

**Acceptance and Commitment Therapy
for the treatment of chronic pain:
Changes in self- perceived competence
of trained professionals during one year
of implementation**

Stefan Becker

University of Twente, Netherlands

Tutors:

Hester Trompetter, MSC.

Karlein Schreurs, Prof. Dr.

Department of Psychology

University of Twente

Abstract

Research indicates Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as a new, promising form of third wave Cognitive Behavioral Therapies for chronic pain. Therefore, ACT has been implemented systematically in nine Dutch rehabilitation centers between October 2010 and October 2012. In order to examine whether or not the implementation of a new psychotherapeutic treatment method is effective, subjective and objective evaluations are recommended. The present study aims to measure changes in self- perceived competence in working consistently with ACT during one year of implementation and training. Data has been analysed of three of the rehabilitation centers. As part of the systematic implementation, the 36 participating professionals were assigned into an ‘early adopter’ and ‘late adopter’ group with different training and implementation strategies. The second aim of the study is to investigate whether there was a difference in self- perceived competence between the two implementation groups. A repeated- measures ANOVA is conducted to measure changes over time. The results show significant advances in self- perceived competence for all six factors during one year of implementation. Further, there is no significant difference between the two implementation groups. The unexpected advance of the ‘late adopter’ group during the first half of implementation and the decrease of self- perceived competence during the second half of the implementation indicate subjective measurement effects as a ‘response shift’. Therefore, it is advised to replicate the study using both subjective and objective measurements. Despite the limitations, this study provides the first questionnaire to help other researchers measuring self- perceived competence in working with ACT. Further research is needed to improve the effectiveness of a systematic implementation and evaluation of ACT.

Samenvatting

Onderzoeken rapporteren Acceptance and Commitment Therapy (ACT) als een nieuwe en veelbelovende vorm van derde generatie Cognitieve Gedragstherapieën voor chronische pijn. Daarom is ACT tussen Oktober 2010 en Oktober 2012 in negen Nederlandse revalidatie centra systematisch geïmplementeerd. Om te onderzoeken of de implementatie van een nieuwe psychotherapeutische behandeling effectief is zijn subjectieve en objectieve evaluaties geadviseerd. Het eerste doel van dit artikel is veranderingen in zelf- waargenomen competentie in het consistent werken met ACT tijdens een jaar implementatie en training te meten. Data is verzameld van drie revalidatie centra. Als deel van de systematische implementatie zijn de 36 deelnemende professionele onderverdeeld in een 'early adopter' en 'late adopter' groep met verschillende training en implementatie strategieën. Het tweede doel van dit artikel is te meten of er verschillen zijn in zelf- waargenomen competentie tussen de twee implementatie groepen. Een repeated- measures ANOVA is uitgevoerd om verschillen over tijd te meten. De resultaten laten significante toenames in zelf- waargenomen competentie voor alle zes factoren zien. Verder zijn er geen significante verschillen tussen de twee implementatie groepen aangetoond. De onverwachte toename van de 'late adopter' groep tijdens de eerste helft van de implementatie en de verzaking in zelf- waargenomen competentie van vier factoren tijdens de tweede helft van de implementatie tonen subjectieve meting effecten als een 'response shift' aan. Daarom is geadviseerd dit onderzoek met subjectieve en objectieve metingen te repliceren. Ondanks limitaties biedt dit artikel de eerste vragenlijst aan om andere onderzoekers te ondersteunen zelf- waargenomen competentie in het werken met ACT te meten. Meer onderzoek is nodig om de effectiviteit van een systematische implementatie en evaluatie van ACT te verbeteren.

Table of contents

1 Introduction	5
2 Method	9
2.1 Participants	9
2.2 Procedure	11
2.2.1 Implementation	11
2.2.2 Data collection	12
2.3 Measure	12
2.3.1 Questionnaire	12
2.3.2 Validation	13
2.4 Analysis	13
2.4.1 Data preparation	13
2.4.2 Data analysis	14
3 Results	14
3.1 General attitude	14
3.2 Acceptance	16
3.3 Cognitive defusion	17
3.4 Being present	19
3.5 Self as context	20
3.6 Values and committed action	22
4 Discussion	23
4.1 Main findings	23
4.2 Limitations	25
4.3 Conclusions and implications	25
5 References	27
6 Appendix: Questionnaire	31

1 Introduction

The experience of pain is fundamental and part of a normal human life. The 'International Association for the Study of Pain' (ISAP) defines pain as "an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage" (Merskey & Bogduk, 1994). This unpleasant experience is functional in the sense that it leads humans to act appropriately to prevent them from serious or even perilous damage. Most of the times, pain diminishes if there is no further distress for the regarded human, for example if the human moves away from the damaging stressor. But sometimes, pain lasts longer with or sometimes without any identifiable reason. Therefore, you can divide pain into two types of pain. Pain is acute if it lasts shorter than three months and otherwise pain is chronic. Patients with chronic pain suffer greatly in their attempts to reduce the pain and are affected in the quality of their social and working life (Miller & Cano, 2009). Furthermore, chronic pain has a high comorbidity and various psychological outcomes (Miller & Cano, 2009). For example, research by Breivik (2005) indicates that 21% of his sample of chronic pain patients has been diagnosed with depression. In addition, 61% respondents were less able or unable to work outside the home, 48% were less able or unable to attend social activities and 65% were less able or unable to sleep. Because around 19% of adult Europeans have to deal with chronic pain and its negative effects on their daily activities, social and working lives (Breivik, 2005), chronic pain is a major health problem in Europe.

