

De ontwikkeling van agency
binnen Acceptance and Commitment Therapy
bij patiënten met chronische pijn

Yvonne Paplowski
Universiteit Twente

Abstract

There is growing evidence for the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of chronic pain patients. The main aim of ACT is to increase psychological flexibility. It is still unclear how this attribute develops. To answer this question, eight chronic pain patients were interviewed weekly during an eight week treatment and were rated on their degree of agency, which has been used as operationalisation of psychological flexibility. Although every patient showed his own pattern, in general, agency reached a low point during treatment and increased at the end of the treatment and at follow-up. Furthermore the scores from the second and seventh week were significantly correlated with the scores at follow-up. In the middle of the therapy the standard deviation (between the sections of an interview) turned out to be up to one third higher than at the end or beginning of treatment. It is concluded that the aim of the therapy has been achieved and that every patient develops in their own way, with a characteristic crisis that may be a necessary step for further personal development. The response to the therapy at the beginning of treatment is predictive for total therapy response and the patients do not undergo a critical change after therapy ends. In addition, the pattern of the standard deviation indicates that agency develops not totally symmetrically in all life domains.

Samenvatting

Er is toenemend bewijs voor de effectiviteit van Acceptance and Commitment Therapy (ACT) bij de behandeling van patiënten met chronische pijn. Het hoofddoel van ACT is het verhogen van psychologische flexibiliteit. Er is nog onduidelijk op welke manier deze eigenschap zich ontwikkelt. Om een antwoord te geven op deze vraag zijn acht chronische pijnpatiënten wekelijks geïnterviewd tijdens een acht weken durende behandeling en beoordeeld op hun mate van agency, welke als operationalisatie van psychologische flexibiliteit werd gebruikt. Hoewel iedere patiënt zijn eigen patroon liet zien, bereikte de agency over het algemeen een dieptepunt in de loop van de behandeling en was verhoogd aan het einde van de behandeling en bij follow-up, waarbij de scores van de tweede en de zevende behandelweek significant correleerden met de scores bij follow-up. Rond het midden van de behandeling was de standaarddeviatie (van de tekstgedeeltes van een interview) tot een derde hoger dan bij begin of eind van de behandeling. De conclusie is dat het therapiedoel wordt bereikt en dat iedere patiënt op zijn eigen manier ontwikkelt, met een karakteristieke crisis, die een noodzakelijke stap voor verdere persoonlijke ontwikkeling kan zijn. Verder kan geconcludeerd worden dat de therapierespons in het begin voorspellende waarde heeft voor de totale therapierespons en dat de patiënten na afloop van de therapie niet meer cruciaal veranderen. Bovendien toont het patroon van de standaarddeviatie aan dat de agency zich niet op alle levensgebieden symmetrisch ontwikkelt.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	
1.1 Opbouw	5
1.2 Chronische pijn	5
1.3 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	8
1.4 Agency	12
1.5 Vraagstelling en hypothesen	14
2. Methodiek	
2.1 Behandeling	16
2.2 Participanten	16
2.3 Design en verkrijging van data	16
2.4 Codering	17
2.5 Metingen van neuroticisme, pijn, acceptatie, catastroferen en psychologische flexibiliteit	22
3. Resultaten	
3.1 Ontwikkeling van pijn, acceptatie, catastroferen en psychologische flexibiliteit	26
3.2 Ontwikkeling van agency	29
4. Discussie	
4.1 Beantwoording van de onderzoeksvraag	46
4.2 Terugkoppeling naar de literatuur	46
4.3 Beperkingen en aanbevelingen	49
4.4 Klinische aanbevelingen	50
Referenties	52
Aanhang	56

1. Inleiding

1.1 Opbouw

Er zijn steeds meer indicaties dat een ACT-therapie kan helpen bij de behandeling van chronische pijnpatiënten. Echter bestaat er nog onduidelijkheid over wat zich binnen de behandeling afspeelt. De bijdrage van deze scriptie is daarom inzichten te geven op de manier waarop dit ontwikkelingsproces plaats vindt.

Deze scriptie bestaat uit vier hoofdstukken: inleiding, methodiek, resultaten en discussie. De inleiding behandelt de drie onderwerpen chronische pijn, Acceptance and Commitment Therapie en agency. Daarna volgen de vraagstelling en de hypothesen.

De methodiek-sectie geeft informatie over de behandeling, de participanten, het gekozen design en de verkrijging van data, en geeft aan hoe neuroticisme, pijn, acceptatie, catastroferen en psychologische flexibiliteit via de vragenlijsten zijn gemeten. In de resultaten-sectie wordt de agency-ontwikkeling van de patiënten gepresenteerd en aangevuld met resultaten uit vragenlijsten.

De discussie sluit af met de beantwoording van de onderzoeksvraag en de terugkoppeling naar de literatuur uit de inleiding. Verder worden beperkingen van dit onderzoek besproken en aanbevelingen voor verder onderzoek gegeven. Tot slot worden aanbevelingen voor de klinische praktijk gegeven.

1.2 Chronische pijn

Het probleem van chronische pijn. Een van de grootste studies die ooit naar pijn is gedaan (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006) toont aan dat 19% van de Europese bevolking lijdt aan matige tot ernstige chronische pijn en dat dit een grote negatieve invloed heeft op de kwaliteit van hun werk en sociaal leven. Van deze mensen wordt slechts een klein aantal door pijnspecialisten behandeld en bijna de helft ontvangt een inadequate of überhaupt geen behandeling. Dit maakt chronische pijn tot een van de grootste gezondheidsproblemen in Europa waar nog niet voldoende aandacht aan geschonken wordt. Eerdere studies vertonen overeenkomstige resultaten.

Chronische pijn leidt niet alleen tot fysieke, psychische en sociale problemen bij de betrokkenen, maar is ook een groot economisch probleem. Maetzel en Li (2002) concluderen in hun review over de economische kosten van lage rugpijn (een van de meest voorkomende vormen van chronisch pijn) dat deze kosten hoog zijn en vergelijkbaar zijn met de kosten van andere ziektes zoals hoofdpijn, hartziekten, depressie en diabetes. Een klein percentage van

patiënten met chronische rugpijn is hierbij verantwoordelijk voor een groot deel van de kosten.

Ook Van Tulder, Koes en Bouter (1995) constateren dat chronische pijnklachten veel voorkomen en voor hoge economische kosten zorgen, met name veroorzaakt door functionele beperkingen, arbeidsverzuim en werkloosheid. De kosten in Nederland voor mensen met chronische lage rugpijn worden geschat op 4 miljard euro per jaar, waarvan slechts 7% gerelateerd is aan medische interventies en waarvan het overgrote deel (93%) gerelateerd is aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en arbeidsverzuim.

Definitie en oorzaak van chronisch pijn. De International Association for the Study of Pain (IASP) definieert pijn als een onplezierige sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of beschreven wordt in termen van een dergelijke weefselbeschadiging. De uiting van pijn is individueel en cultureel bepaald (Merskey & Bogduk, 1994). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen acute en chronische pijn. Vaak begint de pijn acuut en gaat weer over zodra de weefselschade genezen is. Maar hij kan ook chronisch worden of chronisch recidiveren (Werkgroep Consensus Pijnrevalidatie 2003).

Er bestaan verschillende opvattingen over vanaf welke periode pijn als chronisch wordt betiteld. Volgens de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN), een werkgroep van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) is pijn chronisch te noemen als deze langer dan twaalf weken bestaat.¹ Maar afgezien van deze min of meer willekeurig gekozen periode wordt pijn door hen als chronisch beschouwd als pijnklachten blijven bestaan, ondanks dat de weefselschade grotendeels genezen is of stabiel aanwezig is. Pijn heeft in een dergelijk geval niet meer zijn oorspronkelijke functie, namelijk als waarschuwing voor (dreigende) weefselschade, maar lijkt een eigen leven te leiden. De relatie tot de oorspronkelijke pijnlijke prikkel is dan meer en meer afgenomen en is niet meer door een aandoening of weefselschade te verklaren. Men spreekt dan van aspecifieke pijn (ibid.).

Op basis van deze visie spreekt de WPN van chronische pijn als er "geen voldoende lichamelijke verklaring (meer) is voor de ernst van de klachten en beperkingen en een op stoornis gerichte behandeling geen verbetering (meer) geeft". Ze zien hierbij niet alleen de pijn als probleem, maar ook de daaruit resulterende belevingen en beperkingen in het dagelijks leven en de derhalve afnemende subjectieve kwaliteit van leven. Ook bij specifieke

¹ Echter wordt overwogen deze termijn in te korten tot zes weken.

pijn (bestaan van een somatische aandoening) bestaan er vaak meer beperkingen dan vanuit de ernst van aandoening verklaard kunnen worden (ibid.).

De invloed van psychische factoren bij chronische pijn. De WPN wijst erop dat bij pijn vooral somatische factoren een rol kunnen spelen, maar dat ook psychische en sociale factoren de pijn kunnen onderhouden of zelfs veroorzaken. Klachten en beperkingen beïnvloeden elkaar wederzijds. Er bestaat een discrepantie tussen de somatische oorzaak en de mate van daaruit resulterende beperkingen. De overgang tussen deze beide extremen wordt als gradueel gezien. De WPN heeft voor de pijnproblematiek een scoringssysteem van niveau 1 (alleen somatische problematiek) tot niveau 4 (psychische factoren als enige oorzaak of onderhoudende factor) opgesteld (ibid.).

Sinds de jaren '50/'60 wordt de oorzaak van chronische pijn steeds minder als biologisch ofwel medisch gezien. Chronische pijn is complex en kan meestal niet tot één enkele oorzaak gereduceerd worden. Daarom ontvangen chronische pijnpatiënten in de revalidatiecentra vaak een multidisciplinaire behandeling. Oorzakelijke of onderhoudende factoren die in een dergelijke behandeling centraal staan, zijn bijvoorbeeld spierspanning (via ontspanningsoefeningen), verminderde conditie (via sport), sociale aspecten (via maatschappelijk werk) en psychologische factoren. Deze spelen bijvoorbeeld een rol als de pijn aangeleerd is of een emotie is. Ook kan het gaan om de beleving van pijn, die beïnvloed wordt door eerdere ervaringen, gedachten en persoonlijkheid. Ook stemming, bewegingsangst en vermijdingsgedrag hebben invloed. Volgens de WPN zijn de genoemde factoren bij iedere chronische pijnpatiënt te vinden, alleen de mate en verhouding verschillen per individu (ibid.).

In de pijnrevalidatie komen zowel patiënten met specifieke als met aspecifieke pijn terecht, als de pijn hen in abnormale maat beperkt. Doel van de behandeling is daarbij niet - zoals men misschien zou verwachten en wat meestal ook de hulpvraag van de patiënten is - het laten verdwijnen van de pijn, maar de verhoging van de kwaliteit van het leven, het bereiken van een optimaal activiteitsniveau (niet te veel en niet te weinig), verminderen van onderhoudende factoren en de patiënt leren beter met zijn klachten om te gaan. Door het veranderen van de leefstijl wordt de pijn dan vaak ook anders beleefd. Hoe meer psychische en sociale factoren deel van de pijn uitmaken, hoe meer afstemming daarop in de hele behandeling nodig is. Er wordt veel gebruik gemaakt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie en steeds meer worden acceptatiegebaseerde derde-golf-gedragstherapiën en

in het bijzonder Acceptance and Commitment-Therapy (ACT) toegepast in de behandeling van chronische pijn (ibid.).

Het Roessingh

Sinds 2005 is ook het revalidatiecentrum Het Roessingh in Enschede begonnen ACT bij de behandeling van chronische pijnpatiënten toe te passen. Bij de pijnrevalidatie van Het Roessingh komen mensen terecht met chronische pijn en vermoeidheid, waarvoor geen afdoende biomedische behandeling meer mogelijk is en die beperkt zijn in hun functioneren. Doel van de behandeling is het reduceren van beperkingen, zodat de revalidant weer zo goed mogelijk kan deelnemen aan de maatschappij. De pijnrevalidatie behandelt mensen met chronische benigne pijnsyndroom, lage rugpijn, fibromyalgie, nek- en schouderpijn waaronder 'whiplash associated disorders' (WAD), chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) en oncologische patiënten met een goede prognose. De behandelprogramma's voor pijnrevalidatie zijn CARF²-geaccrediteerd. Het Roessingh is tevens door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen als innovatiecentrum voor pijnrevalidatie en revalidatietechnologie. Het Roessingh heeft positieve ervaringen met de introductie van ACT en is van plan helemaal naar een ACT-behandeling over te stappen. Tot nu toe, echter, beperkte zich het onderzoek ook hier tot vragenlijsten die voor en na de behandeling zijn afgenomen, welke wenselijke resultaten hebben opgeleverd. Over de werkwijze van ACT en wat er tijdens de behandeling allemaal gebeurt is nog niet veel bekend. De resultaten van dit onderzoek zullen dus ook voor hen van belang zijn.

1.3 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) behoort tot de derde generatie gedragstherapiën. Waar de eerste generatie gedragstherapie zich vooral bezig houdt met principes als operante conditionering en de tweede generatie gedragstherapie zich richt op het beïnvloeden en veranderen van menselijke cognities (cognitieve gedragstherapie), richt de derde generatie zich met name op de context en de functie van psychologische fenomenen (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; McCracken 2005). ACT richt zich niet op het veranderen van de inhoud van cognities maar op het veranderen van de relaties tussen cognities. Door de cognities in een ander kader te plaatsen (en mensen dus op een andere manier te laten kijken naar hun gedachten) verandert de functie van de cognities. Dit is nodig omdat volgens ACT mensen de neiging hebben hun gedrag te laten sturen door inflexibele

2 Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities, een internationaal kwaliteitssysteem dat zich primair op de patiënt richt

verbale processen waarin mensen zich fixeren op de letterlijke inhoud van hun gedachten en evaluaties. Hierdoor vallen gedachten en werkelijkheid samen (met andere woorden: ze zijn gefuseerd). Deze cognitieve fusie kan leiden tot experiëntiële vermijding (het tevergeefs willen controleren of vermijden van pijnlijke gedachten, gevoelens, gewaarwordingen) en psychologische inflexibiliteit en is daarmee een belangrijke bron voor het ontstaan van psychopathologie (Hayes et al., 2006).

Bij mensen met chronische pijn komt experiëntiële vermijding vaak voor (Hayes & Duckworth, 2006). Verschillende studies laten zien dat experiëntiële vermijding bij mensen met chronische pijn kan leiden tot het ervaren van meer pijn en het ervaren van meer pijn-gerelateerde angst met als reactie daarop vermijding van alles wat deze pijn kan veroorzaken (A-Tjak & De Groot 2008). Vermijding van pijn betekent vaak dat men bepaalde bewegingen of activiteiten uit de weg gaat. Inactiviteit en daarmee een verslechtering van de fysieke gesteldheid is hiervan het gevolg. Deze inactiviteit heeft echter ook andere consequenties. De constante strijd die men levert tegen de pijn zorgt ervoor dat de pijn meer en meer centraal komt te staan in het leven van de patiënt. In deze strijd tegen de pijn kunnen waardevolle levensdoelen uit het oog worden verloren en kan men in een sociaal isolement raken, met allerlei psychosociale problemen tot gevolg (McCracken, 1998). ACT probeert deze vermijding tegen te gaan door de psychologische flexibiliteit van mensen te vergroten en toe te werken naar een meer accepterende houding ten opzichte van de pijn. Door pijn niet langer te zien als iets dat in de weg staat tot het leiden van een waardevol en bevredigend leven, kan vermijding van pijn worden tegengegaan.

Het ultieme doel van ACT is dus het vergroten van psychologische flexibiliteit. Hieronder wordt het vermogen verstaan bewuster contact te maken met het hier en nu en het gedrag naar de gekozen waarden te richten (Hayes et al. 2006). Dit doel zal met zes processen worden bereikt:

- acceptatie: het accepteren van negatieve ervaringen in plaats van het proberen om deze te vermijden
- cognitieve defusie: inzien dat gedachten en gevoelens niet altijd iets zeggen over de werkelijkheid
- zelf-als-context: jezelf leren zien in context van je omgeving, je problemen zijn niet wie je bent
- waarden: ontdekken wat je echt belangrijk vindt in het leven

- toegewijde actie: het vertalen van waarden naar concreet gedrag, waarbij men zich niet laat leiden door pijn, maar door wat men belangrijk vindt in het leven
- mindfulness: de vaardigheid om oordeelvrij in het hier-en-nu je ervaringen te observeren en te ondergaan, zonder daarbij deze ervaringen/gevoelens/gedachten te willen veranderen

Verder beschrijft Hayes nog het proces van "creatieve hopeloosheid". Hiermee wordt het inzicht bedoeld dat de strategieën (zoals controle-gebaseerde) geen nut hebben. Pas als de patiënt dit inziet is hij bereid tot verandering. Creatieve hopeloosheid wordt meestal niet bij de kernprocessen van ACT genoemd, maar vormt wel de basis voor de andere zes processen.

