zou moeten hebben. De scores op de ACPT zijn na afloop van de behandeling wel omhoog gegaan. Het lijkt er dus op dat ze de pijn meer is gaan accepteren en bereid is meer activiteiten uit te voeren met de pijn. Gezien het feit dat de pijnintensiteit gedaald is, speelt het waarschijnlijk ook mee dat ze überhaupt ook minder pijn ervaart wat de acceptatie uiteraard ook ten goede komt. Als we tot slot kijken naar de scores op de PIPS, zien we een klinisch relevante daling. De psychologische inflexibiliteit is duidelijk gedaald na afloop van de behandeling wat tevens in lijn is met het uiteindelijke niveau van agency.

Conclusie: Patiënt A heeft duidelijk veel baat gehad bij de behandeling op het Roessingh. Ze heeft even een terugval, maar ontwikkelt zich daarna goed met een hoog eindniveau op agency. Ze ervaart minder pijn en de pijn lijkt minder van invloed te zijn op haar dagelijkse

activiteiten. Uitkomsten op de ACPT en PIPS zijn in lijn met deze bevindingen. De uitkomst op de PCS is echter tegenstrijdig (deze uitkomst was echter niet klinisch relevant).

3.2.2 Patiënt B



Patiënt B is een 42 jarige man met rugpijn. Hij begint aanvankelijk met een agency score van 1.38. Op de totaalschaal psychoneuroticisme van de SCL-90 scoort patiënt B 185 wat in vergelijking met de normale bevolking hoog is maar in vergelijking met patiënten op het Roessingh onder het gemiddelde zit. Na de eerste week zakt hij langzaam maar zeker terug in zijn agency score. In week 4 is een grote ontwikkeling zichtbaar met een agency score van 3. Dit is o.a. terug te zien in het volgende citaat uit week 4:

*Na ja eh die dip heeft mij toch een eh – van die week daarvoor – **(Ja)** heeft me toch een een bepaald gevoel en emoties en eh en en gegeven waardoor je een inzinking krijgt en opgegeven moment heb je dat toch weer opgepakt **(Hm hm)** zo van ‘kom op we gaan er toch weer voor’. **Hoe ben je uit die dip uitgekomen, met...?** Ja door praten, door communiceren. **Ja. Met wie?** De... **En waarover?** Hier met de er... hier ook met de fysiotherapeut **(Hm hm)** en ehm om niet overal bij stil te staan van ehm eh ‘Oh, ik voel dit pijntje, ik voel dat, ik voel dat’, nee eh omdat ik ook nu op gegeven moment had ik ook heb ik last van obstipatie en zo, **(Hm hm)** had ik en heb ik nog wel, maar nn... moet je niet zo mee bezig zijn, **(Hm hm)** gewoon los laten, klaar. Gewoon loslaten en eh na ik was te... in hun ogen was ik daar veel me.. veels te veel mee bezig om eh om al die signalen extreem op te pakken...*

Na week 4 zien we dat het patroon wat schommelt met een uiteindelijke score van 2,86 op agency. Als we kijken naar de grafiek van de standaard deviaties, zien we een zeer wisselend patroon. In week 4 en 6 is de ontwikkeling redelijk constant, in de agency grafiek zijn dit de pieken. Dit kan erop duiden dat het op die momenten op meerdere gebieden goed

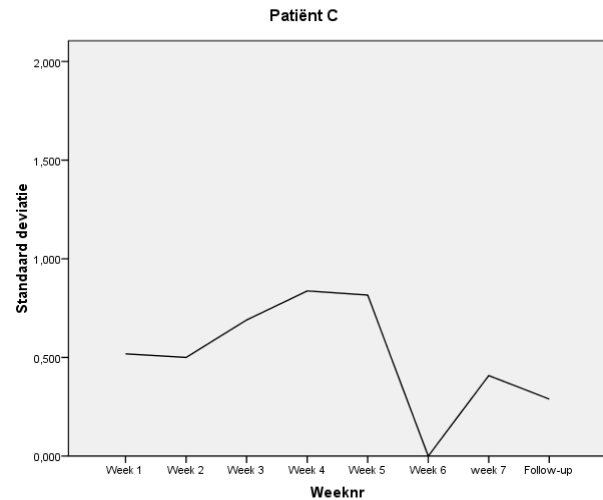
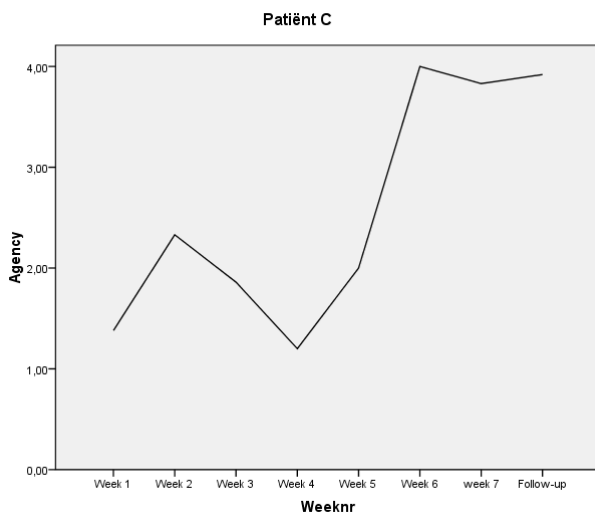
ging met deze patiënt. Als we echter kijken naar de overige weken, lijkt het erop dat de standaard deviaties steeds hoger worden naarmate de behandeling vordert. Met tijdens de follow-up de hoogste spreiding. Wellicht bevindt deze patiënt zich nog midden in het veranderproces en lukt het toepassen van het geleerde op sommige gebieden al wat beter dan op andere. Dit komt o.a. ook naar voren uit het volgende citaat uit de follow-up:

*Die behandeling bij Roessingh die is altijd goed eh **(Ja)** geweest. **(Hm hm)** 'tuurlijk eh de dagritme en al.. en alles is eh eh maar goed ik ik ik ben er wel mee bezig met wat met met wat m.. eventueel wat werk eh en zo. **(Hm hm)** Eh ik heb nog geen werk, maar ik ben eh vandaag maar weer ergens langs geweest en eh ja op zich kan ik eh ik ik ik ik kon er sowieso al bij een andere eh aan het werk maar dat heb ik op gegeven moment toch weer af gezegd **(Hm hm)** en ehm ehm ja ik ik nou ik ik merk wel dat ik me d.. d.. kwa pijn en zo dat er niks verandert is ten opzichte van van begin Roessingh, **(Oké)** [alleenig alleenig] ja je je je bijt nog wel harder door zeg ik maar, **(Hm hm, Oké)** en eh ja dus eh, ja wat moet ik daarover zeggen eh, je moet daarmee leven en eh ja valt niet altijd mee maar... **(Hm hm)***

Te zien is dat hij het nog veel over zijn lichamelijke klachten heeft maar dat hij wel veel aan de behandeling heeft gehad. Hij snapt de principes en probeert deze al dan niet succesvol toe te passen, maar de klachten heeft hij blijkbaar nog niet helemaal geaccepteerd. Als we kijken naar de data uit de vragenlijsten, zien we dat er qua pijnintensiteit weinig is veranderd. Hij heeft een score 5 op pijnintensiteit bij de start van de behandeling wat uiteindelijk ook de score is bij follow-up. Gekeken naar de pijninterferentie, zien we een klinisch relevante daling na afloop van de behandeling wat inhoudt dat pijn minder invloed heeft op het dagelijkse leven. Bij follow-up is echter weer een stijging te zien (niet klinisch relevant) met een score van 4,38. Het lijkt er dus op dat hij na de behandeling wat is teruggezakt. Gekeken naar de grafieken zien we dit terugkomen in de grote spreiding, en het eindniveau van 3 op agency. Het lijkt er dus op dat deze patiënt nog wat problemen te overwinnen heeft. Scores op de PCS zijn nauwelijks veranderd. Scores op de ACPT zijn wel omhoog gegaan wat erop kan wijzen dat de patiënt de pijn toch wat meer heeft geaccepteerd. Het begin is dus gemaakt. Dit laatste is ook terug te zien op de scores van de PIPS die na afloop van de behandeling lager liggen. De psychologische inflexibiliteit is wel degelijk gedaald, de daling is alleen niet klinisch relevant te noemen.

Conclusie: Patiënt B laat een duidelijke groei zien in de behandeling. Hij zakt even terug in de eerste weken maar bereikt daarna weer een redelijk niveau van agency. De pijnervaring is voor deze patiënt niet veranderd maar pijn heeft minder invloed op het dagelijkse leven. De patiënt leert langzaam maar zeker dus beter met de pijn omgaan. Dit zien we ook terug in de positieve ontwikkeling op agency en de scores op de ACPT en de PIPS.

3.2.3 Patiënt C



Patiënt C is een 54 jarige vrouw met fibromyalgie. Bij aanvang van de behandeling heeft ze een agency score van 1.38. Haar score op de totaalschaal psychoneuroticisme van de SCL-90 betreft 272 en is zeer hoog in vergelijking met de normale bevolking en hoog in vergelijking met patiënten op het Roessingh. Ze ervaart dus veel psychopathologie. Na de eerste week laat patiënt C een stijging zien waarna ze langzaam maar zeker weer terugvalt tot week 4. Vanaf week 4 ontwikkelt ze zich echter zeer goed waarna ze in de laatste behandelweken alsmede tijdens de follow-up een zeer hoog niveau van agency bereikt (3,92). Als we kijken naar de grafiek van de standaard deviaties, zien we de hoogste waarden bij week 4 en 5. In de agency grafiek is op dat moment een terugval te zien die ze langzaam weer te boven komt. Wellicht zijn er sommige situaties waarin ze nog niet altijd even succesvol was op dat moment. Zie ook een citaat uit week 4:

*Tot nu toe kan ik weinig aangeven (Hm hm) eh daarover d... met omdat ik eh daar voor mijn gevoel een beetje een eh terugval heb deze week, (Hm hm) het voelt gewoon niet zo. **Wat is eh gebeurt? Wat eh....?** N... ja hm ja nee niet dat ik niet iets niet goed ging dat niet. **Dat niet, hm hm.** Nee. **Maar in hoe verre ben je teruggevallen dan? Of heeft gewoon geen verdere ontwikkeling plaats gevonden?** Nee, d'r heeft geen verdere ontwikkeling plaats gevonden. (Hm hm) Zo van dat was al voldoende [...] (Hm hm) Maar dat ik weer een beetje naar binnen ben gekropen in mezelf. (Hm hm) Ik voel dat ik naar buiten moet dat dat lukt niet. [...]. Nou de eersten paar weken had ik echt dat gevoel van hè lekker, ik voel me lekker, ik zit ik zit op mijn plaats (Ja) en nu ga ik een beetje terug kruipen in mijn [...] (Ja, hm hm, hm) Dat dat versta ik dan een beetje onder terugslag, ik probeer wel 'natuurlijk wel zo positief mogelijk de dingen te benaderen maar dat heb ik ook 'n beet.. 'n beetje verkeerd, (Hm hm) het voelt niet lekker. (Hm hm)*

In week 6 bereikt ze een optimaal niveau van agency welke voor alle gebieden geldt. Daarna blijft de mate van agency hoog en ook de spreiding blijft redelijk laag. Deze patiënt lijkt op meerdere gebieden haar problemen te overwinnen. Dit blijkt o.a. uit het volgende citaat uit week 6:

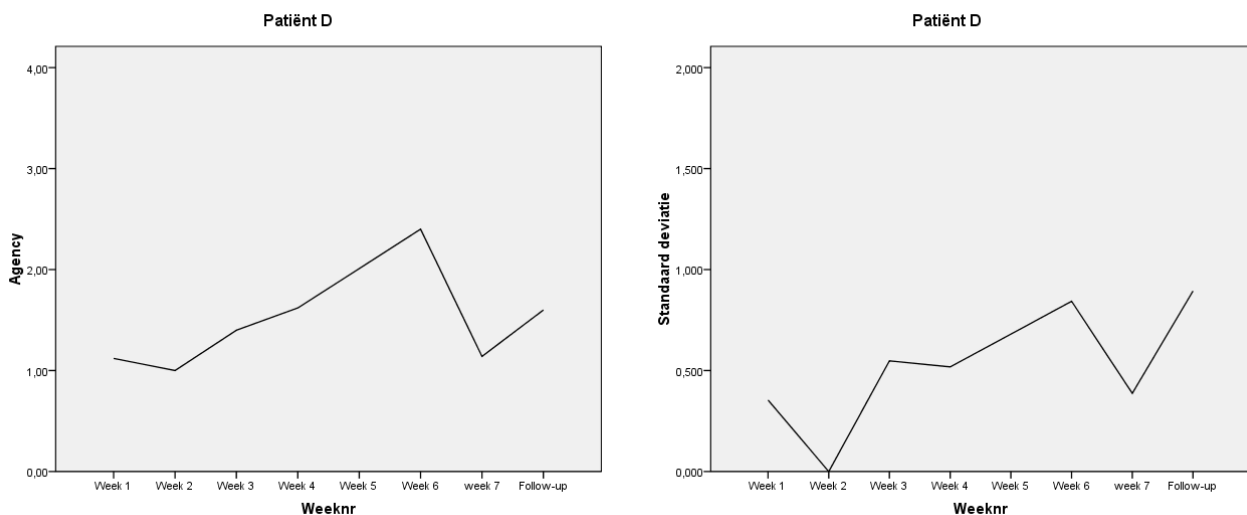
Dus eh ja het lukte dan als dat eh de problemen waren met eh die jouw zoon eh had, dat je dan eh niet in paniek geraakt bent of eh... Nou ik ben dus wel in paniek geraakt, **(Hm hm)** maar ik heb er dus nu weer van geleerd dat ik dat ja moet proberen om toch te laten zijn, **(Hm hm)** het mag daar wel zijn, maar daar hoeft ik niks mee, **(Hm hm)** maar ik wordt er gauw gewoon eh helemaal eh... **Hoe was was dat eerder ehm...?** Altijd, ik raakte altijd gauw in paniek **(Hmhm)** en dan deed ik ook zoals ik nu ook gedaan heb, **(Hm hm)** maar nu is me duidelijk geworden dat de paniek daar mag zijn, maar dat ik daar niet direct wat me hoeft dat ik daar niet zo bovenop moet duiken. **Hm hm en eerder heb je dan ja ook ja gedrag vertoont wat met eh paniek eh...?** Ja, eerder wou ik direct alles doen en alles regelen en eh nou ja wat gedaan moet worden moet gedaan worden, maar ik heb dat nu ook uit handen gegeven aan mijn man, ik heb gezegd 'jij regelt dat maar' **(Ja, oké)** Ik bemoei mee daar niet meer. **(Hm hm)** [...] reden dat ik het niet aankon. **(Hm hm)** En dat is op dit moment wel een goeie oplossing voor mij, denk ik. **(Ja, ja)**