Typically, traditional medical treatments for chronic pain patients focus on reducing the pain. The most common traditional treatments are painkillers, muscle relaxants and anti- depressant drugs (Dahl & Lundgren, 2006). Over the last decade, there were several meta analyses conducted to evaluate traditional treatments for chronic pain used today. For example, Salerno et al. (2002) concluded that for chronic back pain patients, antidepressants are not more effective than placebos in increasing the ability to perform activities of daily living. Further meta analyses showed that traditional medical treatments may possibly be effective in treating acute pain but may not be effective in treating chronic pain (Bigos et al., 1994; van Tulder et al., 2000). In fact, painkillers like opioids may even cause further problems as addiction or tolerance (Morley et al., 1999). The results of Turk et al. (2011) suggest that none of the most common traditional treatments are sufficient to eliminate chronic pain or to have major effects on emotional and physical functioning and overall health related quality of life. Van Tulder et al. (2000) even arrived at the conclusion that providing no treatment for chronic pain patients would have far better results than any of the medical solutions offered today.

Because traditional medical treatments revealed their limitations for the treatment of chronic pain there has been growing interest in new treatment methods over the last decade. After Turk et al. (1983) introduced the cognitive behavioral perspective, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) developed to the standard treatment in rehabilitation centers. The development up to the concept of

CBT used today can be divided into three generations. The first generation, traditional behavior therapy, is based on the principles of Pavlov's classical conditioning and Skinner's operant conditioning. These methods only focus on behavior and not on the potentially underlying thoughts and emotions of the subject. For this reason, early researchers and clinicians already realized that the principles of behavior therapy needed to expand beyond classical and operant conditioning principles (Bandura, 1968). This insight forms the core of the second generation, namely the Cognitive Behavioral Therapy (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). CBT combines both cognitive and behavioral methods to influence behavior. Research indicates that CBT- based interventions have a positive effect with many disorders. But in the context of chronic pain, CBT show only moderate effect sizes (Eccleston et al., 2009; Morley et al., 1999). Furthermore, several participants have a small or even no effect from CBT- based interventions (Turk, 2005; Vlaeyen & Morley, 2005). One possible explanation is that CBT is still based on the conception that direct cognitive change is necessary for clinical improvement.

The third generation of CBT based interventions does not seek to change psychological events directly but it tries to change the function of these events (Teasdale, 2003). The central focus of these third generation interventions is on strategies as mindfulness, acceptance, or cognitive defusion. There were developed several kinds of third wave interventions, for example Dialectic Behavior Therapy (Linehan, 1993), Mindfulness- Based Cognitive Therapy (Segal, Williams, & Teasdale, 2001), Meta Cognitive Approaches (Wells, 2000) and the focus of the present article, Acceptance and Commitment Therapy (Hayes et al, 1999). In the context of chronic pain, the focus of Acceptance & Commitment Therapy (ACT) is not on controlling or fighting pain as it was the case with CBT, but rather on acceptance of pain and the subsequent interference in physical, psychological and social domains of life (Hayes et al, 2006).

The roots of ACT are the functional contextualism and Relational Frame Theory (RFT). Contextualism views psychological events as ongoing actions of the whole organism in historically and situationally defined contexts (Hayes & Brownstein, 1986). In comparison with other forms of contextualism, functional contextualism is more pragmatic because it tries to predict and influence single events of the whole organism (Hayes, 1993). RFT is a unique theory within functional contextualism summarizing a basic theory of human language and cognition (Hayes, Barnes- Holmes, & Roche, 2001). Three essential features of RFT are that human cognition is a specific kind of learned behavior, that cognition alters the effects of other behavioral processes and that cognitive relations and cognitive functions are regulated by different contextual features of a situation (Hayes et al., 2006). The traditional view of psychopathology views the source of psychopathology in the absence of specific abilities. From an ACT point of view, the primary source of psychopathology is the way language and cognition react to direct limitations producing an inability to change behavior. This psychological inflexibility emerges from "weak or unhelpful contextual control over language

processes themselves” (Hayes et al., 2006, p. 6). In contrast, psychological flexibility is the ability to accept the present moment more fully as a conscious human being and to change or persist behavior guided by our values.

ACT consists of six core processes, each with the goal to increase psychological flexibility. This concept is represented in figure 1. The first core process is called ‘acceptance’. This means opening up and making room for painful feelings, sensations, urges, and emotions. Therefore, you need to allow them to be as they are instead of fighting them. The second core process is ‘cognitive defusion’ and means that we have to step back and watch our thinking instead of being pushed around by it. The third core process is called ‘being present’. This means being psychological present, thus consciously connecting with and engaging in whatever is happening in this moment. Therefore, we have to pay attention to our here and now experience instead of drifting off into our thoughts or operating automatically. The fourth core process is called ”self as context”. We are all familiar with the thinking self which part of us that is always thinking. But most people are unfamiliar with the observing self which part of us that is aware of whatever we are thinking. This is also called “pure awareness.” The fifth core process is called ‘values’ and describes how we want to behave on an ongoing basis. This is an essential step in creating a meaningful life and this is often compared to a compass because values give us direction. The sixth and last core process is called ‘committed action’ and means taking effective action, guided by our values. In common words, we won’t experience our journey if we just stare at our compass, our journey only starts if we move in our chosen direction.