ACT is inmiddels veel toegepast voor uiteenlopende problemen. Er zijn vier reviews respectievelijk meta-analyses van ACT studies gevonden: Powers, Zum Vörde, Sive Vörding en Emmelkamp (2009) concluderen dat ACT effectiever is dan de controle-conditie, maar zij vonden geen bewijs dat ACT effectiever is dan gangbare behandelingen. Öst (2007) vond een gemiddeld effect voor ACT. Pull (2008) ziet veelbelovende resultaten, maar constateert dat er nog geen bewijs voor bestaat dat ACT even effectief of effectiever is dan andere behandelingen. Ruiz (2010) vindt ondersteuning voor het ACT-model maar concludeert tevens dat verder onderzoek nodig is.

Onderzoek naar ACT bij chronisch pijn. ACT wordt de laatste jaren ook steeds vaker bestudeerd als interventie voor mensen met chronische pijn. In de volgende literatuurverkenning worden de resultaten van verschillende typen studies samengevat.

Studies met controle-groep. In de gerandomiseerde klinische studie van Dahl, Wilson en Nilsson (2004) maakte de ACT-groep (deze ontving ook gewone medische behandeling) minder gebruik van medische behandeling dan participanten die gewone medische behandeling alléén ontvingen. Er waren echter geen verschillen voor pijn, stress en kwaliteit van leven.

In de gerandomiseerde klinische studie van Wicksell, Melin, Lekander en Olsson (2008) scoorden kinderen/adolescenten die ACT ontvingen in vergelijking met de gangbare behandeling (een multidisciplinaire behandeling plus medicatie) beter qua angst voor (her-) letsel en bewegingen, kwaliteit van leven en pijninterferentie.

In het de gerandomiseerde klinische studie van Wicksell, Ahlqvist, Bring, Melin en Olsson (2008) scoorde de ACT (+ gangbare behandeling) groep niet beter qua pijnintensiteit, maar wel beter qua angst voor bewegingen, depressie, levenstevredenheid, psychologische

flexibiliteit en belemmering door pijn, in vergelijking met de groep die de gangbare behandeling alléén ontvingen.

In de gecontroleerde klinische studie van Vowles, McNeil, Gross, McDaniel, Mouse, Bates, Gallimore en McCall (2007) verkreeg de groep die naar pijn-acceptatie-instructies luisterde een beter fysiek functioneren dan de voortgezette praktijk-groep en nog beter dan de groep die naar pijn controle-instructies luisterde (deze verslechterde zelfs).

In het quasi-experimentele proefonderzoek van Vowles, Wetherell en Sorrell (2009)³ werden voor de ACT-groep in vergelijking met pre-behandeling gemiddelde effecten voor pijn, een groot effect voor depressie en pijn-gerelateerde angst, een groot effect voor lichamelijke beperking, en een gemiddelde effect voor acceptatie gevonden. Ook in vergelijking met cognitieve gedragstherapie (CBT) behaalde de ACT-groep betere resultaten, behalve bij acceptatie.

One-group-pretest-posttest-studies. Vowles en McCracken (2008) constateerden gemiddelde tot grote effecten in pijn, depressie, pijn-gerelateerde angst, invaliditeit, medische consultatie, werk status, psychosociaal gebrek en lichamelijk vermogen. De uitkomsten op deze domeinen stonden in positief verband met acceptatie en waarde-gericht gedrag.

McCracken, Mac Kichan en Eccleston (2007) vonden bij contextuele cognitieve gedragstherapie⁴ een klinisch significante verbetering qua pijnintensiteit (maar alleen bij minder gehandicapte patiënten), pijngerelateerde stress en angst, depressie, lichamelijke en psychosociale beperking, acceptatie, activiteit en het nemen van pauzes.

Bij McCracken, Vowles en Eccleston (2005) had de ACT-groep minder pijn en pijn-gerelateerde angst, minder fysieke en psychosociale beperkingen, namen minder pijn-medicatie en minder pauzes op grond van pijn, konden een langere wandeltijd volhouden en hadden een betere sit-to-stand-prestatie. De meesten wenselijke uitkomsten correleerden positief met acceptatie.

In het proefonderzoek⁵ van Vowles, Wetherell en Sorrell (2009) werd een significante verbetering qua pijn, depressie, pijn-gerelateerde angst en acceptatie gevonden. De verbetering in fysieke beperking was net niet significant.

Vowles, McCracken en Eccleston (2007) vonden bij deelnemers aan een contextuele behandeling verbeteringen in depressie, pijn-gerelateerde angst, lichamelijke beperking,

3 Het gaat om het tweede onderzoek van totaal 2 in het artikel.

4 Een eveneens op acceptatie gebaseerde therapie

5 Het eerste van in totaal twee studies die in het artikel beschreven staan

wandelsnelheid en sit-to-stand-frequentie. Catastroferen en acceptatie had daarbij een grotere invloed op de behandeluitkomsten, dan pijnintensiteit.

Wicksell, Melin en Olsson (2007) deden een proefonderzoek met adolescenten en vonden verbeteringen in pijn intensiteit en interferentie, catastroferen, functionele vaardigheden en aanwezigheid op school. Alleen voor medicatiegebruik vonden zij geen verschil.

Case-studies. Verder zijn er nog drie case-studies gedaan, alle met gunstige uitkomsten. Bij Luciano, Visdómine, Gutiérrez, & Montesinos (2001) leidde de behandeling tot het benadrukken van levenswaarden, lagere vermijdingsresponsen, veranderd redenerend gedrag and minder pijn. Kleen en Jaspers (2007) vonden gedragsmatige en psychologische verbeteringen. Wicksell, Dahl, Magnusson, & Olsson, (2005) constateerden bij een meisje verbeteringen in gewaardeerden levensactiviteiten en functionele vaardigheden, bewezen door meer aanwezigheid op school, lagere pijn rating en individuele doel bereiking.

Overige studies. Verder bestaan er nog studies die een positief effect van mindfulness op chronische pijn aantonen (zie Veehof et al. in druk) en vele correlationele studies die een positief effect van acceptatie op pijn laten zien (zie Ruiz 2010). Om deze allemaal te benoemen in dit onderzoek zou echter te ver gaan.

Samenvattend zijn er dus positieve resultaten, maar vergelijkbaarheid tussen de studies blijft moeilijk. Er zijn verschillende variabelen als uitkomstmaat gebruikt en de participanten zijn heterogeen. Ook is er nog gebrek aan gerandomiseerde klinische studies.

Op basis van deze literatuurverkenning kan geconcludeerd worden dat ACT inderdaad kan helpen bij de behandeling van chronische pijnpatiënten. Tot nu toe beperken zich de studies echter op uitkomstonderzoek. Er wordt dus alleen een vergelijking gemaakt van verschillende uitkomstmaten vóór en ná de behandeling. Onderzoek naar de ontwikkeling gedurende de therapie en naar de processen die daarbij een rol spelen ontbreekt.

1.4 Agency

Onderzoek waar wél is gekeken naar wat er binnen therapie gebeurt is gedaan door Adler & McAdams (2007) en Adler, Skalina en McAdams (2008). McAdams en collega's deden uitgebreid onderzoek naar levensverhalen. Onderwerpen die hierin steeds terugkwamen waren "agency" (verhalen hoe iemand greep op zijn leven krijgt) en "communion" (verhalen over verbondenheid met andere mensen). Dit onderzoek is verder uitgebreid en er is recent ook gekeken naar de verhalen die patiënten vertellen over hun

therapie. Uit deze narratieve benadering kwam naar voren dat psychisch gezonde⁶ patiënten in hun verhalen vooral hun agency benadrukten. Agency kan worden beschreven als de mate in hoe verre iemand de regie over zijn leven heeft. Zo vertelden psychisch gezonde personen na de therapie dat zij zelf het probleem hadden bestreden. Zij presenteerden zich als heroïsche protagonist en bagatelliseerden de rol van therapeut.

Agency bestaat volgens de definitie van McAdams uit de volgende kwaliteiten:

- Zelfbeheersing
- prestaties / verantwoordelijkheden
- empowerment
- het bereiken van status en prestige

Bij de ontwikkeling van zijn coderingsschema speelt vooral de component zelfbeheersing een rol bij de definitie van agency. Onder zelfbeheersing wordt verstaan dat de persoon inzicht heeft over wie hij is en wat hij wil in zijn leven. Dat hij het gevoel heeft zijn leven te kunnen controleren en zijn doelen nastreeft.⁷

Deze definitie van agency (met zelfbeheersing als belangrijkste component) komt heel erg overeen met het concept van psychologische flexibiliteit (het uiteindelijke doel van ACT). Zoals gezegd gaat het ook hierbij erom dat iemand de controle over zijn leven krijgt. Ook gaat het daarom inzichten over zichzelf te krijgen en grip erop te krijgen wat iemand wil in zijn leven (zie proces "waarden") en deze waarden na te streven (zie proces "toegewijde actie"). Als iemand op deze manier leeft is hij psychologisch flexibel. Iemand heeft dan zijn leven in eigen handen en is geen slachtoffer van de omstandigheden.

Het door Adler, Skalina en McAdams (2008) ontwikkelde coderingssysteem (voor verhalen) voor agency ziet er zo uit:

- 0 Acteur 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 Acteur is grotendeels afhankelijk van alle omstandigheden, controle over het leven grotendeels in handen van externe krachten.
- 2 Acteur heeft evenveel controle over zijn acties als externe krachten. Patiënt heeft

6 Psychische gezondheid is hierbij gedefinieerd in termen van welzijn en ego-ontwikkeling (het vermogen tot complex denken)

7 Bij McAdams wordt genoemd dat een actie ook succesvol zijn moet, maar in deze scriptie werd agency alleen aan de hand van de actie beoordeeld en niet of deze actie ook succesvol is, omdat dat niet alleen maar van de acteur afhankelijk is.

niet helemaal de controle maar is ook niet helemaal overgeleverd aan de omstandigheden.

- 3 Acteur 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 Acteur 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.

Lysaker, Davis, Hunter, Nees & Wickett (2005) observeerden een toename van agency in de loop van psychotherapie. Er bestaat echter nog niet veel onderzoek over de manier waarop agency zich in de loop van de behandeling ontwikkelt. Het onderzoek in dit verslag zal dus niet alleen uitkomst geven over in hoe verre het doel van ACT is bereikt, maar ook algemeen een uitspraak doen over in hoe verre de patiënt met de behandeling is geholpen – met agency als een maat voor psychische gezondheid en therapiesucces.

1.5 Vraagstelling en hypothesen

De vraagstelling is dus: "Hoe ontwikkelt zich agency binnen Acceptance and Commitment Therapy bij chronische pijnpatiënten?". Over de manier van deze ontwikkeling zijn er drie hypothesen. De eerste hypothese is dat de agency in de loop van de behandeling toeneemt. Dit is ten eerste te verwachten omdat de behandeling gericht is op een toename van psychologische flexibiliteit, wat met agency overeenkomt. Ten tweede heeft bovenvermeld onderzoek laten zien dat agency onafhankelijk van de respectievelijke psychotherapie toeneemt, wat ook begrijpelijk is in het opzicht dat agency een van de sleuteldoelen in therapie in het algemeen is.

De tweede hypothese is dat de agency rond de derde of vierde behandelweek een dieptepunt zal bereiken. Dit is de verwachting omdat behandelaars op het Roessingh berichten dat de patiënten in het midden van de behandeling vaak over een dip klagen en niet lekker in hun vel zitten. Soms moeten de behandelaars de patiënten dan motiveren toch door te gaan met de behandeling, ook al zien ze het allemaal niet meer zitten. Als deze dip is overwonnen gaat het meestal tegen het eind van de behandeling redelijk goed met hen. Er is te verwachten dat deze dip zich ook in de mate van agency terug laat vinden. Naar dit opvallende patroon is echter nog geen onderzoek gedaan.

De derde hypothese is dat de standaarddeviatie, van de tekstgedeeltes binnen één interview, in het begin van de behandeling laag is, omdat op alle vlakken lage agency bestaat, in het midden⁸ dan groter wordt, omdat er op sommige vlakken een ontwikkeling plaats vindt, en aan het eind weer lager wordt, omdat nu op alle gebieden een hoge agency te vinden is.

Ter evaluatie van de therapie worden wel vragenlijsten aan het begin en eind afgenomen, maar wat zich tussen deze twee metingen afspeelt is niet onderzocht. Kwalitatief onderzoek naar de ontwikkeling tussen start en eind van de behandeling zal niet alleen voor de wetenschap maar ook voor de behandelpraktijk op Het Roessingh inzichten opleveren.

8 Met "in het midden" wordt niet per se week 4 bedoelt, maar eerder de behandelweken van week 3 t/m 6.

2. Methodiek

2.1 Behandeling

De participanten ontvingen vanaf januari 2010 een 8 weken durende ACT-groepsbehandeling. De behandeling vond multidisciplinair plaats. Ze bestond regulair uit fysiotherapie, ergotherapie, zwemmen, psychologische behandeling en fitness. Naar keuze kon ook gebruik gemaakt worden van gesprekken met maatschappelijk werkers, communicatie-modules en medische keuring. De behandeling was semi-klinisch; twee en halve dag per week zaten de patiënten in de behandeling.

Tijdens de psychologische behandeling en bij maatschappelijk werk kwamen alle ACT-processen aan bod. De psychologische behandeling was vier uur per week, maar een deel van de ACT processen kwamen ook in andere programma-onderdelen aan bod.

2.2 Participanten

Deelnemers aan het onderzoek waren acht chronische pijn-patiënten (twee mannen en zes vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 46,6 jaar, SD 7,8) van de pijnafdeling van het revalidatiecentrum Het Roessingh in Enschede. Twee patiënten leidden onder fibromyalgie, twee onder lumbago, twee onder een niet nader omschreven pijnsyndroom, een iemand onder gewrichtspijn en een onder whiplash. Vier van de patiënten werden gediagnosticeerd met een WPN niveau van 3 (psychische factoren spelen een grote rol bij de klachten), drie patiënten met een WPN niveau van 4 (psychische factoren spelen de belangrijkste rol bij het instandhouden van de klachten) en bij één patiënt kon het WPN-niveau niet nader worden omschreven.

2.3 Design en verkrijging van data

In dit onderzoek zijn de data over de hoogte van agency op kwalitatieve manier verkregen via wekelijkse persoonlijke interviews van dezelfde steekproef (van begin van de behandeling tot een follow-up meting), die daarna met een coderingssysteem in kwantitatieve data zijn vertaald en gecombineerd zijn met de uit vragenlijsten (one-group-pretest-posttest design) gewonnen data.

De participanten werden wekelijks persoonlijk geïnterviewd door twee onderzoekers. Alleen de follow-up-bevraging, een maand na de behandeling, vond om praktische redenen telefonisch plaats. Ter vermindering van de tendens naar sociaal wenselijke antwoorden is ervoor gekozen de antwoorden op een indirecte manier te verkrijgen. Dat betekent dat er niet direct naar gevraagd is in hoe verre iemand de oefeningen heeft gedaan en in hoe verre

aspecten van agency zich hebben ontwikkeld, maar gevraagd is wát de patiënten het meeste geholpen heeft, in de behandeling of thuis. Daarbij is altijd naar de afgelopen week gevraagd. De gesprekken zijn opgenomen en letterlijk opgeschreven. Tevens is gebruik gemaakt van vragenlijsten van het Roessingh, die direct vóór en na de behandeling zijn afgenomen.⁹

2.4 Codering

Na het uitschrijven van de interviews splitste iedere van de onderzoekers zijn interviews in verschillende tekstgedeelten op. Een opsplitsing van de tekst vond plaats als de patiënt of met een nieuw onderwerp begon of een andere niveau van agency liet zien. Daarna werden de tekstgedeelten gescoord. Het in de inleiding vermelde scoringssysteem van agency is toegepast voor chronische pijnpatiënten, waarbij voor de scoring de factoren pijn, toepassing en controle een rol spelen. Met de factor pijn wordt bedoeld in welke mate de pijn het leven van de patiënt bepaalt. Met controle wordt bedoeld of deze intern of extern plaats vindt, dus de mate waarin de patiënt zelf de controle over zijn leven heeft of deze bij externe omstandigheden ligt. Toepassing betekent in hoe verre de patiënt het geleerde toepast. Niet scorebare tekstgedeeltes werden gecodeerd met een 9. Tabel 1 laat het gebruikte scoringssysteem zien:

Tabel 1

Agency scores toegepast op de interviews

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, 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

⁹ Alleen de follow-up van de MPI (pijn intensiteit en interferentie) is drie maanden na de behandeling afgenomen.

