

Agency ontwikkeling tijdens een behandeling op basis van ACT bij chronische pijnrevalidanten

Martine Tammes
S1015788

Masterthese Psychologie
Geestelijke gezondheidsbevordering

Begeleiding
Dr. K.M.G. Schreurs
Dr. G.J. Westerhof

December 2011

Abstract

This present study, based on weekly interviews, examined the development of five patients with chronic pain during an eight-week in patient treatment based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in a rehabilitation center. Agency is a term used in narrative psychology. Increase in agency during psychotherapy is the essence of psychological development in that therapy. In this study agency is linked to the principles of ACT. Agency here is defined as the perception of an individual action that is the consequence of his own intention, without avoiding negative private events. Agency is divided into three scales: Acceptance, Function of behavior and Application. All patients show an increase in Agency over the course of treatment. Only two patients had significant differences in Agency between interviews. The differences in the increase in Acceptance are significant at the same two patients. One patient has the largest difference early in the treatment and another patient has the significant difference between the second and the last interview of the treatment. This study could not demonstrate that Acceptance especially develops in the second half of the treatment. It rather seems to increase early in the treatment. One possible reason is that the focus of treatment in this rehabilitation center is at the beginning of treatment acceptance oriented. Application and Function of behavior are increasing, but the differences in these scales are not significant between the interviews. This study is designed qualitative. To claim a increase is an increase an quantitative approach is necessary. Because the number of interviews is larger compared to the number of situations, it is difficult to obtain a significant difference between the interviews.

A good baseline measurement, possibly before patients get in contact with the ACT principles, will be more likely to give significant results. A research design with attention to nonverbal signals by video recording the interviews together with a three instead of a five point scale may give a higher interrater reliability in future research. If the interviews are carried out by a health care worker the dilemma of intervening in the treatment by the interview can be resolved. Future research of the development in an ACT treatment is needed to further improve ACT treatment, so it can be determined which principle is to be used at what stage.

Samenvatting

In dit onderzoek is aan de hand van wekelijkse interviews gekeken naar de ontwikkeling van vijf revalidanten met chronische pijn, die een acht weekse semi klinische behandeling in revalidatiecentrum het Roessingh hebben gevolgd op basis van Acceptance and Commitment therapie (ACT). Agency is een term uit de narratieve psychologie. Toename in agency tijdens een psychotherapeutische behandeling is de kern van psychologische ontwikkeling. In dit onderzoek is agency gekoppeld aan de principes van ACT. Hierbij is Agency omschreven als de perceptie van het individu dat een actie de consequentie is van zijn eigen intentie, zonder negatieve private gebeurtenissen te willen vermijden. Agency is daarbij onderverdeeld in de schalen Acceptatie, Functie van gedrag en Toepassing. Alle revalidanten laten een toename in Agency zien in de loop van de behandeling. Slechts bij twee revalidanten zijn de verschillen in Agency tussen de interviews significant. Ook de verschillen in de toename in Acceptatie is bij dezelfde twee revalidanten significant. Bij één revalidant is het grootste verschil in het begin van de behandeling en bij een andere revalidant is het verschil tussen het tweede en het laatste interview van de behandeling significant. In het onderzoek kon niet worden aangetoond dat Acceptatie vooral in de tweede helft ontwikkelt. Het lijkt eerder in het begin van de behandeling toe te nemen. Een mogelijk oorzaak is dat de focus van de behandeling in het revalidatiecentrum is in het begin van de behandeling op acceptatie gericht is. Functie van gedrag en Toepassing nemen toe, maar de verschillen in deze schalen tussen de interviews zijn niet significant. Doordat dit onderzoek kwalitatief is opgezet zijn er relatief veel interviews ten opzichte van het aantal situaties. Om dan een significant verschil te krijgen moeten de verschillen tussen de interviews behoorlijk groot zijn.

Een goede nulmeting, mogelijk voordat revalidanten in contact komen met de ACT-principes, zal mogelijk een grotere kans op significante uitkomsten geven. Ook een onderzoeksopzet met aandacht voor non verbale signalen van de revalidanten door de interviews op video op te nemen kan in vervolgonderzoek samen met een drie- in plaats van een vijfpuntsschaal voor een hogere interrater reliability zorgen. Door de interviews door een hulpverlener te laten uitvoeren, is het dilemma van het interveniëren in de behandeling door de interview op te lossen. Verder onderzoek naar de ontwikkeling in een ACT-behandeling is nodig om de ACT behandeling verder te verbeteren, zodat bepaald kan worden op welk moment welk principe ingezet moet worden.

Inhoud

Abstract	2
Samenvatting.....	3
Inleiding	5
Methode	9
Resultaten	11
Agency	12
Ontwikkeling revalidanten individueel.....	13
Ontwikkeling revalidant A.	13
Ontwikkeling revalidant B	14
Ontwikkeling revalidant C	15
Ontwikkeling revalidant D	17
Ontwikkeling revalidant E.....	21
Discussie	23
Vervolgonderzoek	27
Implicaties voor de praktijk.....	28
Literatuur.....	29
Bijlage 1: Interviewschema algemeen en afwijkingen	32
Bijlage 2: Overzicht scoring	36
Bijlage 3: Voorbeelden codering.....	38
Bijlage 4: Individuele ontwikkeling revalidanten	45
Ontwikkeling revalidant A.	45
Ontwikkeling revalidant B	48
Ontwikkeling revalidant C	51
Ontwikkeling revalidant E.....	54

Inleiding

Sinds de ontwikkeling van de Acceptance and Commitment Therapie (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 2006b) groeit het bewijs voor de effectiviteit van deze derde generatie gedragstherapie (Ruiz, 2010, Veehof, Oskam, Schreurs en Bohlmeijer, 2011). Er is ook enig onderzoek naar het proces van deze effectiviteit (Hayes, Orsillo, & Roemer, 2010; Mc Cracken & Gutiérrez-Martinez, 2011; Lundgren, Dahl & Hayes, 2008). In het huidige onderzoek wordt gekeken naar de ontwikkeling van revalidanten tijdens een op ACT-gebaseerde behandeling voor chronische pijn in revalidatiecentrum het Roessingh.

ACT Theorie

Volgens Hayes et al. (2006b) is bij veel aandoeningen de psychologische inflexibiliteit een eerste oorzaak voor menselijk lijden. Bij psychologische inflexibiliteit staat experiëntele vermijding op de voorgrond. Experiëntele vermijding wordt gedefinieerd als het voorkómen van private gebeurtenissen, zoals affecten, gedachten, herinneringen en lichamelijke sensaties, die als aversief worden beschouwd. Vermijding geeft op korte termijn het gewenste effect, terwijl het op lange termijn juist ervoor zorgt dat de persoon steeds meer bezig is de gevreesde private gebeurtenissen te vermijden. Experiëntele vermijding van bepaald gedrag versterkt het belang van dat gedrag en daardoor zal steeds meer gedrag diezelfde vermijding oproepen (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006a). Uiteindelijk zullen de gedragsmogelijkheden van de persoon verkleinen. Een behandeling op basis van ACT legt nadruk op het ontwikkelen van psychologische flexibiliteit. Bij psychologische flexibiliteit zullen mensen streven naar bewust leven in het moment en handelen in het kader van persoonlijke waarden. Vanwege dat waarde gericht handelen worden negatieve private gebeurtenissen doorstaan.

De processen die daar volgens ACT bij betrokken zijn, zijn op te splitsen in twee kernprocessen: acceptatie en commitment. Acceptatie is het actief innemen van een positie van aanvaarden van gedachten en gevoelens, zonder deze te willen veranderen (Hayes et al. 2006a). Commitment is verbonden met de keuze voor een patroon van gedrag, dat gestuurd wordt door waarden (A-Tjak & de Groot, 2008). Deze twee hoofdprocessen hebben zes onderliggende processen: Acceptatie en bereidheid, Waarden, Cognitieve defusie, Zelf als context, Contact met het moment: 'Nu' en ten slotte Toegewijde actie. Acceptatie en bereidheid gaan over het aanvaarden van negatieve private gebeurtenissen en de bereidheid om controle los te laten (A-Tjak & de Groot, 2008). Waarden bepalen de richting van handelen, wat de persoon wil bereiken in zijn leven. (Hayes et al, 2006b). Cognitieve fusie kan in het kader van ACT worden beschreven als het proces waarbij gedachten over een gebeurtenis versmelten met de gebeurtenis. Gedachten aan een gebeurtenis roepen emoties op

en die leiden tot gedrag alsof de gebeurtenis plaatsvindt. (Wicksell, Renofalt, Olsson, Bond & Melin, 2008). Iemand kan bijvoorbeeld zeggen: “door mijn pijn ga ik de deur niet uit”. In dit geval is de persoon gefuseerd met zijn pijn. Alsof pijn de keuze maakt en niet de persoon zelf. Door cognitieve defusie in ACT kunnen mensen deze gedachten loskoppelen van de feitelijke gebeurtenis en daardoor ruimte krijgen om zich meer te gedragen in overeenstemming met hun doelen en waarden. In het proces Zelf als context wordt de persoon los gemaakt van de identificatie met het zelfbeeld van de persoon (A-Tjak & de Groot, 2008). Van: “Ik ben depressief”, naar: “Ik ben iemand met depressieve gedachten”. Op deze manier kan de psychologische flexibiliteit verder versterkt worden. Contact met het moment: ‘Nu’ kan met mindfulness versterkt worden. Hierdoor kan de revalidant leren niet te oordelen over gedachten en gevoelens die er op dat moment zijn. (Lundgren et al. 2008). In Toegewijde actie wordt de bereidheid om te handelen in de richting van gekozen waarden omgezet in daadwerkelijk actie in concrete haalbare doelen (Hayes et al, 2006a).

Resultaten met ACT

ACT is onderzocht bij verschillende aandoeningen en op verschillende manieren. Uit correlatieel onderzoek blijkt dat experiëntele vermijding positief gerelateerd is aan vrijwel alle psychologische symptomen en negatief gerelateerd aan kwaliteit van leven en andere algemene gezondheidsmaten (Ruiz, 2010). In vergelijking met cognitieve gedragstherapie zijn vergelijkbare resultaten gevonden voor op acceptatie gebaseerde interventies (Veehof et al, 2011). Depressie kan verminderd worden door een vroege interventie op basis van ACT (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx & Pieterse, 2011). Bij somatische klachten, zoals epilepsie kan een behandeling op basis van ACT effect hebben op de kwaliteit van leven (Lundgren et al. 2008). Ook in de arbeid- en organisatiepsychologie kan ACT bij een hoge werkstress het risico op burn out verkleinen (Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund, 2011). Verder onderzoek is echter nodig om meer duidelijkheid te krijgen over de mechanismes waardoor de effecten van ACT tot stand komen.

Chronische pijn

Pijn is een vervelende sensatie en iemand met chronische pijn zal veel tijd besteden om er zo min mogelijk last van te hebben. Dit leidt tot vermijding. Door deze vermijding raken veel revalidanten het zicht op hun waarden kwijt (McCracken & Yang, 2006). McCracken en Velleman (2010) hebben aangetoond dat psychologische flexibiliteit beter de variantie in gezondheidsbeleving van chronische pijn patiënten verklaart dan de intensiteit van de pijn. Acceptatie voorspelt volgens Wicksell et al. (2008) de ernst van de pijn, de interferentie van pijn in het dagelijks leven en in fysieke en mentale welbevinden, daarmee is acceptatie een belangrijke maat om effect van een behandeling te meten.

Er is relatief veel onderzoek naar ACT gedaan bij chronische pijn patiënten, omdat vermijding bij deze groep vaak een grote rol speelt (McCracken & Gutiérrez-Martinez, 2011; Johnston, Shennan &

Johnson, 2010; Wicksell, Melin, Lekander & Olsson, 2009; Paez-Blarrina, Luciano, Gutierrez-Martinez, Valdivia, Ortega, Rodriguez-Valverde, 2008). Veehof, Oskam, Schreurs en Bohlmeijer (2011) hebben een systematische review en meta-analyse van gecontroleerde en niet gecontroleerde studies uitgevoerd, waarin effect aangetoond is op fysieke en mentale gezondheid van pijn patiënten. Zij tonen aan dat op mindfulness gebaseerde therapieën en op ACT gebaseerde therapieën een goed alternatief zijn voor cognitieve gedragstherapie bij chronische pijn, omdat een vergelijkbaar effect aangetoond wordt op pijnintensiteit en depressiviteit.

Narratieve psychologie

Er is al veel bekend over de effecten van ACT, maar hoe het effect van ACT tot stand komt is minder bekend. Hoe ziet dit proces er inhoudelijk uit? In andere takken van de psychologie wordt wel naar het inhoudelijke proces gekeken, zoals bij de narratieve psychologie. In de narratieve psychologie is men geïnteresseerd in het verhaal dat iemand vertelt. Narratieve psychologie gaat ervanuit dat psychologische trekken en mentale toestanden, maar ook persoonlijkheid en identiteitsveranderingen gecodeerd zijn in de verhalen die mensen vertellen (Ehmann, 2011).

Psychotherapie is een emotioneel belangrijke ervaring in een mensenleven (Adler & McAdams, 2007). De verhalen over therapie zijn daarom uitermate geschikt om inzicht te geven in de psychologische trekken en mentale toestanden van de verteller. In de verhalen van cliënten over therapie blijkt dat agency een belangrijke rol speelt (Adler & McAdams, 2007). Agency wordt geïntroduceerd door Bakan (1966), die agency samen met communion ziet als functionele modaliteiten van levenden, waarbij agency het bestaan als individu beschrijft, terwijl communion juist het bestaan van het individu in zijn gemeenschap beschrijft.

In de visie van Bakan verwijst agency naar de neiging van een individu zich te doen gelden in een krachtige en expansieve manier en is het geassocieerd met volgende karakteristieken: agressiviteit, onafhankelijkheid, bedreven en instrumenteel competent. In de literatuur is overeenstemming, dat toename in agency belangrijk is in psychotherapeutische behandeling (Adler & McAdams, 2007; Lysaker, Davis, Hunter, Nees & Wickett, 2005). Toename in agency is de kern van psychologische groei en ontwikkeling (Knox, 2010).

Overlap agency en ACT

In de loop van de jaren is agency op vele manieren gedefinieerd. In sommige literatuur is bij agency duidelijk een overwinnen na strijd te herkennen (Adler & McAdams, 2007). In deze visie is er weinig overlap met ACT, waarbij het draait om acceptatie en toewijding. McKrill (2009) definieert agency algemener, waarbij agency is betrokken bij het beïnvloeden van dingen, anderen, zichzelf of iemands leven. Volgens Lysaker, Ringer, Maxwell, McGuire en Lecomte (2010) is agency de mate waarin een persoon zichzelf ervaart als in staat om gebeurtenissen in zijn leven te beïnvloeden.

Nahab, Kundu, Gallea, Kakareka, Pursley, Pohida en Hallett (2011) vinden agency de perceptie van het individu dat een actie de consequentie is van zijn eigen intentie. Deze drie visies op agency komen dichterbij de processen van ACT. Vanuit een ACT-visie wil iemand zijn leven beïnvloeden door in de richting van zijn waarden te leven. De functie van zijn gedrag wordt gevoed vanuit die waarden en niet door sociale motivatoren, niet door externe bronnen en niet door interne motivatoren anders dan waarden. In de definitie van Lysaker et al. (2010) en McKrill (2009) draait het om beïnvloeding van het leven. Vanuit ACT is het nodig om dit vanuit acceptatie te doen. In de definitie van Nahab et al. (2011) kan acceptatie ingevoegd worden. In het huidige onderzoek wordt Agency gedefinieerd als de perceptie van het individu dat een actie de consequentie is van zijn eigen intentie, zonder dat hij negatieve private gebeurtenissen wil vermijden.

In het huidige onderzoek wordt Agency geoperationaliseerd in drie schalen: Acceptatie, Functie van gedrag en Toepassing. Bij Acceptatie wordt gekeken naar het al dan niet vermijden van negatieve private gebeurtenissen. Bij Functie van gedrag wordt gekeken naar de intentie van de actie van de revalidant: waarom doet de revalidant wat hij doet. Functie van gedrag loopt van gedrag, dat wordt gestuurd door externe, sociale of interne motivatoren anders dan waarden tot gedrag wat volledig gestuurd wordt door waarden van de revalidant. Ten slotte wordt in de schaal Toepassing gekeken in hoeverre de revalidanten het in de behandeling geleerde ook toepassen. Toepassing is hierbij niet gelijk aan Toegewijde actie, omdat het geleerde bijvoorbeeld ook alleen acceptatie kan betreffen. Op te merken valt dat deze drie schalen dicht bij de ACT-principes liggen. Acceptatie wordt onderzocht met de schaal Acceptatie en Commitment wordt onderzocht met de schaal Functie van gedrag. De schaal Toepassing kan in beide principes passen, afhankelijk van het geleerde.

Werking van ACT

Er is zoals besproken bekend dat ACT effect heeft. McCracken en Gutierrez-Martinez (2011) hebben bij chronische pijn revalidanten aangetoond dat significante verbetering van acceptatie van pijn, algemene psychologische acceptatie, mindfulness en waarde gebaseerde actie verbetering geeft van depressie scores, pijn gerelateerde angst en fysieke en psychosociale beperkingen. Lundgren et al. (2008) hebben bij epilepsie patiënten aangetoond dat ziekteacceptatie en het toepassen van waarden, deels verantwoordelijk waren voor de verbetering van aanvalsfrequentie, kwaliteit van leven en welbevinden. Vowles en Mc Cracken (2008) tonen aan dat acceptatie van pijn en toegewijde actie verbetering geeft van pijn en depressie scores, pijn gerelateerde angst en beperkingen. Hayes, Orsillo en Roemer (2010) hebben mogelijke mechanismes van dit effect geanalyseerd door te focussen op veranderingen gedurende de 16 individuele sessies van een op acceptatie gebaseerde gedragstherapie behandeling voor Gegeneraliseerde Angststoornis. Positieve verandering in acceptatie en uitvoeren van betekenisvolle activiteiten bleken gerelateerd aan het therapieresultaat.

Acceptatie groeide vooral in de tweede helft van de behandeling, terwijl het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten geleidelijk toenam. ACT huldigt het conditioneringsprincipe dat het positieve effect van een geslaagde toepassing, het geleerde gedrag zal vermeerderen (Hayes et al, 2006b). Het is nog niet bekend of deze toename in acceptatie en toegewijde actie ook gelden bij cliënten met chronische pijn en of dit ook in de verhalen die de cliënten tijdens de behandeling over de behandeling hebben te herkennen is. Aangezien het onderzoek van Hayes, Orsillo en Roemer (2010) het enige onderzoek is waar tijdens de behandeling gemeten wordt, wordt in het huidige onderzoek gekeken of dezelfde conclusies gereproduceerd kunnen worden.

Daarbij worden de volgende hypothesen gesteld:

1. Agency zal toenemen tijdens de ACT behandeling voor chronische pijn revalidanten.
2. Acceptatie zal toenemen in het tweede deel van de ACT behandeling voor chronische pijn revalidanten.
3. De functie van het gedrag zal geleidelijk verschuiven van externe motivatoren naar motivatie op basis van waarden.
4. De toepassing van het geleerde zal geleidelijk toenemen gedurende de behandeling.

Methode

Deelnemers

Op basis van vrijwilligheid is een semi-klinische groep in het Roessingh Revalidatiecentrum benaderd om deel te nemen aan dit kwalitatieve onderzoek. In algemene bewoordingen is het onderzoek uitgelegd. Vijf van de zes mensen in de groep hebben toegezegd deel te nemen. In Tabel 1 zijn de gegevens van de revalidanten beschreven. De revalidanten zijn tussen de 19 en de 46 jaar oud (gemiddeld: 34,32 jaar; S.D. 11,2 jaar). De duur van de klachten loopt van 1 tot 32 jaar (gemiddeld: 8,6 jaar; S.D. 18,6 jaar).

De semi klinische behandeling in de pijnkliniek van het revalidatiecentrum het Roessingh is een groepsbehandeling van acht weken, waarbij de deelnemers op basis van ACT behandeld worden. De revalidanten zijn intern van woensdag tot en met vrijdag. De rest van de week zijn ze thuis. De behandeling is multidisciplinair met fysiotherapie, ergotherapie, bewegingsagogie, psychologie, activiteitentherapie en maatschappelijk werk en volgt de opbouw zoals beschreven wordt in het boek "Leven met pijn" (Veehof, Schreurs, Hulsbergen en Bohlmeijer, 2010). De behandeling start met acceptatie, waarden en gaat dan alle processen van ACT langs. Acceptatie komt in de vierde week opnieuw aan de orde.