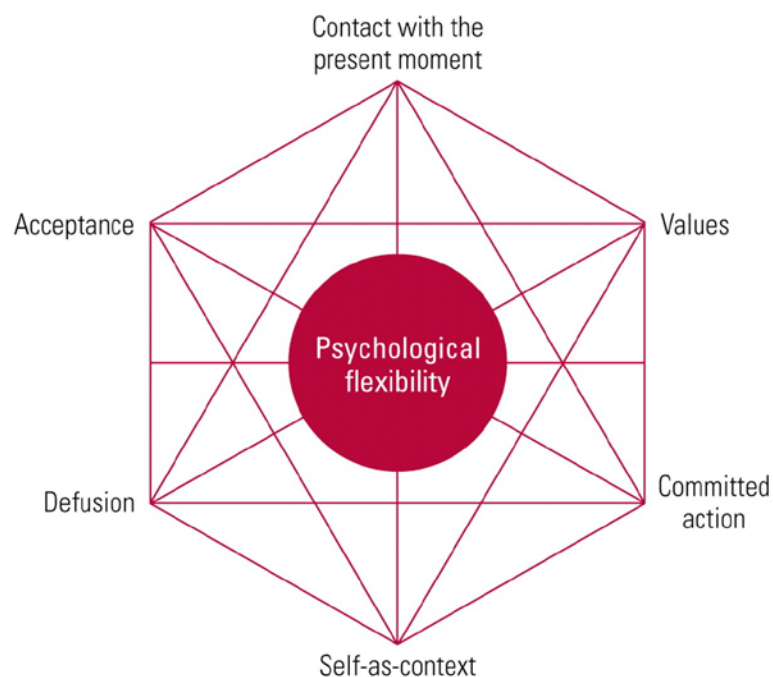


Figure 1: The six core processes of ACT

In the context of chronic pain, precipitating and perpetuating factors are often unclear and efforts to influence the pain may be unsuccessful. If the suffering patient tries to control the pain by avoiding triggers which could cause the unpleasant experience, he could possibly avoid almost all activities of his daily living. This may also produce unwanted side effects like depression that increase suffering. From an ACT point of view, the patient should accept rather than move away from all triggers that can cause unpleasant experiences. For this reason, the theoretical concept of ACT seems successful for the treatment of chronic pain, because in this way the patient learns to go on with activities of daily living which are important in accordance to his values by accepting the pain.

Since the rise of the third generation of CBT interventions, a lot of research is conducted on the effectiveness of ACT to prove theoretical assumptions and make ACT an evidence based intervention. For example, Bond and Bunce (2000) show that a higher level of psychological flexibility is associated with a lower probability of having psychiatric disorders. Further, Ruiz (2010) conducted a review of different articles concerning correlational, component and outcome studies using ACT. His results show in general that evidence regarding all these types of studies are very coherent and are supporting the ACT model. Moreover, there is not only growing evidence for the effectiveness using ACT generally but also for using ACT specifically for the treatment of chronic pain. Veehof et al. (2010) provide a systematic review and meta analysis of acceptance based interventions for patients with chronic pain. This analysis showed that patients with chronic pain respond reasonably well to acceptance based therapies. Baer (2003) also found positive effect sizes for acceptance based interventions in an earlier meta analysis. Additionally, Hayes (2006) also indicates that ACT may have superior outcome effects in comparison with traditional CBT. In 2009, the American Psychological Association finally considered ACT as 'empirically validated treatment', with the status "Strong Research Support" in chronic pain.

Because research shows ACT to be effective for chronic pain and because the concept of ACT matches to the treatment of chronic pain, ACT has been implemented systematically in nine Dutch rehabilitation centers between October 2010 and October 2012. Multi- disciplinary pain- teams were trained to adopt ACT in daily practice in individual or group treatments of chronic pain. The participating professionals were assigned into two implementation groups: The 'early adopter group' participated in the implementation over the whole year and received a six- day course prior to the implementation. They were also educated in training the other group in working consistently with ACT over the second half of the implementation period. This other group, called the 'late adopter group', participated only the second half of the implementation period and is trained exclusively by the 'early adopter group' during this implementation period.

In order to examine whether or not an implementation of a new psychotherapeutic treatment method is effective, it is important to examine first whether or not the treatment is implemented

consistently with the underlying theory. Therefore, the concept of treatment integrity can be used. (Waltz et al., 1993). This concept can be divided into two processes: 'Adherence' to the manual or treatment model and 'competence' or level of skill of the professional in adopting the specific treatment. There is a growing field in psychotherapeutic research that emphasizes the importance of measuring adherence and competence in psychotherapeutic outcome studies and that investigate these processes as predictors of outcomes themselves (e.g. Barber et al., 2006; McGlinchey & Dobson, 2003; Perepletchikova, Treat, & Kazdin, 2007). This kind of evaluation provides important information for training and supervision procedures (Waltz et al., 1993). The present study aims to measure changes in self- perceived competence in working consistently with ACT during one year of implementation and training in Dutch rehabilitation centers. With regard to the measurement of treatment integrity in working with ACT, Plumb & Vilaradaga (2010) already provided an integrity coding system and manual to help other researchers measuring therapist's competence. Unfortunately, this manual is provided for objective data as video's, voice recordings or protocols only. As no coding system or validated questionnaire for subjective data was available, a questionnaire was developed based on the book 'Learning ACT' (Luoma et al., 2007). The second aim of the study is to investigate whether there was a difference in self- perceived competence in working with ACT between the two implementation groups. The first hypothesis is that there will be an advance in self- perceived competence in working consistently with ACT during one year of implementation. The second hypothesis is that the 'early adopter group' will show a greater advance than the 'late adopter group' in self- perceived competence in working consistently with ACT during one year of implementation.