	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 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).

Ter verheldering hier een voorbeeldcitaat voor iedere code:

0:

Had donderdags ook al ontzettende hoofdpijn en dergelijke dus het is allemaal niet zo vlot. En dan neem je dingen voor voor in het weekend, van dat ga ik uitproberen, maar dan heeft gewoon die verkoudheid je te pakken en dan verval je heel gauw in het oude gedrag van nou ik blijf even liggen, ik heb overal even geen zin aan.

1:

Pijn die is er altijd, ik heb altijd pijn. Maar acceptatie, ja na al die tijd... Ik heb al zo lang pijn gehad, moet je het ook accepteren dat het een feit is, dat er technisch niets meer aan gedaan kan worden, het zit er, het is een feit. Dat weet ik ook, dat accepteer ik ook. Wat ik niet accepteer is dat ik daardoor maar blijf zitten of ga liggen en dat er geen zin meer aan mijn leven is.

2:

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 half 9 zwemmen tot 9 uur, daarna naar de douche, aankleden, dus ik voelde me helemaal opgejaagd en hartkloppingen, en 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.

3:

Ik ben wel iemand die heel perfectionistisch is, dus dan denk ik ook van bijvoorbeeld met strijken dat moet dan niet 100% goed gaan, maar 200%, ik bedoel, als ik de broek dan strijk zo, dan moet er ook nog een mouwplakje 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, dat is mij wel gelukt. Ik had er wel even moeite mee dat het in de kasten kwam dat ik zoiets had van: oh nee, het is niet helemaal zoals de vorige keer. Ik denk maarja, ik moet gewoon veranderen, ik moet ergens beginnen. Ja. Dus het is nogal wat.

4:

En als ik er nu op terugkijk dan denk ik jeetje, wat kan een mens veranderen. Ik kan weer genieten en leuke dingen doen en, ja, heel leuk. En de pijn is er ook wel, maar 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 nekkachten en nu heb ik een zere rug en zere benen. 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. 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 "Oohh wat heb ik dan nu weer? Wat is dat dan nu weer?". Dus dan wordt 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, ik kan nu gewoon meer met de pijn omgaan. Dat ik denk van "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 zeiden van "Oh 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 nouja, dan heb ik nu maar even de pijn wat ik anders dan niet heb, maar het is niet gek. Ik bedoel, ik dans niet elke week dus.. (?).. (gelach)
Dus dat ik ook geen rare gedachten heb van: Wat is dit dan nu weer?

Bij het coderen is gebruik gemaakt van de volgende regels:

- Gedrag in het verleden, dus van vóór de behandeling, wordt niet gecodeerd. Als de patiënt in zijn verhaal een vergelijking van toen en huidig gedrag maakt wordt alleen het huidig gedrag gescoord.
- In de codering worden zo veel onderdelen van agency (toepassing, controle, pijn) als mogelijk betrokken. Zodra één van de onderdelen voorkwam wordt gescoord.
- Als er grotendeels een neutrale opsomming van gebeurtenissen plaats vond en als er te veel interpretatie nodig zou geweest zijn met betrekking op wat dat voor de persoon betekent dan wordt er niet gescoord.
- Er wordt niet gescoord met betrekking op het *gevolg* van agency (succes of falen), maar alleen de agency zelf. Er is altijd gekeken naar wie de aanzetter van het gedrag was.
- Er wordt gescoord op concreet gedrag en niet bij voorbeeld hoe enthousiast iemand over de behandeling praatte.
- Gedrag met een hoge agency dat voor de eerste keer werd uitgevoerd wordt niet met een 4 gescoord, omdat er nog geen stabiliteit in het gedrag bereikt is. Alleen in het uitzonderlijke geval dat er volledige overtuiging bestaat dat de patiënt de regie in zijn eigen handen heeft wordt een 4 gegeven.

Interbeoordelaar-betrouwbaarheid. Het coderingsproces verliep zo dat eerst iedere onderzoeker zijn eigen interviews (de tekstgedeeltes) gecodeerd. Daarna zijn de interviews uitgewisseld en is gekeken of men voor de tekstgedeeltes dezelfde of een andere score zou geven dan de collega-onderzoeker. In een daaropvolgende discussie zijn dan de overeenstemmingen en verschillen in de codering met elkaar vergeleken. De volgende kruistabel (tabel 2) laat de resultaten daarvan zien.

Tabel 2

Overeenstemmingen en verschillen tussen de onderzoekers

	2e onderzoeker							Totaal
	Code	0	1	2	3	4	9	
1e onderzoeker	0	31	7	0	0	0	10	48
	1	2	111	6	0	0	3	122
	2	1	9	100	6	0	6	122
	3	0	4	15	89	5	2	115
	4	0	0	0	7	72	4	83
	9	0	15	5	3	1	109	133
Totaal		34	146	126	105	78	134	623

In totaal ging het om 623 tekstgedeeltes (zie laatste cel van beide totalen). In de tabel kan worden afgelezen in hoe veel gevallen een bepaalde onderzoeker een bepaalde code heeft gegeven en welke scorecombinaties zijn opgetreden. In de kolom naast "1e onderzoeker" en in de regel onder "2e onderzoeker" staan telkens de mogelijke codes en hoe vaak de betreffende onderzoeker die had gegeven. De cellen met grijze achtergrond laten de overeenstemmingen tussen de onderzoekers zien.

Bij 512 (alle grijzen cellen samengeteld dus) tekstgedeeltes waren de onderzoekers het direct met elkaar eens over de te geven score. Bij 111 van de tekstgedeeltes (alle witten cellen samengeteld, zonder totalen) gaven de onderzoekers telkens verschillende scores. Deze zijn bediscussieerd waarna een overeenstemming voor iedere tekstgedeelte bereikt kon worden. De 1e onderzoeker veranderde na de discussie met de 2e onderzoeker 36 codes, de overige 16 codes bleven zoals gescoord door de 1e onderzoeker. De 2e onderzoeker veranderde in totaal 38 codes, de overige 21 bleven zoals gescoord door 2e onderzoeker.

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 verschilde de onderzoekers met 1 punt, en in 4 gevallen verschilden de onderzoekers 2 of meer punten op de agency score. De overeenstemming is vrij goed (Kohen's kappa is 0,782).

Ontbrekende data. Er missen interviews over week 4 van de patiënten A en E (beide voelden zich psychisch niet in staat) en het interview over week 5 van patiënt D (zij moest naar een begrafenis). Het interview over week 4 van dezelfde patiënt is niet letterlijk

uitgeschreven, op grond van technische problemen met de opnameapparatuur. Om de grafieken te kunnen maken was het nodig desondanks een waarde in te vullen bij de missende data. Er is daarom ervoor gekozen in alle 3 gevallen altijd de gemiddelde waarde te nemen tussen de code van de week daarvoor en daarna. Deze geschatte waarden zijn in de grafieken gemarkeerd.

2.5 Metingen van neuroticisme, pijn, acceptatie, catastroferen en psychologische flexibiliteit

Om een tweede, aanvullende, databron te hebben, is ervoor gekozen kwantitatieve data mee te nemen uit enkele van de regelmatig door Het Roessingh afgenomen vragenlijsten. De vragenlijsten met hun normen (normgroep zijn pijnpatiënten op het Roessingh) en de gekozen waarde voor klinische relevantie zijn in tabel 3 afgebeeld:

Tabel 3

Normen en klinische relevantie

Vragenlijst afkorting + eventuele subschaal	Vragenlijst: Volledige naam	Ter meting van:	Normen: Gemiddelde (SD)	Gekozen waarde voor klinische relevantie
SCL-90: psycho-neuroticisme	Symptoom Checklist	Psycho-neuroticisme	/	/
MPI: pijn intensiteit	Multidimensional Pain Inventory	Pijn intensiteit	4,08 ¹⁰ (1,16)	½ SD = 0,58
MPI: pijn interferentie	Multidimensional Pain Inventory	Pijn interferentie	4,10 (1,07)	½ SD = 0,54
ACPT	Acceptatie van Chronische Pijn Toets ¹¹	Acceptatie	Start: 54,86 ¹² (12,20) Eind: 63,81 (11,12)	½ SD Start = 6,1
PCS	Pain catastrophizing	Catastroferen	Decilen ¹³ :	5 punten

10 De MPI- normen zijn schaalgemiddelden van een patiëntengroep met meer dan één primaire locus en niet gekoppeld aan start of einde van de behandeling.

11 Nederlandse versie van de CPAQ = Chronic Pain Acceptance Questionnaire

12 De De ACPT-normen betreffen patiënten van Het Roessingh die in een semiklinisch pijngroep hebben gezeten (dus uit dezelfde groep als de mensen die in dit onderzoek zijn bevraagd) (N = 111)

13 De decielen van de PCS zijn berekend op basis van een standaardnormtabel die niet gekoppeld is aan start of eind van de behandeling.

	Scale		0 t/m 9 = 1 > 9 t/m 14 = 2 > 14 t/m 17 = 3 > 17 t/m 20 = 4 > 20 t/m 23 = 5 > 23 t/m 25,8 = 6 > 25,8 t/m 29 = 7 > 29 t/m 32 = 8 > 32 t/m 38 = 9 > 38 = 10	
PIPS	Psychological Inflexibility in Pain Scale	Psychologische inflexibiliteit	Geen normen beschikbaar; Range 12-84	10 punten

De SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986) is het meest gebruikte instrument in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg ter meting van psychopathologie. Het bevat een brede range van psychiatrische en psychosomatische symptomen. Deze vragenlijst is vanwege de lengte alleen bij het begin van de behandeling afgenomen. Hier is gekozen voor de subschaal psycho-neuroticisme, wat kan worden beschreven als emotionele instabiliteit. Deze eigenschap werd alleen als demografisch kenmerk van de patiënten gebruikt. Het is bovendien een persoonskenmerk dat redelijk stabiel is over de tijd. Hierbij moet aangemerkt worden dat ook hier (net zoals bij de anderen vragenlijsten) sprake is van een zelfrapportage, waarbij voor de patiënten duidelijk is waar het over gaat. De resultaten daarvan moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. Als iemand bijvoorbeeld bij de SCL laag scoort op psycho-neuroticisme, betekent dat niet automatisch dat diegene niet psycho-neurotisch is, maar het kan iets zeggen over wat de ondervraagde bereid is om aan de behandelaars te vertellen. Hij kan met een lage score willen onderstrepen, dat hij niet "gek" is en zo willen voorkomen dat zijn pijnklachten niet serieus worden genomen. Als iemand heel hoog scoort kan het als een hulpkreet worden gezien; iemand wil misschien dat hij met zijn psychische problemen wordt geholpen.

Verder is als uitkomstmaat gebruik gemaakt van subschalen van de MPI (Lousberg &

Groenman, 1994), de ACPT¹⁴ (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004), de PCS (Crombez & Vlaeyen, 1996) en de PIPS (Wicksell et al., 2008). De MPI is een van de meest gebruikte instrumenten in pijn settings (Piotrowski, 1998). Het beoogt de invloed van chronisch pijn op het leven van patiënten te meten, als ook de respons van anderen op de communicatie van de patiënt, zijn pijn en de mate van participatie van de patiënt aan dagelijkse activiteiten. Er is gekozen voor de subschalen pijn intensiteit en pijn interferentie. Met pijn intensiteit wordt bedoelt hoezeer mensen de pijn beleven. De pijn interferentie geeft aan hoe sterk de pijn in het dagelijks leven ingrijpt. Omdat ACT niet doelt op het reduceren van pijn zou het niet verrassend zijn, als bij de pijn intensiteit geen verandering plaatsvindt. Het kan echter zijn dat door de therapie de pijn als minder erg wordt ervaren, omdat mensen zich er niet meer zo veel op focussen. De pijn interferentie zou wel omlaag moeten gaan om van het bereiken van de therapiedoelen te kunnen spreken, omdat ACT erop doelt mensen een normaal leven te laten leiden ondanks pijn.

De ACPT is de meest gebruikte toets ter meting van acceptatie bij pijn patiënten (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2003). Deze bestaat uit de facetten: deelname aan gewone levensactiviteiten, de overtuiging dat door de gedachtes te controleren de pijn wordt gecontroleerd, het herkennen van de chroniciteit van pijn en de behoefte de pijn te vermijden of te controleren (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2003). Deze zou volgens de ACT-theorie omlaag moeten gaan, omdat acceptatie van pijn een kernproces is.

De PCS is ontwikkeld ter identificatie van catastrofale, negatieve of aversieve gedachtes en gevoelens met betrekking tot de pijn. De PCS bestaat uit de drie factoren: herkauwen van negatieve gedachtes en gevoelens over de pijn, de aanvulling van deze gedachtes en gevoelens en het gevoel van hulpeloosheid. Ook hierbij wordt een daling verwacht, omdat het doel van ACT is dat mensen zich niet meer zo veel met de pijn bezig houden.

De PIPS is gebruikt als aanvullend maat voor psychologische (in)flexibiliteit (naast de agency-metingen). Het is nog een redelijk nieuw instrument, dat probeert psychologische inflexibiliteit met betrekking tot pijn te meten. Daarmee wordt bedoelt in hoe verre iemand de pijn probeert te vermijden en cognitief ermee fuseert in plaats van de pijn van een afstand te bekijken en activiteiten te doen ondanks het gevaar van pijn. Omdat psychologische flexibiliteit het hoofddoel van ACT is, zou de psychologische inflexibiliteit dus af moeten

14 De Nederlandse versie van de CPAQ

nemen.

Statistische analyses. De resultaten van deze vragenlijsten en de agency-metingen zijn tevens op significantie getoetst. Omdat het gaat om een heel kleine steekproef (waardoor significantie moeilijker bereikt kan worden) is in plaats van het gewoonlijk gebruikte significantie-niveau $\alpha = 0,05$ gekozen voor een significantie-niveau $\alpha = 0,10$. De significantie van de agency-data en van de MPI¹⁵ is met een herhaalde metingen analyse onderzocht. Bij de anderen vragenlijsten (behalve SCL) waren telkens start en eindmetingen beschikbaar. Hierbij is gebruik gemaakt van een gepaarde t-toets.

¹⁵ Bij de MPI is gekeken naar drie meetmomenten: start, einde en follow-up (drie maanden na het einde van de behandeling)

3. Resultaten

3.1 Ontwikkeling van pijn, acceptatie, catastroferen en psychologische flexibiliteit

Zoals te zien is in tabel 4, is de pijn intensiteit voor de steekproef in klinisch relevante maat afgenomen van start tot eind van de behandeling. Van eind van de behandeling tot follow-up gaat ze echter weer omhoog, zodat bij een vergelijking tussen start en follow-up niet meer sprake is van een klinisch relevante daling van de pijn intensiteit. De pijn interferentie is tevens significant gedaald van start tot eind van de behandeling en dit blijft tot follow-up constant. De acceptatie is toegenomen, terwijl catastroferen en psychologische inflexibiliteit zijn afgenomen.