Tabel 1: Revalidant gegevens

	Sekse	Leeftijd	Code	ICD-9	Duur van de pijnklachten [jaar]
A	M	27,0	847.0	Whiplash (distorie hals)	1
B	V	35,7	780.7	Chronisch vermoeidheidssyndroom	1
C	M	42,8	724.4	Rugpijn: radiculair syndroom oe	6
D	V	46,7	729.1	Fibromyalgie/myalgie niet gespecificeerd	32
E	V	19,5	724.2	Lumbago	3

Procedure

Dit onderzoek bestaat uit vijf single cases (N=1). De revalidanten zijn wekelijks face tot face geïnterviewd. Tijdens de behandeling vonden de interviews plaats in de pijnkliniek. Het follow up interview is op verschillende locaties uitgevoerd. De interviews zijn vanaf de tweede week tot in de laatste week van de behandeling uitgevoerd. Het follow up interview is zes weken na de behandeling uitgevoerd. In verband met feestdagen hebben de revalidanten een vrije week gehad na het vierde interview. In verband met de belastbaarheid van de revalidanten en hun drukke schema is ervoor gekozen de interviews maximaal 30 minuten te laten duren.

Materialen

Het interview heeft een semi gestructureerde opzet (zie Bijlage 1), welke ontwikkeld is op basis van de mastertheses van Middelink (2010) en van Paplowski (2010). In hun onderzoek was het moeilijk overeenstemming te krijgen over de te coderen passages. Daarom is er nu naar gestreefd de revalidanten in de interviews situaties te laten beschrijven. In eerste instantie worden de revalidanten uitgenodigd hun ervaringen te vertellen aan de hand van een open vraag: *“Wat heeft u afgelopen week geleerd en ervaren?”*. Als de revalidant niet zelf met genoeg situaties kwam is doorgevraagd met vragen als: *“Wat was er nieuw afgelopen week?”* en: *“Wat is er gebeurd waar u na de behandeling aan terug zult denken?”*. Vaak is gevraagd naar een situatie die niet gelukt is. Per situatie is doorgevraagd. Bij het doorvragen is er aandacht voor de gevoelens en gedachten die de situatie oproepen, aandacht voor de reden van het gedrag (*“Wat maakt het belangrijk voor u was dat te doen/niet te doen?”* En: *“Wat maakt dat u het wel/niet deed?”*) en aandacht voor de perceptie van de revalidant in hoeverre het gelukt is het geleerde toe te passen. In het follow up interview is tevens gevraagd hoe de gehele behandeling ervaren is en hoe de revalidanten de interviews ervaren hebben.

De vijf revalidanten zijn verdeeld onder de twee onderzoekers. Revalidanten A, B en D zijn geïnterviewd door onderzoeker (M.T.) en revalidanten C en E door een andere onderzoeker (L.W.).

De revalidanten hebben vragenlijsten ingevuld, zoals standaard gebeurt in het revalidatiecentrum. Echter er is teveel missing data om de resultaten van deze vragenlijsten mee te kunnen nemen in het onderzoek.

Data-analyse

Alle interviews zijn door de interviewer getranscribeerd. Vervolgens zijn de interviews in twee ronden gecodeerd. In de eerste ronde zijn de interviews opgedeeld in situaties. Eerst zijn twee interviews van verschillende revalidanten in verschillende weken van de behandeling op deze manier uitgewerkt. Deze interviews zijn besproken met experts. Daarna zijn alle interviews in de eerste ronde door de onderzoekers ingedeeld in situaties. Hierover hebben beide onderzoekers door discussie overeenstemming bereikt.

Daarna zijn de interviews in de tweede ronde inhoudelijk gecodeerd door beide onderzoekers op de drie schalen zoals beschreven in de inleiding: Acceptatie, Functie van gedrag en Toepassing. Het codeerschema van deze drie schalen staat in Bijlage 2. Als een situatie niet te coderen is, krijgt de situatie de score 9 en telt die situatie niet mee. In Bijlage 3 staan voorbeelden van alle scores. Om Agency te kunnen meten is het gemiddelde van de drie schalen per situatie berekend.

De tweede ronde is in fases uitgevoerd. Eerst zijn drie interviews individueel en onafhankelijk gescoord, waarna discussie tussen beide onderzoekers meer overeenstemming over de scoring moest geven. Deze procedure is nog tweemaal toegepast op telkens drie interviews. Daarna zijn alle interviews individueel en onafhankelijk gecodeerd. De interrater reliability van het totaal is 0,33. In de discussie worden mogelijk achtergronden van deze lage waarde besproken. De beide onderzoekers hebben daarna door middel van discussie over alle coderingen overeenstemming bereikt.

Met behulp van ANOVA is bepaald of de verschillen tussen de interviews van de revalidanten significant zijn. De score van het interview is het gemiddelde van de scores van de situaties uit dat interview. Als er een significant verschil is, is daarna met behulp van de post hoc analyse op basis van Bonferroni uitgezocht welk verschil de significantie veroorzaakt. Door relatief weinig situaties per interview is het moeilijk in dit kwalitatieve onderzoek significantie aan te tonen.

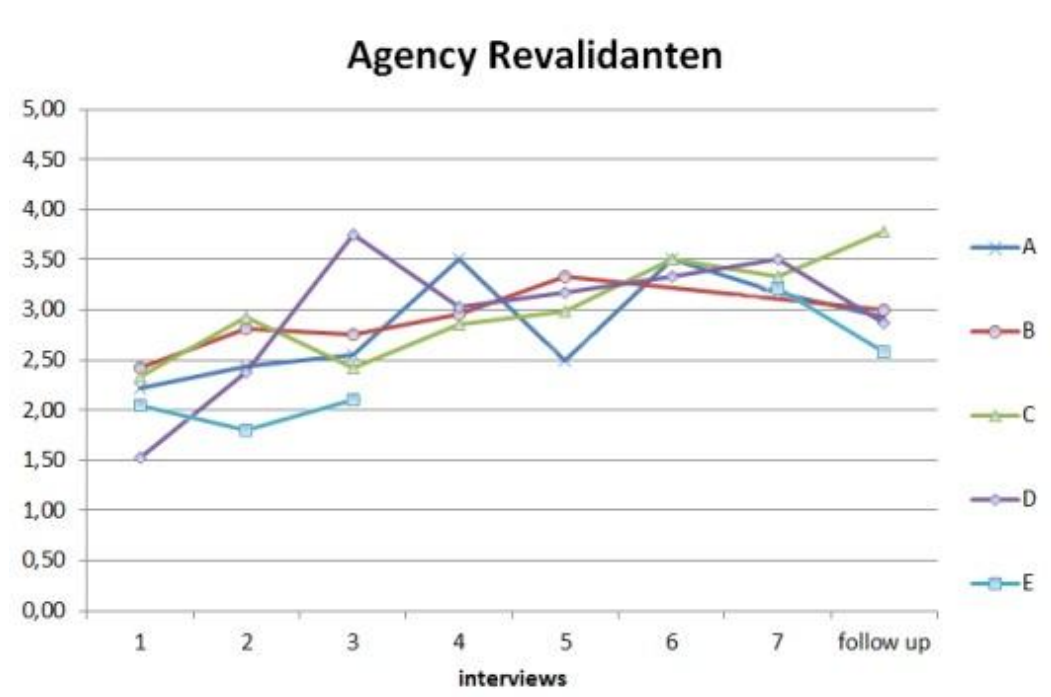
Resultaten

De vijf revalidanten zijn conform procedure geïnterviewd. Drie revalidanten hebben de gehele procedure doorlopen. Revalidant E ervoer de interviews als een te grote belasting en heeft de eerste drie, het zevende en het follow up interview gegeven. Revalidant B is twee weken eerder met de behandeling gestopt en is in die weken ook niet geïnterviewd. Uit de 35 interviews zijn in totaal 163

situaties bepaald (revalidant A: uit 8 interviews 31 situaties, revalidant B: uit 6 interviews 31 situaties, revalidant C: uit 8 interviews 34 situaties, revalidant D: uit 8 interviews 47 situaties, revalidant E: uit 5 interviews 20 situaties).

Agency

In het huidige onderzoek neemt bij alle revalidanten de Agency toe tijdens de behandeling. In Figuur 1 is de ontwikkeling van Agency van de revalidanten te zien. De verschillen tussen de interviews zijn slechts bij twee revalidanten significant. Bij revalidant D is het verschil tussen het eerste en het derde interview het grootst, echter dit verschil is niet significant als deze met behulp van de Bonferroni-techniek worden bepaald. Dit komt mogelijk door het kleine aantal situaties ten opzichte van het aantal interviews. Bij revalidant E is het verschil tussen het tweede en het zevende interview significant. Bij de meeste revalidanten is de score van follow up lager dan aan het eind van de behandeling, maar deze afname is nergens significant



Figuur 1: Agency van alle revalidanten

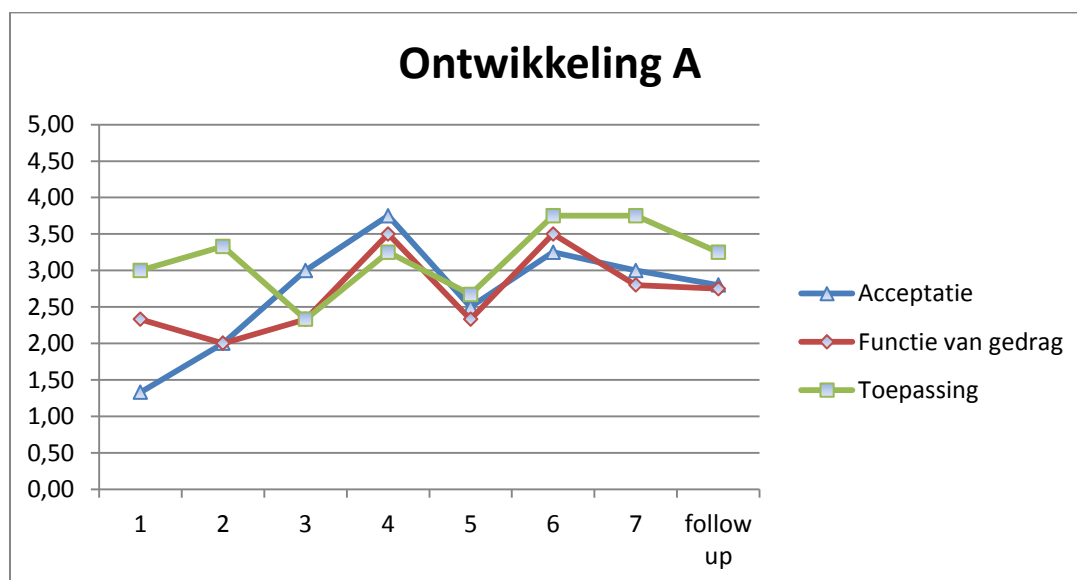
De revalidanten hebben allen een verschillend patroon. Bij revalidant A lijkt een terugval te zien in interview vijf tussen zijn twee hoogste scores. Revalidant B lijkt tijdens de behandeling de meest gematigde stijging te laten zien met de minste uitschieters. Revalidant C heeft vanaf het derde interviews een geleidelijke stijging. Revalidant D begint het laagst en stijgt het snelst in de eerste helft van de behandeling. De piek in het derde interview wordt later niet meer gehaald. Revalidant E ten slotte blijft relatief laag in de eerste weken, maar scoort in de laatste behandelweek vergelijkbaar met de andere revalidanten.

Ontwikkeling revalidanten individueel

In verband met de leesbaarheid worden alleen de resultaten van revalidant D besproken met uitleg aan de hand van citaten uit de interviews. Van de andere revalidanten worden de resultaten beknopter besproken en is uitgebreidere beschrijving met citaten te vinden in Bijlage 4.

Ontwikkeling revalidant A.

Revalidant A is een man van 27 jaar, die na een ongeluk op de fiets een klachtenpatroon ontwikkelt passend bij een whiplashsyndroom. In Figuur 1 wordt zijn Agency ontwikkeling weergegeven en in Figuur 2 is de ontwikkeling van de verschillende schalen van Agency van revalidant A te zien. Revalidant A heeft geen significante verschillen tussen de interviews in Agency of in de sub schalen. De trend van alle schalen wijst op een toename tijdens de behandeling.



Figuur 2: Ontwikkeling schalen revalidant A

Acceptatie: Revalidant A heeft in het eerste interview een relatief lage score op Acceptatie. Deze lijkt in de drie volgende weken behoorlijk te verschuiven naar minder vermijding. Het verschil tussen het eerste en vierde interview nadert significantie ($p = 0,07$). In het vijfde interview lijkt een terugval zichtbaar voor alle sub schalen, waarna alle schalen weer hoger scoren in het zesde interview. Deze verschillen zijn echter niet significant.

Functie van gedrag: Functie van gedrag lijkt bij revalidant A toe te nemen tot het vierde interview. Revalidant A scoort in het vijfde interview lager, terwijl hij in het zesde interview weer op niveau van

het vierde interview scoort. Tijdens de behandeling is over het geheel bij Functie van gedrag een stijgende lijn te herkennen. De verschillen zijn geen van allen significant.

Toepassing: Bij revalidant A is bij Toepassing de minste ontwikkeling te zien. Dit komt vooral doordat revalidant A redelijk hoog scoort in het begin van de behandeling.

Agency: Zoals te zien in Figuur 1 heeft revalidant A in het vierde en zesde interview topweken. De week ertussen laat een terugval in Agency zien. Tussen het vierde en vijfde interview hebben de revalidanten in verband met feestdagen een week vrij van de behandeling. In het vijfde interview zegt revalidant A mooie dingen over zijn leven niet uitstellen, maar laat hij ook zien dat hij nog veel piekert en zijn oude leven terug wil, waardoor Agency toch lager uitkomt. De trendlijn laat een niet significante stijging zien.

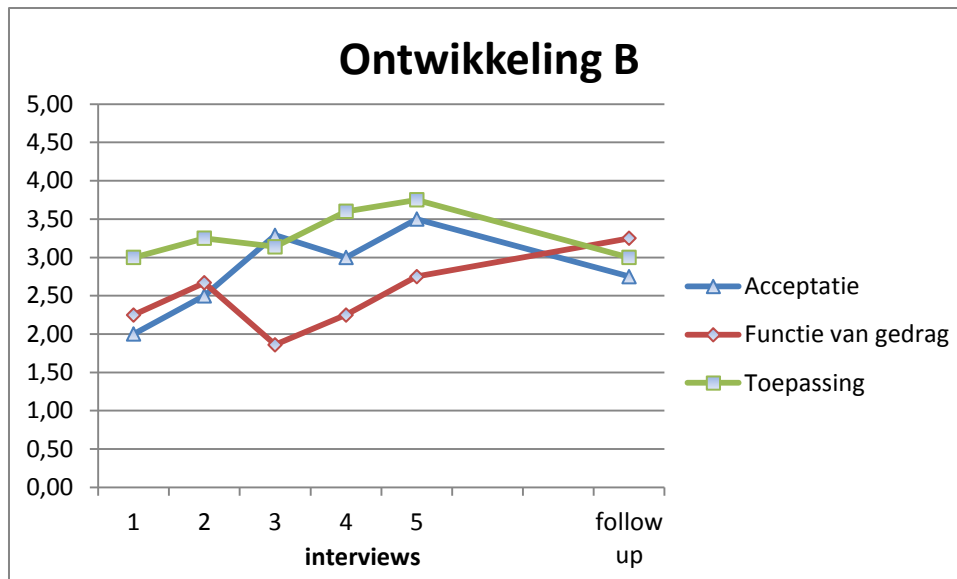
In de eerste drie interviews ontwikkelen de schalen niet altijd in dezelfde richting, daarna veranderen de verschillende schalen op een vergelijkbare manier.

Ontwikkeling revalidant B

Revalidant B is een 35 jarige vrouw die aan een chronisch vermoeidheidssyndroom lijdt. In de interviews komt vooral de hoofdpijn waar revalidant B aan lijdt als kenmerk tevoorschijn. Doordat revalidant B haar huwelijk had gepland in de zevende week van de behandeling, heeft zij slechts zes weken behandeling gevolgd. Het follow up interview is gelijk met de andere follow up interviews uitgevoerd, voor deze revalidant niet zes maar acht weken na het einde van haar behandeling. Revalidant B heeft geen significante verschillen tussen de interviews, noch in agency, noch in de sub schalen.

Acceptatie: Revalidant B laat tijdens de behandeling een verschuiving naar meer Acceptatie zien. Revalidant B heeft de hoogste score in de laatste week van haar behandeling. Bij het follow up interview is waarde van de schaal Acceptatie weer gedaald.

Functie van gedrag: Na een initiële stijging van de Functie van gedrag van revalidant B lijkt een terugval te zien in het derde interview. Daarna treedt bij revalidant B een geleidelijke verschuiving naar meer waarde gericht gedrag op, die in het follow up interview de hoogste score bereikt.



Figuur 3: Ontwikkeling schalen revalidant B

Toepassing: In het begin van de behandeling lukt het revalidant B goed om het geleerde toe te passen. Hierdoor zijn de verschillen met later in de behandeling niet groot. In het follow up interview is Toepassing weer terug op het uitgangsniveau.

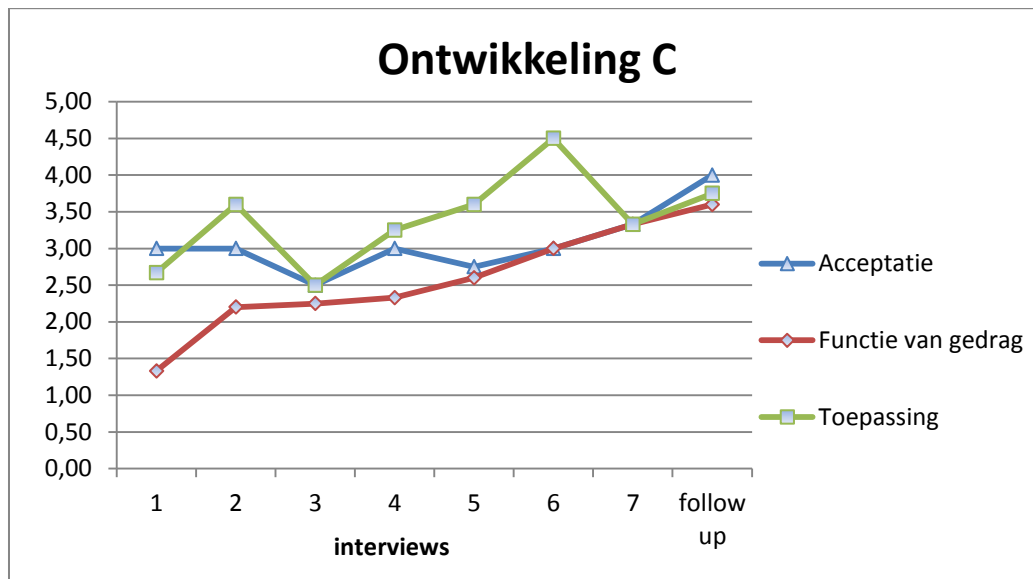
Agency: In Figuur 1 lijkt te zien dat revalidant B een geleidelijke ontwikkeling van Agency heeft tijdens de behandeling. Er zijn weinig uitschieters. Agency is iets afgenomen tijdens de follow up.

Bij revalidant B is de ontwikkeling in de meeste weken over de verschillende schalen gelijk. Er zijn echter ook weken, waar de score op de ene schaal stijgt, terwijl een andere schaal daalt. Vooral de overgang van interview twee naar interview drie valt op dat Functie van gedrag daalt, terwijl de Acceptatie toeneemt. Revalidant B lijkt in dat interview meer haar valkuilen te herkennen en ze te accepteren, terwijl ze zich nog wel laat sturen door externe motivatoren. Ze moet bijvoorbeeld lachen als ze aan de telefoon met een vriendin beseft dat ze ondertussen de kopjes in de vaatwasser aan het herorganiseren is. Het herorganiseren is een externe motivator, omdat zij vindt dat de vaatmachine op haar manier ingepakt hoort te worden en omdat ze zich niet de rust gunt alleen te telefoneren en niets anders daarnaast te doen. Tegelijkertijd mag het gevoel dat het herorganiseren oproept ("wat stom") er wel zijn. Dat laat ze zien door erover te lachen.

Ontwikkeling revalidant C

Revalidant C is een 42 jarige man met rugpijn: een radiculair syndroom. Hij is in 2005 geopereerd aan zijn rug, waarna de klachten niet afnamen. Geen van de verschillen in Agency of in de sub

schalen tussen de interviews is significant. In Figuur 1 is de ontwikkeling in Agency te zien en in Figuur 4 de ontwikkeling in de sub schalen.