2 Method

2.1 Participants

Although in total nine rehabilitation centers participated in the project, this study analyses just three of those because more data was not available yet. The rehabilitation centers analyzed in this article were the Roessingh rehabilitation center in Enschede, the Rijndam rehabilitation center in Rotterdam (Vlietlandplein) and the Bethesda hospital in Hoogeveen. At the beginning, 60 professionals participated in this project but 24 did not complete all questionnaires. These participants were not further mentioned in this article. So, the total amount of fully participating professionals was 36. Further background factors are summarized in table 2. As mentioned above, all participants were assigned into two groups, namely the 'early adopter' and the 'late adopter' group. The assignment of the participants was not random but in consideration with them. The 'early adopter group' participated in the implementation over the whole year and was educated in working with ACT during six days of training before the implementation. They were also trained in instructing the other group in

working consistently with ACT. In contrast, the ‘late adopter group’ participated only the second half of the implementation period and is trained by the ‘early adopter group’ during this period.

Table 1: Summary of background factors of participating professionals.

Overall	Roessingh	Rijndam	Bethesda	
Professionals				
Quantity	18	7	11	36
Male	6	2	1	9
Female	12	5	10	27
Mean age	45,2	37,6	38,3	41,6
Mean years				
Graduated	20,8	13,1	12,5	16,9
Professional	12,7	7,7	9,5	10,8
Today’s function	13,1	8,3	9,5	11,0
Kind of professional				
Rehabilitation physician	0	1	0	1
Psychologists	2	0	1	3
Ergotherapist	3	2	5	10
Physiotherapist	1	2	4	7
Social worker	2	2	1	5
Sport expert	1	0	0	1
Agogic worker	7	0	0	7
Others	2	0	0	2
Implementation group				
Early adopter	6	4	4	14
Late adopter	12	3	7	22

2.2 Procedure

2.2.1 Implementation

Over the last two years, ACT was implemented systematically in nine Dutch rehabilitation centers. Therefore, at least four professionals per revalidation center followed the course “ACT for pain-teams,” conducted by a senior GZ- psychologists and a rehabilitation physician with experience in working with ACT in the context of chronic pain. The 6- day training consisted of theoretical background teachings and practical exercises in working with ACT. This group of directly trained professionals is defined as ‘early adopters’ because they are also trained in educating other professionals during the implementation period. This method is called ‘train the trainer’. In the Roessingh rehabilitation center there were 6 early adopters and in both the Rijndam rehabilitation center and the Bethesda hospital there were 4 early adopters. After the early adopters were trained through the course, they got the possibility to gain experience for a period of a half year. They adopted ACT in their natural environment gaining experience in their daily practice. There were determined intervisions for the ‘early adopters’ to discuss for themselves the progress and the possible problems in working with ACT. During this period, there were also 3 external supervisions and further supervision in form of a provided website. After the first half year, in which the ‘early adopters’ worked with ACT in their daily practice, there was a two day workshop session in each rehabilitation center with all professionals of the concerned rehabilitation department. The group of people who did not followed the “ACT for- pain teams” course and had not gained experience in working consistently with ACT, were defined as ‘late adopters’. In the Roessingh rehabilitation center there were 12 late adopters, in the Rijndam rehabilitation center there were 3 and in the Bethesda hospital there were 7. After the two workshop days, the groups were mixed and all professionals tried to work consistently with ACT for another half year. Again, the mixed groups had determined intervisions to discuss the progress and possible problems in working with ACT. But this time, the early adopters were the supervisors for the late adopters. The whole implementation period is summarized in figure 2.

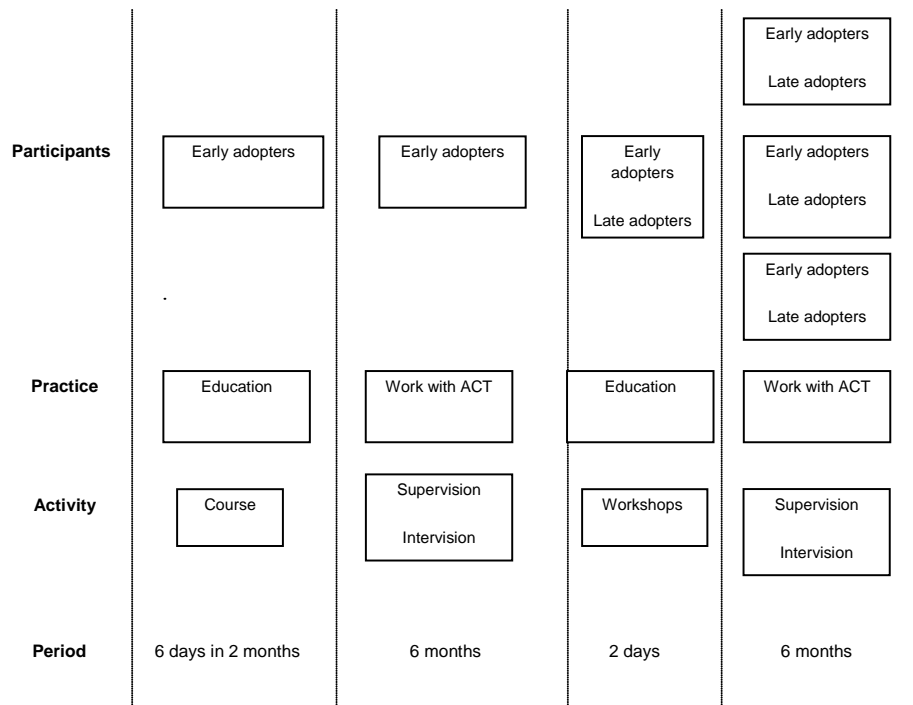


Figure 2: Summary of implementation, divided into different periods of implementation.