Als we de gegevens uit de vragenlijsten er naast leggen, zien we dat de pijnintensiteit na afloop van de behandeling sterk af is genomen (klinisch relevant) met een eindwaarde van 2.5. Bij de follow-up stijgt de waarde echter weer waarna deze uitkomt boven het begin niveau. Deze stijging is ook klinisch relevant. Dit gegeven hoeft niet direct negatief te zijn. Het kan zijn dat patiënt C meer pijn is gaan ervaren gezien ze actiever is geworden. Bij de pijninterferentie is het patroon iets minder duidelijk zichtbaar (verschillen zijn niet klinisch relevant), maar hier is ook een daling te zien na afloop van de behandeling en wederom weer een stijging bij follow-up met een waarde boven het begin niveau. Volgens de gegevens zou de patiënt na afloop van de behandeling minder pijn ervaren en zou de pijn minder van invloed zijn op het dagelijks leven. Bij follow-up geldt echter weer het tegenovergestelde. Als we kijken naar de scores op de PCS, is er een enorme daling op te merken welke klinisch relevant is. Deze patiënt heeft na afloop van de behandeling duidelijk veel minder catastroferende gedachten en hiermee samenhangend gedrag. Waardes op de ACPT stijgen een klein beetje, wat erop kan duiden dat ze de pijn nog niet zo goed kan accepteren. Scores op de PIPS zijn tot slot ook lager na afloop van de behandeling wat erop wijst dat de psychologische inflexibiliteit gedaald is.

Conclusie: Patiënt C lijkt veel baat te hebben gehad bij de behandeling. Haar uiteindelijke niveau van agency is zeer hoog. Volgens de gegevens uit de interviews, lijkt het erop dat de patiënt op meerdere gebieden in haar leven haar problemen succesvol heeft overwonnen.

Enkele gegevens uit de vragenlijsten zijn echter in strijd met deze bevindingen. Patiënt C geeft aan dat de pijn meer invloed heeft op haar dagelijkse leven (MPI interferentie) en dat ze de pijn nog niet zo goed kan accepteren (ACPT) (gegevens op de ACPT en MPI interferentie zijn echter niet klinisch relevant).

3.2.4 Patiënt D



Patiënt D is een 50 jarige vrouw met een pijnsyndroom (extremiteit n.n.o). Haar startniveau van agency bij aanvang van de behandeling bedraagt 1,12. Haar score op de totaalschaal psychoneuroticisme van de SCL-90 betreft 128 en is gemiddeld vergeleken met de normale bevolking en zeer laag in vergelijking met patiënten in het Roessingh. Er lijkt dus geen sprake te zijn van psychopathologie. Toch komt haar score van agency niet boven de 3 gedurende de behandeling en bij follow-up. Wellicht ontkent ze haar problemen in het begin of is ze zich hier niet geheel en al bewust van. In week 2 zakt ze iets terug waarna ze langzaam maar zeker weer opklimt. In week 6 lijkt het de goede kant op te gaan. Zie ook het volgende citaat uit week 6:

*Ja.. want dat is wel mijn basis gevoel waardoor .. dat was van.. ik ben niet goed genoeg. Oké.. oké.. Wij hebben allemaal een gedachte op moeten schrijven die jou zelf tegenhoudt. **Ja..** om de dingen te doen die je eigenlijk zou willen. En eh.. ik heb heel lang steeds.. **ja..** en nou goed en dat is dus een gevoel wat bij mijn opgroeien hoort. Ik was ook nooit goed genoeg zo van..als je maar dit en dat doet, nou dat deed ik dus niet **hmhm**. en daar werd je dus op afgeserveerd. Ja.. dan wil je niks of dan deug je niet. Of dan praten mensen vervelend over je of eh.. en mijn moeder had daar behoorlijk een handje van. Ik kon niet goed genoeg leren.. eh.. dat was ze dan niet gewend. Mijn oudste broer en zus zaten op het gymnasium, en die hadden goede cijfers. Nou ja noem maar op. Totdat die er later achter kwam dat de ander bijvoorbeeld op de mulo zat en de eerste is blijven zitten. Dat kwam*

*nooit voorbij. Altijd zo van.. ja en als je niet wil leren dan ga je maar werken en eh.. toen moest ik met de sportacademie stoppen en dan kwam ik thuis en zeiden ze, heb je al wat anders..weet je wel.. zo van..zonder ooit er op terug te zijn gekomen dat het wel vervelend is dat het niet gelukt is en dat ik moest stoppen en altijd een beetje.. ja.. op uiterlijk vertoon en en niks snappen. Ook niet informeren.. ook niet troosten. Nou ja.. noem maar op. Het hele spectrum was er gewoon niet.. **Ja.. Ja..** en met vriendjes.. ze vonden je dan wel aardig, maar ja niet aardig genoeg om een langere relatie mee te hebben. En zo is elke keer.. ja en dan altijd eh..stapelde het zich. En eh.. ja ergens diep in mij zit het nog wel. Maar het is er niet meer zo.. ik heb nu veel meer dat ik zelf weet wat ik wil en wat ik belangrijk vind en dat ik daar ook echt bij kan blijven. En vroeger was het zo van, dan wist ik dat ook wel en deed ik het ook wel, maar voelde dat nooit zo goed. **Ja..** Je had altijd een stemmetje in het achterhoofd van.. wat jij doet dat hoort niet of ja.. klopt niet of..*

Na week 6 daalt haar niveau van agency weer sterk. Het lijkt er dus op dat ze zich langzaam maar zeker steeds beter ontwikkelt en dan ineens richting het einde van de behandeling weer terugzakt. Dit blijkt ook uit het volgende citaat (uit het interview in week 7):

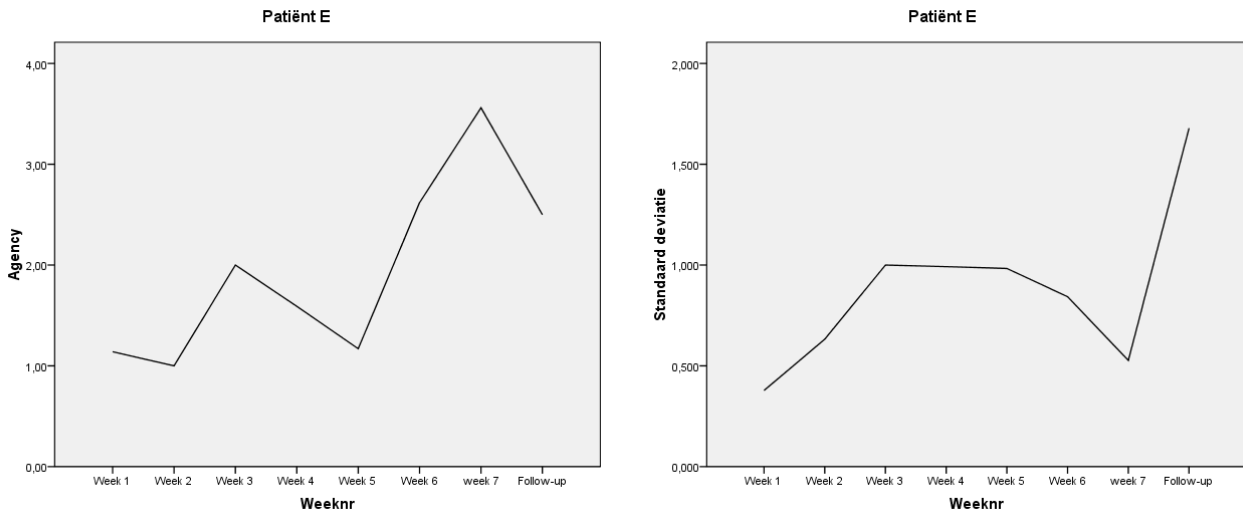
*“Ehm.. ook over vervolg na deze 8 weken. **Hm hm.** En daar heb ik het ook met (naam groepsleiding) over gehad. Ehm.. Dat ik het heel jammer vind dat je 8 weken zo intensief bezig bent en dat je niet een soort evaluatie hebt in het algemeen van ja.. wat heb je nog nodig na die 8 weken. **Ja..** Dat moet je eigenlijk zelf uitzoeken. **Hm hm.** En ehm, dat heb ik dan ook wel gedaan, maar ja.. ik zou het wel prettig hebben gevonden als dingen die er door hun uit gehaald zijn als essentieel.. dat je daar even inderdaad op terug kunt komen zo van ja wat wil je er verder mee en lukt jou dat alleen.. want er wordt heel veel losgemaakt **hm hm.** Je hebt het over van alles en nog wat **hm hm.** En dan zijn die 8 weken voorbij en dan ehm.. ja zoals bij sport hebben ze dan wel gevraagd van wat ga je doen verder en.. maar psycholoog en maatschappelijk werker bijvoorbeeld niet. **Hm hm hm hm.** Ik heb toen bij haar aangegeven dat ik wel graag ondersteuning wil. **Ja..** In ieder geval af en toe iemand heb om dingen die ik tegenkom mee te bespreken, dat ik iemand heb om ja feedb.. ja waar ik wat van terugkrijg. Die mij af en toe misschien een schop onder de kont moet geven”*

Bij de follow-up laat ze echter weer een kleine verbetering zien met een uiteindelijke score van 1,60 op agency na afloop van de behandeling. Als we kijken naar de grafiek van de standaard deviaties, zien we dat ze in week 2 constant scoort. In week 2 krijgt ze te maken met een lichte terugval, wellicht dus op meerdere gebieden. Hierna wisselen de standaard deviaties en gezien het wisselende karakter van de ontwikkeling in agency na week 5, lijkt het erop dat deze patiënt wel aan het stoeien is met het geleerde, maar de ene keer meer succesvol is dan de andere. Op basis van de gegevens uit de vragenlijsten blijkt dat de pijnintensiteit zeer sterk gedaald is, zowel na afloop van de behandeling als tijdens de follow-up. Beide dalingen zijn klinisch relevant. De pijninterferentie zakt iets na afloop van de behandeling maar neemt bij follow-up weer iets toe. Als we vervolgens kijken naar scores op

de PCS, zien we een klinisch relevante stijging, wat dus zou betekenen dat catastroferende gedachten en hiermee samenhangend gedrag zijn toegenomen na de behandeling. Dit is gezien de aard van de behandeling zeer opmerkelijk. Al kan het zijn dat patiënt D catastroferende gedachten meer durft toe te laten. Dit gezien ze bij aanvang van de behandeling zeer laag scoort op de SCL-90 en gedachten/gevoelens misschien wel vermijdt. De verhoging op de PCS is wel in lijn met de terugval in week 7, en de meting met de vragenlijsten die hier tevens plaatsvond. Wanneer we ook kijken naar het citaat uit week 7, wordt duidelijk dat de patiënt zich zorgen maakt over de toekomst. Scores op de ACPT zijn toegenomen na afloop van de behandeling. Patiënt D zal haar pijn wellicht beter kunnen accepteren. Het feit dat de pijnintensiteit sterk is verminderd, speelt hier wellicht ook een grote rol. Tot slot zijn de scores op de PIPS na afloop van de behandeling gestegen. Dit is in strijd met het gewenste doel van de behandeling. De psychologische inflexibiliteit zou na de behandeling gedaald moeten zijn i.p.v. gestegen. Wellicht is dit ook te verklaren met de terugval die de patiënt doormaakte op het moment van meting.

Conclusie. Patiënt D laat een opmerkelijke ontwikkeling zien. Ze groeit langzaam, maar zakt uiteindelijk weer helemaal terug. De behandeling lijkt zijn uitwerking te hebben gehad op de pijnintensiteit (MPI) wat wellicht ook de acceptatie hiervan gemakkelijker maakt (ACPT). Geen effect is echter gevonden op het verminderen van de psychologische inflexibiliteit (PIPS) en hiermee deels samenhangend de catastroferende gedachten en het samenhangend gedrag (PCS). Dit laatste kan echter te maken hebben met de terugval die ze doormaakte op het moment van de vragenlijst meting (week 7). Het lijkt erop dat de behandeling voor patiënt D niet optimaal is geweest. Wel is het een goede stap in de richting.