Figuur 4: Ontwikkeling schalen revalidant C

Acceptatie: Zoals beschreven in de methode (data analyse) kan een situatie een score 9 krijgen, indien de onderzoekers niet genoeg informatie hebben om die situatie te kunnen beoordelen. Bij Acceptatie is ruim 7% van alle situaties van alle revalidanten niet te coderen volgens de onderzoekers. Bij revalidant C zijn echter 10 van de 34 situaties bij deze schaal uitgevallen. Dit is ruim 26%. Revalidant C liet in de interviews niet goed merken of negatieve private gebeurtenissen er mochten zijn. Hierdoor is de lijn van de Acceptatie minder betrouwbaar. De score op Acceptatie begint bij revalidant C relatief hoog en tijdens de behandeling is er niet veel verandering te zien. In het follow up interview lijkt wel een toename in Acceptatie te zien.

Functie van gedrag: Terwijl revalidant C in het eerste interview laat zien, dat hij zich laat sturen door de pijn en andere externe motivatoren, is daarna een geleidelijke verschuiving te zien in de richting van meer waarde gericht gedrag. Deze verschuiving loopt door in het follow up interview. Het verschil tussen het eerste en het laatste interview nadert significantie ($p=0,09$).

Toepassing: De score Toepassing van revalidant C laat over de hele behandeling een verschuiving zien naar meer toepassing van het geleerde. In het tweede interview scoort hij relatief hoog, waarna hij in het derde interview weer lager scoort. Revalidant C laat een toename zien in Toepassing tussen het derde en het zesde interview. Toepassing neemt in het laatste interview van de behandeling

weer af. Bij het follow up interview laat revalidant C herstel zien, maar het hoogste punt van de behandeling wordt niet gehaald.

Agency: In Figuur 1 is te zien dat vooral in het tweede interview hoog gescoord wordt op Agency. In het derde interview valt de score van revalidant C terug naar het niveau van het eerste interview. Daarna is een geleidelijke stijging te zien. Revalidant C is de enige die in het follow up interview een hogere score heeft dan in het laatste interview van de behandeling.

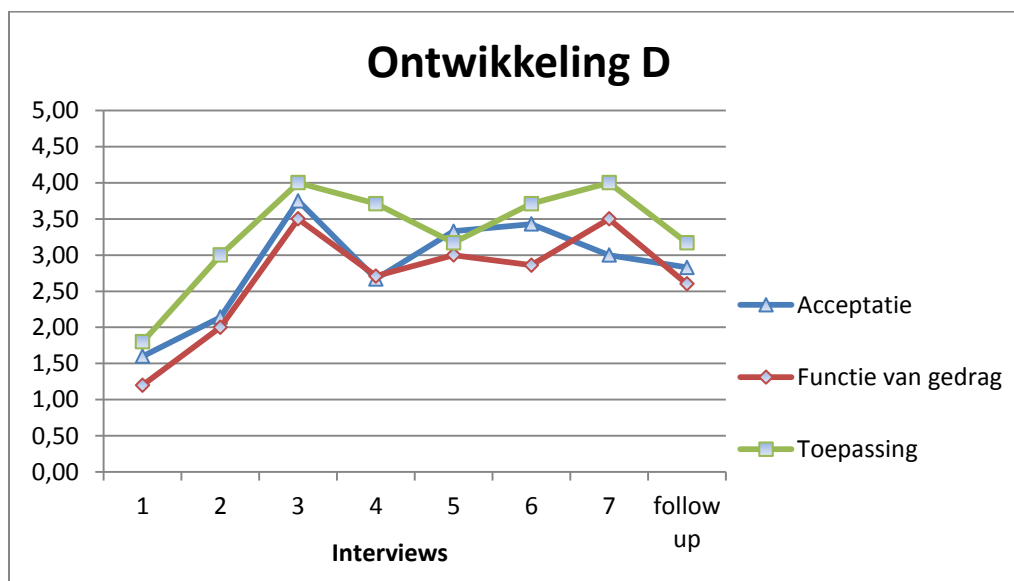
In Figuur 4 is bij de meeste weken te zien dat de richting van de verandering van de verschillende schalen gelijk is. Vooral de verandering tussen interview zes en zeven is opvallend. Toepassing neemt af terwijl Acceptatie en Functie van gedrag toenemen. Dit wordt vooral veroorzaakt door de hoge score op Toepassing in interview zes, waarin revalidant C meerdere goed gelukte situaties beschrijft.

Ontwikkeling revalidant D

Revalidant D is een 46 jarige vrouw met een klachtenpatroon lijkend op fibromyalgie, waarbij de eerste gewrichtsklachten al in de puberteit aanwezig waren. Ten tijde van de behandeling heeft zij klachten in vele gewrichten. Om in het Roessingh behandeld te kunnen worden, is het wenselijk dat de somatische behandeling niet interfereert met de behandeling. Hoop op een somatische oplossing kan de op acceptatie gebaseerde behandeling frustreren. Bij revalidant D blijkt in het vijfde interview dat zij in haar knie een tumor heeft. Pas na de follow up blijkt het een goedaardig gezwel, waar echter wel een operatie voor nodig is. Dit zal waarschijnlijk invloed hebben gehad op revalidant D en daarmee op de behandeling. In Figuur 5 zijn de resultaten van de sub schalen van revalidant D te zien. In Figuur 1 is de ontwikkeling in Agency te zien.

Acceptatie: Bij revalidant D is er een significant verschil tussen de interviews. Het grootste verschil is tussen het eerste en het derde interview. Door de relatief kleine aantallen situaties ten opzichte van het aantal interviews zijn de verschillen tussen de interviews in de post hoc analyse met Bonferroni niet significant. In het begin van de behandeling laat revalidant D veel weerstand en vermijding zien om de pijn te accepteren. In het eerste interview zegt ze bijvoorbeeld: *“Ja, ik wil daar gewoon niet bij stilstaan. Als je er niet aan denkt, dan is het er ook niet.”*. In de interviews daarna laat ze een toename in Acceptatie zien. In het derde interview beschrijft revalidant D hoe het ervaren van vertrouwen in haar lichaam haar helpt zich te ontwikkelen en dat ze accepteert dat ze niet op haar oude niveau zal terugkomen. *“[...] dat ik wel meer doe dan in de eerste week. Ik vind het nu ook niet, zo spannend meer, zeg maar. Eerst had ik er ook ontzettende hoofdpijn van en ik merk wel dat ik er nou ontspannener bij zit [...] Nou, dat ik er eerst tegenop zag, om weer wat te gaan doen, om ja, dat je*

toch bepaalde gedachtes hebt van "Ja, dan wordt het erger" of "ik krijg meer pijn" of nou ja enzovoort, enzovoort. En dat dat nu minder is, dat ik ja, gewoon lekker aan het sporten ben en daar niet bij nadenk. [...]. Ja, ik heb in het verleden altijd heel veel gesport, dus ik heb dat wel heel erg gemist. Ja, ik zal natuurlijk niet meer op hetzelfde niveau kunnen gaan sporten als wat ik daarvoor deed, maar dat, ja dat is, dat hoort er gewoon bij, ik bedoel, dat heeft ook met leeftijd te maken,[lacht] die komt met de beperkingen. Maar inderdaad dat gevoel wat ik, zeg maar, vroeger klinkt zo raar, maar in ieder geval had bij het sporten, krijg ik nu wel weer terug. Dat ik denk, ja dat is toch weer lekker om het te doen. "



Figuur 5: Ontwikkeling schalen revalidant D

Als ze in het vierde interview de week erna vertelt over haar schouder die uit de kom schiet, blijkt dat Acceptatie onder druk komt te staan. "ik ben eerst wel heel boos. Dan ja, met name op die schouder op mezelf, ja, waar ben je dan boos In ieder geval, ik word wel chagrijnig op dat moment, ja". De boosheid kan in een dergelijke situatie een normale reactie zijn. Echter uit haar verhaal blijkt dat de pijn in haar schouder er niet mag zijn en haar belemmert in haar gedrag en haar stemming.

In vijfde en zesde interview herstelt de score op Acceptatie zich. Dit is opvallend omdat het ook de week is, dat ze bericht krijgt dat er een tumor in haar knie blijkt te zitten. Mogelijk had de spanning vooraf meer invloed dan het feitelijke bericht. In het vijfde interview vertelt ze hoe ze opener durft te zijn naar andere mensen over haar klachten: "Ik doe af en toe nog wel wat computerklusjes voor, voor mensen en ik zeg wel steeds vaker nee, maar in ieder geval belde iemand op, die had een probleem. Dus toen vroeg die of ik kon komen. Ik zeg: "Nee", ik zeg "zo en zo staat het ervoor", ik zeg: "ik ben bij het Roessingh in therapie en kan het er op dit moment even niet bij hebben". Dus toen

werd het even helemaal stil aan de andere kant van de telefoon, "maar we hebben nooit wat gemerkt aan jou" Ik zeg: "Nee, dat was ook de bedoeling, toen". [lachend] Dus toen uitgelegd waarom en nou ja, waarom ik hier ben en dat was uiteindelijk wel een goed gesprek. Dus, maar hij zegt, nou, dan probeer ik het wel eerst zelf, kom ik er niet uit, bel ik wel terug. Ik zeg: "Is prima". Dus toen heb ik en nee gezegd en verteld waarom".

In het laatste interview en in de follow up daalt de Acceptatie weer tot het niveau van de terugval in het vierde interview. Er zijn situaties, waarin ze hoog scoort en waarin ze lager scoort. Een situatie met een hoge score speelt zich af in het ziekenhuis. Ze vertelt hoe ze de bodyscan toepast om te voorkomen dat haar gedachten met haar op de loop gaan en ze kan horen wat de specialist haar vertelt: *"Ja, om niet door te slaan in, ja, paniek. Ik bedoel, in feite weet je nog niks. Je bedenkt wel een heleboel, maar in feite weet je nog niks. En dan is het wel goed om er even naar jezelf even tot stop te, te houden. Want als je daar zo opgefokt die, die, dat eerste afspraak hebt met die arts, dan ontgaat je natuurlijk heleboel, wat er dan gezegd wordt. Dus dat, ja dat zijn allemaal dingen uit het verleden die je tuurlijk wel herkent. Dus. En nu anders doet".* In een mindere situatie vertelt ze hoe haar kwaadheid alle ruimte inneemt en haar daardoor beperkt: *"Dus, ja, dan ben je gewoon ontzettend kwaad en dan denk je van "Ja, gaan ze zo met je medische gegevens om". " Dan is op dat moment ook weinig ruimte voor andere dingen."*

Functie van gedrag: Ook bij Functie van gedrag scoort revalidant D laag in het eerste interview. Ze vertelt liever niks over zichzelf en laat zich sturen door negatieve interne motivatoren. Ze vertelt waarom: *"Een bepaald gevoel van schaamte, van dat je deze problemen hebt. Dat je het, deels ook voor schaamte. Ik weet wel dat je verstandelijk, weet ik wel dat ik er niks aan kan doen, maar toch dat gevoel van schaamte, denk ik, dat je ook niet alles vertelt. Nou, als ik dat vertel zullen ze denken: "Ja, heb je haar ook weer" of dat soort gedachtes."*

Daarna is een stijging te zien in waarde gerichtheid van haar gedrag met een piek in het derde interview. Ze vertelt over gezellige momenten met de andere revalidanten: *"Normaal zou ik me daar heel erg aan ergeren. Dat ik denk van nou, kom, we zijn hier, hup. Nou, schouders eronder en nou heb ik zoiets van ja, ok. Het wordt wel wat, milder? [...] Maar ja, dat ik inderdaad, ja wat zachter word of milder voor mezelf word. Het was eerst van ja, moet zo en zo. Gedrevenheid wordt minder. Ja, dat is ook wel mooi, hè?".* Net als Acceptatie daalt de Functie van gedrag in het vierde interview. Haar gedrag wordt door de moeheid gestuurd. Waarschijnlijk is er somberheid onder de moeheid: *"En dat je dan weer ontzettend moe wordt van die pijn, dus dan, nodigt dat ook niet echt uit om actief te gaan doen. Dus dan doe ik mijn normale dingen, de honden uitlaten, beetje erom heen en dan heb ik geen puf meer om nog extra te gaan doen."*

De score op Functie van gedrag herstelt zich in het vijfde en zesde interview minder dan de Acceptatie, maar in het laatste interview van de behandeling juist meer. Ze zegt bijvoorbeeld: *“Ja, dat ik denk dat ik nu makkelijker voor mezelf kan kiezen. Dat ik mezelf wat belangrijker vind dan tijden terug. Dus dat, dat ik toen inderdaad dacht van “ja, maar ik moet aan het werk want wat zullen ze wel niet denken.” En wat, nou ja. “Wat als”, “Stel dat ik”. Nou ja, dat soort gedachten. [...] Ja, dat ik meer bewust ben van hoe het met mij gaat. En, dat ik wel heel goed merk en, en ervaren heb, dat het qua gewrichten slechter is, dan ik had in geschat. Dus dat het ook, een dom is ook zo'n raar woord, maar ja dom zou zijn om op de oude manier door te gaan. Dus dat is ook wat er achter zit, dus dat ik me nou zelf ook toesta om ja, het rustiger aan te doen of, of het anders te doen. En dat was eerder niet.”* In het follow up interview daalt de score op de Functie van gedrag weer tot het niveau van de terugval in het vierde interview. Haar gedrag wordt weer meer gestuurd door verdriet en boosheid over de tumor in haar knie. Ze vindt het belangrijk haar oefeningen te doen, maar tegelijkertijd roepen de oefeningen weerstand op, die haar beperken om het waarde gerichte gedrag uit te voeren. *“Ja, maar goed, als ik straks naar het vervolgtraject kijk, is het natuurlijk wel goed, als ik mijn conditie wat op pijn houd. Dus, zou ik daar iets meer in moeten doen, denk ik.”*

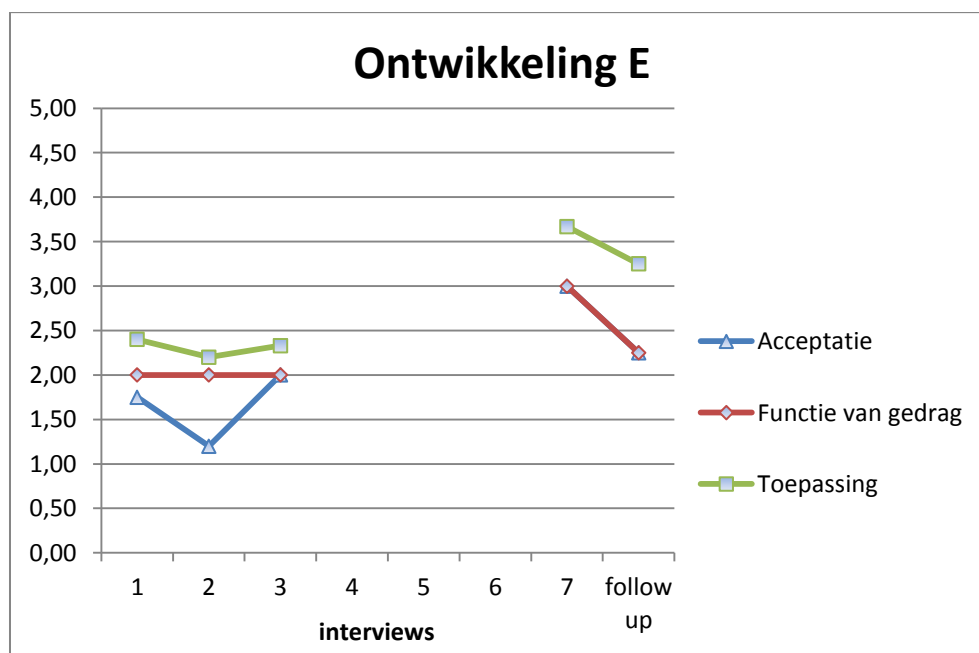
Toepassing: In grote lijnen laat de score Toepassing een vergelijkbaar beeld zien als Acceptatie en Functie van gedrag. In het begin van de behandeling legt ze uit waarom toepassen nog moeite kost. : *“maar ik denk gewoon het onbekende, stukje angst van wat je niet kent”*. In het derde interview vertelt ze hoe ze probeert dingen anders aan te pakken: *“Ik heb gisteren, was er een klein conflict en daar heb ik wel meteen wat van gezegd. En dat was wel nieuw. Dat ik daar toch wel op terug kwam en ja nagevraagd had of ik dat verkeerd begrepen had, of nou ja, hoe dat nou zo eigenlijk mis ging in mijn ogen”*. Ook probeert ze vanuit een inzicht in haar waarden haar sociale contacten weer op te halen: *“Ik neem ook steeds minder contact met mensen op. En ik heb een vriendin gebeld, die ik al heel lang niet gesproken had. Zei ze: “Goh wat leuk, want jij neemt nooit initiatief.” Ja, klopt ook. Dus. Maar ik denk ik zal meteen natuurlijk, ik had al weer ingevuld, ze zal wel denken, “Goh ik heb zo lang niks van je gehoord” en ja dat soort dingen, maar dat was, ja. Het ging eigenlijk gewoon als vanouds, gewoon heel leuk gesprek. Verteld van hier, dus dat was wel, ja een hele overwinning, ja.”* Het kost revalidant D moeite om de Toepassing hoog te houden. Door het bericht van de tumor in haar knie blijkt het moeilijk om de oefeningen te doen, zoals ook beschreven bij de Functie van gedrag. Op andere gebieden lukt het beter het geleerde te blijven toepassen.

Agency: In Figuur 1 is te zien dat Agency laag begint en sterk stijgt. Tussen de interviews zit een significant verschil. Het verschil is het grootst tussen het eerste en het derde interview. In het vierde interview is een terugval te zien. Mogelijk speelt hier de onzekerheid door de tumor in haar knie.

Sombere gevoelens mogen er niet zijn en beperken wel het waarde gerichte gedrag: *"In eerste instantie, dat, dat bericht kreeg dacht ik van "Ja, waar doe ik het allemaal voor?" "Het heeft toch geen zin" en een beetje die oude riedeltjes, zeg maar, die dan weer terug komen."* Daarna is een stijging naar de laatste week van de behandeling te zien. Bij de bedrijfsarts beseft ze dat ze veranderd is: *"Ja, dat ik toch wel minder, eerst was het werk en toch wel echt belangrijk, zeg maar en afgelopen maandag had ik een gesprek met de bedrijfsarts en die begon van "ja, wanneer begin je te re-integreren en hoeveel uur en bla bla bla" en toen dacht ik van "Ik vind het eigenlijk helemaal niet meer zo belangrijk, hoeveel uur". Dus, dat was eigenlijk wel dat ik dacht van: is dat nou dezelfde Jet van acht weken terug?."* De follow up scoort weer wat lager.

Ontwikkeling revalidant E

Revalidant E is een 19 jarig meisje met lumbago: chronische lage rugpijn. Doordat zij de interviews als te belastend ervoer naast de behandeling en haar school, heeft zij ervoor gekozen het vierde, vijfde en zesde interview over te slaan. Het laatste interview van de behandeling en het follow up interview zijn wel uitgevoerd. In Figuur 6 zijn de resultaten van de sub schalen te zien. In Figuur 1 is de ontwikkeling van Agency te zien. De verschillen in Acceptatie en Agency tussen het tweede en het zevende interview zijn bij revalidant E significant.



Figuur 6: Ontwikkeling schalen revalidant E

Acceptatie: Bij de start van de behandeling scoort revalidant E laag op Acceptatie. In het tweede interview neemt de Acceptatie nog verder af. In het derde interview lijkt herstel op te treden. Acceptatie is aan het eind van de behandeling hoger dan in het begin van de behandeling. Het follow up interview laat weer minder Acceptatie zien. Het verschil tussen het tweede en het zevende

interview is significant. De verschillen tussen het eerste en het zevende en tussen het zevende en het achtste interview naderen significantie.

Functie van gedrag: De lijn van de Functie van gedrag van revalidant E ligt grotendeels over die van de Acceptatie, alleen in het tweede interview is geen afname te zien. De verschillen in Functie van gedrag tussen de interviews zijn niet significant.

Toepassing: Ook de lijn van Toepassing van revalidant E geeft een vergelijkbaar beeld met de andere schalen en heeft geen significante verschillen.

Agency: In Figuur 1 is te zien dat Agency bij revalidant E in eerste instantie enigszins daalt na al een laag startpunt. Daarna laat de score van Agency een stijging zien. In de laatste behandelweek heeft revalidant E haar hoogste score. Het verschil tussen de Agency score in het tweede en het zevende interview is significant.

Samenvattend is het volgende te zeggen over de hypothesen

1. Agency zal toenemen tijdens de ACT behandeling voor chronische pijn revalidanten.

Alle revalidanten laten een toename in Agency zien. Echter de verschillen tussen de interviews zijn slechts bij twee revalidanten significant.

Deze hypothese kan worden niet worden aanvaard.