2.2.2 Data collection

To evaluate whether or not the self-perceived competence in working consistently with ACT advanced during the one year period of implementation, there were three moments when the professionals had to fill in questionnaires. The first questionnaire was handed out after the training of the early adopter group during the first weeks of working independently (T0), the second was handed out in the weeks prior or directly after the two- day workshop (T1) and the last had to be filled in after one year of implementation (T2). This procedure lasted around 50 minutes each time and was conducted through a provided website.

2.3 Measures

2.3.1 Questionnaire

A questionnaire consisting of 87 items was developed by the researchers to measure several concepts relevant to the implementation. For the specific research question two parts of this questionnaire were considered relevant. The first part contained 13 items and tried to examine the background of the participants, for example age, gender or duration of employment. This part included partly open questions and partly closed questions with various categorical response options. The second part of the questionnaire included 48 items and was based on the book 'Learning ACT' (Luoma et al., 2007).

This part asked about the self- perceived competence in working with ACT. It could be divided into 7 subparts. The first subpart contained 9 items about the general attitude of the professional towards working with ACT. The following 6 subparts tried to examine the self- perceived competence in working with ACT, each subpart for each core process (acceptance: 12 items; cognitive defusion: 11 items; being present: 7 items; self as context: 5 items; values: 7 items; committed action: 6 items). The format of the answers was a 7- point Likert- Scale (from `never true` up to `always true`) with one extra `don't know` option.

2.3.2 Validation

As no coding system or validated questionnaire for the specific research question was available, a questionnaire was developed based on the book 'Learning ACT' (Luoma et al., 2007). The researchers conducted a factor analysis and reliability analysis first to validate the used questionnaire. The questionnaire contained 7 subparts to measure self- perceived competence but the conducted factor-analysis offered 6 factors. The offered factors were the following: general attitude, acceptance, cognitive defusion, being present, self as context and committed action. According to Nunnally & Bernstein (1994), values over 0,90 for the internal consistency are sufficient to make the calculations reliable. The reliability- analysis offered just scores above 0,90 and so the reliability of the factors can be called good.

2.4 Analysis

2.4.1 Data preparation

Before analyzing the scores of the questionnaire, the data had to be prepared. First, sum scores were created for each construct. For example, the scores of self as context had to be averaged for each of the three testing moments. This had to be done for the other 5 factors, too. In summary, there were 18 new variables (6 factors, each for three moments) which were necessary for the analysis. Second, missing data had to be defined in order that they don't have an effect on the calculations. Some scores were missing because the participating professional did not provide information. Third, the subgroups which were important for testing the hypotheses had to be encoded into `dummy variables`. This kind of variable can only take the value 0 or 1 to indicate the presence or absence of a categorical effect that may be expected to affect the results (Draper & Smith, 1998). In common words, a `dummy variable` is a variable mainly used in regression- analysis to represent various subgroups of a sample. In this case, the important subgroup which had to be encoded into a `dummy- variable` was the implementation group (early adopter or late adopter).

2.4.2 Data analysis

After preparing the data, the scores of the questionnaire could be analyzed by using a repeated-measures ANOVA. The repeated- measures ANOVA shows possible main and interaction effects. A within- subject variable had to be defined to be used as independent variable. Because the question was about an advance between three testing moments, the within- subject variables was defined as `time`. For example, the three variables used for the factor `time` for the competence factor `self as context` were `T0SelfAsContext`, `T1SelfAsContext` and `T2SelfAsContext`. Furthermore, the `dummy variable` implementation group was used as between- subject variable. The repeated-measures ANOVA could also show possible interaction effects between these two independent variables. The dependent variable was the self- perceived competence of the corresponding competence factor. If the repeated- measures ANOVA indicated a significant effect, further analysis using the method of Bonferroni for simultaneous confidence- intervals was necessary to show the exact differences between the groups.

3 Results

3.1 General attitude

A repeated- measures ANOVA was performed for the factor `general attitude`. Descriptive statistics for the factor were summarized in table 2.

Table 2: Descriptive statistics for the factor `general attitude`.

	Group	Mean	Sd	N	Min	Max
T0GeneralAttitude	Early adopter	4,84	0,84	14	3,56	6,29
	Late adopter	4,79	1,34	22	1,29	6,86
T1GeneralAttitude	Early adopter	5,34	0,87	14	4,14	6,71
	Late adopter	5,32	0,90	22	4,00	7,00
T2GeneralAttitude	Early adopter	5,48	0,77	14	4,00	6,71
	Late adopter	5,12	0,69	22	4,14	6,57

The results of the repeated- measures ANOVA showed a significant difference in self- perceived competence between the means of the three testing moments for the factor 'general attitude', $F(2,68)=6,323$, $p=0,003$. This indicated that there was an advance in self- perceived competence for this factor during one year of implementation. Because there was a significant difference between the means of the three testing moments, further analysis using the method of Bonferroni for simultaneous confidence- intervals was conducted to show exact differences between the testing moments. These results indicated that the level of self- perceived competence for the factor 'general attitude' was significant higher on testing moment T1 and T2 than on testing moment T0. A significant difference between testing moment T1 and T2 was not noticeable. Furthermore, the results of the repeated- measures ANOVA also showed that there was no significant difference between the means of the two implementation groups, $F(1,34)=0,288$, $p=0,595$. This result indicated that the average self- perceived competence over the three testing moments on this factor did not differ between early adopters and late adopters during one year of implementation.