Tabel 4

Karakteristieken van de patiënten en ontwikkelingen in pijn, acceptatie, catastroferen en psychische inflexibiliteit

Patiënt	Geslacht	Leeftijd	Diagnose	SCL-90: psycho-neuroticisme	MPI: intensiteit Start Eind Follow-up	MPI: interferentie Start Eind Follow-up	ACPT Start Eind	PCS Start Eind	PIPS Start Eind
A	V	39	Fibromyalgie/ Myalgie, niet gespec. (WPN 3)	Laag (171)	5,00 2,50* ¹⁶ 3,50* ¹⁷	5,33 4,25* 3,88*	31 48*	27 32*	83 52*
B	M	41	Rugpijn: lumbago (specifiek/aspecifiek) (WPN 4)	Beneden gemiddeld (185)	5,00 4,50 5,00	5,00 3,33* 4,38*	50 60*	26 27	74 63*
C	V	54	Fibromyalgie/ Myalgie, niet gespec. (WPN 3)	Hoog (272)	4,00 2,50* 5,00*	4,25 3,50* 4,50	63 69 (*)	28 9*	57 43*
D	V	50	Pijnsyndroom: extremiteit nno (WPN4)	Zeer laag (128)	4,50 3,00* geen data	3,67 2,78* geen data	43 60*	9 19*	56 67*

16 * = Klinisch relevante verandering in vergelijking met start

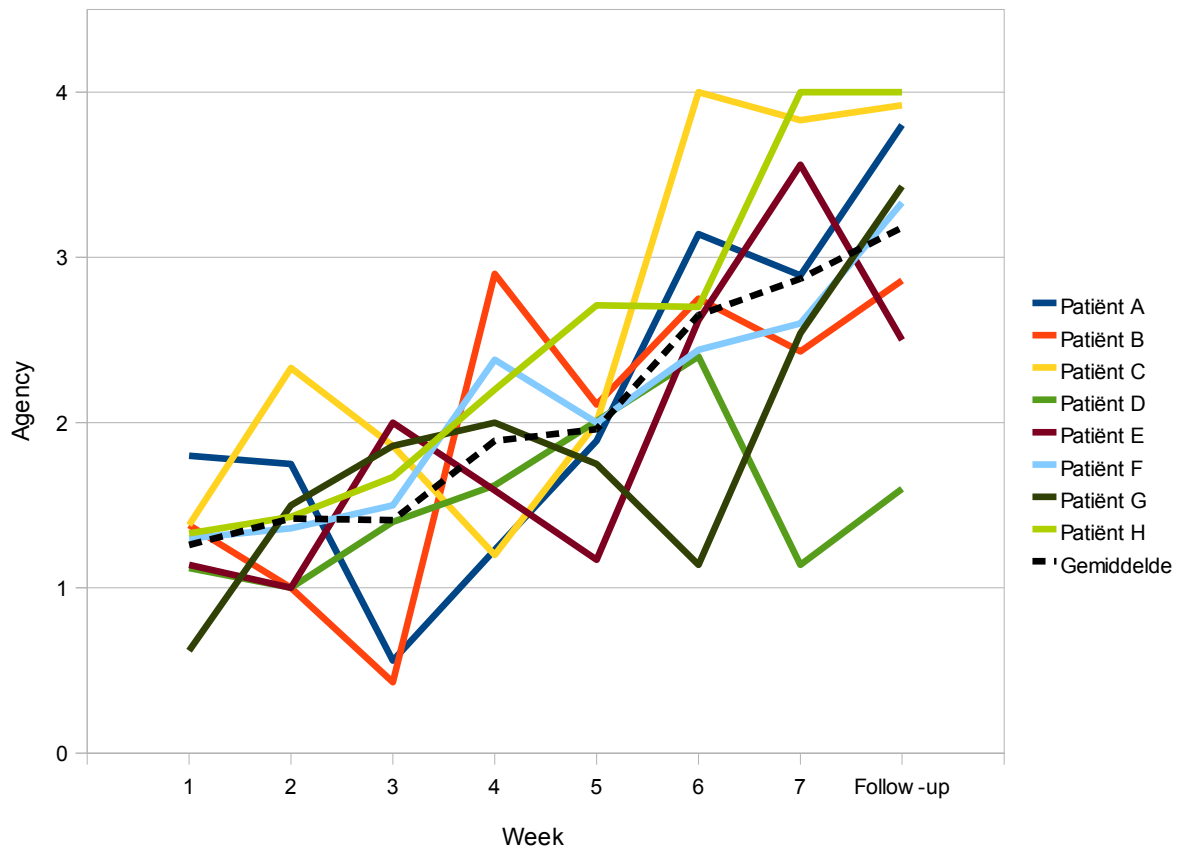
17 * = Klinisch relevante verandering in vergelijking met start; verschillen tussen eind en follow-up worden in de beschrijvingen genoemd en hebben geen symbool in de tabel gekregen

E	V	41	Pijnsyndroom: extremiteit nno (WPN 4)	Zeer laag (146)	4,00 2,00* 3,50 (*) ¹⁸	4,11 2,89* 2,67*	62 72*	17 8*	72 60*
F	M	46	Gewrichtspijn: onderbeen/knie (WPN 3)	Laag (174)	3,50 3,00 (*) geen data	3,67 4,00 geen data	67 59*	15 15	57 74*
G	V	61	Rugpijn: lumbago (specifiek/aspecifiek) (WPN 3)	Laag (170)	5,00 3,50* 3,00*	5,00 4,11* 2,78*	57 64*	30 16*	81 62*
H	V	41	Whiplash (distorsie hals) (WPN nno)	Hoog (270)	3,50 4,00 (*) 3,00 (*)	4,22 3,67* 3,00*	59 55	30 16*	76 56*
Totalen									
Start (SD)					4,31 (0,65)	4,41 (0,63)	54	23	70
Eind (SD)					3,13* (0,83)	3,57* (0,55)	61*	18*	60*
Follow-up (SD)					3,83 (0,93)	3,54* (0,82)			

¹⁸ (*) = Bijna klinisch relevante verandering in vergelijking met start

3.2 Ontwikkeling van agency

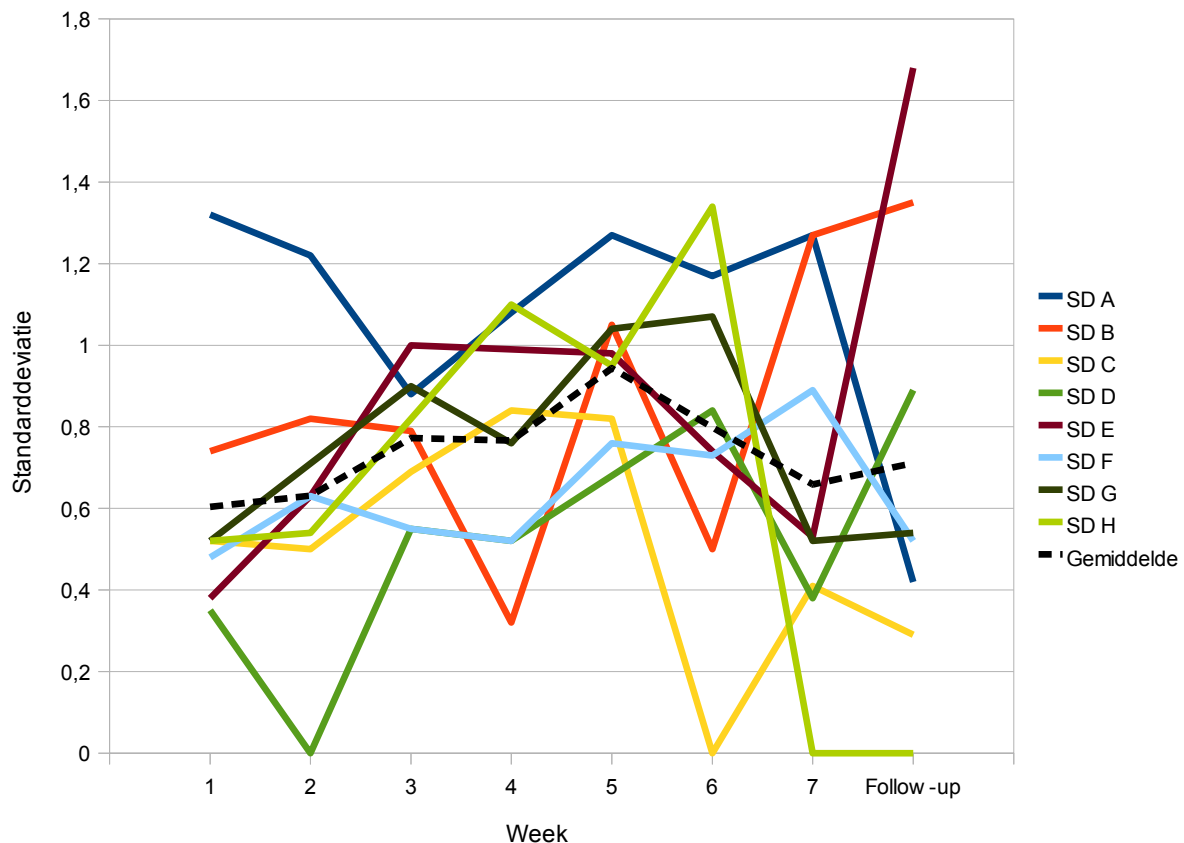
Gehele steekproef. Uit de herhaalde metingen analyse blijkt een significante stijging van de agency. Grafiek 1 toont de agency-ontwikkeling van alle patiënten, samen met een lijn, die het gemiddelde van alle patiënten aangeeft.



Grafiek 1. Agency-ontwikkeling van alle patiënten

Wat opvalt is dat, hoewel natuurlijk iedere patiënt een eigen ontwikkelingspatroon doormaakt, de agency in het algemeen omhoog gaat van rond 1 naar rond 3 (zie gestippelde lijn). Bij bijna iedereen is sprake van een dieptepunt (behalve patiënt F en G). Dit dieptepunt komt bij twee patiënten in week 3 voor, bij de anderen telkens één keer in week 4, 5, 6 en 7.

Ontwikkeling van de standaarddeviatie. Grafiek 2 laat zien dat ook de standaarddeviaties van de patiënten zich gedurende de behandeling op een heel verschillende manier ontwikkelen. Er is echter een lichte tendens te zien in richting van een verhoogde standaardafwijking in het midden van de behandeling. Het verschil tussen de standaardafwijking bij het behandelbegin en week 5 is rond eenderde. Verder is er gekeken of er een samenhang bestaat tussen het *agencyniveau* en de standaarddeviatie, hier kon echter geen patroon worden gevonden.



Grafiek 2. Samenhang behandelweek en standaarddeviatie

Samenhang tussen de weekscores. Om nog meer inzicht te krijgen in het ontwikkelingsproces is bovendien gekeken in hoe verre er een samenhang bestaat tussen de wekelijks bereikte scores. Hiervoor is een correlatiematrix gemaakt tussen alle weekscores. Hier zijn significante positieve correlaties gevonden tussen zowel de score van week 2 met de score bij follow-up als ook tussen de score in week 7 en follow-up. Voor andere combinaties is zo'n sterke correlatie niet te vinden. De correlaties van iedere week met follow-up (en het significantieniveau van deze correlaties) staan in tabel 5 :

Tabel 5

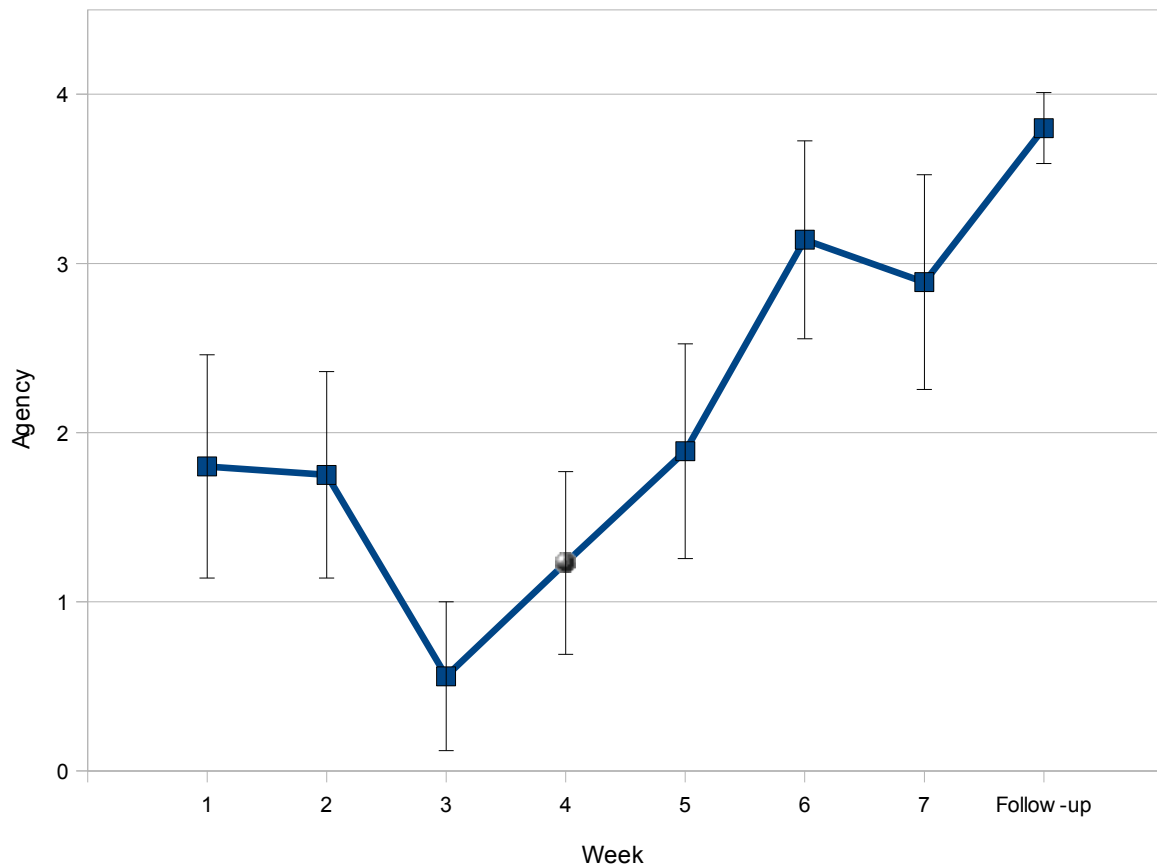
Correlaties tussen de weekscores

	Correlatiecoëfficiënt	Significantie
Week 1 vs. follow-up	0,3	0,46
Week 2 vs. follow-up	0,75*	0,03
Week 3 vs. follow-up	0,02	0,96
Week 4 vs. follow-up	-0,075	0,86
Week 5 vs. follow-up	0,39	0,33
Week 6 vs. follow-up	0,29	0,49
Week 7 vs. follow-up	0,72*	0,04

Individuele patiënten. Nu volgen de grafieken voor de agency-ontwikkeling van iedere patiënt individueel. Verder is er voor iedere meetmoment de standaardafwijking (ontstaan door verschillende scores in de tekstgedeeltes binnen één interview) als foutbalk ingetekend. De ontbrekende data (waar het gemiddelde genomen werd) zijn met een grijs balletje gemarkeerd en de uit alleen uit de herinnering opgeschreven data van patiënt D, week 4 kregen een extra symbool.

Er volgt eerst altijd een korte beschrijving van het algemene patroon wat te zien is. Vervolgens wordt dit ondersteund en verduidelijkt met citaten uit de interviews.¹⁹ De citaten zijn genomen uit die behandelweken waar opvallende stijgingen of dalingen in het patroon te zien waren, omdat het interessant leek te kijken naar wat er op dat moment precies met de patiënt aan de hand was, dus wat tot de verandering geleid heeft. Ook is vaak een citaat uit de follow-up getrokken, omdat het interessant leek te zien hoe het ná de behandeling met de patiënt ging. De meest representatieve stukken zijn gekozen, zodat het beste duidelijk wordt in hoe verre sprake is van agency. Er is dus gekeken hoe psychologisch flexibel zij omgaan met de pijn. Tot slot wordt er kort ingegaan op de uitkomsten in de concepten pijn, acceptatie, catastroferen en psychologische flexibiliteit.

¹⁹ Het vet gedrukte in de citaten is dat wat de onderzoeker zegt.