2. Acceptatie zal toenemen in het tweede deel van de ACT behandeling voor chronische pijn revalidanten.

Revalidant A en D en in mindere mate B laten allemaal een stijging van de Acceptatie zien in het begin van de behandeling, waarbij het verschil bij revalidant D tussen de interviews significant is. Het grootste verschil is tussen eerste en het derde interview. Revalidant C begint relatief hoog in Acceptatie en laat in het tweede deel van de behandeling een geleidelijke stijging te zien. De Acceptatie van revalidant E begint met een daling en is aan het eind van de behandeling gestegen. Over het algemeen lijkt er eerder een stijging in het begin van de behandeling, dan later in de behandeling.

Op basis van deze gegevens wordt deze hypothese verworpen.

3. De Functie van het gedrag zal geleidelijk verschuiven van externe motivatoren naar motivatie op basis van waarden.

Aangezien er op de schaal Functie van gedrag geen significante verschillen tussen de interviews per revalidant zijn, moet deze hypothese verworpen worden. Om te beoordelen of de trend wel past op de hypothese worden de gegevens van de revalidanten geanalyseerd. Functie van gedrag is de schaal met de meeste verschillende patronen en de minst eenduidig te benoemen ontwikkeling. Uit het verloop van de verschillende revalidanten is geen eenduidige conclusie te trekken. Revalidant A heeft twee pieken in interview vier en zes, terwijl revalidant D vooral in het begin een stijging heeft. Revalidant B laat na een toename in het eerste interview en een afname in het tweede interview een geleidelijke toename van de Functie van gedrag zien in de verdere behandeling. Revalidant C laat na een lage startwaarde een geleidelijke toename zien. Revalidant E laat in de eerste interviews geen ontwikkeling zien. Aan het eind van de behandeling scoort ze hoger, maar door de ontbrekende weken is het verloop in de tweede helft van de behandeling onbekend. De verschillen tussen de interviews per revalidant zijn niet significant, maar de revalidanten hebben allen wel een positieve helling van de trendlijn. Daarom kan wel geconcludeerd worden dat over het geheel de revalidanten een trend van toename in waarde gerichte functie van gedrag laten zien, elk met een eigen patroon.

4. De Toepassing van het geleerde zal deze parameter geleidelijk toenemen gedurende de behandeling.

Aangezien er op de schaal Toepassing geen significante verschillen tussen de interviews per revalidant zijn, moet deze hypothese verworpen worden. Om te beoordelen of de trend wel past op de hypothese worden de gegevens van de revalidanten bekeken. Revalidant A laat op de schaal Toepassing geen eenduidig verloop zien. Revalidant B laat een geleidelijke toename zien tijdens de behandeling. Revalidant C laat na een stijging en terugval in de eerste twee interviews een geleidelijke stijging zien in de rest van de behandeling. Revalidant D begint de behandeling met een toename in Toepassing, die na enige terugval weer terugkomt op het hoogste punt aan het eind van de behandeling. Revalidant E laat nog weinig ontwikkeling zien in de eerste interviews. De verschillen zijn niet significant, maar de revalidanten hebben allen wel een positieve helling van de trendlijn. De trend laat een toename in Toepassing zien.

Discussie

In het huidige onderzoek is gekeken naar de ontwikkeling van Agency van vijf revalidanten met chronische pijn die een semi klinische behandeling van acht weken in revalidatiecentrum het Roessingh hebben gevolgd op basis van Acceptance and Commitment therapie. In dit onderzoek is agency gekoppeld aan de principes van ACT. Hierbij is Agency omschreven als de perceptie van het individu dat een actie de consequentie is van zijn eigen intentie, zonder negatieve private

gebeurtenissen te willen vermijden. Agency is daarbij onderverdeeld in de schalen Acceptatie, Functie van gedrag en Toepassing. De revalidanten zijn wekelijks geïnterviewd. Deze interviews zijn door twee onderzoekers gecodeerd. Alle revalidanten laten een toename in Agency zien in de loop van de behandeling. Slechts bij twee revalidanten zijn de verschillen in Agency tussen de interviews significant. Ook de verschillen in de toename in Acceptatie is bij dezelfde twee revalidanten significant. Bij één revalidant is het grootste verschil in het begin van de behandeling (interview 1-4) en bij een andere revalidant is het verschil over een groot deel van de gehele behandeling significant (interview 2-7). In het onderzoek kon niet worden aangetoond dat Acceptatie met name in de tweede helft ontwikkelt. Functie van gedrag en Toepassing nemen toe, maar de verschillen in deze schalen tussen de interviews zijn niet significant. Knox (2010) stelt dat agency de kern van psychologische groei en ontwikkeling is. In tegenstelling met onze verwachtingen kan toename van Agency in ons onderzoek niet overtuigend aangetoond worden. Hier zijn een aantal redenen voor te vinden.

Kwalitatief of kwantitatief

Dit is een kwalitatief onderzoek, maar om te bepalen of een verschil daadwerkelijk een verschil is, is kwantitatief de significantie van de verschillen bepaald. Echter er zijn per revalidant tot acht interviews en per interview soms slechts twee codeerbare situaties. Hierdoor is het onderscheidend vermogen, de kans dat een bestaand verschil gevonden wordt, klein. Om kwantitatief aan te tonen dat Agency en de sub schalen Acceptatie, Functie van gedrag en Toepassing significant toenemen, is kwantitatief onderzoek nodig. In dit onderzoek is gekozen voor de kwalitatieve insteek om een beeld te krijgen van de beweegredenen, ervaringen en behoeften van de doelgroep en is de kwantitatieve beoordeling slechts aanvullend.

Ontwikkeling tijdens de behandeling

In de literatuur wordt toename van agency gezien als een basis voor het effect van psychotherapie (Adler & McAdams, 2007; Lysaker, Davis, Hunter, Nees, & Wickett, 2005). In dit onderzoek is wel een trend naar toename van agency gezien. In de literatuur is significante toename in Acceptatie gezien als er effect van de behandeling op basis van ACT is (McCracken & Gutierrez-Martinez, 2011; Vowles & Mc Cracken, 2008; Hayes, Orsillo & Roemer, 2010). In dit onderzoek is bij twee revalidanten een significante toename van Acceptatie gevonden. In het onderzoek van Hayes, Orsillo en Roemer (2010) nam Acceptatie vooral toe in het tweede deel van de behandeling, terwijl in ons onderzoek de toename in Acceptatie vooral in het eerste deel van de behandeling te zien is. Dit lijkt te verklaren door de focus van de behandeling. In het onderzoek van Hayes et al (2010) is in de eerste fase van de behandeling vooral aandacht voor psycho educatie en is in de tweede fase de focus gericht op toepassing van mindfulness en waarde gerichte actie, terwijl in het revalidatiecentrum het Roessingh

direct al de focus op acceptatie heeft, conform de volgorde in het boek: Leven met pijn (Veehof, Schreurs, Hulsbergen en Bohlmeijer, 2010). Een ander verschil met het onderzoek van Hayes et al (2010) is dat dit onderzoek Agency meet aan de hand van verhalen die de revalidanten vertellen, terwijl Hayes et al. (2010) Acceptatie, Toegewijde actie en Zorgen meet aan de hand van een self report van het percentage tijd dat besteed is aan acceptatie van interne ervaringen, aan dingen die belangrijk voor de persoon zijn en aan piekeren. De revalidanten kunnen zichzelf anders beoordelen dan een externe codeerder doet. Hayes et al. (2010) beschrijft het probleem dat in de loop van de behandeling de revalidanten een ander beeld van toegewijde actie en acceptatie krijgen en daardoor de interpretatie van de constructen in de loop van de behandeling veranderen. In ons onderzoek wordt dit probleem deels ondervangen doordat er niet rechtstreeks naar de constructen gevraagd wordt. Echter ook dan kunnen de revalidanten door inzicht in de behandeling leren wat de gewenste verhalen zijn. Er kan een verschil zijn in hoe de revalidanten de behandeling zelf ervaren en wat de codeerders zien in de interviews.

Betrouwbaarheid

Een probleem van het onderzoek is de lage interrater reliability van het totaal van 0,33. Dit is een signaal dat de onderzoekers de situaties verschillend beoordelen. Het coderingsschema lijkt eenduidig, maar de praktijk blijkt weerbarstiger. Acceptatie is omschreven als al dan niet vermijden van negatieve private gebeurtenissen. Als een revalidant stopt met een activiteit, vermijdt hij dan de negatieve private gebeurtenissen die het doorgaan oplevert of accepteert hij de negatieve private emoties die de beperkingen van zijn lichaam oproept? Als een revalidant zorgt voor zijn partner, is dat dan een sociale motivator of is dit een waarde? Als een revalidant zich laat uitdagen door een andere revalidant om te presteren en daarmee over grenzen gaat, maar daarna wel naar haar lichaam luistert en haar gedrag aanpast, is dat dan een slechte toepassing omdat ze zich laat uitdagen, of een hogere score omdat ze uiteindelijk haar gedrag aanpast? Het blijkt moeilijk te zijn om de verhalen eenduidig te interpreteren. De werkelijkheid is vaak niet zwart-wit en het verhaal dan ook niet.

Het spanningsveld tussen de interviewer en de revalidant speelt hierin ook een rol. Is de vertrouwensband groot genoeg om alles te vertellen? Daarnaast heeft de interviewer het dilemma, dat zij door te interviewen intervenueert. Door in de toekomst een hulpverlener van de revalidant de interviews te laten doen, kan je deze problemen oplossen. Het interview kan invloed hebben op de behandeling, terwijl het in de gekozen opzet slechts een observator wil zijn. Indien een hulpverlener de interviews afneemt, kan ervoor gekozen worden, juist die invloed op de behandeling te gebruiken. Een mogelijk nadeel van deze keuze is de extra belasting voor de hulpverlener.

In dit onderzoek is een vijfpuntsschaal gebruikt. Hiervoor is gekozen om alle rijkdom en nuances

die in de ACT theorie zit te kunnen beoordelen. Het lijkt er echter op dat dit een valkuil is, die ruimte geeft aan interpretatie verschillen, zoals hierboven besproken. Aangezien de meeste verschillen tussen de beoordeling van de codeerders niet meer dan één punt afwijken, zal een driepuntsschaal meer overeenstemming geven.

De onderzoekers hadden afgesproken alleen te coderen op wat de revalidanten zeggen. Dit bleek een moeilijk opgave indien de codeerder ook het interview had afgenomen. Door het interviewen is een completer beeld van de revalidant ontstaan door non verbale invloeden en door de relatie die ontstaat. In vervolgonderzoek zou dit ondervangen kunnen worden door de hulpverlener de interviews te laten uitvoeren en via video-opnamen het non verbale gedrag mee te nemen.

Situatie selectie

Dit onderzoek is een vervolg op de mastertheses van Middelink (2010) en Paplowski (2010). Zij hebben uit de interviews relevante passages geselecteerd om te coderen. Naar aanleiding van de problemen van deze selectie is er in dit onderzoek voor gekozen de revalidanten situaties te laten vertellen en deze dan verder uit te vragen. Dit blijkt voordelen en nadelen te hebben. De veronderstelling dat er makkelijker overeenstemming te bereiken was over de te coderen situaties bleek correct. De eerste ronde codering verliep soepel. Het andere voordeel dat beter uitgevraagd kon worden, is slechts deels uitgekomen. Een eenduidige codering blijft moeilijk, zoals hierboven al beschreven. Een ander nadeel van een indeling in situaties is dat binnen een situatie ook ontwikkeling kan zijn. Revalidant B beschrijft een situatie, waarin de balletkleertjes van haar dochter niet aanwezig waren bij een optreden. In deze situatie beschrijft ze hoe ze in het begin zich druk maakt over wat anderen ervan vinden en dat ze last heeft van de boosheid die het oproept. Aan het eind van de situatie kan ze genieten van haar dochter en beseffen dat ze met haar houding in het begin het vooral moeilijk maakt voor zichzelf. De onderzoekers hebben afgesproken in dergelijke gevallen het eind van de situatie te coderen. Bij een codering in passages is de situatie op te splitsen in samenhangende fragmenten en daardoor kan de ontwikkeling binnen een situatie ook gecodeerd worden.

In het interview is geprobeerd een hele range aan situaties te krijgen, zowel situaties die goed gegaan zijn, als situaties die opvallend zijn. Daarbij er is ook regelmatig gevraagd naar situaties die minder gingen. Dit kan een voordeel zijn, doordat er zicht op veel verschillende situaties ontstaat. In sommige interviews is door deze vraag het gemiddelde lager uitgekomen op één of meerdere sub schalen. Bijvoorbeeld bij revalidant A is de vraag naar minder goed gelukte situaties wel gesteld in het lager uitvallende vijfde interview en niet in het hoger uitvallende vierde en zesde interview. Narratieve psychologie gaat ervan uit dat de revalidant de situaties selecteert die wezenlijk zijn voor zijn eigen levensverhaal (Adler & McAdams, 2007). Een consequentie hiervan is dat de revalidant

vrijer gelaten moet worden ten aanzien van de selectie van situaties en de vraag naar minder gelukke situaties niet gesteld moet worden.

Nulmeting

Methodologisch is te beargumenteren dat een goede nulmeting ontbreekt. De start van dit onderzoek in de tweede week van de behandeling is niet de feitelijke start van de effecten bij de revalidant. In de eerste week is geen interview uitgevoerd. Dit heeft twee redenen. Ten eerste is in die week informed consent van de revalidanten verkregen. Ten tweede wordt de eerste week als erg vol ervaren door de revalidanten en werd een extra belasting door de interviews als ongewenst beschouwd. Daarnaast hebben sommige revalidanten in het revalidatiecentrum het Roessingh al eerder een observatieperiode gehad, waarin de ACT-principes gebruikt worden. De observatieperiode wordt gebruikt om te bepalen welke behandeling de meest optimale voor de revalidant is. Meerdere revalidanten hebben in de interviews verteld, dat deze periode al effect heeft op hun ontwikkeling. Bijvoorbeeld revalidant A vertelt in het eerste interview: *“...twee weken heb ik nog, ben ik ter observatie geweest. Heb ik heel veel van geleerd. Ging het stukken beter eigenlijk al met me.”* Het is niet haalbaar revalidanten al voor deze fase te interviewen, omdat een groot deel na de observatie niet de semi klinische groep zal gaan doen. Een lagere score als nulmeting leidt eerder tot significante verbetering. Een nulmeting voor de observatieperiode zou het meest ideaal zijn.

In dit onderzoek is door teveel missing data geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot vergelijking van de uitkomsten uit de Multidimensionele pijnvragenlijst (MPI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20) en de Aanvaarden Chronische Pijn Vragenlijst (ACPV). In de literatuur worden deze vragenlijsten gebruikt om effect van ACT aan te tonen (McCracken & Guttierrez-Martinez, 2011; Johnston et al. 2010; Wicksell et al. 2008). De uitkomsten van deze vragenlijsten kunnen ondersteuning van de onderzoeksmethode betekenen of extra discussie oproepen.

Vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek zou meer kwantitatief opgezet kunnen worden op basis van de kwalitatieve basis van het huidige onderzoek. Meer revalidanten en een goede verhouding van situaties en interviews zijn daarbij belangrijk. Daarnaast is het van belang een goede nulmeting uit te voeren om alle mogelijke ontwikkeling te kunnen herkennen. Een hogere interrater reliability maakt onderzoek betrouwbaarder. Dit kan bereikt worden door een aantal punten. Ten eerste door een driepuntsschaal te gebruiken in plaats van een vijfpuntsschaal. Daarnaast kunnen de interviews uitgevoerd worden door een hulpverlener en op video opgenomen. Hierdoor hebben de onderzoekers hetzelfde materiaal en kan ook het non-verbale contact mee genomen worden. Het

dilemma van mogelijke interventie door het interview wordt opgelost en de revalidant ziet niet nog een persoon meer waar een vertrouwensband mee opgebouwd moet worden.

Vervolgonderzoek zou de invloed van de interviews op de behandeling kunnen onderzoeken. De revalidanten geven aan dat de interviews hen geholpen hebben tijdens de behandeling. Is er verschil tussen revalidanten die deelnemen aan de interviews en revalidanten die dat niet doen?

Een meer gestructureerd interview kan specifiekere antwoorden geven, maar gaat voorbij aan de veronderstelling dat de revalidant zelf zijn levensverhaal vormt. In vervolgonderzoek kan daarom beter gekozen worden voor een vrije keuze van de revalidant van te bespreken situaties en moet daarna goed door gevraagd worden.

Voor vervolgonderzoek wordt geadviseerd om de vragenlijsten, zoals de Multidimensionele pijnvragenlijst (MPI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20) en de Aanvaarden chronische pijn vragenlijst (ACPV) te gebruiken ter validering van de gevonden uitkomsten.

Implicaties voor de praktijk

Opvallend is dat de meeste revalidanten in de eerste weken na de behandeling een soort terugval beschrijven. Het terugkeren in de dagelijkse praktijk is niet voor iedereen even eenvoudig. In de laatste week van de behandeling wordt hier aandacht aan besteed. Mogelijk kan het helpen de laatste week een dag later te starten, omdat de revalidant dan weer een dag meer zelf moet invullen en kan oefenen met een veranderende situatie. Ook kan één of meerdere terugkomstbijeenkomsten na bijvoorbeeld twee tot drie en na vier tot vijf weken zinvol zijn, waarin aandacht besteed wordt aan de overgang naar het 'normale' leven.

Vier van de vijf revalidanten ervoeren de interviews als een waardevolle aanvulling op de behandeling. De interviews zorgen ervoor dat de revalidanten evalueren op de afgelopen week en zich verder ontwikkelen. Daarom zou het een verbetering van de behandeling kunnen geven als evaluerende interviews structureel afgenomen worden.

Literatuur

- Adler, J.M. & McAdams, D.P. (2007). Telling stories about therapy: Ego development, wellbeing, 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
- A-Tsjak, J. & de Groot, F (2008). *Acceptance & Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence: An essay on psychology and religion*. Oxford England: Rand McNally.
- Bohlmeijer, E.T., Fledderus, M., Rokx, T.A.J.J. & Pieterse, M.E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adult with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 62-7. doi:10.1016/j.brat.2010.10.003
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H. & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (6-7), 389-98. doi:10.1016/j.brat.2011.03.009
- Ehmann, B., Balázs, L., Fülöp, É., Hargitai, R., Kabai, P., Péley, B., Pólya, T., Vargha, A. & László, J. (2011). Narrative psychological content analysis as a tool for psychological status monitoring of crews in isolated, confined and extreme settings. *Acta Astronautica*, 68(9-10), 1560–1566. doi:10.1016/j.actaastro.2010.01.021
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006a). 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.A., Orsillo, S.M. & Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* 48(3), 238-245. doi:10.1016/j.brat.2009.11.006
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2006b). *ACT een experiëntele weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.

- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26(5), 393-402. doi:10.1097/AJP.0b013e3181cf59ce
- Lundgren, T., Dahl, J.A. & Hayes, S.C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 225-235. doi:10.1007/s10865-008-9151-x
- 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
- Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A., & Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 271-276. doi:10.1016/j.schres.2010.03.003
- Knox, J. (2011). *Self-agency in psychotherapy: Attachment, autonomy, and intimacy*. New York, NY US: W W Norton & Co.
- McCracken, L.M. & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 267-274. doi:10.1016/j.brat.2011.02.004
- McCracken, L.M. & Yang, S.Y. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. *Pain*, 123, 137-145.
- McCracken, L. M., & Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148(1), 141-147. doi:10.1016/j.pain.2009.10.034
- Mckrill, T. (2009). Constructing client agency in psychotherapy research. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(2), 193-206. doi:10.1177/0022167808319726
- Middelink, A. (2010). De effectiviteit van ACT en de ontwikkeling van agency tijdens het behandelproces van chronische pijn patiënten in het Roessingh revalidatie centrum. *Masterthese*.

- Nahab, F. B., Kundu, P., Gallea, C., Kakareka, J., Pursley, R., Pohida, T. & Hallett, M. (2011). The neural processes underlying self-agency. *Cerebral Cortex*, 21(1), 48-55. doi:10.1093/cercor/bhq059
- Paez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutierrez-Martinez, O., Valdivia, S., Ortega, J. & Rodriguez Valverde, M. (2008). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 84-97. doi:10.1016/j.brat.2007.10.008
- Paplowski, Y. (2010). De ontwikkeling van agency binnen Acceptance and Commitment Therapy bij patiënten met chronische pijn. *Masterthese*.
- 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.
- Veehof, M., Oskam, M.J., Schreurs K.M.G. & Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain* 152, 533-542. doi:10.1016/j.pain.2010.11.002
- Veehof, M., Schreurs, K.M.G., Hulsbergen, M. & Bohlmeijer, E.T. (2010). *Leven met pijn. De kunst van het aanvaarden*. Amsterdam: Boom; 2010.
- 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
- 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., 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

Bijlage 1

Interviewschema algemeen en afwijkingen

In het eerste overzicht is het algemene interviewschema beschreven. Het overzicht daarna beschrijft de afwijkingen van het algemene schema.