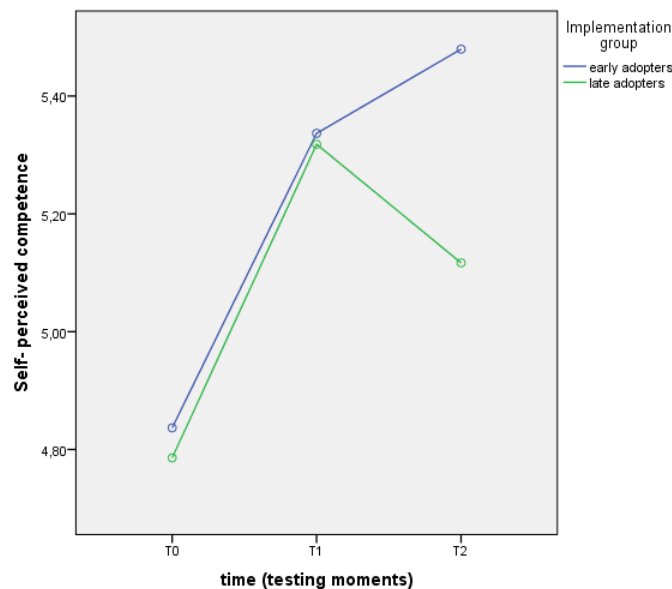


Figure 3: Self- perceived competence for the factor 'general attitude' on the three testing moments.

The data is separated for the two implementation groups.

Figure 3 indicated that an interaction effect might exist because the two lines were not parallel. In other words, the implementation might have different effects on the self- perceived competence in working with ACT depending on the implementation group. But the results of the ANOVA did not show an interaction effect, $F(2,68)=0,679$, $p=0,511$. Thus, the advance in self- perceived competence for this factor was not dependent on the implementation group.

3.2 Acceptance

The results of the repeated- measures ANOVA indicated that there was an advance in self- perceived competence for the factor ‘acceptance’ during one year of implementation, $F(2,68)=12,434$, $p<0,001$. Descriptive statistics for this factor were summarized in table 3. Further analysis indicated that the level of self- perceived competence was significant higher on testing moment T1 and T2 than on testing moment T0. Again, a significant difference between testing moment T1 and T2 was not noticeable. The average self- perceived competence over the three testing moments on this factor did not differ between early adopters and late adopters, $F(1,34)=1,079$, $p=0,306$.

Table 3: Descriptive statistics for the factor ‘acceptance’.

	Group	Mean	Sd	N	Min	Max
T0Acceptance	Early adopter	4,34	0,81	14	2,90	6,00
	Late adopter	3,82	1,54	22	1,70	6,80
T1Acceptance	Early adopter	4,91	0,92	14	3,70	6,40
	Late adopter	4,76	1,06	22	2,30	6,80
T2Acceptance	Early adopter	5,02	0,92	14	3,30	6,60
	Late adopter	5,75	0,88	22	3,40	6,90

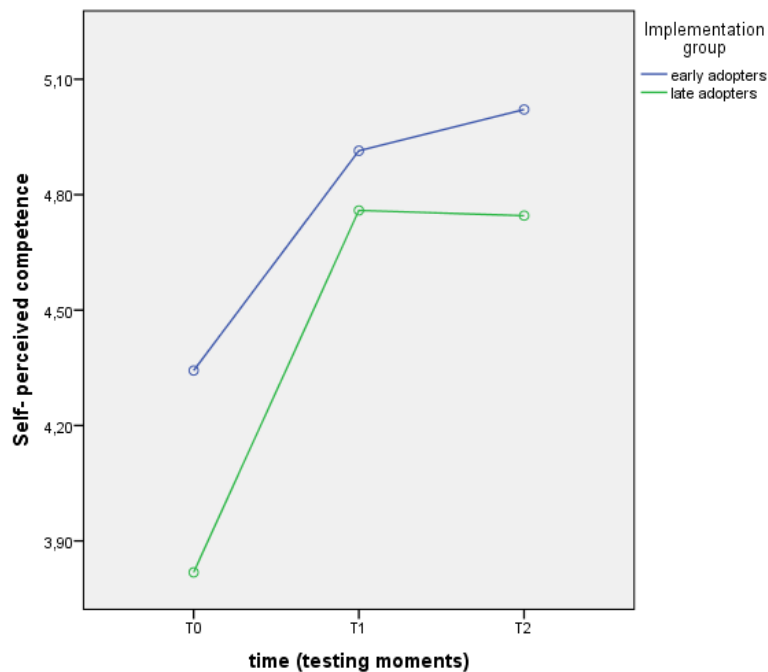


Figure 4: Self- perceived competence for the factor 'acceptance' on the three testing moments. The data is separated for the two implementation groups.

The lines in figure 4 were not perfectly parallel but results of the ANOVA showed no interaction effect, $F(2,68)=0,543$, $p=0,583$. Thus again, the advance in self- perceived competence for this factor was not dependent on the implementation group.

3.3 Cognitive defusion

Descriptive statistics for the competence factor 'cognitive defusion' were summarized in table 4. Again, there was an advance in self- perceived competence for this factor during one year of implementation, $F(2,68)=14,941$, $p<0,001$. Further analysis showed that the level of self- perceived competence for this factor was significant higher on testing moment T1 and T2 than on testing moment T0. The first time there was also a significant difference between T1 and T2 noticeable. The mean score of self- perceived competence on the factor 'cognitive defusion' was significant higher on testing moment T2 than on T1. Furthermore, the average self- perceived competence over the three testing moments did not differ between early adopters and late adopters during one year of implementation, $F(1,34)=2,323$, $p=0,137$.