3.2.5 Patiënt E



Patiënt E is een 42 jarige vrouw met een pijnsyndroom (extremiteit n.n.o). Bij aanvang van de behandeling is haar agency niveau 1,14. Op de totaalschaal psychoneuroticisme van de SCL-90 scoort ze 146, wat in vergelijking met de normale bevolking hoog is, maar in vergelijking met andere patiënten op het Roessingh zeer laag. Ze laat een grillig verloop van agency zien met sterke pieken en diepe dalen. Ze klimt telkens een beetje op, om vervolgens weer terug te zakken. In week 2, week 5 en bij de follow-up zien we zo'n daling. Uiteindelijk ligt haar niveau van agency onder de 3 bij follow-up. Dit is aanzienlijk lager dan het niveau in de laatste week. Als we kijken naar de grafiek met de standaard deviaties zien we dat deze geleidelijk toenemen, dan min of meer constant blijven met een daling in week 7. Aangezien ze in week 7 haar toppunt bereikt in agency, lijkt het dat ze in die week op meerdere vlakken succesvol is. De daling in agency na week 7 (met een uiteindelijk niveau van 2,50 na afloop van de behandeling) zien we ook mooi terug in de grafiek van de standaard deviaties. Deze schiet bij de follow-up weer zeer sterk omhoog. Dit kan erop duiden dat ze na de behandeling met bepaalde zaken worstelt en dus toch niet overal even succesvol in lijkt te zijn. De terugval in week 5 komt in de volgende citaten uit week 5 duidelijk naar voren:

Eh vorige week... Ik krijg wel steeds meer overal last van, in mijn lichaam, (Hm hm) meer klachten, (Oh, hm hm) dus eh ik heb een hernia en ik had al armklachten (Hm hm) en nu heb ik ook nog ehm opgeschuurde knieën daarbij gekregen. (Hm hm) Want dat is echt van traplopen. (Oké) Ik heb alles met de trap gedaan. En dat eh is dan niet zo goed geweest? Dat is veel te veel. (Oké) Nee. (Hm hm) Dat is veel te veel. Dus. En eerlijk gezegd heb ik dus overal last van, dus ik ben heel geïrriteerd zeg maar. Ja, ja dat is raar, hm hm.

Ja ik vind het moeilijk om eh vertrouwen daar in te houden dat het dat het dat het allemaal weer beter wordt zeg maar. (Hm hm, ja)

De daling in agency bij follow-up blijkt uit de volgende citaten uit de follow-up:

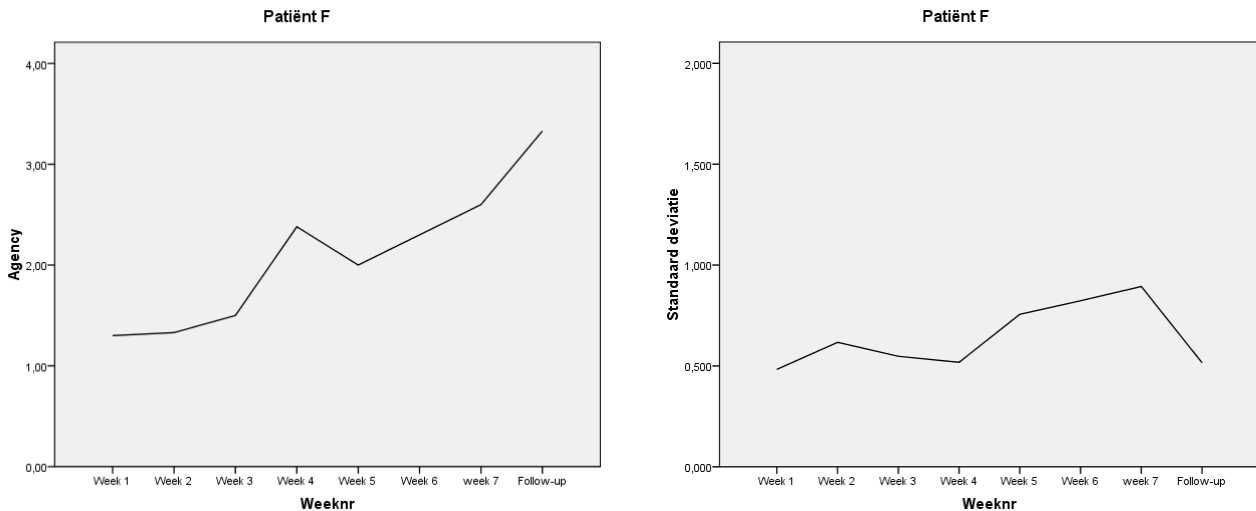
Ehm verder eh kan ik mij niet helemaal goed neerleggen bij het feit dat eh dat ik die pijn nog heb zeg maar, (Hm hm) we zijn bezig geweest met het acceptatieproces bij het Roessingh toen, (Ja, ja) ehm ik heb toch wel weer een afspraak gemaakt bij de ehm rugpolie in Delden (Hm hm) om eh om om dat toch eens weer na te laten kijken. Hm hm. Dus (Dus...) dat kan je niet, (Dat...) hm hm, (Dat...) dat kan je niet... Dat geeft me wel weer een heel goed gevoel om dat toch wel te doen. (Oké, hm hm) Maar ehm eh zo helemaal accepteren kan je de pijn dan niet? Ehm nee blijkbaar niet nog helemaal.

Het het ja eh het doel wat ik bedoel is ehm dat je daar gewoon elke week naartoe gaat, (Ah, oké, hm hm, ja) en dat is nu nu weg gevallen, (Ja) ehm en dat vind ik wel lastig om om eh om om nou doelen in mijn leven te brengen die ik gewoon wel kan doen. (Ja) Omdat ik gewoon ehm weinig mijn armen kan gebruiken (Ja) en dat vind ik wel erg lastig om mee om te gaan.

Op basis van de gegevens uit de vragenlijsten is af te lezen dat de pijnintensiteit sterk is verminderd na afloop van de behandeling (klinisch relevant). Bij de follow-up is de pijnintensiteit echter weer omhoog gegaan (ook klinisch relevant). Dit is in lijn met de terugval die ook te zien is op haar agency niveau. De pijninterferentie is ook aanzienlijk gedaald na afloop van de behandeling. Ook deze daling is klinisch relevant. Bij follow-up blijft de pijninterferentie redelijk gelijk wat erop kan duiden dat pijn minder invloed heeft op het dagelijkse leven. Scores op de PCS zijn aanzienlijk gedaald. Deze daling is klinisch relevant. Dit betekent dat patiënt D veel minder catastroferende gedachten en hiermee samenhangend gedrag laat zien na de behandeling. Als we kijken naar de scores op de ACPT zien we een stijging na afloop van de behandeling. Dit betekent dat patiënt E de pijn meer kan accepteren. Tot slot is een daling in de PIPS scores te zien na afloop van de behandeling. De psychologische inflexibiliteit is dus verminderd.

Conclusie. Patiënt E lijkt zich met pieken en dalen positief te ontwikkelen. Bij follow-up lijkt ze echter weer in een dal te zitten. Ze ervaart weer meer pijn maar desondanks lijkt de pijn minder invloed te hebben op de dagelijkse activiteiten. Patiënt E heeft wel degelijk baat gehad bij de behandeling maar lijkt op enkele terreinen nog een aantal obstakels te moeten overwinnen. Gegevens uit de PCS, ACPT en PIPS laten een positieve verandering zien en zijn in lijn met de bevindingen uit de interviews.

3.2.6 Patiënt F



Patiënt F is een 47 jarige man met gewrichtspijn (onderbeen/knie). Zijn agency score bij aanvang van de behandeling is 1,30. Zijn totaalscore op de schaal psychoneuroticisme van de SCL-90 is 174 en is in vergelijking met de normale bevolking hoog, maar in vergelijking met andere patiënten op het Roessingh laag. We zien dat deze patiënt een redelijk vloeiende ontwikkeling laat zien met een uiteindelijk niveau van 3,33. Alleen in week 4 schiet hij wat sneller omhoog, maar hierna gaat de ontwikkeling weer geleidelijk verder. Het patroon van de standaard deviaties is ook redelijk geleidelijk, met een kleine daling in week 4 en bij de follow-up. Dit kan erop duiden dat het in week 4 op dat moment op alle terreinen even goed ging met de patiënt. Dit komt o.a. terug in het volgende citaat (week 4):

*"Ehm..ook daar was ik wel een beetje mee bezig maar ik ben daar nu eigenlijk ehm.. elke minuut van de dag wel mee bezig. Het klinkt een beetje zwaar maar ehm..met alle stappen die ik doe ben ik er wel bewust mee bezig van, hoe doe ik het **hm hm** doe ik het ook goed. Soms ga je te ver. Ik ik wil thuis eigenlijk ook wel eens gewoon een klus doen en dan wil ik dat eigenlijk ook wel af hebben. En je weet dan bijvoorbeeld wel dat je je grens tot de middag stelt, vroeger was dat misschien tot ver na de middag of zelfs tot 's avonds 10 uur 11 uur of zo. Dan probeer ik het werk te verdelen maar dan wel in vakken af te maken zeg maar bepaald werk. Of dat nu de tuin is of klussen in huis. **Hm hm**. En je merkt gewoon dat je daar voordeel bij hebt dat je daar van te voren bij stilstaat en dat je dat ook verdeelt. Voor anderen is dat heel normaal. Voor mij geeft dat eerst het gevoel van, je doet het maar half. **Ja..** Of je doet het bijna helemaal niet. Dat is echt wel een omslagpunt, dat is echt een gewenning. **ja..** Maar je weet gewoon, je bent hier niet voor niets. Eh.. het is noodzakelijk. Je bent niet voor niets vastgelopen eigenlijk in in een aantal dingen dus. En dat weten.. de de meeste mensen weten dat ook, van.. je moet erin meegaan. Je moet dat omslagpunt vinden."*

Ook lijkt hij bij de follow-up de positieve verandering doorgevoerd te hebben op meerdere vlakken in zijn leven. Wel is te zien dat de standaard deviaties gedurende de weken iets oplopen. Wat kan betekenen dat hij naarmate de weken vorderen verder is op het ene terrein dan op het andere. Zie ook het volgende citaat waar hij zijn valkuil beschrijft (uit week 7):

*Anderen helpen, altijd anderen voorthelpen. En dat misschien ook wel voor mij een valkuil dat ik soms bepaalde dingen op een afstand moet houden. Als ik daar in mee ga zeg maar dan zeg ik al weer hulp toe aan mensen en of ik zeg te snel ja. Teveel invoelend dat ik soms gewoon eh bepaalde dingen niet moet doen. Niet aan moet beginnen, gewoon eh..helemaal niet. Dus eh.. **Ja.***

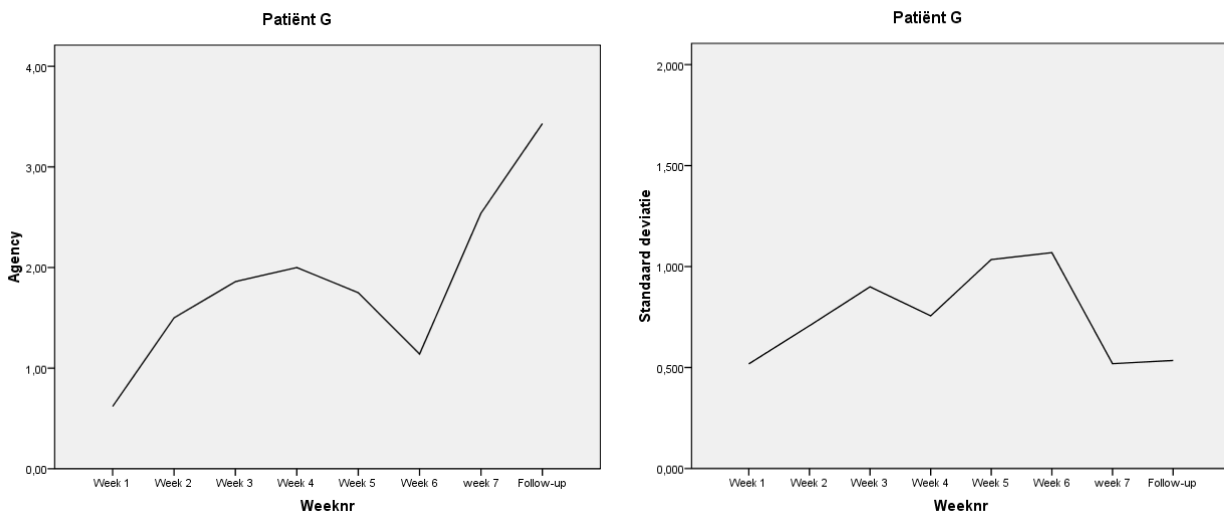
Gekeken naar de gegevens uit de vragenlijsten, is te zien dat scores op de pijnintensiteit steeds verder afnemen. De pijninterferentie neemt na afloop van de behandeling iets toe, maar zakt uiteindelijk ook weer bij follow-up (verschuivingen zijn niet klinisch relevant). Op de PCS is geen verandering te bemerken. Als we kijken naar de scores op de ACPT, zien we dat deze na afloop van de behandeling wat gezakt zijn. Dit verschil is echter niet klinisch relevant maar kan er wel op wijzen dat de pijn wat minder geaccepteerd wordt of dat hij minder activiteiten uitvoert door de pijn. Dit is in lijn met de verhoging in pijninterferentie na afloop van de behandeling. Ook lijkt deze trend zichtbaar voor de eindscores op de PIPS. Deze zijn na afloop van de behandeling sterk omhoog gegaan. Dit verschil is klinisch relevant. Dit zou betekenen dat de psychologische inflexibiliteit omhoog is gegaan en staat in sterk contrast met het doel van de behandeling alsmede met de resultaten uit de interviews. Zie bijvoorbeeld een citaat uit het follow-up interview:

Ja mooi mooi. Dus voor jou heeft het wel goed gedaan die acht weken, terwijl je in eerste instantie zoiets had van, o jé. *Ja.. ik denk er eigenlijk elke dag wel aan terug zeg maar. En vooral als je bijvoorbeeld weer iets teveel wilt gaan doen, even pas op de plaats of oh ik doe het even anders of ik doe het gewoon even niet of ik ga het werk verdelen. **Ja..** Op die manier is het wel heel leerzaam geweest en je hebt ook een stok achter de deur dat je niet meer terugwilt naar de situatie daarvoor hé?. **Ja ja ja.** Ik zie dat ook als iets heel negatiefs waar ik niet meer naar terugwil. Dat je jezelf voorbij loopt en roofofbouw op je lichaam pleegt. **Ja..** want dan ja.. je hebt veel geleerd bij het Roessingh, je moet het dan ook toe blijven passen zeg maar.*

Conclusie: Patiënt F laat een redelijke geleidelijke groei zien in agency met een uiteindelijk niveau wat boven de 3 ligt. Gegevens uit de vragenlijsten spreken deze bevindingen echter tegen. Met name de gegevens op de PIPS. Gegevens op de MPI interferentie en ACPT

spreeken de resultaten uit de interviews ook tegen maar zijn niet klinisch relevant. Reden voor deze tegenstrijdige bevindingen is niet duidelijk.