Grafiek 3. Agency-ontwikkeling van patiënt A

Patiënt A (zie grafiek 3) begon de behandeling met een gemiddeld niveau van agency en liet een daling in week 3 zien. Daarna steeg de agency sterk zodat de patiënt bij follow-up bijna op een optimaal niveau van functioneren zat. Tijdens het dieptepunt in week 3 klaagt de patiënt erover dat zij vanwege verkoudheid niets gedaan heeft:

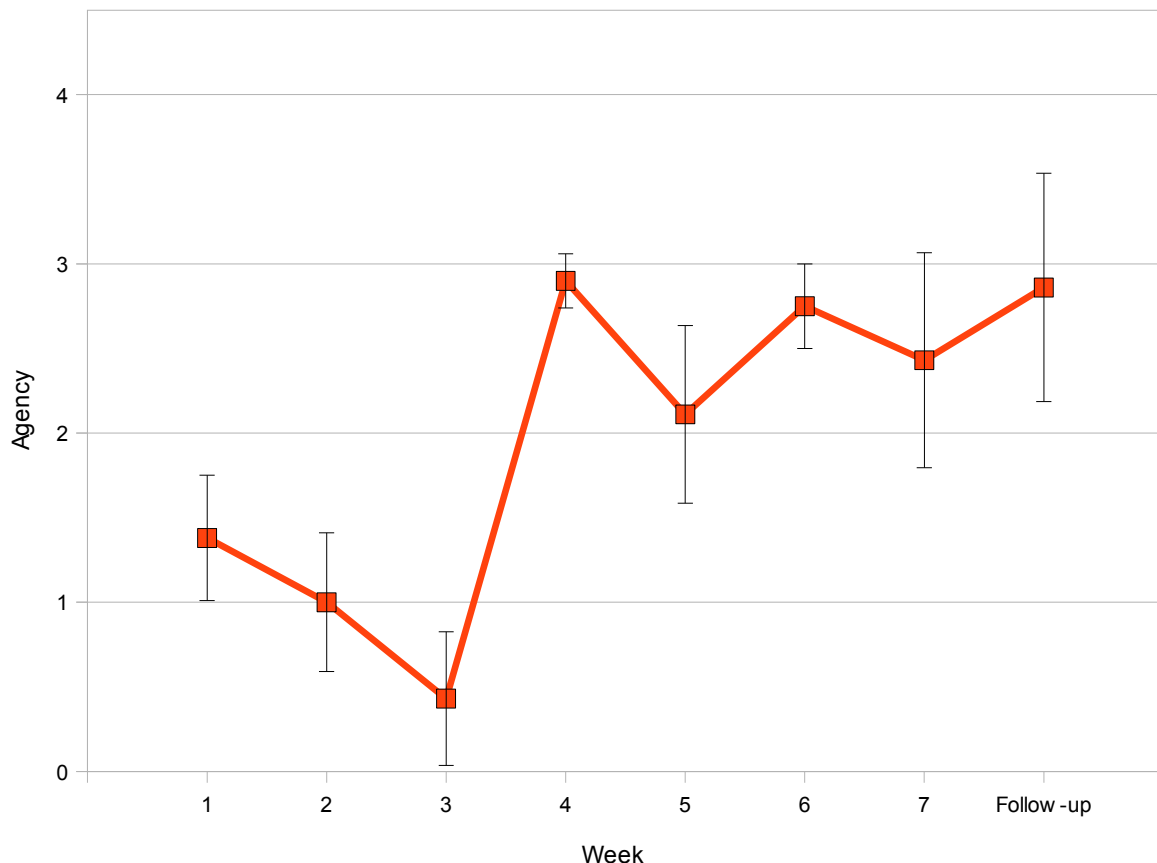
En dat was het eigenlijk, meer heb ik deze week niet gedaan en ik hoorde van iemand uit de groep die was het hele weekend ook al niet lekker en die is nou ook nog niet lekker, dus dan blijft dat d'r liggen en als je dan zelf... dan denk je van, nou, kruip onder de wol en misschien dat het wil... maar als je dan ook nog twee kinderen hebt die niet al te fit zijn die een na ja alles daaruit spuugt dus dan ja dan blijf je heen en weer lopen en eh... maar verder ik vind het wel jammer. Maar ja dat... **Ja, daar kan je niets...** Kan je niks aan doen. (A-3-5; Code 1)

Bij de follow-up-bevraging vertelde zij onder andere hoe zij nu voor zich zelf kiest wat het beste voor haar is in plaats van haar gedrag door de mening van anderen te laten sturen:

Nee, gewoon, dat hebben ze mij geleerd en dat je gewoon ook in de ik-vorm moet denken. En dat je gewoon van 'ik' op de eerste plaats en ik had altijd nog wel zoiets

van 'nou ja ik doe het maar', omdat het moest, maar ik heb nu zoiets van: ja, maar mijn gezondheid gaat me voor en ik ga mij ook voor en wat een ander daarvan denkt is mij eigenlijk ja... En daar was ik in begin had ik daar nog heel veel moeite mee. Van: ja, wat zal een ander dan weer niet denken. En dan heb ik zoiets van: ja, daar heb ik nu eigenlijk lak aan wat een ander daarvan denkt. Ik weet hoe ik mij voel en ik weet hoe ik in elkaar zit en als ik daar geen belang bij heb of geen belangstelling voor heb of wat, zeg ik dat. (A-F-10; Code 4)

Tevens blijkt (uit de vragenlijstresultaten) dat bij het einde van de behandeling de pijn intensiteit²⁰ en interferentie zijn gedaald en dat zij een meer accepterende houding tegenover haar pijn had ingenomen en psychologisch flexibeler is geworden. Alleen de mate van catastroferen is toegenomen.



Grafiek 4. Agency-ontwikkeling van patiënt B

De agency van patiënt B (zie grafiek 4) ging in de eerste weken naar beneden en bereikte een dieptepunt bij week 3. Daarna ging de ontwikkeling fors omhoog en bewoog

²⁰ Deze is bij follow-up wel weer omhoog gegaan, maar er is nog steeds sprake is van een substantiele afname in vergelijking met start van de behandeling.

zich tussen de 2 en 3. In het interview van week 3 (de daling) is hij heel gepreoccupeerd met de pijn en maakt zich heel erg druk daarover. De pijn hindert hem ook dingen te doen die hij wil:

Ik voel me gewoon... of het is -denk ik- stoppen, maar ik heb ook veel meer pijn, ik zit net ook met sporten en zo doe ik net ook weinig, ik heb nu zoiets van hoe ik kan niet meer en dat is eigenlijk toch al een beetje door vorige week dat ik met sporten en zo en met fysio ook dat ik gewoon veel meer deed en dat moet ik nu bekopen en ik denk dat dat ook niet weg gaat, elke keer wordt het steeds slimmer²¹ en dan gaat er een stukje van weg geleidelijk maar blijft altijd een beetje hangen, dus en ja dat doet me... hoog in de rug maar dat doet gewoon ook zeer en dan...

(B-3-2; Code 0)

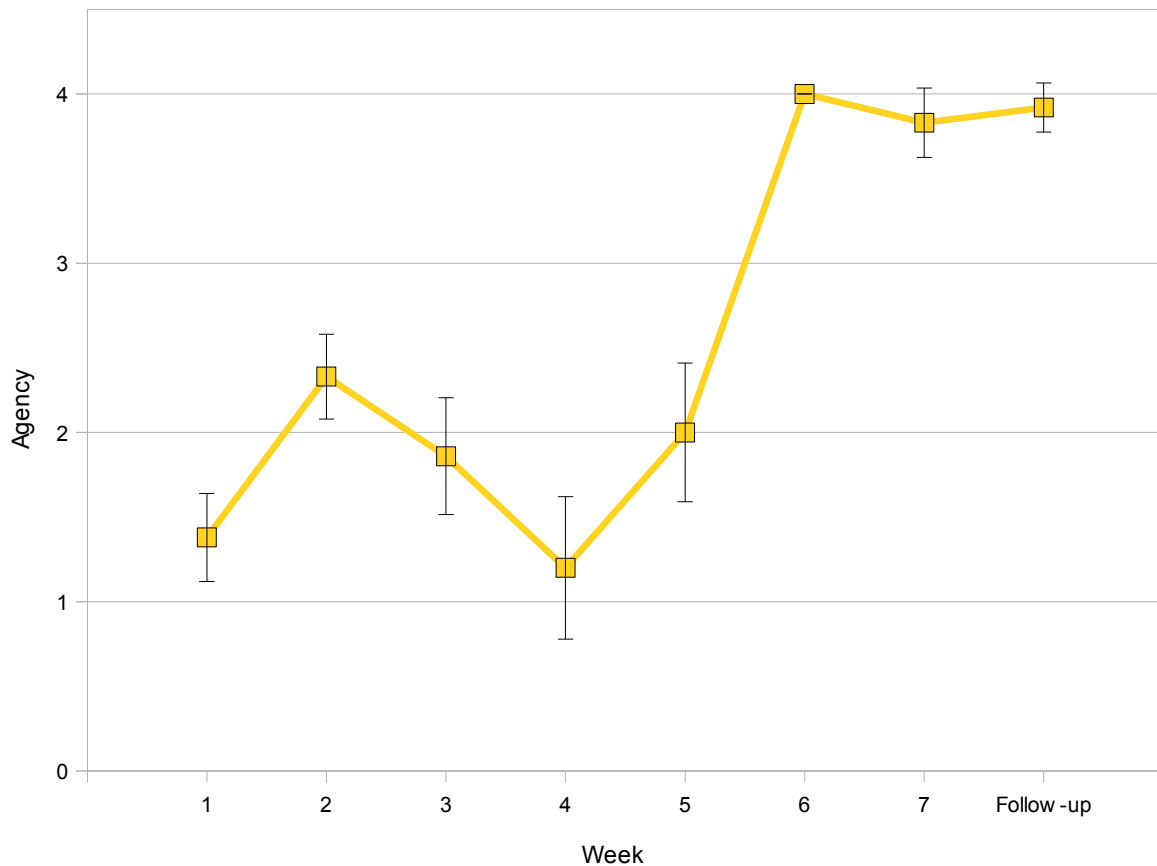
In week 4, heeft hij zich weer helemaal hersteld van het dieptepunt en probeert niet meer zo veel met zijn klachten bezig te zijn:

Het is meer: je moet wel luisteren naar je lichaam op zich, maar ik heb ook dat je door mijn rug-, beenklachten dat je op een gegeven moment andere dingen daarbij kreeg dus ook bij obstipatie en verhoogde spierspanning of bekkenbodemplassen wat nalekken en wat moeilijker, daar moet ik niet zo mee bezig zijn in mijn hoofd. En doordat je daar zo veel mee bezig bent en dat je dat erg vind dat erg vind, dat rottig vind... Gewoon het is daar, klaar, punt. Er zijn zoveel mensen die bijvoorbeeld wat hebben. En dat is anders als je signalen oppakken van 'Oh nu ik voel mijn been in een keer wat blokkeren', dan moet je wel weer oppakken zeg maar. Dat je zegt van 'Oh ik ga een stap terug doen' of 'Ik ga even stoppen'. Dat is weer anders dan dat je iets hebt, een kwaal die daarbij gekomen is en de hele tijd maar mee bezig is van 'Oh, daar wil ik vanaf, daar wil van af'. Kijk, dat dat is het verschil. (B-4-11; Code 3)

Tevens blijkt dat pijn intensiteit en catastroferen niet zijn veranderd, maar dat de pijn wel minder interfereert²² in zijn dagelijks leven. Hij heeft een meer accepterende houding tegenover de pijn en is psychologisch flexibeler geworden.

21 Twents voor "erger"

22 Tussen eind en follow-up is de interferentie wel weer gestegen, maar in vergelijking met behandelbegin is er nog steeds sprake van een daling.



Grafiek 5. Agency-ontwikkeling van patiënt C

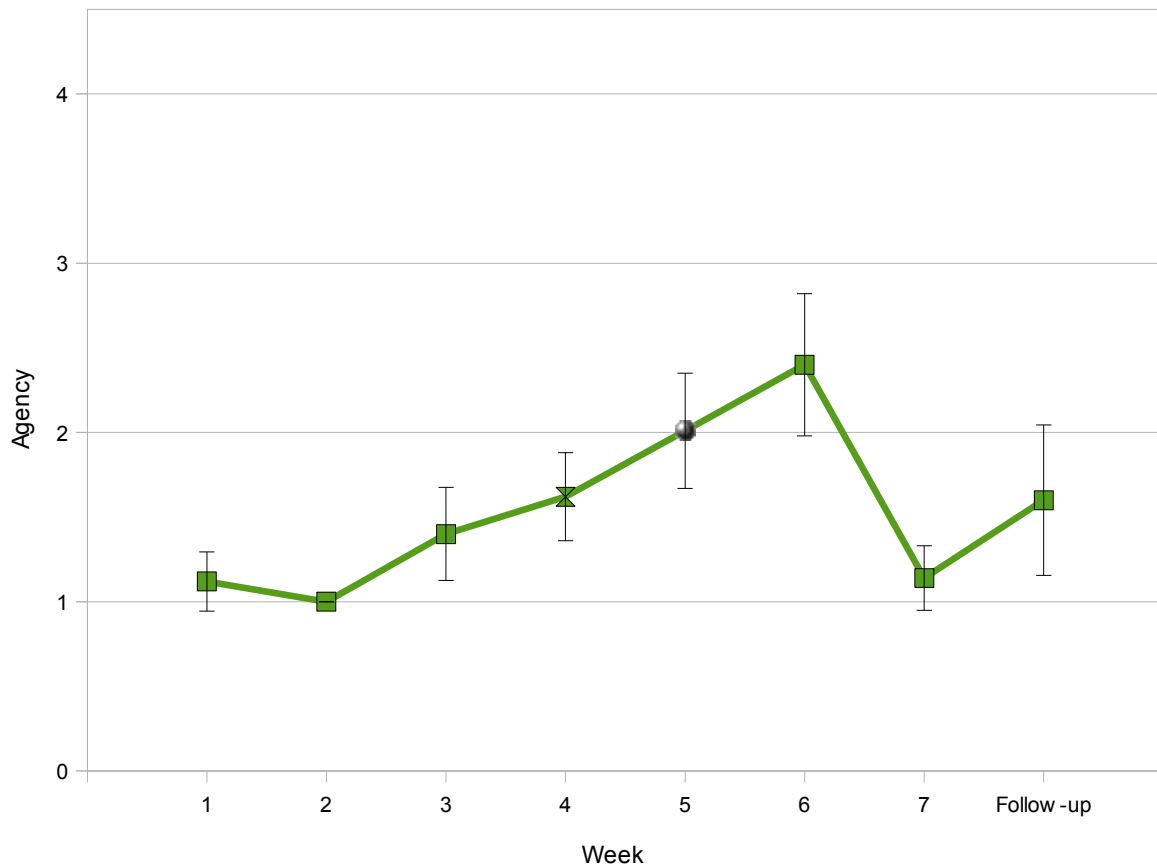
Patiënt C (zie grafiek 5) liet direct in de tweede week een verbetering zien, die echter ook direct weer naar beneden ging en een dieptepunt in week 4 bereikte. Daarna ging de ontwikkeling fors omhoog en bleef vanaf week 6 op een hoog niveau. Tijdens de terugval in week 4 vertelt zij:

Tot nu toe kan ik weinig aangeven daarover, meer omdat ik daar voor mijn gevoel een beetje een terugval heb deze week, het voelt gewoon niet zo. **Wat is er gebeurd?** Niet dat iets niet goed ging, dat niet. **Maar in hoe verre ben je teruggevalen dan? Of heeft gewoon geen verdere ontwikkeling plaats gevonden?** Nee, daar heeft geen verdere ontwikkeling plaats gevonden. Zo ver ik dat deed was al voldoende. Maar dat ik weer een beetje naar binnen ben gekropen in mezelf. Ik voel dat ik naar buiten moet, maar dat lukt niet. [doet niet ter zake] De eersten paar weken had ik echt dat gevoel van ik voel me lekker, ik zit op mijn plaats en nu ga ik een beetje terug kruipen in mijn schulpje. 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 een beetje verkeerd. Het voelt niet lekker. (C-4-3; Code 1)

Bij follow-up vertelt zij onder anderen hoe het haar nu meer lukt dingen van een afstand te bekijken:

Ik probeer minder gauw in paniek te raken. Ik weet niet of je daar iets meer mee kunt. Het is niet altijd nog even gemakkelijk, als er echt iets vervelends gebeurt heb ik dat nog wel, maar het ebt eerder weg, ik kan het iets beter overzien. Ik denk dat ik het zo, ja duidelijker kan ik het eigenlijk niet zeggen. **En hoe komt dat dat je nu minder gauw in paniek raakt?** Niet minder gauw, maar (*lacht) -hoe zeg ik dat nou makkelijker- ik raak nog wel in paniek soms, maar ik word eerder rustiger doordat ik daar iets beter over na kan denken. Ik denk dat ik het zo duidelijk zeg. **Je kan dan beter daarmee omgaan?** Ja, ja. **En wat is de oorzaak dat dat nu zo is dat je daar beter mee om kan gaan? Wat heb je geleerd wat dat nu veranderd heeft?** Eventjes even goed nadenken. Ik kan dat, even kijken hoor, ik kan dat soms iets meer van een afstandje bekijken. Iets meer afstand van nemen en dan iets meer over nadenken. (C-F-6; Code 4)

Tevens blijkt uit de vragenlijstresultaten dat zij aan het eind van de behandeling minder catastrofieert, meer accepteert en psychologisch flexibeler is geworden. De pijn intensiteit en interferentie zijn bij eind van de behandeling omlaag gegaan. Echter is de interferentie tussen eind en follow-up weer gestegen zodat bij follow-up niet meer sprake is van een relevante verbetering in vergelijking met behandelbegin. De intensiteit van de pijn bij follow-up is zowel in vergelijking met het begin als met eind van de behandeling zelfs gestegen.