Table 4: Descriptive statistics for the factor 'cognitive defusion'.

	Group	Mean	Sd	N	Min	Max
T0Cognitive defusion	Early adopter	4,06	1,03	14	1,75	5,50
	Late adopter	3,25	1,66	22	1,00	6,75
T1Cognitive defusion	Early adopter	4,34	1,10	14	2,00	6,25
	Late adopter	3,98	1,18	22	0,75	7,00
T2Cognitive defusion	Early adopter	4,82	0,64	14	3,50	6,00
	Late adopter	4,37	1,00	22	2,50	7,70

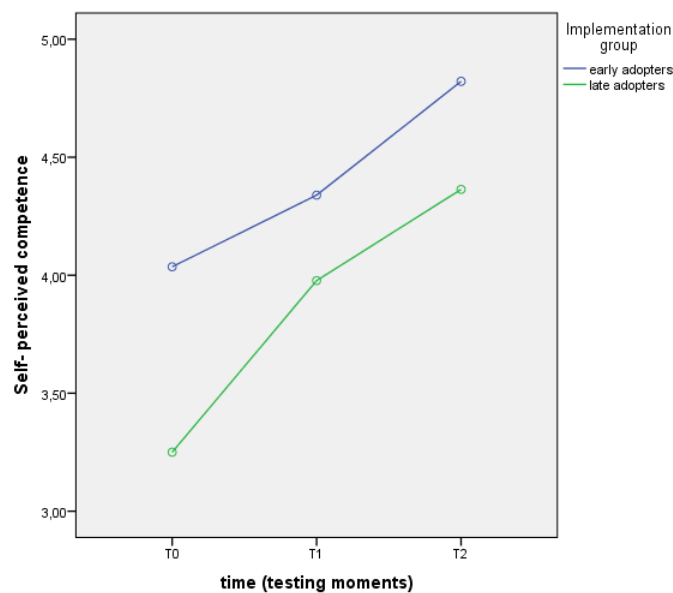


Figure 5: Self- perceived competence for the factor 'cognitive defusion' on the three testing moments. The data is separated for the two implementation groups.

The lines in figure 5 were not perfectly parallel indicating an interaction effect but results of the ANOVA showed no interaction effect, $F(2,68)=0,816$, $p=0,447$. Thus again, the advance in self-perceived competence for this factor was not dependent on the implementation group.

3.4 Being present

Table 5 summarized descriptive statistics for the competence factor 'being present'. The repeated-measures ANOVA showed a significant difference in self- perceived competence between the means of the three testing, $F(2,68)=7,177$, $p=0,001$. Further analysis indicated that the level was significant higher on testing moment T1 and T2 than on testing moment T0. In contrast to the factor 'cognitive defusion' but in line with the other previous factors, a significant difference between testing moment T1 and T2 was not noticeable. The average self- perceived competence over the three testing moments on this factor did not differ between early adopters and late adopters during one year of implementation, $F(1,34)=0,365$, $p=0,550$.

Table 5: Descriptive statistics for the factor 'being present'.

	Group	Mean	Sd	N	Min	Max
T0Being present	Early adopter	4,53	0,75	14	3,40	5,80
	Late adopter	4,42	1,59	22	1,20	7,00
T1Being present	Early adopter	5,10	0,66	14	3,80	6,20
	Late adopter	4,86	0,93	22	3,20	7,00
T2Being present	Early adopter	5,23	0,95	14	3,60	6,60
	Late adopter	4,97	1,32	22	1,00	7,00

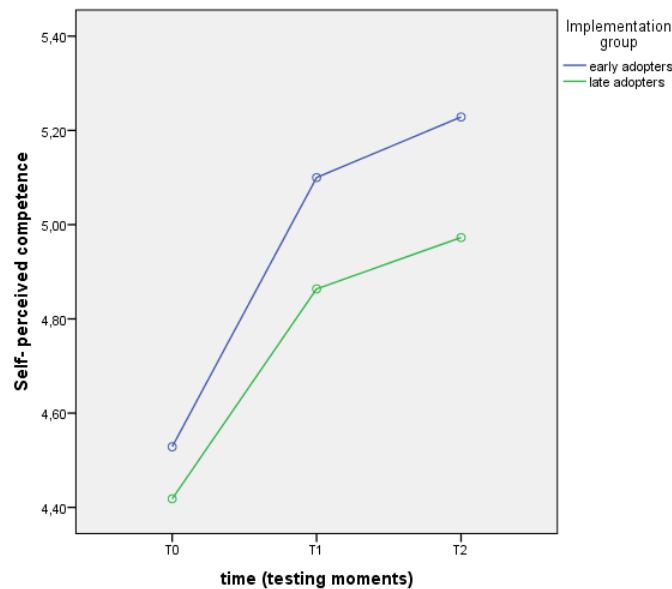


Figure 6: Self- perceived competence for the factor 'being present' on the three testing moments. The data is separated for the two implementation groups.

Figure 6 indicated that an interaction effect might not exist because the two lines were almost parallel. Then, the results of the ANOVA were in line with this assumption showing no interaction effect, $F(2,68)=0,101$, $p=0,904$. Thus, the advance in self- perceived competence for this factor was not dependent on the implementation group.