3.2.7 Patiënt G



Patiënt G is een 61 jarige vrouw met rugpijn. Haar agency niveau bij aanvang van de behandeling is vrij laag en bedraagt 0,62. Haar score op de totaalschaal psychoneuroticisme van de SCL-90 bedroeg 170 en is in vergelijking met de normale bevolking hoog maar in vergelijking met pijn patiënten op het Roesingh laag. Ze laat in de eerste 4 weken een positieve verandering zien. Na week 4 zakt ze echter langzaam maar zeker weer terug met een dieptepunt in week 6. Hierna krabbelt ze weer op en ontwikkelt ze zich vrij snel met een eindniveau van 3,43. Als we kijken naar de standaard deviaties, zien we dat deze tot week 6 geleidelijk aan wat oplopen met een kleine daling in week 4. In week 4 ging het de goede kant op met patiënt G, wat zou kunnen inhouden dat het op meerdere vlakken even goed ging op dat moment. De crisis die de patiënt doormaakt in week 6 is in de grafiek van de standaard deviaties te zien als het hoogste punt. Het lijkt er op dat het op enkele vlakken zeer slecht ging met de patiënt. De crisis is ook terug te zien in het volgende citaat uit week 6:

*“Nou ik had dus vorige week niet zo’n prettige week. **Hm hm.** Ik had ook echt een terugval, een duidelijke terugval. En dat kwam mede doordat ik eh hevige steken, messteken onderin mijn rug kreeg. Ja niet letterlijk dan **Ja..**, maar zo voelde het aan. Eh.. daardoor raakte ik weer helemaal in paniek zo van god van is dit nu he, ik ging toch redelijk vooruit en nu krijg ik zo’n hevige pijn dat gaat dan echt over mijn grens heen. Ehm.. nou nou nou kan ik gewoon niks meer. Eh.. ben weer zeer geneigd om te gaan liggen, wandelen ging moeilijk, alles ging weer moeilijk en was ik even in een hele grote dip”*

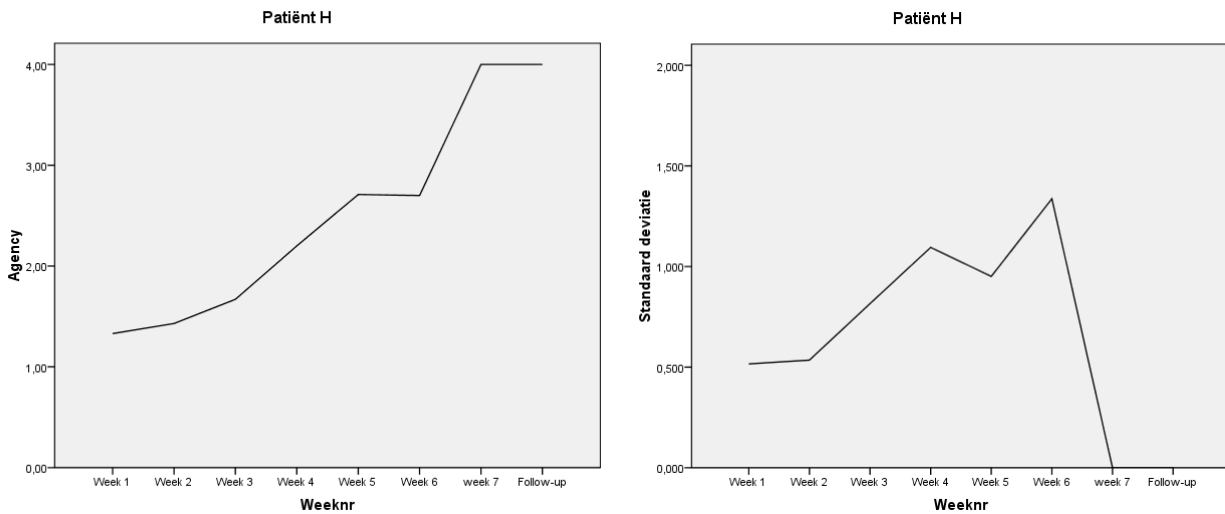
Na de 6^e week zakken ook de standaard deviaties weer omlaag en ziet het er dus naar uit dat de patiënt de crisis heeft overwonnen en op meerdere gebieden weer een positieve verandering heeft doormaakt. Dit komt ook terug in het volgende citaat uit de follow-up:

*Ik ben echt veel sterker daardoor geworden. Sowieso fysiek. **Ja..** En en.. ik heb veel meer energie gekregen.. uithoudingsvermogen. Ik kan echt al een stukje wandelen en fietsen en ook gewoon dat ik overdag gewoon veel langer bezig kan zijn. **Ja..** Ik heb ook goed geleerd om op tijd even rustpauzes te nemen. **Hm hm.** Dat merk ik ook heel goed. En ook dat ik ontspanning kan nemen, rustig even gaan zitten en lekker even ontspannen. Ja.. ik slaap ook wat beter.. ik.. ja die pijn die blijft natuurlijk wel. Maar ik, het is net alsof ik de pijn nu beter kan opvangen zelf. **Oké.. Ja.** Nou.. ik voel mij ook psychisch veel onspannender. En ja, niet meer zo gestrest en niet zo nerveus meer. Ook het emotionele zeg maar. Dat ik alles meer in perspectief kan zien. Ik kan weer rationeler over dingen denken. **Ja.. Ja..** het gaat wat dat betreft heel goed met mij.*

Kijkend naar de gegevens uit de vragenlijsten, zien we dat de pijnintensiteit bij patiënt G na afloop van de behandeling is afgenomen (klinisch relevant). Ook is een sterke daling te zien in de pijninterferentie. Dit verschil is klinisch relevant bij de follow-up. Op basis van deze gegevens kunnen we concluderen dat patiënt G minder pijn ervaart en dat pijn minder van invloed is op de activiteiten in het dagelijkse leven. Ook is een sterke daling te zien in scores op de PCS na afloop van de behandeling. Dit verschil is klinisch relevant. Hieruit kan geconcludeerd worden dat patiënt G minder catastroferende gedachten en hiermee samenhangend gedrag heeft. Scores op de ACPT nemen na afloop van de behandeling iets toe wat lijkt aan te geven dat ze de pijn meer accepteert en dus actiever is geworden en bereid is meer te doen met haar pijn. Tot slot zien we op de PIPS een sterkte afname na afloop van de behandeling (klinisch relevant). Dit is geheel in lijn met voorgaande bevindingen. De psychologische inflexibiliteit van deze patiënt is na afloop van de behandeling sterk gedaald.

Conclusie: Patiënt G laat een geleidelijk positieve ontwikkeling zien met een terugval/crisis in week 5 en 6. Hierna pakt ze de draad weer op en bereikt ze een uiteindelijk niveau van agency van rond de 3.5. Alle gegevens uit de vragenlijsten zijn in lijn met deze bevindingen. Ze ervaart minder pijn en pijn lijkt minder van invloed te zijn op haar dagelijkse bezigheden.

3.2.8 Patiënt H



Patiënt H is een 41 jarige vrouw met een whiplash. Bij aanvang van de behandeling heeft ze een agency score van 1.33. Haar score op de totaalschaal psychoneuroticisme van de SCL-90 betreft 270 en is in vergelijking met de normale bevolking zeer hoog en in vergelijking met pijnpatiënten op het Roessingh hoog. Bij aanvang was er bij haar dus sprake van psychopathologie. Gekeken naar de ontwikkeling op agency zien we een geleidelijke, dan wel een enigszins stapsgewijze positieve ontwikkeling. Ze bereikt het optimale niveau van agency in week 7 (score 4) en houdt dit ook bij de follow-up vast. Als we vervolgens kijken naar de standaard deviaties, zien we dat deze langzaam stapsgewijs oplopen met een piek in week 6 waarna ze dalen tot het nulpunt in week 7 en bij follow-up. In week 6 lijkt het er dus op dat de patiënt met bepaalde zaken al wat verder is, maar dat ze in week 7 en bij follow-up vrijwel alle obstakels overwonnen heeft. Dit positieve eindresultaat blijkt o.a. ook uit het volgende citaat uit de follow-up:

“Ja.. want als je jezelf vergelijkt met voor de behandeling en daarna, zou je daar kort iets over kunnen zeggen? Ja gewoon veel sterker, veel sterker. **Hm hm. En ja ehm.. ik kan weer genieten, ik kan weer leuke dingen doen. En ja net wat ik zeg, ik kan ook weer dingen zien liggen. Het hoeft allemaal niet meer zo perfect. En voordat ik de deur uit ging moest alles altijd helemaal netjes en ook al was er pijn of geen pijn. En nu heb ik zoiets van, ik stop gewoon van te voren. Net als vandaag, was mijn vrije dag.. Had ik ingepland, koelkast schoonmaken **Ja..** Ik denk dat is zo gepiept, even de koelkast schoonmaken. Maar ja.. ik was nog niet eens op de helft en ik had zoiets van nee.. nou moet ik stoppen dus.. **ja..** Dus dan zie ik wel weer wanneer ik het verder doe, misschien volgende week maandag weer op mijn vrije dag (gelach). En eerder waar ik aan begon dat moest gewoon af. Maar nee, nu absoluut niet. **Ja..** Dus ja.. gewoon van te voren al stoppen voordat de pijn begint. En ja.. ook met strijken, ik zie wel hoever ik kom. En eerder had ik die wasmand gewoon vol en moest hij leeg.**”

Als we vervolgens kijken naar de gegevens uit de vragenlijsten, zien we dat de pijnintensiteit iets is toegenomen na afloop van de behandeling. Bij follow-up is deze echter weer gedaald. De pijninterferentie neemt na afloop van de behandeling en bij follow-up steeds verder af. Ondanks dat ze dus wat meer pijn ervoer na afloop van de behandeling, interfereerde dit niet meer met haar dagelijkse activiteiten. Scores op de PCS zijn na afloop van de behandeling sterk gedaald. Deze daling is klinisch relevant. Patiënt H blijkt dus beduidend minder last te hebben van catastroferende gedachten en hiermee samenhangend gedrag. Scores op de ACPT zijn na afloop van de behandeling iets gezakt. Dit zou dus betekenen dat ze de pijn minder is gaan accepteren. Deze verschuiving is echter niet klinisch relevant. Scores op de PIPS zijn tot slot na afloop van de behandeling sterk gedaald. Deze daling is als klinisch relevant te beschouwen wat er dus op duidt dat de psychologische inflexibiliteit sterk gedaald is voor deze patiënt. Dit is ook terug te zien in haar ontwikkeling op agency.

Conclusie: Patiënt H laat een positieve, enigszins stapsgewijze ontwikkeling zien. Er is geen terugval te zien. Uiteindelijk bereikt ze na afloop van de behandeling een optimaal niveau van agency wat ze vast weet te houden bij follow-up. De behandeling was voor deze patiënt dus zeer geslaagd. Gegevens uit de vragenlijsten zijn in lijn met deze bevindingen, met uitzondering van de pijnintensiteit en de ACPT. Het zou echter kunnen zijn dat ze meer pijn ervaart omdat ze meer dingen doet. De pijn houdt haar niet meer tegen een waardevol leven te leiden. Waarom de scores op de ACPT na afloop iets lager liggen is onduidelijk. Het gaat hier echter maar om een kleine, niet klinisch relevante daling.

3.3 Patronen in resultaten

De voornaamste bevinding die naar voren komt, is dat geen enkele patiënt hetzelfde is en dat iedere patiënt een geheel eigen ontwikkeling laat zien. De ene patiënt laat een geleidelijk positieve ontwikkeling zien, de ander ontwikkelt zich stapsgewijs, weer een ander ontwikkelt zich met hoge pieken en diepe dalen. Ondanks dat iedere patiënt zijn / haar eigen ontwikkeling doormaakt, zien we dat het startniveau van agency bij iedereen tussen de 0,62 en 1,80 ligt. Het eindniveau ligt tussen de 2,86 en 4, met uitzondering van patiënt D (1,60). Op basis van deze gegevens kan geconcludeerd worden dat de behandeling bij iedereen goed is aangeslagen (met één uitzondering).

Als we vervolgens kijken naar de patronen die in de grafieken naar voren komen, is te zien dat bijna iedereen minimaal een keer een terugval meemaakt (met uitzondering van patiënt H). Dit is op zich geen vreemd gegeven. Terugval lijkt onderdeel te zijn van het ontwikkelingsproces. De periodes waarin het meest wordt teruggevallen verschillen echter

aanzienlijk tussen de individuele patiënten. Een terugval in de eerste weken en in week 7 lijkt het meest voor te komen. Een verklaring zou kunnen zijn dat patiënten na de start van het programma actiever worden en dus meer pijn ervaren met bijkomende gevoelens. De terugval in week 7 kan verklaard worden door het feit dat patiënten het na die week alleen zullen moeten redden. Dit brengt mogelijk gevoelens van angst met zich mee. Uiteindelijk zien we wel dat bijna iedereen de terugval weer te boven is gekomen (met uitzondering van patiënt E).