<u>Introductie</u> Ik ben blij dat u er bent en wil graag beginnen.
<u>Openingsvraag</u> Kunt u vertellen hoe het met u gaat? <i>Deze vraag is vooral bedoeld om de revalidant te laten vertellen wat bij hem op dat moment speelt.</i>
<u>Hoofdvraag:</u> k wil graag beginnen met de hoofdvraag. U mag hierop alles antwoorden wat in u opkomt en wat u belangrijk vindt. Wat heeft u afgelopen week geleerd en ervaren? <i>Per gegeven situatie doorvragen, zie volgende blok. Na het uitwerken van de situatie wordt naar een volgende situatie gevraagd. Wij streven naar tenminste drie situaties.</i> <i>Specifieke vragen om antwoorden op de hoofdvraag te krijgen:</i> A. Wat was nieuw voor u de afgelopen week? B. Waren er dingen die u tijdens de therapie hebt geleerd maar waar het u niet gelukt is om die toe te passen? C. Wat is er gebeurd waar u na de behandeling aan terug zult denken? D. Wat was er anders afgelopen week in vergelijking met daarvoor? <i>Aan de hand van wat revalidant een bepaalde dag gedaan heeft antwoorden genereren.</i> <i>Indien een revalidant veel verteld wat niet binnen de onderzoeksvraag valt, deze respectvol herinneren aan de onderzoeksvraag: "Ik begrijp dat ... belangrijk voor u is. We kunnen aan het eind daarop terugkomen. Vindt u het goed dat we nu verder gaan met situaties die u afgelopen week ervaren heeft?"</i>
<u>Per situatie doorvragen. (bij voorkeur tenminste 3 situaties beschrijven)</u> Kunt u een concreet voorbeeld geven?/Kunt u de situatie beschrijven? Kunt u vertellen welke gedachten u daarbij had? Kunt u vertellen welke gevoelens u daarbij had?

Wat maakte dat het belangrijk voor u om dat te doen/ niet te doen?

Wat maakt dat u het wel/niet deed? → hier goed doorvragen.

Kunt u aangeven in hoeverre het gelukt is het geleerde toe te passen op een schaal van 1 tot 10.

Bent u een dergelijke situatie ook op andere momenten tegengekomen?

Deze vraag is bedoeld om de generalisatie van de toepassing in te schatten (binnen de sessie, in andere sessie, in het Roessingh, buiten het Roessingh).

Afsluiting:

Hebt u zelf nog vragen of opmerkingen over het interview?

Ik wil u heel erg bedanken voor de moeite. Ik vond het erg interessant om naar uw verhaal te luisteren. Ik wil u succes wensen met het vervolg van de behandeling. Graag spreek ik u volgende week weer.

Afwijkingen in interviewschema

In onderstaande overzicht staan de afwijkingen van het algemene interviewschema beschreven.

Eerste interview:

Kennismaking en uitleg

Ik ben Laura Weiss/Martine Tammes. Welkom bij dit eerste interview.

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de behandeling en factoren die deze beïnvloeden. Dit kan helpen de behandeling te verbeteren door meer inzicht te krijgen in het behandelproces.

Ik zou u graag gedurende uw behandeling op het Roessingh wekelijks willen blijven volgen en eenmaal ongeveer een maand na de behandeling een laatste interview afnemen. Het laatste interview kan telefonisch. Voor de andere staat dit tijdstip gepland. We hebben elke week maximaal 30 minuten. Hierbij is het voor mij heel handig als ik dit opneem, zodat ik later alles nog eens rustig terug kan luisteren. Uw gegevens worden uiteraard anoniem verwerkt. De interviews kunnen u helpen, alles nog een keer op een rijtje te zetten wat u zo allemaal geleerd en ervaren hebt tijdens de behandeling hier. Deze interviews zijn al een keer gedaan met eerdere pijn revalidanten in het Roessingh en zij vonden het een waardevolle ervaring die hun hielp.

Uw beleving van de behandeling staat centraal bij dit interview. Wij willen iets weten over de ervaringen vanuit de revalidanten en zien u dus als de expert.

De interviews staan in zoverre los van de behandeling die u hier krijgt dat wat u gaat vertellen geen

invloed op de behandeling zal hebben. De behandelaars krijgen de interviews niet te zien. Vindt u het goed als het interview wordt opgenomen? Als er iets is wat voor u onduidelijk is, of waar u het niet mee eens bent, dan kunt u mij dat gewoon laten weten.
Eerste interview: <u>Revalidant leren kennen</u> Ik heb net een heleboel verteld. Kunt u mij iets over uzelf vertellen, zodat ik een indruk kan krijgen, wie u bent?
Interview in 8^e behandelweek <u>Afsluiten</u> Mag ik u tenslotte vragen hoe het voor u was deze interviews te doen? Afspraak voor follow up interview. (wanneer en hoe)
Follow up interview <u>Inleiding:</u> Fijn u weer te spreken. De laatste keer is al wat langer geleden.
Follow up interview <u>Openingsvraag</u> Hoe gaat het nu met u?
Follow up interview <u>Hoofdvraag 1</u> Eerst wil ik graag een vraag stellen op dezelfde manier als de andere interviews: Wat heeft u sinds de behandeling is beëindigd geleerd en ervaren? Doorvragen conform algemene interviewschema <u>Hoofdvraag 2</u> Graag wil ik nog een vraag stellen. Hierbij heeft u alle ruimte om te vertellen. Kunt u beschrijven hoe u uw eigen ontwikkeling tijdens de gehele behandeling vanaf de intake tot nu heeft beleefd? Doorvragen, meer open interview Is er een terugval tijdens de behandeling geweest? Als u zichzelf vergelijkt tussen nu en het moment van de intake, bent u dan veranderd? Wat is het belangrijkste wat u geleerd heeft?

Wanneer heeft deze verandering plaatsgevonden?

Is een moment bepalend geweest in de behandeling?

Follow up interview

Afsluiting

Vanuit het Roessingh willen wij jullie vragen of jullieinterviews geanonimiseerd gebruikt mogen worden om ervaringsverhalen te schrijven bij 'Leven met pijn – online'. Misschien worden citaten gebruikt of worden verhalen samen gesteld op grond van de interviews. Van tevoren krijgen jullie te zien wat verwerkt wordt. Als jullie hieraan mee willen werken, verzoeken we jullie het bijgevoegde formulier te ondertekenen.

Ik wil u heel erg bedanken voor de deelname aan dit onderzoek. Ik vond het erg interessant om naar uw verhaal te luisteren.

Mocht u geïnteresseerd zijn in de resultaten van het onderzoek dan kunt u dit nu aangeven, zodat ik u te zijner tijd een samenvatting van wat we gevonden hebben zal toesturen.

Bijlage 2

Overzicht scoring

1 punt	Acceptatie Functie van gedrag Toepassing	Het vermijden van pijn en andere negatieve (private) ervaringen en daaraan gerelateerde gedachten en gevoelens staan centraal. Het gedrag van de revalidant wordt volledig bepaald door externe/ interne en/of sociale motivatoren. Het is helemaal niet gelukt om het geleerde toe te passen.
2 punten	Acceptatie Functie van gedrag Toepassing	Het vermijden van pijn en andere negatieve (private) ervaringen bepalen grotendeels hoe de revalidant zich gedraagt. Er ontstaat een besef dat het anders moet. De revalidant handelt grotendeels vanuit externe/ interne en/of sociale motivatoren. Het geleerde is niet toegepast, maar er is een besef dat het anders moet.
3 punten	Acceptatie Functie van gedrag Toepassing	Deels wordt pijn en negatieve (private) ervaringen vermeden, deels is er acceptatie. De revalidant handelt deels vanuit externe/ interne en/of sociale motivatoren en deels vanuit waarden. Het lukt deels het geleerde toe te passen, deels zijn er nog aspecten van het geleerde die niet toegepast zijn.
4 punten	Acceptatie Functie van gedrag Toepassing	De revalidant accepteert grotendeels dat pijn en negatieve (private) ervaringen aanwezig zijn. De revalidant handelt grotendeels vanuit zijn waarden. /grotendeels onafhankelijk van externe/interne en/of sociale motivatoren. Het geleerde is grotendeels toegepast.
5 punten	Acceptatie Functie van gedrag Toepassing	Dat pijn en negatieve (private) ervaringen aanwezig zijn wordt volledig geaccepteerd. De revalidant handelt volledig volgens zijn waarden/ volledig onafhankelijk van externe/interne en/of sociale motivatoren. Het lukt het volledig het geleerde toe te passen.

Bijlage 3

Voorbeelden codering

Acceptatie

1. E 1.1 – grenzen herkennen, perfectionisme loslaten

Dit is een voorbeeld van een score 1 op Acceptatie omdat de boosheid, die de pijn bij revalidant E oproept er niet mag zijn: *“Als het aan mij had gelegen had, had ik ondanks mijn zere rug het hele bouwwerk weer uit elkaar gehaald en opnieuw gemaakt. Maar ook gewoon, ja, kwaad en boos. Ik heb soms van die momenten, dat ik echt de neiging heb om de deuren in te schoppen. Dat ik gewoon zoiets heb van 'Waarom heb ik dit nou weer? Waarom heb ik zo gigantisch veel pijn? En die gedachten, die kwamen toen ook weer boven.’* .En: *“ Ja, soort van, hoe zeg je dat, verdriet ook, verdriet dat je, eigenlijk dezelfde reden. Ja, waarom heb ik dit, waarom kan ik nou niet zo functioneren, zoals andere meiden van mijn leeftijd? Snap je wat ik bedoel?”*. Ze wordt er boos, gefrustreerd en verdrietig van. De pijn mag er in het geheel niet zijn. Ze realiseert zich ook nog niet, dat ze er anders mee om kan gaan.

2. C 1.1 – grenzen leggen

Bij score 2 is er vermijding van negatieve private gebeurtenissen, maar beseft de revalidant wel dat het anders kan. Revalidant C vermijdt te luisteren naar zijn lichaam door gewoon door te gaan. *“Nou, waar leg je je grenzen, hoe lang ga je met dingen door. Voorbeeld was bij mij bij het zwemmen. Op de rug is voor mij lichamelijk heel erg zwaar. We gingen toch baantjes op de rug zwemmen en na acht baantjes of zo was ik eigenlijk klaar. Maar ik denk, ik doe er nog een paar bij.”* Pas achteraf denkt hij erover na: *“En achteraf realiseer je: waarom zwem ik er nog een aantal banen bij? Waarom stop ik niet gelijk? Of waarom doe ik er niet nog meer bij? Dat zijn voor mij denk ik wel hele belangrijke dingen daar denk ik van geef je eigen grenzen aan.”*. Hij beseft dat hij het van zichzelf eist: *“Het is hier nog niemand die van je eist dat je tot op een bepaald niveau gaat maar dan kom je er toch wel weer achter dat je het toch van je zelf eist. En daar ook tevens bij dat dat niet helemaal slim is om dat te doen.”*. Ten slotte trek hij de conclusie uit zijn overwegingen: *“Dan moet je achteraf misschien tot de conclusie komen dat het niet helemaal verstandig is, dat je toch weer te ver bent gegaan.”*.

3. D 6.1 – niet laten verleiden te veel te doen

Bij score 3 is er vermijding, maar ook acceptatie. Revalidant D vertelt: *“En ik ben heel rustig begonnen te zwemmen en revalidant C die zwemde naast mij en die wilde maar steeds harder en harder en normaal zou ik me dan ook op laten jutten. Dus ik ben gewoon rustig mijn eigen tempo*

blijven zwemmen en ik had toch vier baantjes meer dan revalidant C. Dus, dat vond ik eigenlijk heel goed. Dus dat, dat ik toch wel kan presteren zonder daar zo idioot bij te doen.”. De impuls om te presteren is bij revalidant D een belangrijke drijfveer. Ze ontdekt dat als ze rekening houdt met haar klachten, ze zich goed kan voelen met wat ze doet. Ze laat zich wel eerst verleiden mee te gaan: *“Nou, ik heb mij een baantje laten verleiden, maar ik denk, dat moet ik niet doen, want dan houd ik het niet vol, dus toen heb ik hem gewoon laten spartelen en hij zat op een gegeven moment helemaal kapot. En toen moesten we nog een kwartier, dus. en ik ging gewoon rustig door, dus.”.* Revalidant D vertelt daarna dat ze weer rustiger gaat zwemmen, omdat ze voelt dat het beter voor haar is. De impuls om te presteren is niet meer het belangrijkste: *“Ik heb eerst een baantje wel met hem meegedaan, dat ik dacht van “Ik wil toch wel even, even laten zien dat ik toch wel kan zwemmen en toen, heb ik gewoon weer rustig aan gedaan, toen dacht ik van ja, dit is gewoon beter. Voelt ook beter na de tijd.”.* En: *“Ja, dat moet wel even, even die druk, die moet er wel even af. Dat was gisteren met volleybal ook wel even zo, even, even paar keer goed smashen en dan gaat het wel. Ja.”.*

4. B 8.4 – plannen en rustmomenten pakken

Bij score 4 is er vrijwel geen vermijding meer. Een revalidant vertelt: *“Nou, ik denk dat ik de dingen die ik doe, dat ik die anders doe. Waarin in eerst begon en eindigde en daartussen niks zat, ben ik daar nu wel veel meer rust in.”.* Ze omschrijft heel mooi dat ze zelf het ‘moeten’ maakte en dat er nu meer mag, ze mag meer van het leven genieten. *“Ik had net een tijdschrift bij de post, nou er zijn maanden geweest, dat die tijdschriften, zo in het plastic aan de kant gingen. Ik heb ze toen ook allemaal opgezegd. Want ik las ze, ik nam geen tijd. Ik had geen tijd: Ik had geen tijd, he, let op. Ik had geen tijd om ze te lezen. Nee, ik maakte geen tijd om ze te lezen. Dat is natuurlijk een heel ander verhaal. Zo voelde dat niet. Ik voelde, dat ik geen tijd had om ze te lezen en nu maak ik tijd. Dus dan ga ik even met mijn kopje thee, lekker zitten, buiten. Kindjes spelen, dan kan ik ook wel rustig een boekje, dan hoef ik niet constant te kijken waar ze mee bezig zijn, weet je wel.”* Het is voor haar nog geen automatisme, ze omschrijft dat ze over een drempeltje moet: *“Er is nog wel een drempeltje. Dat zou ook wel heel mooi zijn, als het nu allemaal helemaal weg zou zijn.”.*

5. A 4.4 – mindfulness toepassen

Bij score 5 mogen negatieve private gebeurtenissen er zijn. Revalidant A beschrijft het volgende over mindfulnessoefeningen: *“Nou, en dat is eigenlijk ook hoe het uit wordt gelegd, maar zo voelt het ook, voor mij, dat is dat je normaal gesproken heel erg bezig bent met ja, het, de hele, je hele, het leven waar je instaat en je omgeving die erbij hoort en, en wat je normaal vindt om te doen. En wat je niet normaal vindt om te doen en wat van je verwacht wordt en wat je van jezelf verwacht en. En als je bezig bent met die mindfulnessoefening, dan ben je eigenlijk gewoon, bezig met niet te oordelen*

over wat je bijvoorbeeld voelt. Of wat je denkt. Dan ben je bezig met, ja eigenlijk met je lichaam en je geest, ben je eigenlijk aan het observeren. Je bent aan het kijken, nou, hoe, Hoe staat het ervoor? En dan niet om daar speciaal iets mee te gaan doen, maar gewoon eventjes te, jezelf eventjes te bekijken.”. Vervolgens beschrijft hij hoe hij ondanks lichamelijke klachten zich toch lekker kan voelen: “Nou, ik vind het sowieso belangrijk dat je geestelijk en lichamelijk in balans bent. Sowieso. En voor mijn klachten vind ik het heel belangrijk, omdat bijvoorbeeld onderscheid kan maken nu tussen vuile, voel ik me niet lekker, of voel ik me wel lekker. En wat voelt er niet lekker en wat voelt er wel lekker. Kijk, bijvoorbeeld, ik heb een zere nek, nu. En ik heb hoofdpijn hier en ik heb een slaperig gevoel in mijn gezicht, ik ben hartstikke moe. Maar ik voel me wel relaxt eigenlijk. Ik heb wel geestelijke ontspanning, nu.”.

Functie van gedrag

1. E 8.2 – verstandig omgaan met kappersklus

Bij score 1 wordt het gedrag volledig bepaald door externe, sociale en interne motivatoren anders dan waarden. Revalidant E beschrijft de volgende situatie: *“Ja, ik had laatst mijn buurvrouw geknipt en gekleurd. Maar ze heeft een gigantische bos haar, heel veel en heel dik. En ja, daar ben je gewoon echt heel lang mee bezig. Want als ik iets doe, dan wil ik het goed doen en dan doe ik daar liever een kwartier langer over dan snel, snel en de volgende, weet je wel? En uiteindelijk, ik moet eerst kleuren en dat duurt al heel lang met inzetten. En toen pakte die kleur nog niet, moest er weer wat bij op en toen, dat duurde, moet je dan weer inwerken. Maar ja, ik laat haar ook niet helemaal alleen zitten, dus dan sta je daar ook een beetje bij, een beetje opruimen en zo ondertussen. Dus in feite sta je al de hele tijd. En dan ben je zo anderhalf uur verder ongeveer. En dan moet je nog knippen en dan moet je nog föhnen en oh, op een gegeven moment, ik was aan het föhnen, ik kon gewoon bijna niet meer.”.* Hier vertelt revalidant E dat ze zich gedraagt omdat zij vindt dat het op een bepaalde manier hoort. *“Want uiteindelijk gaat de klant het ook merken. Je wordt wat stil. En mijn buurvrouw weet ook van de situatie van en zo. En zo was achteraf ook wel een beetje boos. Of boos, maar ja, beschermend tegenover mij, zeg maar. Dus ze wou het beste voor mij. Zij zegt: ‘Ja, waarom doe je dat dan ook? En zeg dat dan. En dan kan ik het toch zelf thuis wel uitspoelen. En ja, heel leuk, maar ja, het zijn gewoon wel dingen die meespelen. Maar ja, dat is ook wel een beetje het risico van het vak. Want ik ben natuurlijk ook lekker eigenwijs, dat ik toch niet ga stoppen met knippen.”* Op de vraag waarom ze doorgaat, zegt ze: *“Je moest wel. Ik had een klant in de stoel met natte haren.”.* En: *“Nee, na, op zich zou ik het haar best wel kunnen vragen, van: Goh, ik kan echt niet meer, kan je zelf je haar föhnen? Ja, maar dat wil je ook niet. Dat wil je niet. Maar goed, achteraf wel echt op bed gelegen, even, gewoon zo wel heel veel pijn had.”.* In dit voorbeeld wordt het gedrag van revalidant E bepaald door

hoe het volgens haar hoort: je hoort niet te gaan zitten uit rusten terwijl de klant het kleuren laat inwerken, je hoort niet de klant te vragen om begrip te hebben of de klant te vragen zelf iets te doen.

2. D 1.3 – thuis en op het werk open zijn

Bij score 2 wordt het gedrag nog bepaald door externe, sociale en interne motivatoren anders dan waarden, maar beseft de revalidant dat het anders kan. Revalidant D vertelt dat ze niet open is over haar klachten, ook niet naar haar partner. Er is nu wel het besef, dat het haar kan helpen als ze vanuit de waarde van verbinding met dierbaren wel met haar partner hierover praat: *“Ja, thuis houd ik me ook wel bewust stil, gewoon toch, mijn partner niet daar meer mee te belasten. Kom er nu wel achter dat ze juist wel graag wil wat meer informatie Dat het voor haar wel prettig is om te weten hoe ik erbij zit. Dat is. Ja, ik zie wel in dat ik daar niet verder mee kom met die houding van: Ik houd het wel voor mezelf.”*.

3. C 8.3 – omgaan met probleemsituatie op het werk

Bij score 3 wordt het gedrag deels door waarden en deels door externe, sociale en interne motivatoren anders dan klachten veroorzaakt. Revalidant C vertelt dat op het werk Legionella geconstateerd is. Hierdoor ontstaat voor hem extra werk. Hij doet het extra werk en omdat het van hem verwacht wordt: *“Nee, die was geen bewuste keuze vooraf.”* en omdat hij het belangrijk vindt dat het goed afgehandeld wordt: *“Ja, het was sowieso belangrijk om te doen.”*. Achteraf kan hij goed bedenken wat voor hem een goede opstelling was geweest: *“Maar achteraf bleek, ik had beter de dingen wat ander, beter anders in kunnen delen. Ik had beter kunnen zeggen van, ik ga even een uur of twee uur plat. Even ontspannen, en dan weer verder.”* Maar op het moment zelf laat hij zich meeslepen: *“Ja, omdat je druk bent met een aantal dingen. En dat is, terwijl je het eigenlijk harstikke goed weet, maar dan vergeet je het.”*.