Grafiek 6. Agency-ontwikkeling van patiënt D

Bij patiënt D (zie grafiek 6) vindt in vergelijking met week 1 en follow-up nauwelijks een ontwikkeling plaats. Zowel in het begin als aan het eind van de behandeling zit zij tussen de 1 en ruim 1,5. De agency klimt tot week 6 wel langzaam omhoog, maar is zelfs bij deze hoogtepunt maar iets boven 2. Daarna valt zij in week 7 weer helemaal naar beneden, waarna er ook bij de follow-up niet meer heel veel bovenop komt. Bij het hoogtepunt in week 6 vertelt zij:

Dat is wel mijn basis gevoel waardoor... dat was van ik ben niet goed genoeg. Wij hebben allemaal een gedachte op moeten schrijven die jou zelf tegenhoudt om de dingen te doen die je eigenlijk zou willen. En ik heb heel lang steeds... 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 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.. en mijn moeder had daar behoorlijk een handje van. Ik kon niet goed genoeg leren, 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 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 op uiterlijk vertoon en niks snappen. Ook niet informeren, ook niet troosten. Nou ja noem maar op. Het hele spectrum was er gewoon niet. 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 en dan altijd stapelde het zich. En 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. Je had altijd een stemmetje in het achterhoofd van wat jij doet dat hoort niet of klopt niet of... (D-6-10; Code 3)

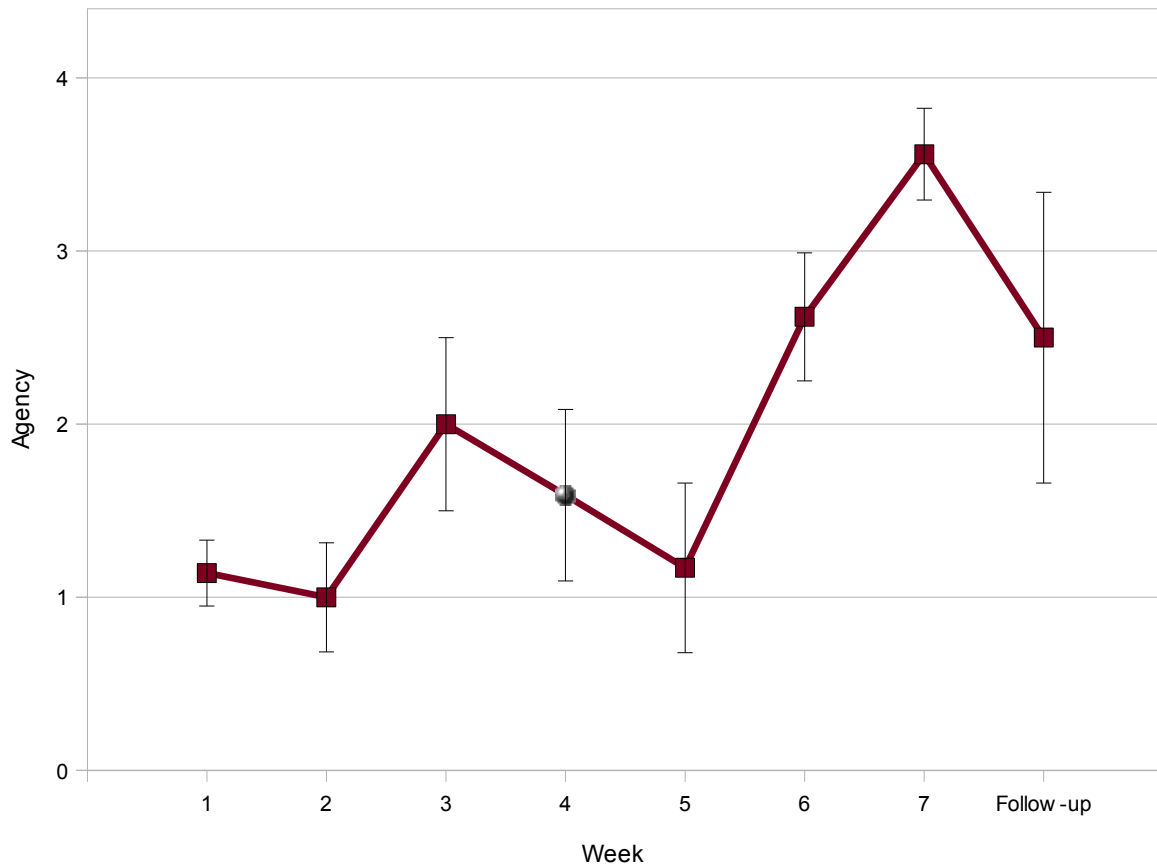
Bij het dieptepunt in week 7, dat er vooral ermee te maken had dat zij bang was er weer alleen voor te staan, gaaf zij het volgende aan:

Ook over vervolg na deze acht weken. En daar heb ik het ook met [naam groepsleiding] over gehad. Dat ik het heel jammer vind dat je acht weken zo intensief bezig bent en dat je niet een soort evaluatie hebt in het algemeen van wat heb je nog nodig na die acht weken. Dat moet je eigenlijk zelf uitzoeken. En dat heb ik dan ook wel gedaan, maar 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. Je hebt het over van alles en nog wat en dan zijn die acht weken voorbij en dan.. ja, zoals bij sport hebben ze dan wel gevraagd van wat ga je doen verder en.. maar psycholoog en maatschappelijk werker bijvoorbeeld niet. Ik heb toen bij haar aangegeven dat ik wel graag ondersteuning wil. 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.

(D-7-2; Code 2)

In de andere uitkomstmaten is een afname in pijn intensiteit en interferentie (bij eind van de

behandeling, follow-up-data ontbreken) te zien en een toename van acceptatie. Catastroferen en psychische inflexibiliteit namen echter toe.



Grafiek 7. Agency-ontwikkeling van patiënt E

Bij patiënt E (zie grafiek 7) lijkt de agency in twee golven omhoog te gaan. Uiteindelijk komt zij van een score van ongeveer 1 naar een score van rond 2,5 te zitten. De eerste kleinere piek is in week 3 waar zij op een twee komt, daarna komt een daling in week 5 waar ze weer op beginniveau terugkwam. Daarna gaat de agency met een tweede aanloop fors omhoog en bereikt een tweede hogere piek in week 7, waar zij op rond 3,5 komt (hoogste score in de hele behandeling). Uit het interview tijdens de dieptepunt in week 5 blijkt dat zij zich toen heel druk maakte over haar klachten:

Ik krijg wel steeds meer overal last van, in mijn lichaam, meer klachten, dus ik heb een hernia en ik had al armlachten en nu heb ik ook nog opgeschuurde knieën daarbij gekregen. Want dat is echt van traplopen. Ik heb alles met de trap gedaan. **En dat is dan niet zo goed geweest?** Dat is veel te veel. Nee. Dat is veel te veel. Dus. En eerlijk gezegd heb ik dus overal last van, dus ik ben heel geïrriteerd zeg maar. (E-5-3; Code 0)

Bij follow-up is er een heel grote spreiding. Aan de ene kant heeft ze duidelijk dingen opgepakt uit de behandeling, ze noemt een aantal dingen waarin zij positief is veranderd. In het volgende citaat geeft zij aan de hand van een concreet voorbeeld aan dat zij milder is geworden:

Ja toch wel meer genieten van leven. Ja en dat doe ik nou ook. Daar ben ik veel bewuster mee bezig. Kan je dat nog een beetje meer uitleggen? Een voorbeeld geven of zo? Voorheen was ik veel serieuzer en nou lach ik veel meer. En ik doe niet overal heel erg moeilijk meer over. Ja soms nog wel natuurlijk, (*lacht) maar ik ben een vrouw en ik ben een moeder. (*lacht). Maar ja ik probeer toch wel overal de de leukigheid uit te halen. Hoe komt dat, dat je de dingen niet meer zo serieus neemt, of ja, ook een keer lacht over de dingen? Hoe komt dat? Wat denk je wat is anders? Omdat ik me daar bewust van ben dat je het leuk moet maken voor jezelf. En ik was heel doelgericht zeg maar. Bijvoorbeeld, ik zal een voorbeeld geven, gisteren ging ik met mijn dochter naar de stad en moesten we een paar dingen doen en ook wel belangrijke dingen voor haar, solliciteren bij een kledingwinkel en daar hadden we ruimte nodig omdat ze nog wat in moest vullen en nu zei ik van we gaan even gezellig ergens zitten en dan gaan we warme chocolademelk nemen en dan gaan we dat eens even rustig invullen en dan hebben we heel erg gelachen. Voorheen zou ik dat niet zo heel snel doen. En dan zou ik gewoon snel dat ding invullen en gewoon weer naar huis gaan. (E-F-12; Code 4)

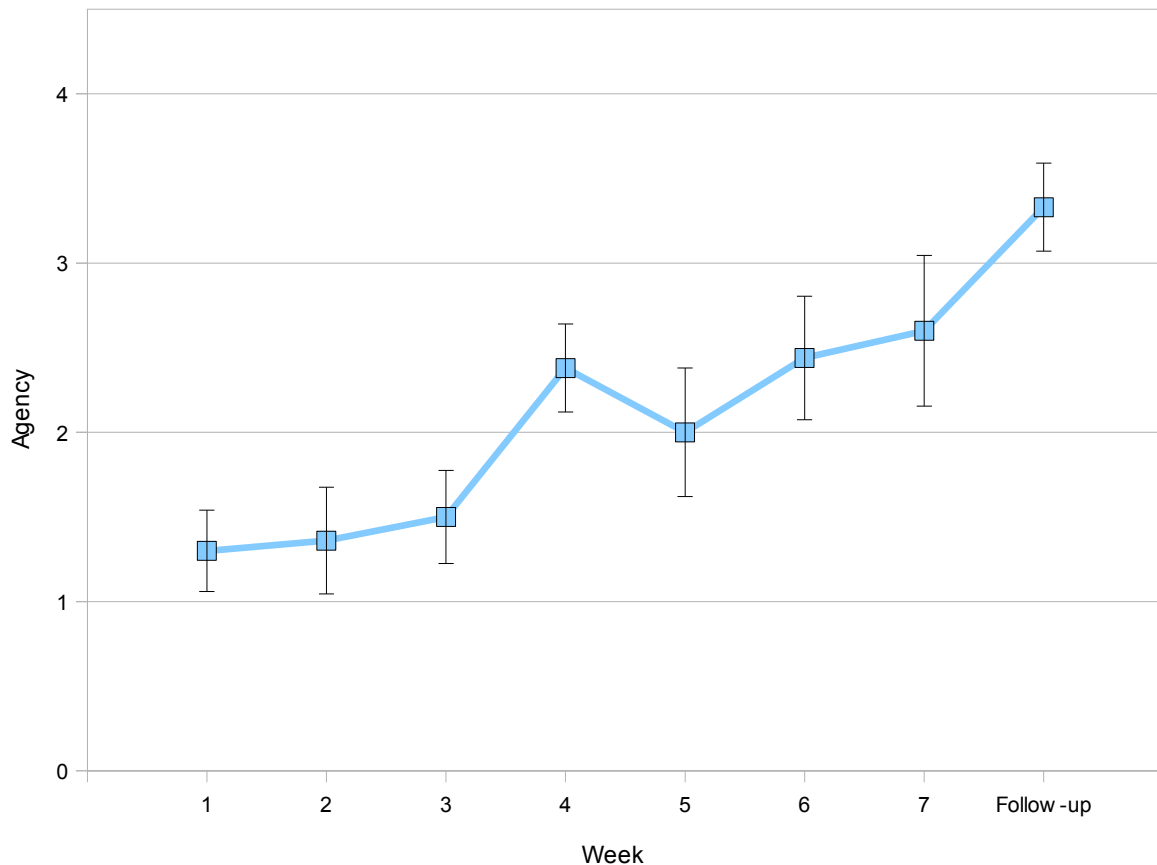
Maar na het einde van de behandeling zijn er ook nog enkele problemen. Zij geeft aan dat ze moeite ermee heeft het voortbestaan van klachten en de daarmee verbondene beperkte mogelijkheid om haar doelen na te streven te accepteren:

Verder kan ik mij niet helemaal goed neerleggen bij het feit dat ik die pijn nog heb zeg maar, we zijn bezig geweest met het acceptatieproces bij het Roessingh toen, ik heb toch wel weer een afspraak gemaakt bij de rugpolie in Delden om dat toch eens weer na te laten kijken. (E-F-2; Code 0)

Het doel wat ik bedoel is dat je daar gewoon elke week naartoe gaat, en dat is nu weg gevallen, en dat vind ik wel lastig om nou doelen in mijn leven te brengen die ik gewoon wel kan doen. Omdat ik gewoon weinig mijn armen kan gebruiken en dat vind ik wel erg lastig om mee om te gaan. (E-F-7; Code 0)

Uit de resultaten van de vragenlijsten blijkt echter wel sprake van meer acceptatie te zijn.

Verder bleek zij minder te catastroferen en psychologisch flexibeler te zijn. Pijn intensiteit en interferentie hebben afgenomen. De gedaalde interferentie kon tot follow-up constant worden gehouden. De intensiteit is in vergelijking met het einde weer gestegen, in vergelijking met start van de behandeling is er sprake van een klinisch bijna relevante daling.



Grafiek 8. Agency-ontwikkeling van patiënt F

De agency van patiënt F (zie grafiek 8) gaat de stijging langzaam maar continu omhoog van ruim 1 in het begin naar ruim 3 bij follow-up. Een piek is te zien in week 4, waar de agency op eens van een 1,5 naar een 2,5 springt. In week 5 gaat hij echter weer iets terug naar 2. Tijdens de piek in week 4 vertelt hij:

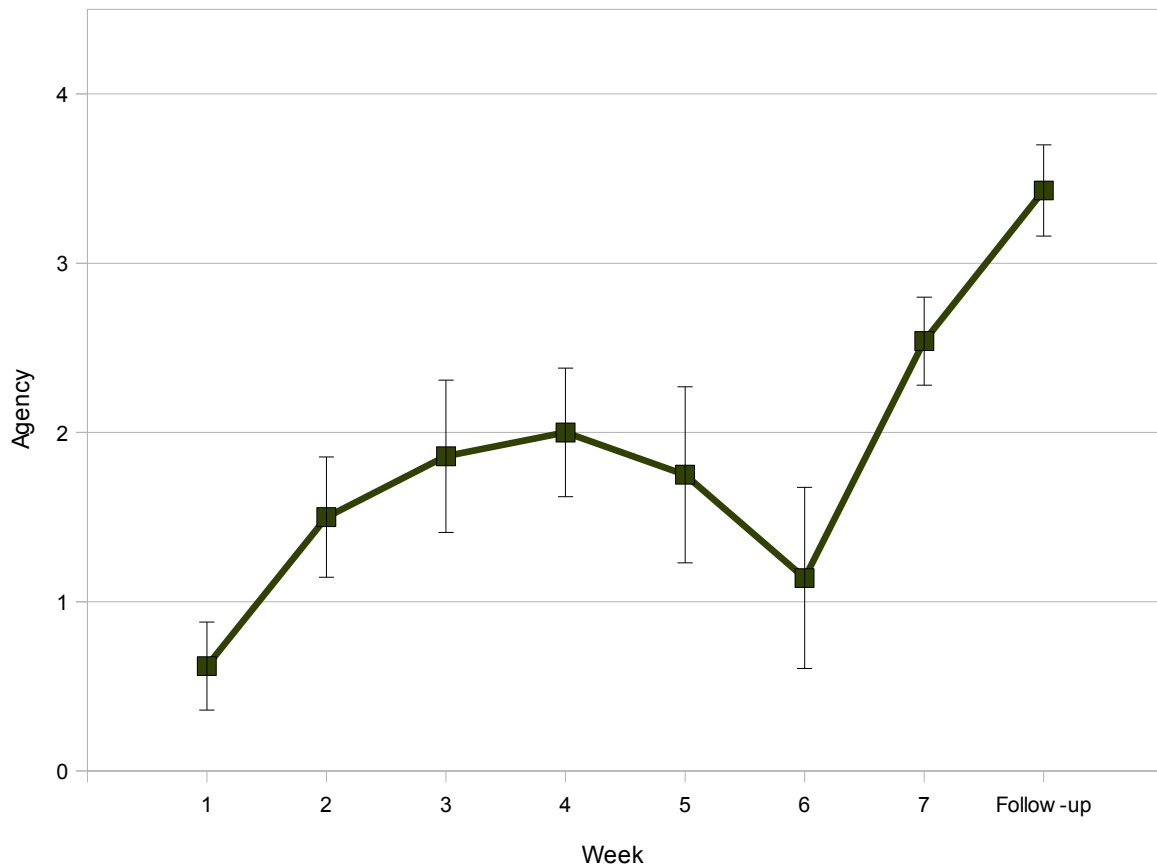
Ook daar was ik wel een beetje mee bezig maar ik ben daar nu eigenlijk elke minuut van de dag wel mee bezig. Het klinkt een beetje zwaar maar met alle stappen die ik doe ben ik er wel bewust mee bezig van, hoe doe ik het, doe ik het ook goed. Soms ga je te ver. Ik wil thuis eigenlijk ook wel eens gewoon 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 10uur 11uur ofzo. 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. 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 of je doet het bijna helemaal niet. Dat is echt wel een omslagpunt, dat is echt een gewenning, maar je weet gewoon, je bent hier niet voor niets. Het is noodzakelijk. Je bent niet voor niets vastgelopen eigenlijk in een aantal dingen. En dat weten de meeste mensen weten dat ook, van je moet erin meegaan. Je moet dat omslagpunt vinden. (F-4-3; Code 3)