Als we nog eens terugkijken naar de niveaus van agency bij aanvang aan de behandeling (week 1), zien we bij iedereen een minimale score van 0,62. Dit terwijl je misschien ook zou kunnen verwachten dat er een aantal patiënten op 0 zouden zitten. Dit kan er mee te maken hebben dat patiënten in de eerste week al diverse inzichten mee hebben gekregen en met het feit dat de patiënten niet voor niets in behandeling zijn en hier waarschijnlijk ook gemotiveerd voor zullen zijn. Dit maakt dat niemand begint met een agency niveau van 0. Opmerkelijk is tevens dat 5 van de 8 patiënten (A, B, C, D en E) in een terugval, terugvallen naar een agency niveau wat lager is dan het niveau wat ze hadden in week 1 van de behandeling. Een verklaring zou kunnen zijn dat patiënten op het gebied van pijn een crisis doormaken of ineens meer gericht zijn op hun pijn doordat ze actiever zijn geworden, waardoor ze vaker een 0 scoren.

Terugkijkend naar de eindniveaus op agency, zien we dat alleen patiënt H een optimaal eindniveau bereikt. Patiënt A en C komen ook dicht in de buurt, patiënt F en G zijn op de goede weg, B en E blijven iets achter en patiënt D lijkt uiteindelijk niet voldoende aan de behandeling te hebben gehad om zelfstandig verder te kunnen gaan. Dit verschil in eindniveau kan door verschillende zaken verklaard worden. Zo ontwikkelt iedere patiënt zich op zijn eigen manier. De ene patiënt leert sneller en is beter in staat om zaken toe te passen en te veranderen. Een ander heeft hier meer tijd voor nodig. De omgeving zou ook een grote rol kunnen spelen. Patiënt H was tijdens de behandeling therapeutisch aan het werk. Hierdoor heeft zij op alle vlakken in haar leven de uitdagingen kunnen overwinnen en met het geleerde kunnen oefenen. Patiënt F was naast de behandeling ook aan het werk en probeerde zaken uit de therapie ook meteen binnen het werk toe te passen. Bij de overige patiënten moest nog blijken of ze de verandering konden doorvoeren naar alle vlakken in het leven en waren het voornamelijk voornemens t.a.v. de toekomst die in kaart kon worden gebracht. Dit maakt dat het lastig is om hoge eindniveaus op agency te behalen gezien op concreet gedrag gescoord wordt.

Als we kijken naar de grafieken van de standaard deviaties, zien we een tendens dat ze naarmate de behandeling vordert, wat oplopen. Bij 5 patiënten (A, C, F, G en H) daalt de standaard deviatie bij follow-up wel weer. Dit zou kunnen betekenen dat de verandering op

meerdere gebieden doorgevoerd is. De overige drie patiënten zijn duidelijk nog aan het stoeien (patiënt B, D en E). Deze laatste betreffen ook de patiënten met de laagste eindscores op agency. Vergelijken we vervolgens de agency grafieken met de grafieken voor de standaard deviaties, dan lijkt er een tendens te zijn dat de meeste sterkte stijgingen en dalingen met elkaar samenhangen in beide grafieken. Dit betekent dat wanneer de agency score sterk omhoog of omlaag schiet, dit terug te zien is in de grafiek van de standaard deviatie die of ook hoog is (men is duidelijk op het ene gebied een stuk verder dan op het andere), of ook ineens daalt (wat betekent dat men op meerdere vlakken even goed/minder goed bezig is). Uitgaande van de standaard deviaties lijkt een daling in de meeste gevallen samen te hangen met een stijging in de agency score. De spreiding wordt in die zin dus wel minder als er meer agency is.

3.4 Subjectieve analyse content

Gezien de omvang van het onderzoek, moet de content analyse helaas buiten beschouwing worden gelaten. Om toch een idee te krijgen van de factoren die zoal genoemd zijn door de patiënten, wordt in onderstaande tabel een kort overzicht gegeven. Het betreft een exploratieve analyse; factoren zijn op het zicht als eerste screening uit de verschillende interviews gehaald.

P	Aangegeven factoren	P	Aangegeven factoren
A	- Herkenning in de groep - Sfeer in de groep - Herkenning in het boek "Pijn de baas" - Communicatie modules 'nee zeggen', 'eerder uiten' 'voor jezelf opkomen' praten in de 'ik-vorm' - Ontspanningsoefeningen - Salami techniek - Praktische tips - Ergotherapie: traplopen/zitten - Erkenning krijgen	E	- Psychologie: 'geen vooroordelen hebben' 'hebt keuze' 'mildheid' 'loslaten' 'minder vermijden' 'naar jezelf luisteren' - Groep: leert van elkaar, steun, herkenning - Dingen doen, activiteiten, actiever worden - Begeleiding bij alles, durft dan meer - Afwisseling in therapie - Rustiger aan doen - Ademhalingsoefeningen - Heeft veel aan groepsleidster - Ontspanningsoefeningen - Anderen observeren je, je krijgt feedback
B	- Structuur - Alles langzamer doen, rust - Communicatie modules 'meer praten' 'inleven in anderen'. - Bewustwording - Sport, zwemmen - Grenzen stellen - Wandelen - Ontspanning – inspanning - Leren loslaten - Ergotherapie, lopen. - Psychologie 'naar jezelf kijken op een afstandje' - Boek: "Pijn de baas"	F	- De herkenning in de groep - M/v verhouding in de groep - Huiselijke sfeer in groep en op Roessingh - Persoonlijk contact, confrontaties en aandacht. - Werkt naast therapie, is een belangrijke factor - Dingen uitproberen - Evaluaties - Activiteiten verdelen - Rustmomenten inbouwen - Sporten, fitness - Zwemmen, andere manier leren - Oefeningen bij ergotherapie - Grenzen leren kennen 'pas op de plaats' 'naar jezelf luisteren'

			- Psychologie: 'meer over mezelf leren praten' was heel belangrijk voor hem. - Confrontaties - Ergotherapie en fysiotherapie
C	- Met jezelf bezig zijn - Durven sporten - Psychologie: 'zelf als context' 'gevoelens mogen er zijn' 'dingen van afstand bekijken' 'het is zoals het is' - Communicatie 'nee zeggen' 'duidelijk zijn' - In groep durven uiten - Rustmomenten, ontspannen - Maatschappelijk werk - Begeleiding bij sport, grenzen in sport - Mindfulness - Ergotherapie: houding, lopen - Zwemmen - Grenzen opzoeken - Steun in sociale omgeving - Boek: "Pijn de baas"	G	- Structuur - Herkenning - Sport, fitness 'luisteren naar eigen lichaam' - Fysiotherapie - Zwemmen - Inzicht door psychologische lessen 'eigen keuzes maken' - Ademhalingsoefeningen - Ontspanningsoefeningen - Sauna - Ontspanning - inspanning - Rustmomenten - Door te doen, inzichten - Actiever zijn heeft positieve resultaten - Praktische tips bij ergotherapie, zitten, lopen, houding - Geruststelling - Verschillende vormen van ontspanning - Maatschappelijk werk: hulp werkhervatting
D	- Dingen leren toepassen met maatschappelijk werk. Aan maatschappelijk werk heeft ze het meest. - Herkenning - Praktische tips - Psychologie: 'Gevoel meer toelaten' 'naar jezelf kijken vanuit afstand' 'de verschillende oefeningen' - Communicatie 'duidelijk zijn naar andere' - Lol hebben in de groep - Groepsopdrachten - Sporten, grenzen leren kennen - Zwemmen - Er wordt van alle kanten naar je gekeken. - Ontspanning - Partnerdag - Ergotherapie het minst leuk	H	- Feedback die je krijgt - Groep; geven ook tips door hun verhalen - Psychologie: 'leren loslaten' 'mildheid' 'het is zoals het is' 'herkenning – overbelasting, onderbelasting' - Communicatie o.a. 'duidelijker zijn naar andere toe'; kunt jezelf niet veranderen, maar als jezelf verandert veranderen anderen automatisch mee' 'nee zeggen' - Maatschappelijk werk bracht belangrijk inzicht - Met jezelf bezig zijn - Assertiviteitstrainingen - Schema's maken, activiteiten opdelen - Plannen, niet te lang doorgaan - Ademhalingsoefeningen - Rustmomenten - Ergotherapie: praktische tips - Evaluaties - Werkt er bij op therapeutische basis

Als we bovenstaande tabel bekijken, zien we dat patiënten een combinatie van specifieke (aan therapie gerelateerde aspecten) en non-specifieke (common factors) laten zien. Het merendeel van de aspecten in bovenstaande tabel betreffen specifieke factoren. Dit zijn de factoren die op het zicht het snelst uit de interviews te herleiden zijn. Wel zien we enkele non-specifieke factoren als: 'herkenning in de groep' 'sfeer' 'met jezelf bezig zijn' 'begeleiding bij alles wat je doet' 'relatie met therapeut/de groepsleider' 'huiselijke sfeer in groep op het Roessingh' en 'werken naast de therapie'. Wanneer de interviews inhoudelijk goed bekeken zullen worden, kunnen er wellicht nog veel meer factoren in kaart worden gebracht.

Hoofdstuk 4

Conclusie en discussie

4.1 Onderzoeksvragen

Dit onderzoek trachtte meer inzicht te geven in de ontwikkeling van agency tijdens het behandelproces van chronisch pijn patiënten in het Roessingh revalidatiecentrum. De onderzoeksvraag 'Is ACT effectief bij de subgroep chronische pijn patiënten die een behandeling volgen in het Roessingh revalidatie centrum', kan positief beantwoord worden. Het merendeel van de patiënten heeft baat gehad bij de ACT behandeling. Dit is in overeenstemming met de literatuur op dit gebied (Vowles & McCracken, 2008; Wicksell, Ahlqvist, Bring, Melin & Olsson, 2008; Dahl, Wilson & Nilsson, 2004; Johnston, Foster, Shennan, Starkey & Johnson, 2010; Lunde & Nordhus, 2009; Vowles, Wetherell & Sorell, 2009). Het feit dat gegevens uit de vragenlijsten (PCS en de PIPS) niet significant zijn gedaald voor de gehele groep, kan te maken hebben met de kleine groepsgrootte (n=8). Een uitbreiding van het onderzoek naar meerdere patiënten is daarom gewenst.

Tegen onze verwachtingen in waren enkele gegevens afkomstig uit de vragenlijsten niet altijd in lijn met de gegevens verkregen uit de interviews. Een verklaring hiervoor kan worden gevonden in het humeur, of de stemming die patiënten hadden op het meetmoment. Wellicht zat patiënt F niet goed in zijn vel op het moment waarop de meting plaatsvond. Dit heeft de resultaten kunnen beïnvloeden. Aangezien de follow-up interviews bij patiënt C, G en H iets later hebben plaatsgevonden dan bij de overige patiënten, heeft dit wellicht ook de uitkomsten beïnvloed. Reden was dat het met patiënt G in de week waarop het telefonische follow-up interview gepland was niet goed ging. Ditzelfde gold voor patiënt H die op dat moment in een verbouwing zat en waar het ook niet al te goed mee ging. Patiënt C was op vakantie. Maar gezien patiënten G en H na afloop van de terugval zijn benaderd op een tijdstip gekozen door de patiënt zelf, kunnen positieve uitkomstmaten dus deels vertekend zijn. Aangezien patiënt C net terug was van vakantie en in een hele goede stemming was op het moment waarop het follow-up interview plaats vond, kan dit tevens de resultaten positief hebben beïnvloed. Wellicht zou patiënt D ook positiever zijn geweest wanneer ze nog een extra week had gehad. Patiënt A en patiënt E hebben zelfs het interview in week 4 afgezegd aangezien ze op dat moment niet lekker in hun vel zaten. Geconcludeerd kan dus worden dat het humeur of de stemming op het betreffende meetmoment bepalend kan zijn.

Een andere verwachting omtrent de ontwikkeling van agency was dat de standaard deviaties naarmate de weken zouden vorderen, zouden afnemen. Het tegendeel lijkt echter waar. De

standaard deviaties worden niet zozeer kleiner, maar er is eerder een trend zichtbaar dat ze oplopen. Naarmate de weken vorderen laten patiënten dus meer spreiding zien en zijn ze op het ene vlak duidelijk al verder dan het andere. Een verklaring zou kunnen zijn dat patiënten de dingen die gemakkelijk te veranderen zijn het eerst aanpakken en naarmate ze verder in de behandeling zijn, de moeilijke zaken aanpakken waar ze uiteraard nog niet direct succesvol in zijn. Nog duidelijker naar voren komt de bevinding dat de standaarddeviatie samen hangt met groei of terugval in agency. Het blijkt dat wanneer patiënten een sterke stijging laten zien op agency, die veelal samenhangt met een daling in de standaarddeviatie. Wanneer patiënten een sterke daling laten zien in hun ontwikkeling, gaat dit vaak ook gepaard met een daling in de standaarddeviatie. Wanneer patiënten dus sterk stijgen in het niveau van agency, lijken ze dus succesvol te zijn op meerdere terreinen in het leven. Wanneer patiënten echter een terugval meemaken, zien we deze terugval ook terugkomen op andere vlakken.