4. B 1.3 – tijd voor jezelf nemen

Bij score 4 handelt de revalidant grotendeels vanuit zijn waarden. Als oefening moeten de revalidanten doelloos gaan wandelen of fietsen. Als gevraagd wordt waarom revalidant B wandelt, vertelt ze: *“Nou ik heb de afgelopen, het was hartstikke lekker weer van het weekend, maar je ziet ook gewoon dat de, het voorjaar, die bomen, die knoppen, dat, ik heb gewoon echt genoten van de natuur. Dat ik dacht van jeetje, vorige week was het allemaal nog kaal en nu zie je gewoon in een keer alles wordt groen, ze hadden de lammetjes weer in de wei gezet. Dus, ja. Het was echt wel heel, ja heel ontspannend. Heel ontspannend.”*. Ze vertelt dat ze het doet om je fris te voelen. Dat de hoofdpijn niet verder opbouwt is een bijkomend voordeel en geen doel. Omdat er nog wel een externe motivator is, namelijk het wandelen is een opdracht vanuit het Roessingh, is het geen 5.

5. A 5.2 – leven naar waarden

Bij score 5 is het gedrag van de revalidant volledig gestuurd door zijn waarden. Revalidant A vertelt over een weekend met zijn schoonfamilie. Hij begint te vertellen dat hij voor de behandeling in het Roessingh helemaal niet mee gegaan zou zijn. Nu doet hij het wel en vertelt: *“Omdat ja, het is leuk geweest, ik ben wel moe, maar ik ben wel voldaan, dat ik gewoon. Ik heb het gedaan en het was leuk en het heeft me wat gebracht en het was wel de moeite waard.”*. Als reden voor zijn gedrag zegt hij het volgende: *“Dat ik leefde naar mijn waarden? Dat bedoel ik eigenlijk. Ja, dat heb ik heel goed gedaan. Dat eigenlijk wel, nou ja, voor mijn gevoel voor de volle 100% heb ik dat gedaan. En dat wil zeggen, dat ik dingen heb gedaan die ik leuk vind. En dat wil zeggen dat ik samen ben de mensen, waar ik samen mee wil zijn en dat ik dingen die ik niet wou, of niet fijn vond, niet goed voelde, [...] dat ik die ook niet heb gedaan.”*

Toepassing

1. D 4.1 - thuis oefeningen doen (ondanks pijn)

Bij score 1 wordt het geleerde niet toegepast. Wat het geleerde is, benoemt de revalidant zelf in de situatie. De revalidant heeft nog niet het besef, dat het anders zou kunnen. Revalidant D vertelt over de oefeningen die ze moeten doen: *“Dat, dat ik ook merk als ik meer pijn heb, dat het dan lastiger is om je oefeningen, dagelijks te doen.”*. En: *“Ja, dus dat het ook lastiger wordt om dan thuis je oefeningen te doen. Ja, hier natuurlijk wel onder begeleiding, dus dan ontkom je er niet aan, maar dan merk ik wel dat, dat het eerste is wat ik thuis niet doe.”*. Als er dan thuis de schouder uit de kom gaat, wordt de drempel nog hoger. *“En toen heb ik gewoon, dus niet geoefend de afgelopen dagen. Achteraf denk ik van ja, ik had natuurlijk de rechterkant kunnen trainen, maar ja. Ja, op een één of andere manier lukt me dat nog niet om dan te zeggen van, nou, die vergeten we even en dan ga je met rechts verder.”* Ze komt met allerlei excuses: *“Ja, kan volgende week wel weer. En, nou die paar dagen zal toch ook niet uitmaken. Het is mooi weer. Nou, toe maar.”*. Ze wordt boos en laat de boosheid haar gedrag sturen: *“Maar wel ja waardeloze schouder en zo dat denk ik dan ook wel. Meestal zit er nog een woord voor, maar. Dat gaat van piep, piep piep schouder (lachen) Dus, die gedachten zijn er ook wel, ik ben eerst wel heel boos. Dan ja, met name op die schouder op mezelf, ja, waar ben je dan boos In ieder geval, ik word wel chagrijnig op dat moment, ja. Omdat je gewoon het hele weekend dan toch weer, ja toch redelijk beperkt bent. Omdat je die arm niet goed kunt gebruiken.”*. Het is een 1, omdat ze niet beseft dat het anders moet. Ze is er zelf wel tevreden mee: *“Nou ik denk toch een stukje angst om te bewegen en ook een stukje onverschilligheid, denk ik van maakt toch niks uit of ik nou wel of niet die schouder, die schouder is toch kapot. Dus dat, dat zit er*

denk ik ook wel bij. En het is mooi weer, dus ik ga lekker buiten zitten. Op dat moment denk ik wel een 8.”.

2. C 3.1 - grenzen herkennen, perfectionisme los laten

Bij score 2 wordt het geleerde nog niet toegepast, maar is er een besef dat het anders moet. Revalidant C vertelt: *“Gisteren heb ik wat langer gewerkt, gisteren was het vijf of zes uur.”*. Hij kijkt daar als volgt tegenaan: *“Ja, dubbel. Aan de ene kant geeft dat wel wat voldoening, dat je wat meer hebt kunnen werken. En aan de andere kant denk je van: “Ja, slecht, had ik niet moeten doen.” Want op het moment dat ik naar huis heen reed was het wat meer pijn, als dat ik maar vier uur op een dag had gewerkt.”*. Hij vertelt waarom hij langer bleef: *“Dus ja, dan is de verleiding wel groot om te blijven. En daar herken ik mezelf ook wel in, want ik stel een ander niet teleur, maar eigenlijk mezelf wel. En ja, misschien ligt daar wel één van de grote knelpunten. Dat je dan toch weer laat verleiden om te zeggen van, ik blijf wel even wat langer om jou voort te helpen. En misschien moet je dan toch meer aan jezelf denken.”*. Er is besef dat hij zich meer bewust mag zijn, wat belangrijk voor hem is. Maar aan de andere kant beperkt de sociale druk van de collega's en de interne motivator aardig gevonden te worden om het geleerde volledig toe te passen.

3. D 8.3 - oefeningen doen ondanks twijfel aan pijn

Bij score 3 wordt het geleerde toegepast, maar zijn er nog aspecten die niet lukken. Revalidant D moet verschillende oefeningen thuis doen. Ze fiets regelmatig: *“fietsen houd ik wel goed vol.”*. Ook de schouder oefeningen doet ze altijd netjes. Ze heeft echter nog steeds moeite om met regelmaat de rest van het lichaam te trainen. Nadat ze een slecht bericht over haar knie te horen kreeg, had ze helemaal geen zin om nog iets te doen: *“maar dat, op een gegeven moment weer op [...] gepakt en, maar nog niet echt de regelmaat in. Het is wel wat, wat rommelig nog.”*. Ze zegt: *“Ja, het raakt ook meer aan de achtergrond, hè. Omdat er gewoon andere dingen voor in de plaats komen.”*. Ze geeft ook een reden waarom het haar zoveel moeite kost: *“Het is een beetje dubbel. Je weet gewoon dat er weer iets is in je lijf, wat niet goed is. En nu moet je toch wel weer dat zelfde lijf gaan trainen om voor conditie. Dus ja, een beetje tegenstrijdigheid, waar ik al eerder al tegen aan liep.”*. Dit is een voorbeeld hoe het deels lukt het geleerde toe te passen (fietsen, schouder oefeningen) en deels nog aspecten zijn van het geleerde, oefeningen doen, die niet toegepast worden (de rest van het lichaam trainen na bericht over knie).

4. B 4.5 - thuis rustiger aan doen

Bij score 4 gaat het steeds beter om het geleerde toe te passen. Revalidant B is een vrouw die thuis altijd bezig is. Ze beschrijft hoe ze probeert het weekend meer waarde gericht in te vullen: *“Ja,*

we hebben meer tijd met het gezin door gebracht, omdat extra weekenddag was, zeg maar. Dus we zijn vrij, zaterdags lekker thuis, ook eigenlijk helemaal niks gedaan. Of nauwelijks iets, echt wel heel relaxt. Paar emmers met, het was natuurlijk prachtig weer, wat emmers water naar buiten en speeltjes en de kinderen gewoon lekker met water laten spelen en waar het met kerst zoveel gestrest was eigenlijk met allerlei dingen die dan moesten zo ontspannen was het nu. Dus dat was wel heel anders dan anders.” Op de vraag hoe het haar lukt het anders te doen zegt ze: *“Ja, dat klinkt heel stom, maar ja, dat gebeurde gewoon. Ik denk dat het ook wel een stukje rust is, wat ik misschien zelf nu meer heb.”*. En: *“Ik denk dat in huis sowieso, de rust die ik nou zelf meer heb, dat het thuis gewoon een stuk rustiger maakt. En wel bewust ook de huishoudelijke klussen ook gewoon niet heb gedaan. En die waren er wel. Was is er altijd en daar heb ik nu echt wel gelaten.”*. Af en toe heeft ze wel de steun van haar partner nodig: *“En toen was alleen zijn opmerking van: "Vind je dat nu echt nodig, om dat nu om half elf nog te gaan doen?", nadat ik terugkwam van de yoga, was voldoende om het gewoon niet te doen.”*. Kortom het lukt de revalidant goed om meer rust te creëren thuis door klussen te laten liggen en meer van haar gezin te genieten, maar af en toe heeft ze hulp nodig niet in oude gewoontes te schieten.

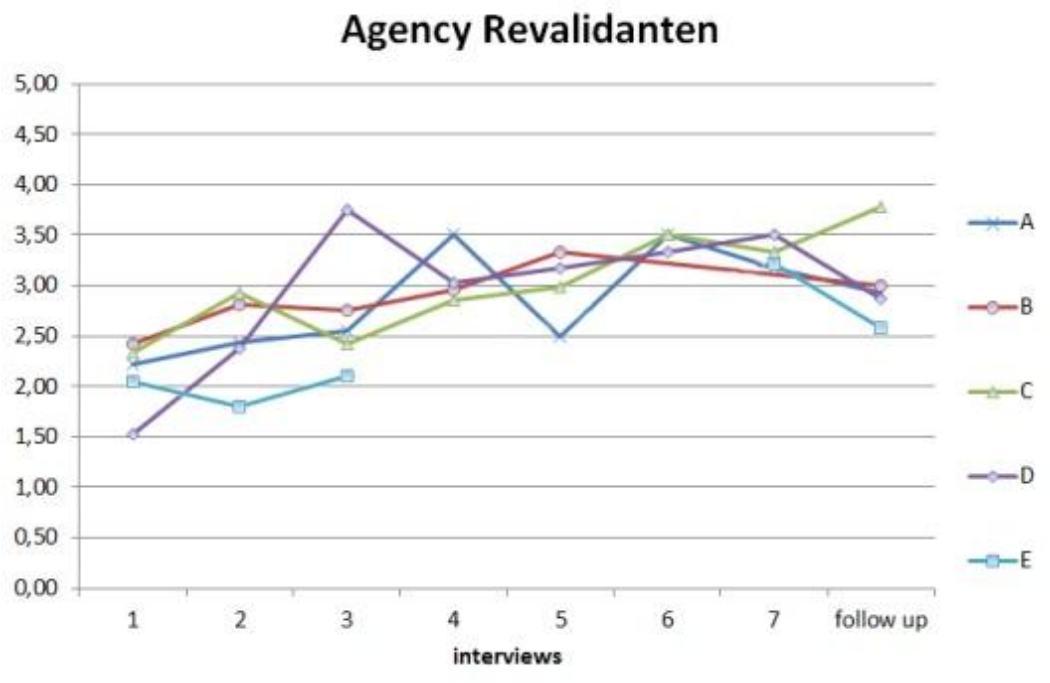
5. E 8.1 - door hobby tijd voor jezelf maken

Bij score 5 lukt het volledig het geleerde toe te passen. Revalidant E heeft tijdens de behandeling gemerkt dat ze weinig dingen meer deed waar ze plezier in had: *“Omdat ik gewoon niet meer zo heel veel plezier had in dingen, wat ik deed. En daardoor deed ik het ook niet meer. En ja, op een gegeven moment dan val je een beetje stil, hè.”*. Ze omschrijft dat het belangrijk is om plezier te hebben in de dingen die je doet: *“Nou, dit vind ik gewoon, hier maak je in feite tijd voor jezelf, waar jij je prettig bij voelt en wat je fijn vindt. En wat dan ook nog eens leuk is, dus daardoor gaat het gewoon wat makkelijker.”*. Ook beschrijft ze, hoe het geen leuke dingen doen is ontstaan: *“En dat groeit daar langzaam in, dat je zelf niet meer zo actief bent met dingen omdat je gewoon niet meer kan. En, wanneer van bepaalde activiteiten pijn krijgt, ja, dan wordt het daar niet leuker op. Eigenlijk doet dat je gewoon gigantisch zeer, zowel mentaal als lichamelijk. En dat groeit daar een beetje in. Je gaat zo in die sleur mee, en dan op een geven moment, zonder dat je zelf echt bewust door hebt, doe je eigenlijk niets meer. En anderen hebben dat wel gemerkt maar zelf, ja, dat is eigenlijk een beetje je automatisme geworden en je standaard riedeltje.”*.

Kortom ze merkte dat ze weinig leuke dingen meer deed. Dit heeft ze opgepakt met een nieuwe hobby: *“Ja, ik ben heel veel uit mezelf, met mijn, zeg maar, nieuwe hobby's bezig gegaan.”*. Het lukt haar goed daarmee voor zichzelf te zorgen, langdurig en structureel. Klachten spelen hierin geen rol, het helpt haar niet aan haar zorgen te denken: *“Dat ik wel echt weer rustig ben. Want normaal maalde je allemaal en dat gaat maar door in je hoofd. Maar nee, ik word daar echt wel rustig van.”*.

Bijlage 4

In deze bijlage staan de resultaten van de revalidanten A, B, C en E met citaten uit de interviews. In Figuur 7 staat de ontwikkeling in Agency van alle revalidanten. De ontwikkeling in de schalen staat bij de betrokken revalidant.



Figuur 7: Ontwikkeling Agency Revalidanten

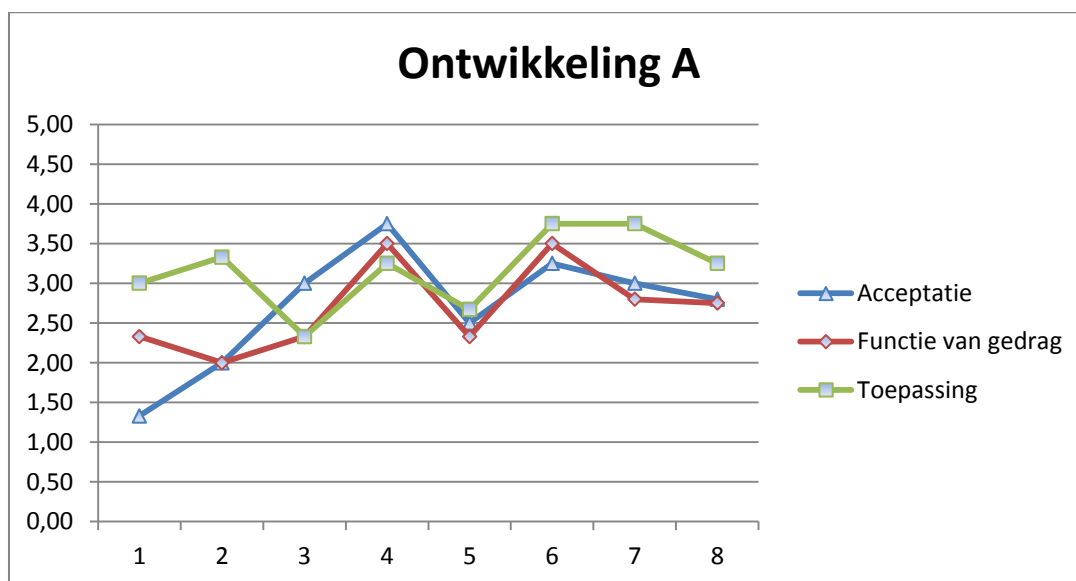
Ontwikkeling revalidant A

Revalidant A is een jonge man van 27 jaar, die na een ongeluk op de fiets ruim een jaar geleden een whiplash heeft opgelopen. In de grafiek in Figuur 8 is de ontwikkeling van de verschillende schalen van Agency voor revalidant A te zien, terwijl de ontwikkeling van Agency in Figuur 7 te zien is.

Acceptatie: In het eerste interview ziet revalidant A duidelijk op tegen de behandeling: *“Maar het is in eerste instantie voor mij heel intensief geweest. Dat, zo intensief dat ik nou dat ik echt van de week even dacht: Gaat ik het allemaal wel doorkomen hier? Acht weken lang?”*. In het eerste interview laat revalidant A merken dat de klachten er niet mogen zijn, dat hij ze vermijdt en dat hij weet dat hij zijn situatie nog niet accepteert. *“Ook omdat ik soms gewoon dingen laat, of ja, bepaalde kleine dingetjes moet laten, minder, minder intensief iets kan doen. Minder uitbundig. Dat vind ik wel jammer. Dus dat zou ik een beetje meer kunnen accepteren op zich, en dat dat het is gewoon nou eenmaal zo, maar ik vind het toch, ik heb daar soms toch wel moeite mee. Wel even zin om ja, lekker te feesten, zeg maar.”*.

In de drie volgende interviews is een duidelijke ontwikkeling te zien in Acceptatie. In het vierde

interview laat hij zien dat zaken mogen zijn, zoals ze zijn: *“Ja, op zich is dat ook, is dat wel positief gevoel. Een beetje gevoel van dingen loslaten ook wel. Dat je niet alles in de hand wilt houden. Kijk en je kan gewoon een beslissing nemen en of dat nou, ja of nee, of goed of fout, of links of rechts is, maakt uiteindelijk niet zo heel veel uit. Bij veel dingen. Dus ja, ik denk dat me dat wel rust kan geven in mijn hoofd ook, dat ik wat minder dingen heb om te overwegen, ja.”*. In datzelfde interview beschrijft hij hoe hij zich goed kan voelen, terwijl hij wel klachten heeft: *“Nou, ik vind het sowieso belangrijk dat je geestelijk en lichamelijk in balans bent. Sowieso. En voor mijn klachten vind ik het heel belangrijk, omdat bijvoorbeeld onderscheid kan maken nu tussen vuile, voel ik me niet lekker, of voel ik me wel lekker. En wat voelt er niet lekker en wat voelt er wel lekker. Kijk, bijvoorbeeld, ik heb een zere nek, nu. En ik heb hoofdpijn hier en ik heb een slaperig gevoel in mijn gezicht, ik ben hartstikke moe Maar ik voel me wel relaxt eigenlijk. Ik heb wel geestelijke ontspanning, nu.”*. Na de vrije week is er een duidelijke terugval te zien, waarna deze zich gedeeltelijk herstelt. In het follow up interview zien we dat Acceptatie weer iets afneemt.



Figuur 8: Ontwikkeling schalen revalidant A

Functie van gedrag: Functie van gedrag laat bij revalidant A een wisselend verloop zien. Na een eerste stijging een afname die de week erna weer herstelt en daarna weer afneemt. De revalidant A vertelt in de interviews dat al in de intake een algemeen besef is gekomen, dat hij moet kijken naar de dingen in zijn leven die belangrijk voor hem zijn. *“En toen ben ik hier binnengerold via een gesprek, twee weken heb ik nog, ben ik ter observatie geweest. Heb ik heel veel van geleerd. Ging het stukken beter eigenlijk al met me.”* Tijdens de behandeling is het geheel een stijgende lijn te herkennen. Revalidant A wordt zich steeds meer bewust wat hij belangrijk vindt in zijn leven. Als hij een paar

dagen weg geweest is, verteld hij het volgende daarover: *“Dat ik leefde naar mijn waarden? [...] Dat bedoel ik eigenlijk. Ja, dat heb ik heel goed gedaan. Dat eigenlijk wel, nou ja, voor mijn gevoel voor de volle 100% heb ik dat gedaan. En dat wil zeggen, dat ik dingen heb gedaan die ik leuk vind. En dat wil zeggen dat ik samen ben de mensen, waar ik samen mee wil zijn en dat ik dingen die ik niet wou, of niet fijn vond, niet goed voelde, [...] dat ik die ook niet heb gedaan.”.*

Toepassing: Bij revalidant A is in de schaal Toepassing de minste ontwikkeling te zien. Dit komt vooral doordat A redelijk hoog scoort in het begin van de behandeling. Hij laat zien dat hij al heel bewust met zijn gedrag bezig is: *“Bijvoorbeeld ik heb, ik heb afgelopen week in de tussentijd een verjaardag gehad. En ja dat ik het toch wel heel moeilijk vind, hoe ga ik daar nou mee om eigenlijk. Want het is nou het zijn allemaal jonge mensen dus het huis staat vol, muziek aan en ja het is 's avonds laat al en hoe, hoe, hoe deel ik het dat nou eigenlijk in, zodat ik niet morgen, dat ik er vandaag gewoon van kan genieten en dat ik het morgen, dat ik er dan geen spijt van heb.”.*

Toepassing neemt af naar het derde interview. Revalidant A is dan erg moe. *“Ja ook, drukte. Toch minder goed tegen drukte kunnen en tegen prikkels en toch aardig wat spanning in mijn nek en zo en ja, dat merk ik toch wel, ja.”* Hij vertelt over de last die dat oplevert: *“Ja, ik vind het lastig. Ik kom net uit de, net uit de sportzaal en er, fysiotherapeut krenkte de radio eens even flink open. En daar heb ik dus heel veel last van, daarom doet hij dat ook. Dus ik kom hier nu binnen en ben echt helemaal, een beetje, ja.”.* Het lukt dan niet het geleerde toe te passen: revalidant A betreft de actie van de fysiotherapeut op zichzelf, hij zegt er niets van en gaat door met sporten en heeft daar last van.