Bij de follow-up vertelt hij:

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. Op die manier is het wel heel leerzaam geweest en je hebt ook een stok achter de deur dat je niet meer terug wilt naar de situatie daarvoor. Ik zie dat ook als iets heel negatiefs waar ik niet meer naar terug wil. Dat je jezelf voorbij loopt en roefbouw op je lichaam pleegt, want dan ja.. je hebt veel geleerd bij Het Roessingh, je moet het dan ook toe blijven passen zeg maar. (F-F-4; Code 4)

Opvallend hierbij is echter dat de positieve ontwikkeling die de patiënt hier rapporteert in contrast staat tot zijn resultaten in de vragenlijsten, die een minder goed beeld laten zien. Het enige waar een lichte positieve ontwikkeling is te zien is bij pijn intensiteit. Hier behaalt hij bijna een klinisch relevante verbetering bij eind van de behandeling (follow-up-data ontbreken voor pijn). Qua pijn interferentie en catastroferen verbetert hij niet en acceptatie en inflexibiliteit verslechteren zelfs.



Grafiek 9. Agency-ontwikkeling van patiënt G

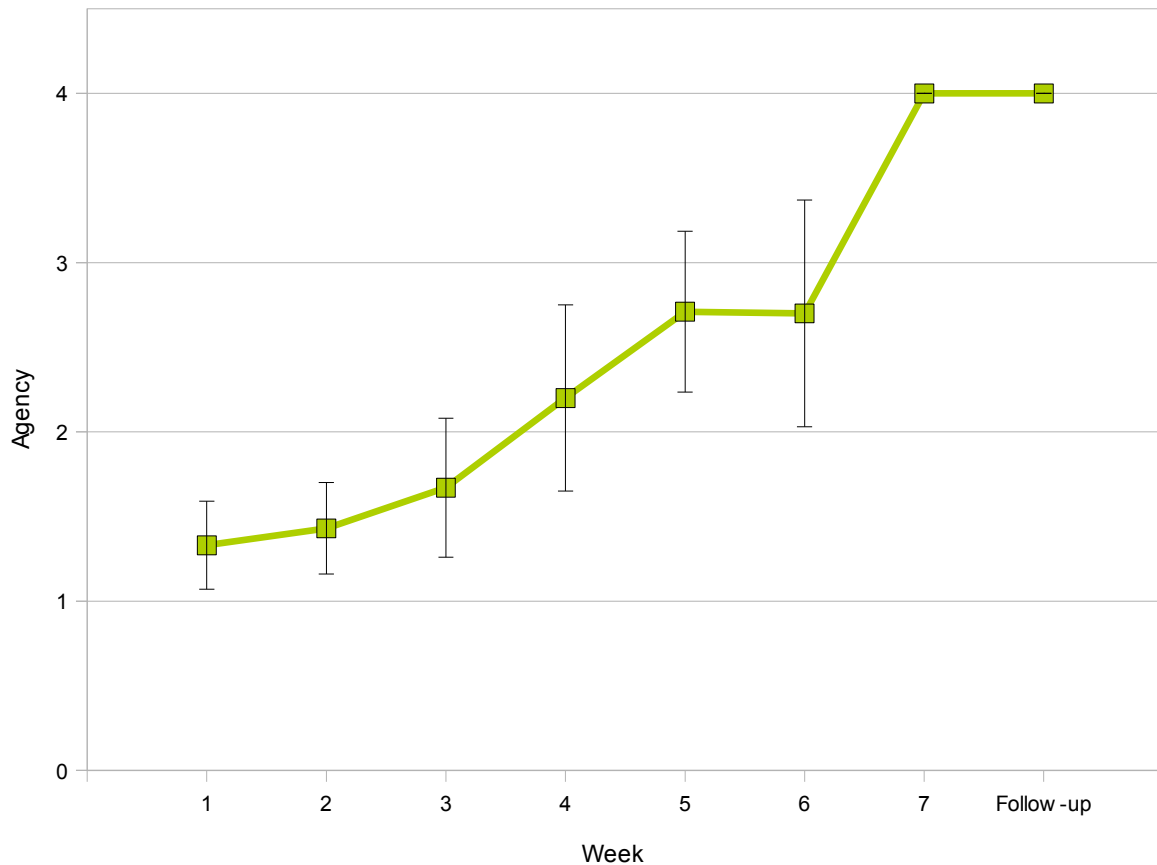
Patiënt G (zie grafiek 9) heeft de meest ongewoon uitziende lijn qua agency-ontwikkeling. Haar ontwikkeling neemt tot week 6 de vorm van een boog aan, beginnend bij een vrij laag niveau tussen 0 en 1 en een hoogtepunt in week 4 bereikend. Dit wordt gevolgd door een crisis in week 6 waar zij weer naar een 1 terug groeit. Daarna schiet zij echter weer fors omhoog en staat bij follow-up tussen 3 en 4. Tijdens de crisis in week 6 zegt zij:

Nou ik had dus vorige week niet zo'n prettige week. Ik had ook echt een terugval, een duidelijke terugval. En dat kwam mede doordat ik hevige steken, messteken onderin mijn rug kreeg. Ja niet letterlijk dan, maar zo voelde het aan. Daardoor raakte ik weer helemaal in paniek zo van god wat is dit nu, ik ging toch redelijk vooruit en nu krijg ik zo'n hevige pijn dat gaat dan echt over mijn grens heen. Nou kan ik gewoon niks meer. Ben weer zeer geneigd om te gaan liggen, wandelen ging moeilijk, alles ging weer moeilijk en was ik even in een een hele grote dip. (G-6-1; Code 0)

De positieve ontwikkeling aan het eind komt overeen met haar ontwikkeling in de anderen uitkomstmaten, waar zij overal een vooruitgang laat zien.

Zij maakt in alle bereiken een wenselijke ontwikkeling door. De verbeterigen qua

pijn-intensiteit konden tot follow-up vol worden gehouden. De interferentie is bij follow-up nog verder omlaag gegaan dan bij het eind.



Grafiek 10. Agency-ontwikkeling van patiënt H

Bij patiënt H (zie grafiek 10) gaat de ontwikkeling bijna continu na boven. Het lijkt alsof zij na week 7 al alle behandeldoelen heeft bereikt. Er is ook op te merken dat zij samen met patiënt A het hoogste ingangsniveau aan agency laat zien. Bij de follow-up vertelt zij:

Als je jezelf vergelijkt met voor de behandeling en daarna, zou je daar kort iets over kunnen zeggen? Ja gewoon veel sterker, veel sterker. En ik kan weer genieten, ik kan weer leuke dingen doen. En 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. Ik denk dat is zo gepiept, even de koelkast schoonmaken. Maar ik was nog niet eens op de helft en ik had zoiets van nee, nou moet ik stoppen dus. 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. 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. Ja en nu niet dus. (H-F-4; Code 4)

De positieve ontwikkeling past bij de wenselijke resultaten qua invaliditeit, catastroferen, psychologische inflexibiliteit en pijn interferentie en intensiteit (bij intensiteit alleen bij follow-up omlaag gegaan). Het feit dat pijnintensiteit bij het eind van de behandeling bijna in relevante mate is gestegen en dat qua acceptatie geen verandering te zien is, lijkt het hoge niveau van functioneren niet te beïnvloeden.

4. Discussie

4.1 Beantwoording van de onderzoeksvraag

Het antwoord op de onderzoeksvraag "Hoe ontwikkelt agency zich binnen Acceptance and Commitment Therapy bij chronisch pijnpatiënten?" is dus het volgende: De agency gaat in de loop van de behandeling omhoog, waarbij er meestal sprake is van een dieptepunt tijdens de therapie. De eerste twee in de inleiding gegeven onderzoekshypothesen zijn dus bevestigd. Echter is er naar voren gekomen, dat de ontwikkeling van de patiënten toch redelijk verschillend verloopt en het dieptepunt minder specifiek is dan gedacht en dus niet regelmatig precies in week 3 of 4 voorkomt.

Verder is opgemerkt dat de bereikte score in week 2 en in week 7 significant positief met de follow-up uitkomsten correleren. De ontwikkeling in week 2 is dus een goede voorspeller voor de uiteindelijke therapieuitkomst. De hoge correlatie tussen week 7 en follow-up wijst erop dat de therapieuitkomsten stabiel blijven en daartussen geen verdere betekenisvolle verandering meer plaats vindt.

De laatste hypothese was dat de standaarddeviatie van de agency score (binnen één interview) bij behandelbegin en eind laag en in het midden hoog zou uitvallen, omdat ervan uitgegaan werd dat de ontwikkeling onregelmatig op verschillende vlakken plaats vindt. Deze hypothese kon bevestigd worden. Deze tendens is met maximaal eenderde standaarddeviatie verschil echter matig. Aangezien de heel verschillende patronen van de standaarddeviaties van de patiënten is echter ook begrijpelijk dat er geen sterke algemene tendens kan worden gezien. Toch kan er geconcludeerd worden, dat als iemand zich midden in het ontwikkelingsproces bevindt, de agency zich niet synchroon op alle vlakken ontwikkelt, maar meer stapsgewijs omhoog gaat. Patiënten kunnen dan op sommige vlakken verder zijn dan op andere.

4.2 Terugkoppeling naar de literatuur

In dit onderzoek zijn er verdere aanwijzingen gevonden voor het nut van Acceptance and Commitment-Therapy ter behandeling van chronische pijn. Er is aangetoond, dat het doel van de behandeling wordt vervuld, namelijk het verhogen van psychologische flexibiliteit. Dit betekent dus ook dat een van de sleutelfactoren van psychotherapie kon worden bereikt: agency. De effectiviteit van de therapie werd door de resultaten van de vragenlijst ondersteund. Ze laten zien dat naast de agency / psychologische flexibiliteit ook de acceptatie is toegenomen en dat de pijn intensiteit en interferentie net zoals het catastroferen en de

psychologische inflexibiliteit omlaag zijn gegaan. Daarmee worden aan de ene kant de individuele patiënten geholpen en aan de andere kant kunnen zo economische kosten worden gereduceerd, als het leven van de patiënten minder door de pijn wordt beperkt.

Verder is er inzicht verkregen over wat zich eigenlijk *tijdens* de behandeling afspeelt, dus *hoe* de ontwikkeling van agency plaats vindt. Het onderzoek dat tot nu toe is gedaan, heeft alleen vastgesteld dat bepaalde uitkomstvariabelen omhoog gaan. Dat dit inderdaad gebeurt, is nogmaals bevestigd in de vragenlijstuitkomsten van dit onderzoek, waar inderdaad bij alle gemeten variabelen een positief effect te zien was.²³ De bijdrage van dit onderzoek is dat het heeft laten zien wat er eigenlijk *tussen* de begin- en eindmetingen gebeurt. Met blik op de literatuurverkenning zou men kunnen denken dat de gemeten variabelen -als zij dan een positief effect laten zien- gewoon geleidelijk (lineair) omhoog gaan. Dit onderzoek heeft echter laten zien dat dit dus helemaal niet zo is, maar dat iedere patiënt zich op een andere manier ontwikkelt, waarbij bij de meesten patiënten sprake was van een duidelijk dieptepunt tijdens de behandeling. Dit verloop was in eerder onderzoek niet zichtbaar.

Een verklaring voor dit verloop van de ontwikkeling is dat de patiënten naar de behandeling komen met de meest evidente problemen en hopen daarvoor een oplossing te krijgen gedurende de therapie. Bij het begin van de behandeling beginnen zij te werken aan de makkelijker op te lossen problemen (zoals het ontwikkelen van een tijdschema) en behalen hierin ook snel eerste succeservaringen. Na enige weken worden de patiënten zich echter ervan bewust dat de problemen veel fundamenteeler zijn en dat zij als hele persoon zullen moeten veranderen; dat zij hun hele levensstijl moeten veranderen. Hier speelt ook het leerproces van creatieve hopeloosheid een rol, in die zin dat zij zich lijken te realiseren dat het op de oude manier niet verder kan en deze dip vervolgens tot nieuwe inzichten leidt. Zij komen tot het inzicht dat zij zelf moeten veranderen en dat zij zelf iets ervoor moeten doen. Ze komen in contact met de harde realiteit en merken dat het in behandeling allemaal veel verder gaat dan zij hebben verwacht. Mogelijk beginnen pas dan therapie-specifieke factoren echt te werken.

Zo'n crisis in de behandeling zou dus geen negatieve betekenis hebben, maar juist een voorbode voor de volgende ontwikkelingsstap zijn. Ondersteuning voor deze hypothese is te vinden in Erikson's stappenmodel van de psychosociale ontwikkeling (Erikson 1950, 1968). Hij ziet de persoonlijkheidsontwikkeling in stappen lopen, die hij crisissen of conflicten

23 Alleen pijn intensiteit is bij follow-up niet klinisch relevant veranderd, wat ook niet zo raar is, aangezien dit ook niet centraal staat in de behandeling.

noemt. Hij ziet deze stappen als crisissen, omdat er in iedere ontwikkelingsfase sprake is van tegenstrijdige vereisten en behoeften. Voor de pijnpatiënten zou zo'n crisis kunnen ontstaan door een confrontatie tussen de vereiste van het aan zich zelf moeten werken en de behoefte dat niet te hoeven doen en de wens dat anderen het probleem zullen oplossen. Als zij merken dat het op die manier niet werkt, komen zij in een crisis. Vervolgens komen zij tot het inzicht dat zij aan zich zelf moeten werken en doen dat ook, waardoor het weer beter met hen gaat (in die zin dat de agency omhoog gaat). Zij zijn een stap verder gekomen in hun ontwikkeling.

De hierboven gegeven interpretatie sluit ook aan bij de bevindingen van de correlaties tussen de agency scores van week 2 en 7 met die van de follow-up. In de eerste week gebeurt meestal nog niet heel veel. Op welk niveau mensen in week 2 zitten kan echter al een aanwijzing ervoor zijn in hoe verre ze van de behandeling zullen profiteren. Aanwijzingen voor zo'n patroon zijn ook te vinden bij Lambert (2005), die laat zien dat als mensen al vroeg een positieve therapierespons hebben, op een moment dat de therapie eigenlijk nog niet kan werken, zij ook betere uiteindelijke therapie-uitkomsten hebben. In de eerste weken kan dus gesproken worden van een non-specifiek behandel-effect. Het is begrijpelijk dat als mensen al in het begin van de behandeling moeite met de makkelijker op te lossen problemen hebben, dat ze dan ook meer moeite ermee zullen hebben als het om de fundamenteelere problemen gaat.