Gekeken naar de deelvraag 'hoe verloopt de ontwikkeling van agency tijdens het behandelproces?' hebben we in de resultatensectie uitgebreid kunnen zien dat de ontwikkeling voor iedere patiënt anders verloopt. Zoals al eerder werd aangegeven laat de ene patiënt een geleidelijk positieve ontwikkeling zien, ontwikkelt de ander zich stapsgewijs en laat weer een ander een ontwikkeling zien met hoge pieken en diepe dalen. Iedere patiënt is uniek en zo is ieder ontwikkelingsproces uniek. Te zien was dat bijna iedere patiënt minimaal een keer een terugval meemaakt. Dit is geen raar gegeven. Terugval lijkt onderdeel te zijn van een ontwikkelingsproces. Zoals Erikson (Van der Molen & Van den Hout, 2007) ook aangeeft, moeten mensen elke keer opnieuw in het reine komen met tegenstrijdige gevoelens om door te gaan naar een nieuwe fase. In de resultatensectie is ook te zien dat er diverse individuele verschillen te onderscheiden zijn binnen het ontwikkelingsproces (deelvraag 2). De verschillen liggen dus in de manier waarop patiënten ontwikkelen, maar ook zijn verschillen te zien binnen de uitkomsten uit de vragenlijsten. De ene patiënt ervaart na afloop bijvoorbeeld veel minder pijn en kan de pijn ook beter accepteren. Een andere patiënt ervaart juist meer pijn, maar die pijn heeft wel minder invloed op het dagelijkse leven.

De deelvraag 'welke specifieke en non-specifieke factoren spelen een rol binnen de ontwikkeling; gekeken vanuit de beleving van de patiënt' is iets lastiger te beantwoorden. Om hier een duidelijk beeld van te krijgen, zou een content analyse uitgevoerd moeten worden op de data. In paragraaf 3.4 is een globale indicatie gegeven van de factoren die zijn aangegeven in de interviews. Het lijkt er op dat enkele processen uit ACT zijn terug te vinden in de interviews. Zo blijken bijna alle patiënten actiever in het leven te staan na de

behandeling en minder te vermijden (*Experiëntiele vermijding versus Acceptatie*). Door enkele patiënten wordt in de interviews genoemd dat ze even pas op de plaats nemen en van een afstandje naar zichzelf kijken. Dit komt deels overeen met *zelf als inhoud – en zelf als context*. Mindfulness (weinig contact met het nu – contact met het nu) lijkt ook terug te komen. Patiënten geven hierin met name aan dat ze meer kunnen genieten van de activiteiten. Ook lijkt het erop dat patiënten meer gaan leven naar waarden. Enkele willen bijvoorbeeld meer tijd besteden aan het gezin, anderen zijn op zoek naar een manier waarop hun werk weer betekenisvol voor ze wordt (zwakke waarden – waarden) (gebrek aan commitment – commitment). Eerder onderzoek liet zien dat vooral de kernprocessen ‘acceptatie’ en ‘waarden gerichte actie’ van belang zijn (Vowles & McCracken, 2008; McCracken & Vowles, 2008; Branstetter-Rost, Cushing & Douleh, 2009). Dit lijken in deze studie ook wel belangrijke factoren te zijn. Uit de data blijkt dat patiënten zich gedurende de behandeling positief ontwikkelen, dat ze allen actiever zijn geworden en meer zijn gaan doen ondanks de pijn.

Buiten de therapeutische technieken zijn ook non-specifieke factoren van belang. In paragraaf 3.4 zien we een combinatie van therapeutische technieken/specifieke factoren en non-specifieke factoren/common factors die door patiënten worden aangegeven. Non-specifieke factoren die genoemd worden zijn bijvoorbeeld: de sfeer op het Roessingh, het therapeutische werken naast de behandeling en het krijgen van herkenning. In de literatuur werd aangegeven dat het effect van therapieën maar voor een deel verklaard kan worden door specifieke therapeutische technieken (Butler & Strupp, 1986; Kazdin, 1979; Lambert & Barley, 2002; Wampold, 2001; Drisko, 2004; Jørgensen, 2004). Gekeken naar de gegevens uit de interviews lijken deze gegevens bevestigd te worden. Nader onderzoek op dit vlak is echter gewenst om hier meer zicht op te krijgen.

Patiënten die mee hebben gedaan aan het onderzoek evalueerden de deelname veelal als positief. Enkele patiënten maakten aantekeningen voorafgaande aan het interview zodat geen belangrijke onderdelen vergeten zouden worden. Op deze manier waren ze actiever met de stof bezig en bleef het geleerde ook beter hangen. Uit de literatuur blijkt ook dat het genereren en het vertellen van het therapieverhaal positieve resultaten zou opleveren voor het begrip en het vormen van een narratieve identiteit (Jørgensen, 2004; Adler, Skalina & McAdams, 2008). Sommige patiënten vonden het lastig om terug te kijken naar ervaringen van de afgelopen week. Het dwong ze echter wel om deze ervaringen opnieuw op te halen. Enkele patiënten zagen hun deelname echter als last. Dit waren patiënten die thuis al veel over de therapie praatten en waarbij het interview dus niet zozeer als extra kon worden gezien. Het vertellen van het therapie verhaal, al dan niet in de thuissituatie blijkt dus van

belang te zijn. Meer onderzoek op dit vlak is echter gewenst om hier meer uitspraken over te kunnen doen.

4.2 Methode

Als onderzoeksopzet is gekozen om patiënten in de eerste week van de behandeling niet te interviewen maar te starten in week 2. Het eerste interview, officieel dus in de 2^e week van de behandeling, ging dus over de behandeling in de eerste week. Patiënten werd gevraagd terug te kijken naar de afgelopen week. In de grafieken zijn maar 7 behandelweken te zien. Dit omdat het laatste interview heeft plaatsgevonden in de laatste behandelweek, de 8^e week. Tijdens dit laatste interview is gevraagd naar ervaringen van de 7^e behandelweek. Opgemerkt moet worden dat beide onderzoekers op dit aspect van elkaar verschilden. Zo heeft A. Middelink ervoor gekozen om tijdens het laatste interview naar de ervaringen van zowel week 7 als week 8 te vragen. Y. Paplowski heeft daarentegen enkel naar week 7 gevraagd. Dit kan de resultaten hebben beïnvloed. Met name de gegevens voor de 7^e week. Voor patiënten A, B, C en E is alleen behandelweek 7 meegenomen in het laatste interview. Bij patiënten D, F, G en H zijn behandelweek 7 en 8 samengenomen in het laatste interview. Beide onderzoekers hadden beter met elkaar moeten overleggen over de werkwijze van het laatste interview.

Binnen dit onderzoek kan de rol van de interviewer ook een effect hebben gehad. Dit aangezien de interviews zijn afgenomen door 2 onderzoekers die elk een eigen stijl hebben. Met het interview schema en het vooraf oefenen van de interviews is geprobeerd om onderlinge verschillen in het interviewen zo klein mogelijk te houden. Een ander effect wat heeft op kunnen treden is dat onderzoekers naarmate het onderzoek vorderde, steeds beter werden in het interviewen, een zogenaamd leer effect heeft dus op kunnen treden. Mogelijk zitten interviews tegen het einde van de behandeling wat beter in elkaar qua opbouw dan interviews die zijn afgenomen bij de start van de behandeling. Een goede interview training kan deze effecten voorkomen.

In lijn met het interviewen staat tevens de dag in de week waarop de interviews zijn afgenomen. Dit was voor iedere patiënt anders. Voorafgaande aan het onderzoek is ervoor gekozen om de patiënten zelf te laten bepalen wanneer de interviews zouden worden ingepland in het behandelprogramma. Op deze manier konden patiënten hun eigen draaglast bepalen. Enkele patiënten hadden het interview op de woensdag, andere op de donderdag en sommige op de vrijdag. Dit kan de resultaten ook hebben beïnvloed. Er kon worden opgemerkt dat het voor patiënten lastig was terug te kijken naar afgelopen

behandelweek wanneer het interview plaatsvond op de vrijdag. Patiënten zijn sneller geneigd ervaringen van de huidige week te vertellen aangezien deze ervaringen het meest vers in het geheugen liggen. Wanneer patiënten echter op de woensdag worden geïnterviewd, kunnen alleen aspecten van de week ervoor in kaart worden gebracht. Het zou dus beter zijn te beginnen met het interview voordat ze starten met de behandeling van een nieuwe week. Een ander discussiepunt is dat het enkele malen is voorgekomen dat geschoven moest worden met de dagen waarop het interview plaats kon vinden. Dit kan de resultaten ook beïnvloed hebben.

Het follow-up interview zat tevens ook iets anders in elkaar dan de interviews die wekelijks werden afgenomen. Wel is de hoofdvraag gesteld: *‘als u even probeert terug te kijken op de gehele behandeling, wat was dan het belangrijkste wat u hebt geleerd of heeft ervaren’*.

Beide onderzoekers hebben echter los van elkaar de follow-up interviews afgenomen waarin de methode onderling iets verschilde. Zo heeft A. Middellink ook gevraagd of patiënten een vergelijking konden maken van voor de behandeling en na de behandeling, en of de patiënt nog iets heeft gemist in de behandeling. Dit kan de resultaten ook beïnvloed hebben. Een ander discussiepunt gericht op de follow-up interviews is de tijdsspanne. Er is een grote variatie te zien in de momenten waarop de follow-ups zijn afgenomen (variërend van 5 tot 8 weken). Dit kan de resultaten beïnvloed hebben. Beter zou zijn om follow-up metingen allen in dezelfde week te laten plaatsvinden, waarbij zowel het telefonische follow-up interview afgenomen wordt dan wel de laatste gegevens op de vragenlijsten. Dit aangezien de follow-up meting van de MPI na 3 maanden plaatsvond. Aangezien patiënten nog terug dienen te komen voor o.a. het invullen van de follow-up vragenlijsten, zou het follow-up interview wellicht ook “face to face” plaats kunnen vinden op het Roessingh.

Een discussiepunt gericht op het scoren op agency, is dat wanneer patiënten met name vertellen over nieuwe inzichten en niet direct ingaan op de toepassing, dit redelijk laag wordt gescoord. Dit zou geïnterpreteerd kunnen worden als een terugval terwijl dit misschien helemaal niet terecht is. Het is hierbij de taak van de interviewer om ten alle tijden goed door te vragen om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van het genoemde aspect. Daar dit de eerste keer was dat beide onderzoekers op deze manier interviewden, kunnen resultaten hierdoor beïnvloed zijn. Een ander discussiepunt gericht op het scoren van agency is de grote variatie in passages in de interviews. Ze stonden er voor het ene interview bijvoorbeeld maar 5 beoordeelde passages, maar voor een ander 15. Dit beïnvloedt de standaard deviatie en kan de resultaten beïnvloed hebben.

Gekeken naar de beoordelingsprocedure, zou de subjectiviteit van de onderzoekers de resultaten ook hebben kunnen beïnvloeden. De een let bijvoorbeeld meer op 'pijn', de ander leest de stukjes meer vanuit het aspect 'controle'. Dit hebben we zo veel mogelijk geprobeerd te voorkomen door het opgestelde agency schema en de coderingsregels. Om de betrouwbaarheid te verhogen is ervoor gekozen dat beide onderzoekers alle interviews hebben beoordeeld. Aangezien de helft van alle interviews is beoordeeld door na te gaan of men het eens kon zijn met de door de ander opgestelde score, zouden de onderzoekers op dit punt wellicht beïnvloed kunnen zijn door de al opgestelde score. Beter zou misschien zijn om het schema en de beoordelingsaspecten dusdanig te verfijnen totdat een voldoende overeenstemming wordt bereikt tussen de onderzoekers.

Het kennen van de patiënten door het zelf afnemen van de interviews had voor de onderzoekers tevens een voordeel voor de latere analyse en interpretatie van de gegevens. Gezien de veelheid aan fragmenten die gescoord zijn, lijkt het niet aannemelijk dat het kennen van patiënten de resultaten heeft beïnvloed.

Bij het verwerken van de data, is gekozen om voor missing data gemiddelde te nemen. Gezien het feit dat het met sommige patiënten op die momenten heel slecht ging, zijn resultaten hierdoor beïnvloed en kan de grafiek een vertekend beeld laten zien. Beter was misschien geweest om voor patiënt A en E in week 4 een score van 0 aan te houden, daar het dusdanig slecht met hen ging dat ze niet wilden deelnemen aan het interview.

Een positief aspect is dat in het interview niet direct is gevraagd naar de ontwikkeling die de patiënten doormaakten gedurende de behandeling. Door het scoren op 'agency' is dit aspect uit het verhaal en de ervaringen van de patiënten met de therapie naar voren gekomen. Patiënten waren zich dus niet bewust dat ze beoordeeld werden op de mate van psychologische flexibiliteit oftewel agency. Dit zou enige mate van sociale wenselijkheid tegen kunnen gaan. De onderzoeksvraag was echter wel gericht op het in kaart brengen van de factoren die bij zouden dragen aan de ontwikkeling van agency. Vanwege de omvang van het onderzoek, ontbreekt de inhoudsanalyse (content analyse) van de aangegeven factoren. Wel zien we op het eerste gezicht een combinatie van specifieke factoren en non-specifieke factoren terugkomen in de interviews. Patiënten benoemen veel factoren uit specifieke behandelingen (psychologie, ergotherapie, fysiotherapie, maatschappelijk werk, sport etc.) maar ook non-specifieke factoren kunnen uit de interviews herleid worden. Een discussiepunt is dan wel: "In hoeverre zijn patiënten in staat om zich van alle factoren bewust te zijn?" Meet je wel alle factoren wanneer je direct vraagt waar patiënten het meest aan gehad hebben? Mocht het inderdaad zo zijn dat de meeste verandering bereikt wordt door

non-specifieke factoren, dan rest nog de vraag: hoe kan dit in kaart worden gebracht? Het is duidelijk dat de combinatie tussen de specifieke en non-specifieke factoren maakt dat een patiënt verandert. Op basis van dit onderzoek kan echter nog niet aangegeven worden welke exacte rol ACT hierin heeft gespeeld en welke non-specifieke factoren nu precies hebben bijgedragen aan de positieve verandering.