In de laatste week van de behandeling is revalidant A bezig met wat hij belangrijk vindt: weer maatschappelijk bezig zijn: *“En, dus daar ben ik mee bezig geweest. En ik heb nog eventjes online gesolliciteerd bij de post om toch maar eens eventjes elke dag een paar uurtjes, nou laten we zeggen te beginnen twee uurtjes per dag aan het werk te zijn, lekker buiten, niet, niet te veel ingewikkelde dingen, gewoon post bezorgen. En, dus gewoon bezig te zijn.”.*

Agency: Zoals te zien in Figuur 7 heeft revalidant A in het vierde en het zesde interview topweken. De week ertussen laat een terugval in Agency zien. Tussen het vierde en het vijfde interview hebben de revalidanten in verband met feestdagen een week vrij van de behandeling. In interview vijf zegt revalidant A mooie dingen over hoe hij in zijn leven staat: *“Ja, ik ben eigenlijk heel erg druk bezig hier met van hoe, hoe deel ik mijn leven nou in. Ik heb ook heel, een heel erg druk leven gehad, altijd, dat gaat ook verder, en op dit moment staat het dus, staat het, bepaalde dingen staan even stil. Het is eventjes, de rust is even terug gekeerd, zeg maar. Of ik wou of niet. Dat geeft me ook de kans om even de dingen te heroverwegen in mijn leven. Ook, wat wil ik met mijn werk, wat wil ik met alles eigenlijk. Hoe ziet mijn leven eruit. Wat wil ik daar eventueel aan veranderen.”.* Daarnaast laat hij

ook zien dat hij nog veel piekert en zijn oude leven terug wil: *“Want ik wil mij leven gewoon weer terug hebben. Zoals het was.”*. En: *“Op het moment dat ik, zeg maar, over geprikkeld raak dan raak ik daar, daarop komt dan dat ik dus, ja moe ben, me eigenlijk niet lekker ga voelen. Dat ik me zorgen ga maken. Dat ik me daarop volgend, daar weer mee weer ga overprikken eigenlijk. Te weinig energie heb om veel te bewegen, wat ik blijkbaar nodig heb. En daardoor dus weer je dat, dan loop je weer heel snel de trap af eigenlijk. Terwijl je net zo hoog stond.”*, waardoor Agency toch lager uitkomt.

De ontwikkeling laat een niet significante stijging zien. In het laatste interview vertelt revalidant wel dat er voor hem veel veranderd is: *“En dat er ook zoveel veranderd is met mezelf zeg maar ook, wat ik kan nu en wat ik kon. En, en hoe ik me voel. Hoe ik in het leven sta. Nou, dat ik toch wel, heel erg in, heel erg veranderd ben in hoe ik. Niet in hoe ik kijk naar mijn eigen waarden en mijn eigen doelen, maar, maar hoe ik daarmee omga zeg maar. Weet je wel. Want ik wist wel wat mijn waarden waren, maar ik keek er niet altijd naar.”*.

In de eerste interviews ontwikkelen de schalen niet altijd in dezelfde richting, daarna veranderen de verschillende schalen op een vergelijkbare manier.

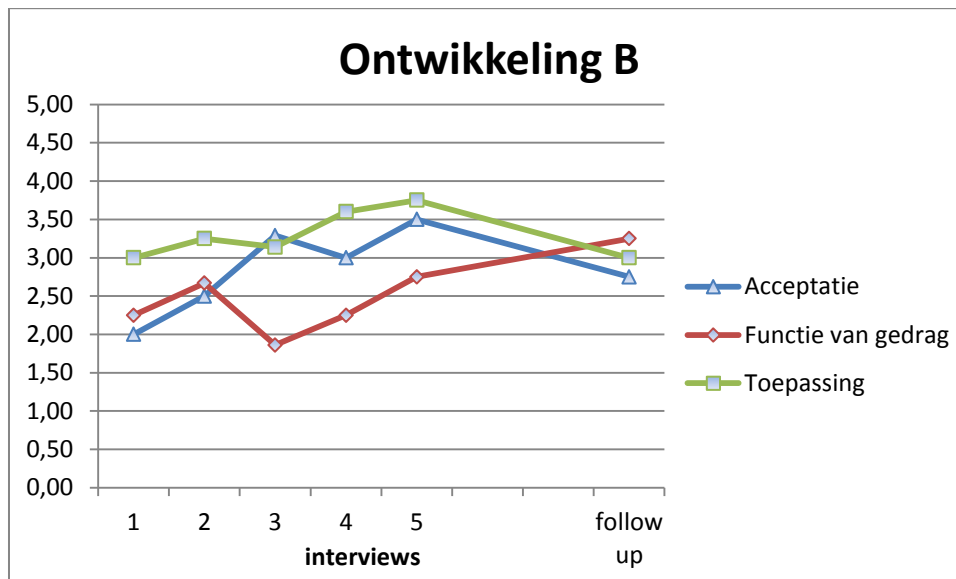
Ontwikkeling revalidant B

Revalidant B is een 35 jarige vrouw die aan een chronisch vermoeidheidssyndroom lijdt. In de interviews komt vooral de hoofdpijn waar B aan lijdt als kenmerk tevoorschijn. Doordat revalidant B haar huwelijk had gepland in de zevende week van de behandeling, heeft zij slechts zes weken behandeling en vijf interviews ondergaan. Het follow up interview is gelijk met de andere follow up interviews uitgevoerd, voor deze revalidant niet zes maar acht weken na het einde van de behandeling. Revalidant B heeft geen significante verschillen tussen de interviews, noch in Agency, noch in de sub schalen. In Figuur 9 is de ontwikkeling van de schalen te zien, terwijl de ontwikkeling van Agency in Figuur 7 te zien is.

Acceptatie: Revalidant B lijkt tijdens de behandeling een toename in Acceptatie te laten zien. Bij het follow up interview is waarde van de schaal Acceptatie weer gedaald.

Op de eerste dag vermijdt revalidant B te luisteren naar haar lichaam met een partijtje pingpong. Ze vertelt: *“Ja, daar denk ik eigenlijk niet zoveel bij. Dat gebeurt en dan ben ik duizelig.”*. En: *“Nee, ik stop eigenlijk niet, gewoon doorgaan ja. Toch wel dat gewoon doorgaan.”*. En: *“Gaat wel of misschien trekt het weg, dat is misschien nog wel gedachte die dan wel in je, in mijn hoofd zit, zo van even, ik hoef niet meteen te stoppen, want misschien trekt het wel weg.”*. Over het gevoel dat dit oproept vertelt ze: *“Ja, je baalt. Dat je toch weer met eigenlijk weinig inspanning en toch zo duizelig wordt. En toch weer dat het gewoon niet kan. Ja, een beetje pingpongen, net wat ik zeg, een beetje pingpongen”*

Het klinkt zo, het is zo eenvoudig, denk je dan en dan valt het toch tegen.”. Het gevoel mag er niet zijn.



Figuur 9: Ontwikkeling schalen revalidant B

In het vijfde interview is er meer acceptatie van de klachten: *“En ook wel echt het besef, als je dan nu terug kijkt, dat ik denk van ja, dat ik het toch wel, ja heel veel frustratie en verdriet en, en last had van de dingen die ik allemaal niet meer kon doen, zoals ik het altijd gewend was om te doen. En daardoor toch eigenlijk vergat om te genieten van alles wat er dan wel is. En in die zin is nu ook niet anders dat ik nu wel weer de dingen kan die ik daarvoor deed en de hoofdpijn zit er ook nog steeds, hoe, ja, hoe frustrerend dat ook eigenlijk zou zijn. Het is er wel, maar, ja ik ben nou toch gewoon bezig met mijn leven en niet alleen maar met die hoofdpijn.”*. Het blijkt wel moeilijk om dit vast te houden. In het follow up interview zegt ze: *“En, ja, het is ook wel, wel heel confronterend, want ik kan dus gewoon niet meer alles, wat ik altijd deed. En dat wil ik nog wel met mijn hoofd, maar dat werkt dus gewoon niet.”*. Terwijl ze in een andere situatie wel kan accepteren dat niet mee kunnen naar een leuk, druk evenement negatieve gevoelens oproept.

Functie van gedrag: In de eerste twee interviews laat revalidant B sociale en externe motivatoren zien: *“En je merkt ook wel dat, ja het is ook wel leuk om te doen en omdat je het ook met z'n allen doet, ben je dan ook wel geneigd om dan mee te gaan in de groep. En dat gevoel heb ik heel sterk.”*. In het derde interview is het gedrag gemiddeld het meest gestuurd door externe, sociale of interne motivatoren anders dan waarden. *“En daar heb ik over nagedacht en dat is dus wel, dat merk ik wel terug in mijn, in heel veel dingen die ik doe, dat ik mij heel makkelijk, of ja, heel, dat gaat heel vaak*

vanzelf, dat ik mij dan schik naar wat een ander het beste uitkomt. Zonder dat ik, als iemand vraagt, god zullen we afspreken? Ja, hoe laat dan? Dan is mijn eerste reactie van Ja, zeg maar wat jou het beste uitkomt. Terwijl ik ergens ook wel een voorkeur heb voor een tijdstip, maar ik laat het dan altijd eerst, de ander kiezen, tenzij als ik gewoon echt op data niet kan, dan vind ik, dan roep ik wel van dan en dan kan ik niet. Maar als ik niks heb staan, neem ik daar niet echt een stelling in.” Er is wel bewustzijn, dat ze niet voor zichzelf kiest. Daarna lijkt een verschuiving naar waarde gericht gedrag zichtbaar. In het follow up interview vertelt ze dat ze weer meer het belang ziet van de dingen waar zij plezier aan beleefd: *“En dat ik ook wel een beetje zoekende was. En ja, waar ik zelf eigenlijk stond. Dus, in die zin heeft het Roessingh mij wel, wel weer, ja, mijn plezier in, in de kleine dingen, die ik had, wat ik altijd had. Heeft het me wel weer teruggegeven. Kijk ik daar wel een stuk zonniger tegenaan.”*

Toepassing: Bij revalidant B is in Figuur 9 te zien, dat het revalidant B goed lukt het geleerde toe te passen, ook al vroeg in de behandeling. Ze vertelt hoe ze, in opdracht van het Roessingh, doelloos gaat wandelen: *“Dat is heerlijk. Dat doe ik ook wel. Maar ik ga dus nu daarnaast nog 's avonds als de kinderen in bed liggen, of 's ochtends als ze gewoon, in het weekend is M[haar partner] thuis, zondagochtend, dan ga ik even alleen wandelen. En dan ook gewoon even niet: Mama, wat is dit, of, dat ik gewoon echt even, even niks aan mijn hoofd heb en niks hoeft en nergens naartoe moet en dat bevalt me eigenlijk wel heel goed.”* In het vijfde interview zegt ze: *“En meer gewoon je leven oppakt in plaats van ook een heleboel dingen, ja, te laten.”* Ze vertelt over een avond met een vriendin op het terras: *“En ik heb daar eigenlijk, het was gewoon een hele gezellige avond. En dat ik dacht van ja dat is toch wel heel, heel fijn om dat gewoon, dat hoeft ook niet laat te zijn en, omdat gewoon te doen, ja en als ik daar dan de volgende ochtend wel moe van ben, dan maakt dat ook niet uit. Dan heb ik wel gewoon een hele gezellige avond gehad. En dat, dat was ik een beetje kwijt. Dat je gewoon dingen gaat ontlopen, omdat je ook, ja, ik voelde me al, al niet lekker, die hoofdpijn die zit er, nog meer hoofdpijn, dus dat ik gewoon op voorhand al gezellige en ontspannende dingen en leuke dingen gewoon ging vermijden.”* In het follow up interview vertelt zo over hoe ze naast haar werk nog een afspraak met de accountant heeft: *“Beetje naïef natuurlijk, want ik werk geen hele dagen, dus dan is het ook wel een uitdaging, zo van dan ga je in één keer een hele dag. Nou, het is heel confronterend, want je merkt dat het niet gaat. Ook fysiek voel je het echt letterlijk over je hoofd heen trekken en kijk ik scheel van de hoofdpijn.”* Ze merkt dat het niet gaat en dat roept het volgende gevoel op: *“Ook wel een beetje, toch de angst 'is het dan allemaal voor niets geweest’.”* Doordat ze ook positieve situaties beschrijft eindigt haar score op het uitgangsniveau.

Agency: In Figuur 7 Figuur 1 lijkt te zien dat revalidant B een geleidelijke ontwikkeling van Agency zonder uitschieters heeft tijdens de behandeling. De ontwikkeling lijkt af te nemen tijdens de follow

up. In het begin van de behandeling laat ze zien, dat ze haar schema eigenlijk niet aanpast aan haar afwezigheid thuis: *“Ja, dat je toch merkt dat je wel geneigd bent om, als je eenmaal thuis bent, kijk in de week heeft normaal zeven dagen en nu ben ik er zeg maar, drie dagen niet, 2,5 dag maar, de woensdagochtend ga ik de deur uit en ik kom vrijdags laat pas terug, dus voor het gemak houden we het even op drie dagen. En dan houd ik nog vier dagen over, dat je toch ergens wel geneigd bent om dan, die drie dagen die je mist nog, qua dingen in die vier dagen die overblijven te proppen.”*

In het vijfde interview beschrijft ze hoe ze ‘afgeleid’ zijn omgaat: *“Gebeurde het wel, maar omdat, ja, omdat nu je het wel gewoon daar over heb en dat ze ook weet dat dat soms gebeurt, dat je mensen daarin betreft is het minder belastend. Ook, je maakt het voor jezelf ook wat luchtiger, ja. Ik fladder nou eenmaal af en toe, soms. [...] Dan fladder ik weer terug en soms moet ik dan ook zeggen van goh, ja, sorry, ik was het even kwijt, wat zei je nou ook al weer? En dat werkt beter dan dat ik dan voor me hield.”*

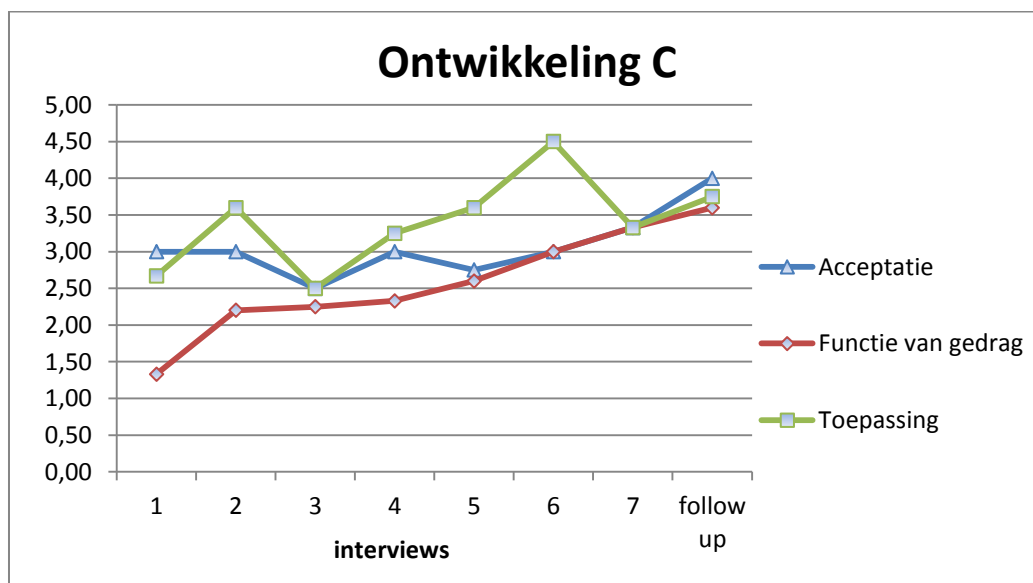
Bij revalidant B is de ontwikkeling in de meeste weken over de verschillende schalen gelijk. Er zijn echter ook weken, waar de ene schaal stijgt, terwijl een andere daalt. Vooral de overgang van interview twee naar interview drie valt op: de Functie van gedrag daalt, terwijl de Acceptatie stijgt. Revalidant B lijkt in dat interview meer haar valkuilen te herkennen en ze te accepteren, terwijl ze zich nog wel laat sturen door sociale motivatoren. Er zit een fout in de administratie. Ze kan accepteren dat het een rotgevoel geeft: *“Ja, wel wetende dat ik het niet helemaal af zou krijgen. Dat wel. Ja, het is niet anders.”*. Maar ze laat zich wel sturen door externe motivatoren (de accountant die de cijfers uiterlijk 10 uur wil hebben) en door interne motivatoren anders dan waarden (perfectionisme om alles goed te doen: *“want ja, het perfectionisme wat er dan inzit, [...] want dan is het nooit goed.”*)

Ontwikkeling revalidant C

Revalidant C is een 42 jarige man met rugpijn: een radiculair syndroom. Hij is in verband met rugklachten in 2005 geopereerd aan zijn rug, waarna de klachten niet afnamen. Geen van de verschillen in Agency of de sub schalen tussen de interviews is significant. In Figuur 10 is de ontwikkeling van de schalen te zien, terwijl de ontwikkeling van Agency in Figuur 7 te zien is.

Acceptatie: Zoals beschreven in de methode (data analyse) kan een situatie een score 9 krijgen, indien de onderzoekers in dat gedeelte niet genoeg informatie hebben om die situatie te kunnen beoordelen. Bij de schaal Acceptatie is ruim 7% van alle situaties van alle revalidanten niet te coderen volgens de onderzoekers. Bij revalidant C zijn echter 10 van de 34 situatie bij Acceptatie uitgevallen. Dit is ruim 26%. Revalidant C liet in de interviews niet goed merken of negatieve private

gebeurtenissen er mochten zijn. Hierdoor is de lijn van de Acceptatie minder betrouwbaar. In Figuur 10 is te zien dat Acceptatie bij revalidant C relatief hoog begint. In het eerste interview vertelt hij hoe hij een klus niet afmaakt: *“En in het verleden was het, ik stop pas als ik rond ben, als ik aan het einde ben, als ik alles af heb. En nu krijg ik toch die handreiking, die krijg je hier van, probeer eens iets eerder daar uit te stappen. Eigenlijk voor het moment dat het te laat is, voordat je al heel veel pijn hebt. En dat werkt nu in die situatie heel erg goed.”* Er is enige interne strijd: *“Mijn eigen ik zegt eigenlijk, aan de ene kant ga door, en aan de andere kant zegt het, het is niet zo verstandig om te doen.”* . Het lijkt of de strijd er mag zijn.