Uitgaand van een ontwikkelingspatroon dat een crisis bevat kunnen ook de resultaten van andere studies op een andere manier worden geïnterpreteerd. Als er bijvoorbeeld een bepaalde positieve ontwikkeling voor een bepaalde variabele wordt gezien, zegt dat nog niet in welke staat deze zich bevindt. Vooral voor korte interventies is dit van belang. Het kan zijn dat een bepaalde ontwikkelingsstand van een variabele een redelijk stabiele eindtoestand is en een eventuele crisis hierin al gedurende de behandeling is doorgemaakt. Echter kan het ook zijn -vooral gezien de verschillende ontwikkelingspatronen- dat deze crisis nog zal komen. Hetzelfde geldt voor negatieve uitkomsten. Hier is het ook mogelijk dat bepaalde variabelen langer tijd nodig hebben om te ontwikkelen dan andere en dat een negatieve uitkomst misschien zo'n crisis is. Dan kan dus niet gezegd worden dat hier geen ontwikkeling heeft plaats gevonden, maar dat deze variabele nog steeds in ontwikkeling is.

4.3 Beperkingen en aanbevelingen

Zoals gezegd is agency een gemeenschappelijk factor van psychotherapie en kan de stijging dus niet specifiek op een ACT-behandeling terug worden gevoerd. Bovendien bestaat er geen zekerheid over dat de gevondene ontwikkeling überhaupt in relatie staat tot de therapie, hoewel het onwaarschijnlijk lijkt dat de patiënten ook zonder therapie zich op die manier zouden hebben ontwikkeld. Om meer gefundeerde uitspraken hierover te kunnen doen is het gebruik maken van een of meerdere controlegroepen aan te raden. Deze zouden een andere vorm van therapie of een placebo-behandeling kunnen ontvangen of ook gewoon uit een wachtlijst-controlegroep kunnen bestaan. Daarboven kan het zijn dat de gevonden patronen setting-specifiek zijn. Het zou daarom interessant zijn te onderzoeken of de resultaten in een andere setting reproduceerbaar zijn.

Bovendien kan, ondanks de pogingen zo objectief mogelijk te interviewen en te coderen, niet worden uitgesloten dat de onderzoekers door hun hypothesen (zoals over de toename van agency) in hun manier van interviewen en coderen werden beïnvloed, wat vervolgens tot een zelfbevestigende voorspelling zou kunnen hebben geleid. In zo'n geval zou een oplossing kunnen zijn om het interviewen en coderen door iemand anders dan de onderzoekers te laten doen. Deze personen zouden getraind moeten worden en mogen geen belang bij de uitkomsten van het onderzoek hebben.

Verder is het een probleem bij het scoren van de interviews, dat verschillende tekstgedeeltes niet altijd verschillende levensterreinen representeren, maar dat meerdere tekstgedeeltes over hetzelfde onderwerp gaan. Als iemand veel op een onderwerp terugkomt waar hij bijvoorbeeld hoog in scoort, dan krijgt hij in totaal een hogere gemiddelde score dan als hij gestructureerder had gepraat. Aan de andere kant kan het zijn dat dit voor een persoon ook een grotere betekenis heeft en hij er daarom meermaals op terugkomt. De vraag is dan of het in zo'n geval juist is om de gegevens met deze kwalitatieve invloed later als kwantitatief te behandelen. Dit probleem zou opgelost kunnen worden door op een gestructureerdere manier te interviewen zodat onderwerp per onderwerp aan bod komt. Bij het coderen zou het een mogelijkheid kunnen zijn dat ieder onderwerp met een andere kleur wordt gekenmerkt en dat vervolgens een codering van onderwerpen in plaats van tekstgedeeltes gedaan wordt. Ook zou het interview in zijn geheel gecodeerd kunnen worden, maar het nadeel daarvan is dat de standaardafwijking binnen verschillende onderwerpen op die manier zou ontbreken.

Een goed design voor uitgebreider vervolgonderzoek zou een combinatie van

kwantitatief onderzoek (via zelf-rapportage-vragenlijsten) als ook kwalitatief onderzoek (via interviews) zijn, omdat beide methoden voor- en nadelen hebben. Deze zouden zo op elkaar moeten worden afgestemd dat beide methodes op dezelfde tijdstippen voor, tijdens en na de behandeling (inclusief follow-up) toegepast worden. Er zouden bijvoorbeeld wekelijks zowel interviews als vragenlijsten kunnen worden afgenomen. Het zou wenselijk zijn als met de vragenlijsten alle kernprocessen van ACT kunnen worden gemeten. Er moet echter wel op worden gelet, dat deze bevragingen niet te langdurig zijn, zodat de ondervraagden niet te vermoeid raken.

Bovendien zou de betekenis van de crisis nader verkend kunnen worden. Hierbij zou het erom kunnen gaan om het optreden (en weer verdwijnen) van het dieptepunt te verklaren. Men zou bijvoorbeeld er naar kunnen kijken welke persoons- of omgevingsfactoren hierbij van invloed zijn. Hier zou een vraag kunnen zijn in hoeverre het doormaken van een crisis belangrijk kan zijn en in hoeverre een crisis bij verschillende uitkomstvariabelen te herkennen is. Verder zou het interessant zijn om met een inhoudsanalyse te kijken in hoe verre ACT-processen te zien zijn in de interviews.

4.4 Klinische aanbevelingen

Omdat iedere patiënt op zijn eigen manier ontwikkelt, is het belangrijk dat ook de therapie op de individuele persoon wordt toegesneden. Er zou meer op de verschillende behoeftes tijdens en ook na de behandeling moeten worden ingegaan. Niet iedereen is na de therapie helemaal in staat op een psychologisch flexibele manier te leven. Als iemand na afloop van de therapie nog hulp nodig heeft, zou het goed zijn als die persoon ondersteuning ontvangt die bij hem het beste past.

Voor de praktijk kan het belangrijk zijn, mensen op het te verwachten dieptepunt voor te bereiden en passende strategieën te ontwikkelen om te voorkomen dat mensen op grond van dit dieptepunt met de behandeling stoppen. De patiënten zouden erover geïnformeerd kunnen worden, dat dit een normaal patroon is, dat het daarna weer beter zal worden en dat dit dieptepunt een noodzakelijk stap in de ontwikkeling kan zijn. Ook hier kan weer met ACT-principes worden gewerkt. Er kan tevens onderstreept worden dat iedereen op zijn eigen manier ontwikkelt, maar dat in het algemeen de agency aan het eind wel omhoog gaat. Dit zou de patiënten kunnen helpen ook moeilijkere perioden te doorstaan. Ook voor de behandelaars betekent dit dat zij niet onrustig moeten worden als het met iemand tijdens de behandeling een keer minder goed loopt.

Echter zou bij een lage score in de tweede behandelweek extra aandacht voor diegene nodig zijn (vanwege de correlatie van week 2 en follow-up). Op grond van de correlatie van week 7 en follow-up kan ervan worden uitgegaan dat als mensen met een goed resultaat de therapie verlaten, dit ook stabiel blijft en zij redelijk goed alleen terecht kunnen komen. Als iemand aan het eind van de behandeling slechte resultaten laat zien dan is het echter niet aan te raden gewoon te verwachten dat hij zich vanzelf in de gewenste richting zal ontwikkelen, maar dat deze persoon nog hulp nodig heeft.

Verder is het inzicht van een onevenwichtige agency-ontwikkeling op verschillende vlakken betekenisvol. Er moet niet van worden uitgegaan dat de agency-ontwikkeling op alle fronten dezelfde is. Als een patiënt bijvoorbeeld over een bepaald onderwerp praat en hierin een heel hoge agency laat zien, dan kan er niet van worden uitgegaan dat deze op andere vlakken even hoog is. Er moet dus naar meerdere levensgebieden van de patiënt worden gekeken om zijn stand van ontwikkeling te kunnen beoordelen.

Tot slot zou, met oog op Adler & McAdams (2007), die op het nut van een succesvol therapieverhaal wijzen, geprobeerd kunnen worden samen met de patiënt aan de ontwikkeling van zo'n therapieverhaal te werken dat hun persoonlijke agency benadrukt en hun psychische gezondheid bevordert.

Referenties

- Adler, J.M. & McAdams, D.P. (2007). The narrative reconstruction of psychotherapy. *Narrative Inquiry*, 17(2), 179-202.
- Adler, J.M. & McAdams, D.P. (2007). Telling stories about therapy: Ego development, well-being, and the therapeutic relationship. In R. Josselson, D.P. McAdams, & A. Lieblich (Eds.). *The Meaning of Others: Narrative Studies of Relationships* (pp. 213-236). Washington, DC: American Psychological Association.
- Adler, J.M., Skalina L.M., & McAdams, D.P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy Research*, 18(6), 719-734.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90; Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets Tests Services, Nederland.
- A-Tjak, J. & De Groot, F. (Red.) (2008). *Acceptance and Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 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(4), 287-333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Crombez, G., & Vlaeyen, J. W. S. (1996). De Pain Catastrophizing Scale (PCS). Ongepubliceerde geautoriseerde Nederlandse Bewerking.
- 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(4), 785-801. doi:10.1016/S0005-7894(04)80020-0
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: W.W. Norton & Company.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, Youth, and crisis*. New York: W.W. Norton & Company.
- Hayes, S. C., & Duckworth, M. P., (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy Approaches to Pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(3), 185-187. doi:10.1016/j.cbpra.2006.04.002
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy:*

- An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Kleen, M., & Jaspers, J. (2007). 'Vrouwen horen niet hard te lopen'. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) bij een pijnstoornis. *Gedragstherapie*, 40(1), 7-26.
- Lambert, M. J. (2005). Early Response in Psychotherapy: Further Evidence for the Importance of Common Factors Rather Than 'Placebo Effects'. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 855-869. doi:10.1002/jclp.20130
- Lousberg, R., & Groenman, N.H. (1994). *Handleiding Multidimensionale Pijnvragenlijst Dutch Language Version (MPI-DLV)*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Luciano Soriano, M. C., Visdómine Lozano, J. C., Gutiérrez Martínez, O., & Montesinos Marín, F. (2001). ACT (terapia de aceptación y compromiso) y dolor crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 473-501.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. *Classification of Chronic Pain, 2, IASP Task Force on Taxonomy* (pp 209-214). Seattle: IASP Press. Teruggevonden op 05-10-2010 op http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfmSection=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Hunter, N. L., Nees, M. A., Wickett, A. (2005). Personal Narratives in Schizophrenia: Increases in Coherence Following 5 Months of Vocational Rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 66-68. doi:10.2975/29.2005.66.68
- Maetzel A., & Li L. (2002). The economic burden of low back pain: a review of studies published between 1996 and 2001. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 16(1), 23-30. doi:10.1053/berh.2002.0204
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain* 74(1), 21-27. doi:10.1016/S0304-3959(97)00146-2
- McCracken, L.M. (2005). Contextual Cognitive-Behavioural Therapy for Chronic Pain. *Progress in Pain research and management* 33, Seattle: IASP Press.
- McCracken, L. M., MacKichan, F., & Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain*, 11(3), 314-322. doi:10.1016/j.ejpain.2006.05.004

- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166. doi:10.1016/j.pain.2003.10.012
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2005). 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(10), 1335-1346. doi:10.1016/j.brat.2004.10.003
- Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296-321. doi:10.1016/j.brat.2007.12.005
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M.G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73-80. doi:10.1159/000190790
- Pull, C. B. (2009). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 55-60. doi:10.1097/YCO.0b013e32831a6e9d
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Van Tulder, M. W., Koes, B. W., & Bouter, L. M. (1995). A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain* 62(2), 233-240. doi:10.1016/0304-3959(94)00272-G
- Veehof, M.M., Schreurs, K.M.G, Hulsbergen, M.L. & Bohlmeijer, E.T. (in druk). Rndom pijn. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Boom.
- 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. doi:10.1037/0022-006X.76.3.397
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11(7), 779-787. doi:10.1016/j.ejpain.2006.12.007
- Vowles, K. E., McNeil, D. W., Gross, R. T., McDaniel, M. L., Mouse, A., Bates, M., & Gallimore, P., McCall, C. (2007). Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behavior*

- Therapy*, 38(4), 412-425. doi:10.1016/j.beth.2007.02.001
- Vowles, K. E., Wetherell, J. L., & Sorrell, 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(1), 49-58. doi:10.1016/j.cbpra.2008.08.001
- Werkgroep Consensus Pijnrevalidatie (Juni 2003). *Kwaliteitsprofielen pijnrevalidatie/Definitie pijnrevalidatie*. Teruggevonden op 05-10-2010 op <http://www.revalidatiegeneeskunde.nl/vereniging/werkgroepen/wpn>
- Wicksell, R. K., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L., & Olsson, G. L. (2008). Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(3), 1-14. doi:10.1080/16506070802078970
- Wicksell, R. K., Dahl, J., Magnusson, B., & Olsson, G. L. (2005). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 415-423. doi:10.1016/S1077-7229(05)80069-0
- Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M., & Olsson, G. L. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain- a randomized controlled trial. *Pain* 141(3), 248-257. doi:10.1016/j.pain.2008.11.006
- Wicksell, R. K., Melin, L., & Olsson, G. L. (2007). Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain - A pilot study. *European Journal of Pain*, 11(3), 267-274. doi:10.1016/j.ejpain.2006.02.012
- Wicksell, R. K., Renöfält, J., Olsson, G. L., Bond, F. W., & Melin, L. (2008). Avoidance and cognitive fusion-central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). *European Journal of Pain* 12(4), 491-500. doi:10.1016/j.ejpain.2007.08.003

Aanhang

In tabel 5 zijn de wekelijkse agency scores met standaarddeviatie van de patiënten afgebeeld.

Tabel 5

Wekelijkse scores van de patiënten

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Std. Deviatie
Week1 A	9	0	4	1,89	1,36
Week2 A	12	0	3	1,75	1,22
Week3 A	9	0	2	,56	0,88
Week4 A	0				
Week5 A	9	0	3	1,89	1,27
Week6 A	14	1	4	3,14	1,17
Week7 A	9	1	4	2,89	1,27
Followup A	10	3	4	3,80	0,42
Week1 B	8	0	2	1,38	0,74
Week2 B	7	0	2	1,00	0,82
Week3 B	7	0	2	,43	0,79
Week4 B	10	2	3	2,90	0,32
Week5 B	9	0	3	2,11	1,05
Week6 B	4	2	3	2,75	0,50
Week7 B	7	0	4	2,43	1,27
Followup B	7	0	4	2,86	1,35
Week1 C	8	1	2	1,38	0,52
Week2 C	9	2	3	2,33	0,50
Week3 C	7	1	3	1,86	0,69
Week4 C	5	0	2	1,20	0,84
Week5 C	13	1	3	2,00	0,82
Week6 C	3	4	4	4,00	0,00
Week7 C	6	3	4	3,83	0,41
Followup C	12	3	4	3,92	0,29
Week1 D	8	1	2	1,12	0,35
Week2 D	8	1	1	1,00	0,00
Week3 D	5	1	2	1,40	0,55
Week4 D	8	1	2	1,62	0,52
Week5 D	0				
Week6 D	10	1	4	2,40	0,84
Week7 D	7	1	2	1,14	0,38
Followup D	5	1	3	1,60	0,89

Week1 E	7	1	2	1,14	0,38
Week2 E	11	0	2	1,00	0,63
Week3 E	7	1	3	2,00	1,00
Week4 E	0				
Week5 E	6	0	2	1,17	0,98
Week6 E	8	2	4	2,62	0,74
Week7 E	9	3	4	3,56	0,53
Followup E	12	0	4	2,50	1,68
Week1 F	10	1	2	1,30	0,48
Week2 F	14	1	3	1,36	0,63
Week3 F	6	1	2	1,50	0,55
Week4 F	8	2	3	2,38	0,52
Week5 F	8	1	3	2,00	0,76
Week6 F	9	1	3	2,44	0,73
Week7 F	5	1	3	2,60	0,89
Followup F	6	3	4	3,33	0,52
Week1 G	8	0	1	,62	0,52
Week2 G	10	1	3	1,50	0,71
Week3 G	7	1	3	1,86	0,90
Week4 G	8	1	3	2,00	0,76
Week5 G	8	0	3	1,75	1,04
Week6 G	7	0	3	1,14	1,07
Week7 G	13	2	3	2,54	0,52
Followup G	7	3	4	3,43	0,54
Week1 H	6	1	4	1,33	0,52
Week2 H	7	1	2	1,43	0,54
Week3 H	6	1	3	1,67	0,82
Week4 H	5	1	3	2,20	1,10
Week5 H	7	1	4	2,71	0,95
Week6 H	10	1	4	2,70	1,34
Week7 H	6	4	4	4,00	0,00
Followup H	4	4	4	4,00	0,00
Valid N	0				
(listwise)					