4.3 Nader onderzoek

Huidig onderzoek betrof een eerste pilot naar het in kaart brengen van de ontwikkeling van agency tijdens het behandelproces van chronisch pijn patiënten. Buiten de vele verschenen effectstudies blijkt kwalitatief onderzoek een belangrijke bijdrage te leveren om meer inzicht te krijgen en te verschaffen in de wijze waarop patiënten zich ontwikkelen. Het is meer dan een momentopname. Kwalitatief onderzoek geeft ons extra informatie die niet met enkel en alleen vragenlijsten in kaart kan worden gebracht. Meer kwalitatief onderzoek op dit vlak is dus gewenst. Een randopmerking is tevens dat verschenen studies gericht op de effectiviteit van ACT met name de processen: acceptatie en waarden gerichte actie in kaart brengen. Aangezien deze processen de meeste aandacht krijgen in onderzoek, lijkt het logisch dat deze processen als het meest belangrijk gezien worden. Cognitieve defusie en contact met het nu (mindfulness) wordt zo nu en dan als uitkomstmaat meegenomen. Weinig studies brengen echter alle aspecten in kaart. Tevens is er nog geen meetinstrument die het aspect 'zelf als inhoud versus zelf als context' meet. Kwalitatief onderzoek is dus ook zinvol om dit beeld verder te nuanceren.

Het is dus van belang huidig onderzoek uit te breiden naar een grotere patiëntengroep. Hierbij is het van belang om de ontwikkeling in agency in kaart te brengen, alsmede de specifieke en non-specifieke factoren middels een content analyse. Aangezien het voor de patiënten zinvol is wekelijks te evalueren op de therapie, zou het interview als vast onderdeel in het therapieprogramma opgenomen kunnen worden. Dit voorkomt ook dat patiënten bij voorbaat het interview als last zullen ervaren. Het interview dient bij voorkeur ingepland te worden op een woensdag, zodat teruggekeken kan worden naar voorafgaande behandelweek en ervaringen na afloop van die behandelweek in de thuissituatie.

Als startmeting kan de MPI en SCL-90 afgenomen worden. Het beste zou tevens zijn een vragenlijst af te nemen die alle kern processen van ACT omvat. Aangezien zo'n vragenlijst nog niet bestaat, maar veelal losse onderdelen worden gemeten, zou vervolgonderzoek zich ook op de ontwikkeling van een dergelijke vragenlijst kunnen richten. In deze studie wordt met name ingegaan op de aspecten 'experimenterale vermijding versus acceptatie' gemeten met de ACPT en de PIPS en 'cognitieve fusie versus cognitieve defusie' gemeten met de PCS en

de PIPS. Het aspect 'weinig contact met het nu versus contact met het nu' dient in vervolgonderzoek ook meegenomen te worden. Men zou hier mindfulness vragenlijsten voor kunnen gebruiken zoals bijvoorbeeld de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown & Ryan, 2003). Echter blijven dan nog drie concepten over die nog niet in kaart worden gebracht: 'zelf als inhoud versus zelf als context', 'zwakke waarden versus waarden' en tot slot 'gebrek aan commitment versus commitment'. Een goede vragenlijst om waarden in kaart brengen, alsmede het succes hierin, is de de chronic pain values inventory (CPVI) (McCracken & Yang, 2006). De ODI voegde in deze studie niet veel toe en zou wellicht beter weggelaten kunnen worden in vervolg onderzoek. Als nameting en follow-up zou de beschreven testbatterij opnieuw afgenomen moeten worden. Belangrijk hierbij is om meetmomenten zo veel mogelijk gelijk te houden voor iedere patiënt en de variatie hierin dus zo klein mogelijk te houden. De follow-up interviews dienen bij voorkeur, evenals de datum voor de follow-up vragenlijsten, vooraf vastgelegd te worden. Dit om de grote variatie in dagen/weken te voorkomen. In het laatste gesprek kunnen opmerkelijke resultaten of tegenstrijdigheden met de patiënt besproken worden zodat hierin meer inzicht wordt verkregen.

Aanbevelingen t.a.v. het interviewen is dat er een training gegeven wordt zodat alle interviewers zoveel mogelijk op één lijn komen te liggen. Een belangrijke factor hierin is: het goed doorvragen (mede voor het vergemakkelijken van het scoren achteraf). Ook moet men ervoor zorgen dat niet alleen aandacht wordt besteed aan de factoren die genoemd worden binnen de setting van het Roessingh, maar dient men ook na te gaan in hoeverre patiënten bezig zijn om het geleerde thuis toe te passen. Praktisch gezien zou het 't beste zijn wanneer een vaste ruimte beschikbaar wordt gesteld voor de afname van het interview. Dit om tussentijds "storen" dan wel van "ruimte moeten wisselen", te voorkomen. Om meer inzicht te verkrijgen in de ervaringen van de patiënt op het wekelijks terugkijken op de behandeling, kan men dit na het laatste interview evalueren.

Tot slot volgen nu enkele inhoudelijke aanbevelingen en ideeën t.a.v. vervolgonderzoek:

- Om meer inzicht te verkrijgen in de wijze waarop patiënten onderling verschillen (hoogscoorders en laagscoorders op agency), zou het wellicht interessant zijn te bepalen waarin hoogscoorders verschillen t.a.v. patiënten die wat lager scoren op agency. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat hoogscoorders op een andere manier met de aangeboden leerstof omgaan en een andere leerstijl of copingstijl hebben.
- Een vraag die kan worden gesteld is of het interview wel de beste methode is om antwoord te krijgen op al onze vragen. Het interview kan als basis worden gebruikt. Maar aangezien patiënten zich misschien niet altijd bewust zijn van specifieke dan

wel niet-specifieke factoren, zou men ter aanvulling misschien ook technieken zoals bijv. een ZAT (aangepast voor behandeling van chronisch pijn patiënten) kunnen gebruiken om inzicht te krijgen in de belangrijkste onderliggende factoren. Non-specifieke en specifieke factoren kunnen hierin worden afgewisseld waarbij de patiënt zinnen dient af te maken. Bijv.: Stilstaan bij wat ik op dit moment voel en denk is.... /Het feit dat ik in therapie ben... /Werken naast de therapie is voor mij... /De sfeer in de groep... /Accepteren dat ik pijn heb... etc.

- Om bepaalde common-factors in kaart te kunnen brengen (bijv. hoe men een behandeling ingaat), zou men misschien in het interview enkele vragen op kunnen nemen die hier wat meer op inhaken. Zoals: "Hoe ga je de behandeling in? Wat zijn je verwachtingen? etc. Dus specifiek vragen naar common-factors.

4.4 Aanbevelingen t.a.v. de praktijk

Op basis van deze studie komt duidelijk naar voren dat iedere patiënt op een geheel eigen wijze zijn/haar ontwikkeling doormaakt. Belangrijk is om in de praktijk de individualiteit in ogenschouw te blijven houden en de behandeling toe te spitsen op het individu. Zo vond patiënt D de individuele gesprekken met maatschappelijk werk het meest toevoegen en bruikbaar. Zij was vooral aan het stoeien met het toelaten van haar gevoelens en het opzoeken van haar grenzen. Ze moest vooral leren doen. Patiënt F vond daarentegen de gesprekken met de psycholoog het meest verassende en heeft daar uiteindelijk het meeste aan gehad. Hij was van mening dat vooral de persoon / het karakter aangepakt moet worden. Patiënt G worstelde daarentegen meer met het durven doen. Zij heeft het meeste gehad aan sport en alles wat met beweging te maken had. Patiënt H had het meeste aan de communicatiemodules. Een aanbeveling zou kunnen zijn dat de behandeling nog meer toegespitst gaat worden op de individuele patiënt i.p.v. het toespitsen van een behandeling op een bepaalde groep patiënten. Zo zijn er binnen het Roessingh een ruim aanbod aan disciplines vertegenwoordigd. Patiënten kunnen een basisprogramma volgen, maar daarnaast zelf modules uitkiezen waar op individueel niveau het meeste uit wordt gehaald.

Om het effect van de behandeling te vergroten, zou het tevens goed zijn dat iedere patiënt een samenvatting maakt van het geleerde van de desbetreffende week. Te zien was dat enkele patiënten hier al mee bezig waren omdat ze anders zaken zouden vergeten. Het maken van een samenvatting bleek een positieve uitwerking te hebben om geleerde zaken minder snel te vergeten. Een ander punt is het werken op therapeutische basis (dit is een non-specifieke factor). Enkele patiënten werkten naast hun behandeling. Wanneer er bijvoorbeeld op een dag in de week gewerkt wordt naast de therapie, kunnen patiënten het geleerde meteen leren toepassen in de werksituatie. Dit om te voorkomen dat ze na het

afronden van de behandeling nog een grote stap moeten nemen en hierop terug kunnen vallen.

Een ander punt wat duidelijk naar voren kwam is dat enkele patiënten het erg lastig vonden om de draad weer op te pakken na afronding van de behandeling. Het gevoel er nu helemaal alleen voor te staan werd soms als heel moeilijk ervaren. Een aanbeveling op dit vlak is dat na afronding van de behandeling, in de eerste paar weken nog enkele (bijvoorbeeld 2) terugkomdagen ingepland worden. Met het team kunnen dan mogelijke obstakels besproken worden die men tegen komt nu men niet meer fulltime in behandeling is. Ook zou het goed zijn te inventariseren wat patiënten nog nodig hebben na de behandeling om de draad weer op te kunnen pakken.

Referenties

- Adler, J.M., Skalina, L.M., & McAdams, D.P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy research*, 18, 719-734.
- Adler, J.M., & McAdams, D.P. (2007a). Telling stories about therapy: ego development, well-being, and the therapeutic relationship. In R.Josselson, A. Lieblich, D.P. McAdams (Eds), *The meaning of others, narrative studies of relationships* (pp. 213-230). Washington DC: American Psychological Association:
- Adler, J.M., & McAdams, D.P. (2007b). The narrative reconstruction of psychotherapy. *Narrative inquiry*, 17:2, 179-202.
- A-Tsjak, J., & de Groot, F (2008). Acceptance & Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Branstetter-Rost, A., Cushing, C., & Douleh, T. (2009). Personal Values and Pain Tolerance: Doels a Values intervention add to acceptance? *The Journal of pain*, 10, 887-892.
- 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
- Butler, S.F., & Strupp, H.H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: a problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, 1, 30-40.
- Brown, K.W. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychology*, 84, 822-848.
- Dahl, J., Wilson, K.G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behavior therapy* 35, 785-801.
- Drisko, J.W. (2004). Common Factors in Psychotherapy outcome: Meta-Analytic findings and their implications for practice and research. *Families in society*, 85, 81-90.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2005). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processed and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M.P., & Wilson, K.G. (2004). A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2006). ACT een experientiele weg naar gedragsverandering. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.

- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N.J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *Clinical journal of pain*, 26, 393-402.
- Jørgenson, C.R. Active ingredients in individual psychotherapy, searching for common factors. *Psychoanalytic Psychology*, 2004, 21,4,516-540.
- Kazdin, A.E. (1979). Nonspecific treatment factors in psychotherapy outcome research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47, 5, 846-851.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: J.C. Nordcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Lousberg, R., Van Breukelen, G.J.P., Groenman, N.H., Schmidt, A.J.M., Arntz, A., & Winter, F.A.M. (1999). Psychometric properties of the multidimensional pain inventory, dutch language version (MPI-DLV). *Behaviour research and therapy*, 37, 167-182.
- Lunde, L., & Nordhus, I.H. (2009). Combining acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pain in older adults.
- Mason, O., & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74,197-212.
- McAdams, D.P. (1992). *Coding autobiographical episodes for themes of agency and communion* (3rd rev.). Evanston, IL: Northwestern University.
- McCracken, L.M. (2005). *Contextual Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain*. IASP Press: Seattle.
- McCracken, L.M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164-169.
- McCracken, L.M., Gauntlett-Gilbert, J., & Vowles, K.E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*, 131, 63-69.
- McCracken, L.M., & Velleman, S.C. (2009). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and valued-based action in primary care. *Pain*, 148, 141-147.
- McCracken, L.M., & Vowles, K.E. (2008). A prospective analysis of acceptance of pain and values-based action in patients with chronic pain. *Health psychology*, 27,215-220.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E., & Eccleston, C. (2004a). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis

of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour research and therapy*, 43, 1335-1346.

- McCracken, L.M., Vowles, K.E., & Eccleston, C. (2004b). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- MacCracken, I.M., & Yang, S.-Y. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. *Pain*, 123, 137-145.
- McCracken, L.M., & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: there is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14, 170-175.
- NIP (2010) COTAN-Documentatie. Verkregen op woensdag 23 juni van: <http://www.psynip.nl/website/wat-doet-het-nip-voor-u/tests/cotan-documentatie/cotan-documentatie>
- Powers, M.B., Vording, M.B.Z.S., & Emmelkamp, P.M.G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78,73-80. Clinical case studies, 8, 296-308.
- Pull, C.B. (2008). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Psychiatry*, 22,55-60.
- Van Damme, S., Crombez, G., Vlaeyen, J.W.S., Goubert, L., Van den Broeck, A., & Van Houdenhove, B. (2000). De pain catastrophizing scale: psychometrische karakteristieken en normering. *Gedragstherapie*,3,211-222.
- Van der Molen, H.T., Perreijn, S., & Van den Hout, M.A. (2007). Klinische psychologie, theorieën en psychopathologie. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Handboek psychopathologie, deel 1 basisbegrippen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., 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.
- Vowles, K.E., & McCracken, L.M. (2008). Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76, 3,397-407.
- Vowles, K.E., Wetherell, J.L., & Sorell, J.T. (2009). Targeting acceptance, mindfulness and values-based action in chronic pain: findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention. *Cognitive and behavioral practice*, 16, 49-58.

- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2009). *Mindfulness en schematherapie, praktische training bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate*. London: Lawrence Erlbaum associates publishers.
- Wicksell, R.K., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L., & Olsson, L.G., (2008). Can exposure and acceptance strategies improve functioning and live satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 169-182.
- Wicksell, R.K., Renöfält, J., Olsson, G.L., Bond, F.W., & Melin, L. (2008). Avoidance and cognitive fusion, central components in pain relates disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). *European Journal of Pain*, 12, 491-500.

Bijlage 1

Interview schema, 1^e interview

Interview vorm: open interview • Voorstellen en aangeven wat voor onderzoek we gaan doen. <i>Het doel van mijn onderzoek is meer inzicht te krijgen in de factoren die jullie kunnen helpen om vooruit te komen. Dit om mogelijk de behandeling te verbeteren en meer inzicht te krijgen in het groeiproces.</i> <i>Ik zou u graag gedurende uw behandeling op het Roessingh wekelijks willen blijven volgen. Ik zou u graag hiervoor elke week maximaal 30 minuten willen interviewen. Hierbij zou het voor mij heel handig zijn dit op te nemen zodat ik later alles nog eens rustig terug kan luisteren. Uw gegevens worden uiteraard anoniem verwerkt. Naast het feit dat het interview voor mij heel zinvol is, hoop ik ook dat het voor u een manier is die u verder kan helpen. Aangezien ik reflecterende vragen zal stellen, kan het u wellicht ook helpen om beter zicht te krijgen op uw behandelproces.</i> <i>Vindt u het goed als het interview wordt opgenomen?</i> <i>Als er iets is wat voor u onduidelijk is of waar u het niet mee eens bent, dan kunt u mij dat gewoon laten weten.</i> • De patiënt leren kennen <i>Zo, nu heb ik een heleboel over mijzelf verteld en wat ik ga doen. Kunt u mij nu iets over uzelf vertellen, zodat ik een indruk kan krijgen van wie u bent?</i>
<i>Ik ga u zo meteen een vraag stellen waarna u mij gewoon alles kunt vertellen wat u daarover kwijt zou willen.</i>
<u>Hoofdvraag / open vraag om interview te starten:</u> • Als u even probeert terug te kijken op de afgelopen week. Wat was dan het belangrijkste wat u heeft geleerd of ervaren? • Dat kan van alles zijn. Denk bijvoorbeeld aan de behandeling die u heeft gevolgd hier op het Roessingh met de verschillende therapieën, zoals psychologie, sport, ergotherapie, fysiotherapie en maatschappelijk werk. Of misschien andere persoonlijke dingen of aspecten in uw omgeving. • Wat heeft u het meest vooruit geholpen?
<u>Doorvragen:</u> - Kunt u daar nog iets meer over vertellen? - Herhaling / samenvatting van wat de patiënt heeft gezegd - U zegt "...". Wat moet ik me hierbij voorstellen? - Stilte - Kunt u een voorbeeld geven. - Hoe bedoelt u dat? - Wat heeft daarin het meest geholpen? - Waarom was dat voor u zo belangrijk? - Zijn er misschien nog andere dingen die u hebben geholpen? - " " waar u zelf echt iets aan heeft gehad? - " " die u leven positief beïnvloed hebben? - " " die belangrijk voor u waren?

- Herhalen van de hoofdvraag
- Indien patiënt veel vertelt wat niet binnen de onderzoeksvraag valt, deze respectvol herinneren aan de onderzoeksvraag. “ ik begrijp dat ... en als we even terugkomen op de onderzoeksvraag..”
- Is er iets veranderd vergeleken met vorige week?
- Waarom werkt het niet?
- Wat zou voor u wel helpen?

Afsluiting

- Dus als ik het goed heb begrepen.. *geef een samenvatting van de punten die de patiënt heeft benoemd* zijn dat de aspecten die u tot dusver het meeste hebben geholpen in uw persoonlijke ontwikkeling. Klopt dit?
- Heeft u nog aanvullingen hierop?
- Heeft u zelf nog vragen of opmerkingen over het interview?
- Mocht u nog iets te binnenschieten dan kunt u mij ten alle tijden mailen.
- Mocht u trouwens geïnteresseerd zijn in de resultaten van het onderzoek dan kunt u dit gewoon aangeven zodat ik u een kopie kan toesturen.
- Ik wil u heel erg bedanken voor de moeite. Ik vond het heel erg interessant om naar uw verhaal te luisteren en het heeft mij zeker verder geholpen. Succes gewenst deze week en dan spreek ik u komende week weer.

Bijlage 2

Interview schema, overige interviews

Inleiding op het interview

- Kort praatje met de patiënt of andere luchtige onderwerpen om het interview op te starten.
- *Hoe gaat het met u?*
- *Het weer*
- *Etc.*

Hoofdvraag / open vraag om interview te starten:

- Als u even probeert terug te kijken op de afgelopen week.. Wat was dan het belangrijkste wat u heeft geleerd of ervaren.
- Dat kan van alles zijn. Denk bijvoorbeeld aan de behandeling die u heeft gevolgd hier op het Roessingh met de verschillende therapieën zoals psychologie, sport, ergotherapie, fysiotherapie en maatschappelijk werk. Of misschien andere persoonlijke dingen of aspecten in uw omgeving.
- Wat heeft u het meest vooruit geholpen?

Doorvragen:

- Kunt u daar nog iets meer over vertellen?
- Herhaling / samenvatting van wat de patiënt heeft gezegd
- U zegt "...". Wat moet ik me hierbij voorstellen?
- Stilte
- Kunt u een voorbeeld geven?
- Hoe bedoelt u dat?
- Wat heeft u daarin het meest geholpen?
- Waarom was dat voor u zo belangrijk?
- Zijn er misschien nog andere dingen die u hebben geholpen?
- " " waar u zelf echt iets aan heeft gehad?
- " " die u leven positief beïnvloed hebben?
- " " die belangrijk voor u waren?
- Herhalen van de hoofdvraag
- Indien patiënt veel verteld wat niet binnen de onderzoeksvraag valt, deze respectvol herinneren aan de onderzoeksvraag. " ik begrijp dat ... en als we even terugkomen op de onderzoeksvraag.."
- Is er iets veranderd vergeleken met vorige week?

Als de patiënt zegt dat niets geholpen heeft de afgelopen week:

- Wat was voor u zo onbevredigend?
- Wat had u verwacht / nodig?
- Wat had beter gekund?
- Wat had u wel kunnen helpen?

Afsluiting

- Dus als ik het goed heb begrepen.. *geef een samenvatting van de punten die de patiënt heeft benoemd* zijn dat de aspecten die u afgelopen week het meeste hebben geholpen in uw persoonlijke ontwikkeling. Klopt dit?
- Heeft u nog aanvullingen hierop?
- Heeft u zelf nog vragen of opmerkingen over het interview?
- Mocht u nog iets te binnenschieten dan kunt u mij altijd mailen.
- Ik wil u heel erg bedanken voor de moeite. Ik vond het heel erg interessant om naar uw verhaal te luisteren en het heeft mij zeker verder geholpen. Succes gewenst deze week en dan spreek ik u komende week weer.

Bijlage 3

Interview schema, follow-up

Inleiding op het interview

- Kort praatje met de patiënt of andere luchtige onderwerpen om het interview op te starten.

Hoofdvraag / open vraag om interview te starten:

- Hoe gaat het nu met u?
- Als u even probeert terug te kijken op de gehele behandeling. Wat was dan het belangrijkste wat u heeft geleerd of heeft ervaren.
- Dat kan van alles zijn. Denk bijvoorbeeld aan de behandeling die u heeft gevolgd hier op het Roessingh met de verschillende therapieën zoals psychologie, sport, ergotherapie, fysiotherapie en maatschappelijk werk. Of misschien andere persoonlijke dingen of aspecten in uw omgeving.
- Wat heeft u het meest vooruit geholpen?

Doorvragen:

- Kunt u daar nog iets meer over vertellen?
- Herhaling / samenvatting van wat de patiënt heeft gezegd
- U zegt "...". Wat moet ik me hierbij voorstellen?
- Stilte
- Kunt u een voorbeeld geven.
- Hoe bedoelt u dat?
- Wat heeft u daarin het meest geholpen?
- Waarom was dat voor u zo belangrijk?
- Zijn er misschien nog andere dingen die u hebben geholpen?
- " " waar u zelf echt iets aan heeft gehad?
- " " die u leven positief beïnvloed hebben?
- " " die belangrijk voor u waren?
- Herhalen van de hoofdvraag
- Indien patiënt veel verteld wat niet binnen de onderzoeksvraag valt, deze respectvol herinneren aan de onderzoeksvraag. " ik begrijp dat ... en als we even terugkomen op de onderzoeksvraag.."
- Wat is het verschil als u naar uzelf kijkt met voor en na de behandeling?
- Hoe ziet een week er nu uit? (om een beeld te krijgen van het leven van de patiënt indien het lastig is het anders te verwoorden).
- Wat vond u goed aan de behandeling?
- Zijn er nog dingen die u gemist heeft?

Afsluiting

- Dus als ik het goed heb begrepen.. *geef een samenvatting van de punten die de patiënt heeft benoemd* zijn dat de aspecten die u in de afgelopen periode het meeste hebben geholpen in uw persoonlijke ontwikkeling. Klopt dit?
- Heeft u nog aanvullingen hierop?
- Patiënt bedanken voor deelname aan het onderzoek.

Bijlage 4

Scoresysteem behandeling chronische pijn patiënten

0	<i>Pijn:</i> Het leven van de patiënt staat volledig in het teken van de pijn. <i>Controle:</i> De controle over acties ligt volledig bij anderen. <i>Toepassing:</i> De patiënt heeft nog weinig inzichten verkregen uit de therapie. Past het geleerde uit de therapie nog niet toe en heeft ook nog geen plannen om dit te doen.
1	<i>Pijn:</i> Het leven van de patiënt staat grotendeels in het teken van de pijn, maar er is al sprake van enig inzicht dat de leefstijl veranderd moet worden. <i>Controle:</i> De controle over acties ligt grotendeels bij anderen. <i>Toepassing:</i> Patiënt begint inzichten te krijgen welke uit de therapieën naar voren komen en is van plan enkele zaken toe te gaan passen.
2	<i>Pijn:</i> Patiënt probeert enkele zaken uit te proberen, maar dit is vanwege de pijn nog vrij weinig. <i>Controle:</i> De controle over acties ligt deels bij de patiënt en deels bij anderen. <i>Toepassing:</i> Patiënt begint steeds meer te leren in de therapieën, maakt plannen en past enkele zaken toe binnen het Roessingh en probeert dit ook in de thuissituatie.
3	<i>Pijn:</i> Patiënt doet dingen met pijn. Het leven van de patiënt wordt minder beïnvloed door de pijn. De pijn wordt nog steeds genoemd, maar speelt niet meer zo'n grote rol. <i>Controle:</i> De controle over acties ligt grotendeels bij de patiënt. <i>Toepassing:</i> Patiënt probeert meerdere geleerde zaken uit de therapie toe te passen binnen het Roessingh en in de thuissituatie (privé en / of werk). Patiënt is hierin nog niet altijd succesvol.
4	<i>Pijn:</i> Het leven van de patiënt vindt los van de pijn plaats. De pijn wordt niet meer als issue genoemd. <i>Controle:</i> De controle over acties ligt volledig bij de patiënt. Patiënt bepaalt zijn eigen leven. Patiënt heeft geworsteld met zaken in de omgeving om het leven weer in eigen hand te krijgen en of patiënt geeft aan dat hij / zij veranderd is. <i>Toepassing:</i> Patiënt is actief met al het geleerde bezig en past de zaken uit de therapie zo goed mogelijk toe in zijn leven op diverse terreinen (zowel privé als werk).

Bijlage 5

Coderingsregels

- 1.) Gedrag in het verleden, dus van vóór de behandeling, wordt niet gecodeerd (score 9). Bij een vergelijking met het huidige gedrag en het gedrag in het verleden, wordt alleen het huidige gedrag gescoord.
- 2.) In de codering worden zo veel mogelijk onderdelen van 'agency' betrokken (pijn, controle, toepassing). Zodra één van de onderdelen voorkomt kan gescoord worden.
- 3.) Als er grotendeels een beschrijving plaats vindt van hetgeen gebeurt is, en wanneer te veel interpretatie nodig zou zijn met betrekking op wat dat voor de persoon betekent, wordt een score 9 toegekend.
- 4.) We scoren niet het gevolg (succes of falen) van 'agency', maar alleen de 'agency' zelf. We kijken altijd wie de aanzetter van het gedrag is. Indien een passage alleen ingaat op het gevolg van 'agency' wordt een score 9 toegekend.
- 5.) We scoren op concreet gedrag en bijvoorbeeld niet hoe enthousiast iemand over de behandeling praat.
- 6.) Als iemand een gedrag met hoge 'agency' voor de eerste keer uitvoert dan kan het meestal niet met een 4 gecodeerd worden, omdat er nog geen stabiliteit in het gedrag bereikt is. Alleen in het uitzonderlijke geval dat men volledig ervan overtuigd is dat de patiënt de regie in zijn eigen handen heeft kan een 4 gescoord worden.