Figuur 10: Ontwikkeling schalen revalidant C

In het derde interview is de score op Acceptatie het laagst. Revalidant C vertelt hoe hij altijd gaat slapen na het werk vanwege de pijn. In het revalidatiecentrum het Roessingh is hier geen tijd voor en mist hij het slapen ook niet. Hij kan dit nog niet vertalen naar de thuissituatie, waar hij tussen de middag nog steeds slaapt en dat een goede actie vindt. *“Ja, voor de hele situatie is het, ik denk dat het gewoon goed is, het is gewoon nodig. Na activiteit is gewoon rust nodig.”* Hij vermijdt thuis uit te proberen wat er met hem gebeurt als hij niet gaat slapen en de pijn er te laten zijn. Na het derde interview lijkt de Acceptatie langzaam toe te nemen tot in het follow up interview. Hij geeft aan hoe hij veranderd is, ten aanzien van zijn werk: *“Ik begin dat steeds meer te accepteren. Want ik heb daar wel heel erg lang tegen aan lopen te hikken zeg maar. Ja, omdat ik gewoon iemand ben die eigenlijk het liefst altijd 60 uur in een uur werkt. Ja, dat wil niet meer. Daar heb ik heel lang het streven gehad, van nou, als ik minimaal weer op 40 uur uitkom. Maar ben nou ook zo tevreden bij 30 of bij 35 uur. En als dat de beste balans is, vind ik het ook goed.”*

Functie van gedrag: In het eerste interview laat revalidant C zien, dat hij zich laat sturen door interne motivatoren anders dan waarden: *"Maar dat is waarschijnlijk ook wel probleem van mij, waar ik zit, dat je zelf continu je grens veel te hoog legt, veel te ver weg legt."* Daarna is een verschuiving te zien in de richting van meer waarde gericht gedrag, die doorloopt in de follow up. Het verschil tussen het eerste en het laatste interview is bijna significant. In het vierde interview regelt revalidant C een stok achter de deur, een afspraak bij de kapper, om zich aan het voornemen, niet langer te werken dan afgesproken, te houden. Hij vertelt van het dubbele gevoel dat dit oplevert, zowel vervelend voor zijn collega's (sociale motivator), als goed zorgen voor zichzelf (waarde). *"En ja, aan de ene kant voelt dat wel minder om... ja dat voelt eigenlijk wel als iemand in de steek laten. En dat is minder prettig. Maar aan de andere kant dank denk ik: Ja, kies toch voor jezelf."* In het follow up interview is hij verder verschoven naar waarde gericht gedrag: *"Ik werk niet meer fulltime omdat het gewoon niet gaat met mijn gezondheid. Dus de mensen moeten gewoon de verantwoording nemen voor de dingen waar ze verantwoordelijk voor zijn.[...] En dat brengt voor mij wel heel veel rust."* Hij geeft de volgende reden voor dit gedrag: *"Ja, voor mijn eigen gezondheid is het gewoon noodzakelijk."*

Toepassing: De ontwikkeling van de schaal Toepassing laat over het geheel een verschuiving zien naar meer toepassing van het geleerde. In het eerste interview zwemt revalidant C meer, dan nodig is. Hij realiseert zich dat het teveel was en vertelt: *"Er is hier nog niemand die van je eist dat je tot op een bepaald niveau gaat maar dan kom je er toch wel weer achter dat je het toch van je zelf eist. En daar ook tevens bij dat dat niet helemaal slim is om dat te doen."*

Het tweede interview scoort iets hoger, waarna het derde interview lager scoort. In het derde interview beschrijft revalidant C een situatie die hem ergert, maar waar hij niks van zegt: *"Ja, ik zie het wel gebeuren, het is een allergie van mij. Dat ik denk verdikkie, doe dat nou, maar ik zeg daar niet wat van."* Het lukt hem nog niet of voor zichzelf op te komen, of de irritatie er te laten zijn.

Revalidant C laat een verschuiving zien tussen het derde en zesde interview naar het meer toepassen van het geleerde. In het zesde interview vertelt hij hoe hij geleerd heeft rekening te houden met zijn gezondheid op zijn werk: *"Aan de hand daarvan zijn er een aantal voorstellen gedaan en voor die voorstellen moeten projectgroepen gemaakt worden. Ja, daar geef je heel duidelijk aan, eigenlijk waren er wel, volgens mij een stuk of vier, vijf projectgroepen waar ik dacht: "Na, daar hoor ik eigenlijk wel bij of dat is wel wat voor mij." En dat zijn er uiteindelijk zijn dat twee geworden en eventueel drie waar ik na die tijd nog bij instap. Gewoon omdat je zegt van: "Jongens, tot zover en niet verder." [...]Ja, ja, ja. Want vroeger had ik waarschijnlijk in mijn enthousiasme van alle groepen, had ik me aangemeld en had ik misschien achteraf moeten constateren dat het te veel*

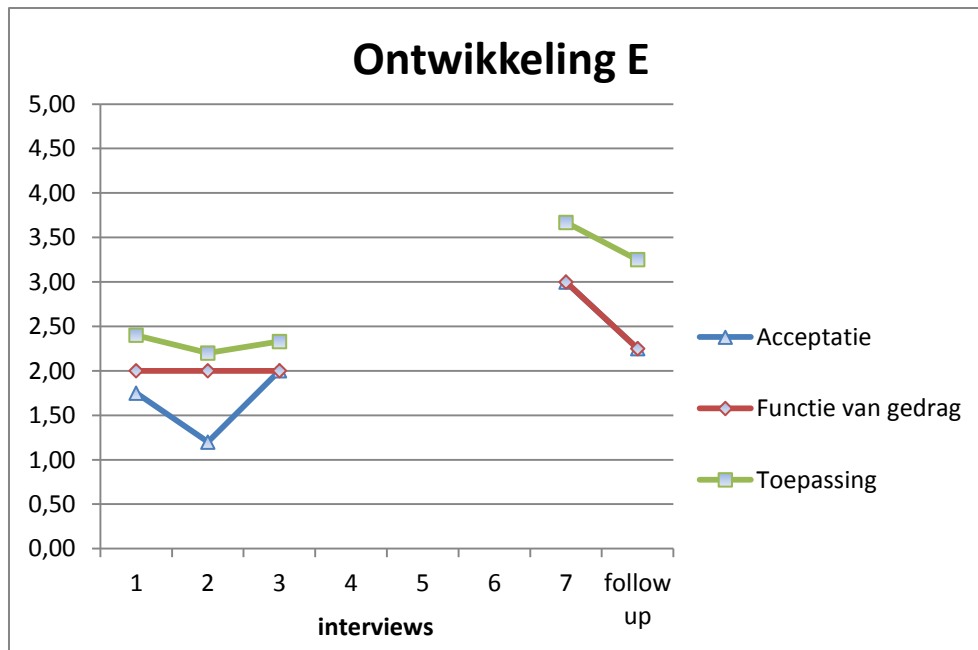
was geweest.”. In het laatste interview van de behandeling neemt Toepassing wat af. Bij het follow up interview is herstel te zien, maar het hoogste punt van de behandeling wordt niet gehaald.

Agency: In Figuur 7 is te zien dat Agency geleidelijk toeneemt in de loop van de behandeling en het follow up interview. In het eerste interview ervaart revalidant C veel eyeopeners in de behandeling: *“Ja, het zijn eigenlijk voor mij allemaal veel van die eyeopeners zeg maar.”*. Hij kan geen voorbeeld benoemen, maar heeft duidelijk wel pijnvermindering als doel: *“Nee, maar wel dat je er voor open staat, dat je zegt van dat ik misschien door in de toekomst de dingen wel anders de dingen te benaderen of anders te denken, invloed kan hebben op mijn pijn.”*. In het follow up interview laat revalidant C zien dat werken minder belangrijk voor hem is geworden: *“En dat voelt heel erg goed. En ja, wat er dan uitkomt, maakt me niet zo heel veel uit. Of dat nou 60, 70 of 80 % kunnen werken is, eigenlijk een beetje, voor mij is meer bijzaak. Dat gaat er met name om dat je gewoon zegt van, dit is iets waar je in de toekomst mee vooruit komt.”*.

In Figuur 10 is in de meeste weken te zien dat de richting van de verandering van de verschillende schalen gelijk is. Slechts twee maal is de verandering van een schaal afwijkend van de andere, zoals de afname in Toepassing tussen het zesde en het zevende interview. Dit wordt vooral veroorzaakt door de hoge score voor Toepassing bij het zesde interview. Alle situaties die revalidant C beschrijft zijn gelukt situaties. In dat interview is ook niet gevraagd naar situaties die niet gelukt zijn. Mogelijk speelt de situatie selectie hierbij een rol. Het kan natuurlijk ook zijn dat revalidant C door de directe ervaring van het toepassen van het geleerde steeds beter scoort op Toepassing. In het zevende interview herkent revalidant C dat hij terugvalt in oude patronen, doordat een collega ziek is en er werk overgenomen moet worden: *“Ja, het geeft toch wel aan, net wat ik ook al zei, dat je er nog niet bent. Dat je op sommige plekken wel denkt dat je daar kunt zijn maar dat je ook wel heel snel weer terugvalt in jouw oude patroon. Oh, ik doe dat wel en ik regel dat wel.”*.

Ontwikkeling revalidant E

Revalidant E is een 19 jarig meisje met lumbago: chronische lage rugpijn. Doordat zij de interviews als te belastend ervoer naast de behandeling en haar school, heeft zij ervoor gekozen het vierde, vijfde en zesde interview over te slaan. Het laatste interview van de behandeling en het follow up interview zijn wel uitgevoerd. De verschillen in Acceptatie en Agency tussen het tweede en het zevende interview zijn bij revalidant E significant. In Figuur 11 is de ontwikkeling van de sub schalen te zien, terwijl de ontwikkeling van Agency in Figuur 7 te zien is.



Figuur 11: Ontwikkeling schalen revalidant E

Acceptatie: Bij de start van de behandeling scoort revalidant E laag op Acceptatie. Ze vertelt hoe het volgens haar allemaal nog meevalt: *“Ja, op zich, voordat ik op het Roessingh begon zeg maar had ik altijd het idee van “Ah, komt wel goed, ik kan het zelf wel allemaal aan. En het gaat nog niet zo slecht met me.”*”. Hiermee laat ze vermijding zien van de gedachten en de gevoelens die haar klachten oproepen. Ze negeert ze. Zodra iemand anders iets van haar wil, vergeet ze zichzelf: *“Maar op het moment dat ik zie dat mijn moeder of mijn zus of wie dan ook verdriet heeft, dan zijn hun de nummer één. En dan denk ik niet meer aan mezelf en hou ik mezelf niet meer in de gaten.”*. In het tweede interview neemt de Acceptatie nog verder af. Ze vermijdt met haar lichaam bezig te zijn: *“Ja, ik ga al bijna nooit weg. Dan ben je een avond daar uit en dan wil je daar eigenlijk ook niet constant mee bezig, mee geconfronteerd worden.”* En als er iets moet gebeuren, heeft ze pas na de tijd ruimte om te voelen hoe het met haar is: *“Als er iets gedaan moet worden, dan doe ik ook net zo lang of ik nou pijn heb of niet, tot dat het klaar is. En dat zijn gewoon dingen, daar moet je gewoon op letten maar ik ga dus wel over mijn grenzen heen dan.”* In het derde interview komt wel meer besef tevoorschijn dat er veel negatieve emoties zijn en dat ze daar wat mee mag gaan doen: *“Dus ik moet nou proberen om meer van mij af te schrijven omdat ik heel veel verdriet, teleurstelling, boosheid zit gewoon binnenin, waar ik gewoon niet bij kan. Ik kan heel goed over praten, hoor. Want het zit, ik heb het gewoon weg gestopt, voor mezelf altijd van: het zit er gewoon niet, klaar, weet je wel. Maar het zit er dus degelijk wel, dus ik moet de gevoelens van mij af schrijven. En thuis, minder met... af en toe hebben mijn, ja niet vaak hoor, maar mijn ouders hebben ook heus wel een meningsverschil. Dat ik me daar minder mee ga bemoeien en niet zorgen dat alles weer goed komt. Nee, gewoon daarbij weglopen. En dus minder voor een ander zorgen, dat moet ik gaan proberen.”*.

Acceptatie is aan het eind van de behandeling hoger dan in het begin van de behandeling. Ze heeft ontdekt dat ze kan genieten van schilderen. Het is voor haar daardoor makkelijker te accepteren dat ze bepaalde dingen niet kan: *"Ik denk dat dat voor mij ook wat makkelijker is om dan te aanvaarden van, nee, ik kan inderdaad niet mee naar de kroeg en ik kan niet mee stappen en ja, dat maakt denkt ook wat makkelijker omdat ik dan mijn eigen bezigheden heb, waar ik ook plezier in beleeft."*

Het follow up interview laat weer minder Acceptatie zien. Bijvoorbeeld bij een kappersklus gaat ze te lang door en heeft ze veel pijn. *"Gewoon balend van het feit dat ik die pijn heb. Dus dat was heel naar."* De pijn mag er niet zijn. Maar op andere momenten kan ze wel beter voor zichzelf opkomen, zonder dat ze daar last van heeft: *"Dat soms dingen gevraagd werden dat ik van: 'Nee, dat doe ik niet. Dat doe ik niet! Ik heb last van de rug, dat doe ik gewoon niet. Klaar. Weet je wel?'"*

Het verschil tussen het tweede en het zevende interview is significant. De verschillen tussen het eerste en zevende en tussen het zevende en het achtste interview naderen significantie.

Functie van gedrag: De lijn van de Functie van gedrag ligt grotendeels over die van de Acceptatie, alleen in het tweede interview is geen afname te zien. De verschillen in Functie van gedrag zijn niet significant.

In de eerste week moet bij ergotherapie met lego een huis gebouwd worden door de groep. Revalidant E laat zich hierbij sturen door interne motivatoren anders dan waarden (haar perfectionisme), mogelijk spelen ook externe motivatoren (opdracht van de ergotherapeut) en sociale motivatoren (het voor de groep goed willen doen) een rol: *"Dat heeft ook een stukje met mijn perfectionisme te maken. Ik wil alles goed doen. Beter dan goed zeg maar. Ik denk dat het ook wat zegt over hoe actief ik ben. Ja, ik wil het gewoon graag. Ik ben niet die zelf de lust kan pakken. Dat lukt me niet. Maar de gedachte is ja, spijt, nee, teleurstelling en boosheid. Want ik was teleurgesteld omdat ons bouwwerk ook nog niet klopte. Dan waren we er zo druk om geweest en dan klopt het niet. Als het aan mij had gelegen had ik ondanks mijn zere rug het hele bouwwerk weer uit elkaar gehaald en opnieuw gemaakt. Maar ook gewoon, ja, kwaad en boos. Ik heb soms van die momenten, dat ik echt de neiging heb om de deuren in te schoppen. Dat ik gewoon zo iets heb van 'Waarom heb ik dit nou weer? Waarom heb ik zo gigantisch veel pijn? En die gedachten, die kwamen toen ook weer boven."*

Aan het eind van de behandeling scoort Functie van gedrag hoger. Ten aanzien van haar studie kan ze beter omgaan met haar perfectionisme: *"Dat ik uiteindelijk het me nu wel een beetje afvraag van: 'Ja, wat heeft het in godsnaam voor toegevoegde waarde of nou mijn P in één jaar heb of in een jaar en twee maand.' Ik zeg maar wat, snap je wat ik bedoel?"*. Ze beseft beter dat ze moet doen wat past in haar waarden: *"Maar ik gunde mijzelf daar nooit geen tijd voor. En nou moet ik toch wel die omslag maken en toch denken van, ja, het is niet altijd maar school en werken. Ik moet ook*

gewoon een keer kunnen zeggen, nou neem ik eens drie uur voor mezelf. En dat deed ik dus eerder niet. En dat moet ik gewoon wel doen.”.

In het follow up interview blijkt bij de eerder genoemde kappersklus het toch nog heel belangrijk hoe ‘het hoort’ volgens revalidant E: *“Ik moet eerst kleuren en dat duurt al heel lang met inzetten. En toen pakte die kleur nog niet, moest er weer wat bij op en toen, dat duurde, moet je dan weer inwerken. Maar ja, ik laat haar ook niet helemaal alleen zitten, dus dan sta je daar ook een beetje bij, een beetje opruimen en zo ondertussen. Dus in feite sta je al de hele tijd. En dan ben je zo anderhalf uur verder ongeveer.”.* Een waarde van haar kan zijn dat ze haar werk goed wil doen, maar ze kan haar werk ook goed doen, als ze in de tijd dat de kleur inwerkt er gewoon er bij gaat zitten, in plaats van op te ruimen en te blijven staan.

Toepassing: Ook de lijn van de Toepassing heeft een vergelijkbaar beeld met de andere schalen en geen significante verschillen. Vanuit het revalidatiecentrum het Roessingh moeten de revalidanten wandelen. Revalidant E doet het omdat het moet: *“Het was huiswerk.”*. Hierbij stelt ze hoge eisen aan zichzelf: *“En uiteindelijk hoef je ook, ik denk dat ik ook vrij hoog heb ingezet al in het begin, hoor, met 25 minuten.”* Ze wandelt zoveel dat ze er last van krijgt: *“Maar toen met die 35 minuten, ja, ik was gewoon nog moe van het Roessingh en eigenlijk een beetje kapot eigenlijk.”*. In een andere situatie zegt ze “Nee” op een verzoek van iemand vanwege haar klachten, maar het voelt voor haar nog niet goed: *“Er belde iemand om geknipt te worden diezelfde avond. En ik had zo een zere rug dus ik heb 'nee' gezegd, voor het eerst [lacht]. [...] Ik moet zeggen, ik had er spijt van hoor, toen ik de haak op had gegooid dacht ik van: 'Oh, had ik nou maar ja gezegd.' Maar ik heb wel nee gezegd. [...]Ja, niet zo leuk [lacht] maar ik weet gewoon dat ik het moet, soms. En ik denk ook niet dat ik dat heel vaak zal gaan doen. Maar ja, uiteindelijk moet het toch wel zo zijn dat wanneer ik heel veel pijn heb dat ik dan toch niet altijd maar ja blijf zeggen.”.*

Aan het eind van de behandeling lukt het toepassen beter. Hoewel ze beseft dat ze er nog niet is, heeft ze wel vertrouwen in de toekomst: *“Dat heeft gewoon tijd nodig en dat komt wel goed.”*. Ze is begonnen met schilderen. Het lukt haar daarmee goed om te genieten en te ontspannen: *“En dat vond ik gewoon zo fijn! Je bent lekker met je hoofd nergens bij. Ik kan, ben echt heel ontspannen en heel stil. Ik praat ook geen woord dan. Nou en dat vind ik gewoon zo lekker.”.*

In het follow up interview vertelt ze dat ze opener is naar andere mensen: *“De uitleg van de situatie gaat heel goed. Daar ben ik wel wat opener in geworden.”*. Maar het blijft moeilijk: *“Ja, dat vind ik soms nog wel lastig, omdat ik gewoon, wat ik ook wel eerder heb gezegd, ik wil de zielenpoot niet uithangen. Ik wil niet degene zijn, waarvan ze denken, ach, kijk, daar heb je dat meisje met die zere rug. Wil ik gewoon niet. Ik mag helemaal niet klagen.”*. Sociale motivatoren zitten een optimale toepassing van het geleerde nog in de weg.

Agency: In Figuur 7 is te zien dat Agency bij revalidant E in eerste instantie enigszins daalt na al een laag startpunt. Revalidant C is gevoelig voor wat anderen van haar denken (sociale motivatoren) en laat veel vanwege haar klachten, zoals uitgaan met vriendinnen. Ze vertelt hoe ze zich opstelt ten opzichte van vriendinnen: *“Dat betekent wel dat je altijd, je bent altijd maar goed te pas, en altijd lachten en als ze vragen: 'Hoe is het?' dan wist ik bij hun toch al dat ze dat niet serieus meenden. Dat is meer een openingsvraag: 'Ha, hoe is het?' Weet je wel? En het was niet geïnteresseerd. Dus ik zei altijd: ' Oh ja, wel goed, met jou dan?' Weet je wel? En als ik dan een keer zei, van nee, ik ga niet mee, of nee ik kan echt vandaag niet de stad in of zo of winkelen, want ik heb zo een zere rug, dan stelde ik me direct aan. Terwijl ik dan blootgaf dat ik weer zo een zere rug had. En normaal was ik altijd goed te pas tegenover anderen.”*.

Aan het eind van de behandeling verschuift Agency naar een hogere waarde. In de laatste behandelweek scoort revalidant E het hoogste. Het verschil tussen interview 2 en 7 is significant. Door de behandeling beseft revalidant E dat ze eigenlijk aldoor in gevecht was met zichzelf: *“Dat je niet meer zo hard vecht constant.”*. Ook beseft ze dat ze hoge eisen aan zichzelf stelt: *“Dus niet zo perfectionistisch en niet alles maar beter willen doen dan goed, zeg maar. Goed is goed genoeg. Het hoeft niet altijd beter.”*. Vooral het creatief bezig zijn geeft haar veel voldoening: *“Ja, het fijne gevoel, de fijne rustige, ja, het rustige gevoel eigenlijk. Ik ben altijd wel creatief geweest, hoor. Maar op een gegeven moment, ja, zoals je ook al zei, dan gunde ik mezelf de tijd daar niet meer voor. Maar goed, nu kom ik daar achter dat ik het eigenlijk wel een beetje nodig heb, dat ik het zo fijn vind en zo ontspannend vind. Dus echt het gevoel dat ik met het portret tekenen weer had, dat is gewoon terug gekomen. En dat had ik eerder ook al met creatieve bezigheden. Dus dat maakt eigenlijk dat ik mijn oude tijd daarvoor gun, dat ik het gewoon lekker vind.”*. Ze vindt het nog wel moeilijk haar perfectionisme los te laten en in het follow up interview blijkt dat ook uit een situatie op een feestje waarin ze zich laat sturen door haar pijn: *“Gewoon zo veel pijn en uiteindelijk gingen daar ook wat meerdere weg van de meiden. Dus ja, vond er ook niet heel veel meer aan maar de pijn was de reden waarom ik na huis ging.”*.