3.5 Self as context

The repeated- measures ANOVA indicated an advance in self- perceived competence for 'self as context' during one year of implementation, $F(2,68)=9,853$, $p<0,001$. Descriptive statistics for the factor were summarized in table 6. Additional analysis showed the same results as for most of the previous factors: The level of self- perceived competence was significant higher on testing moment T1 and T2 than on testing moment T0 and there was no significant difference between testing moment T1 and T2. Furthermore, the results of the repeated- measures ANOVA showed that early adopters and late adopters did not differ in the average self- perceived competence during one year of implementation, $F(1,34)=0,143$, $p=0,708$.

Table 6: Descriptive statistics for the factor 'self as context'.

	Group	Mean	Sd	N	Min	Max
T0Being present	Early adopter	3,31	0,95	14	1,40	4,80
	Late adopter	2,86	1,71	22	0,00	7,00
T1Being present	Early adopter	3,81	0,85	14	3,00	5,80
	Late adopter	3,90	1,29	22	1,00	6,80
T2Being present	Early adopter	3,91	1,25	14	0,80	5,40
	Late adopter	3,85	1,34	22	1,20	7,00

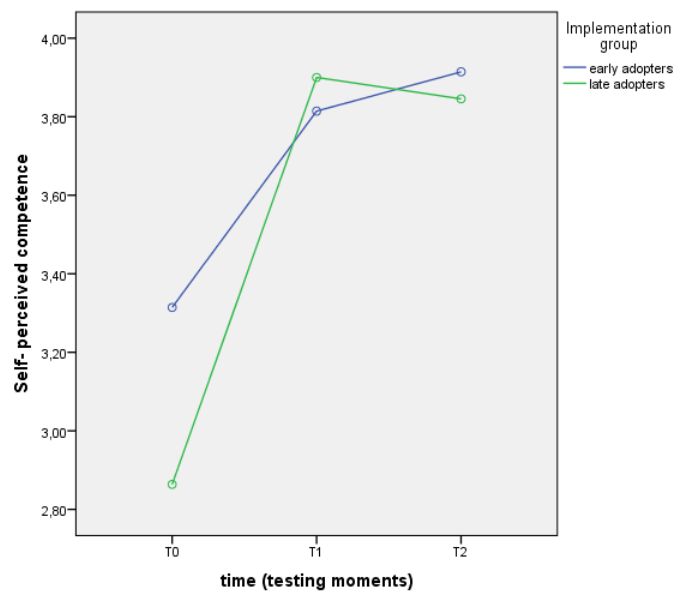


Figure 7: Self- perceived competence for the factor 'self as context' on the three testing moments. The data is separated for the two implementation groups.

Figure 7 indicated that an interaction effect might exist because the two lines crossed each other. But the results of the ANOVA did not show an interaction effect, $F(2,68)=0,926$, $p=0,401$. Thus, the advance in self- perceived competence for this factor was not dependent on the implementation group again.

3.6 Values and committed action

Table 7 summarized descriptive statistics for the competence factor 'values and committed action'. Again, a repeated- measures ANOVA was performed. The results indicated that there was an advance in self- perceived competence for this factor during one year of implementation, $F(2,68)=6,751$, $p=0,002$. The level of self- perceived competence was significant higher on testing moment T1 and T2 than on testing moment T0. A significant difference between testing moment T1 and T2 was not noticeable. Furthermore, the results of the repeated- measures ANOVA also showed that there was no significant difference between the means of the two groups of implementation, $F(1,34)=1,418$, $p=0,242$. This indicated that the average self- perceived competence over the three testing moments on this factor did not differ between early adopters and late adopters during one year of implementation.

Table 7: Descriptive statistics for the factor 'values and committed action'.

	Group	Mean	Sd	N	Min	Max
T0ValuesComAction	Early adopter	4,75	1,01	14	2,88	5,88
	Late adopter	4,49	1,20	22	1,38	6,75
T1ValuesComAction	Early adopter	5,28	0,95	14	4,00	7,00
	Late adopter	4,99	1,19	22	1,75	6,75
T2ValuesComAction	Early adopter	5,49	0,95	14	3,00	6,88
	Late adopter	4,89	1,16	22	1,38	7,00

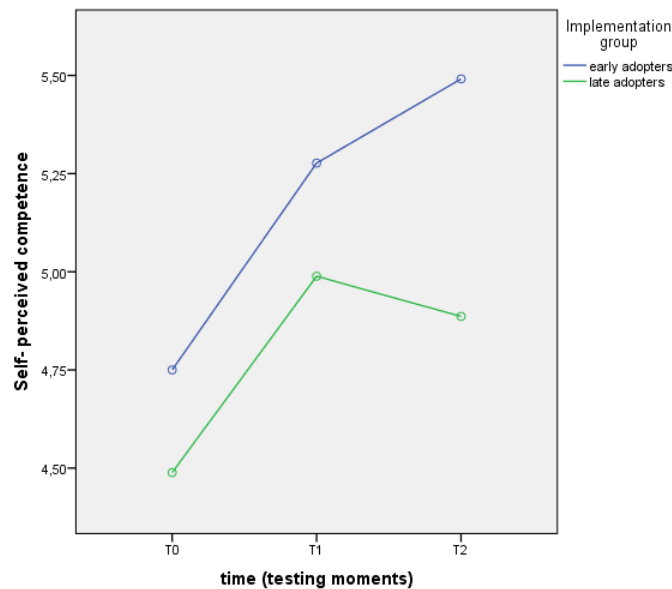


Figure 8: Self- perceived competence for the factor 'values and committed action' on the three testing moments. The data is separated for the two implementation groups.

The lines in figure 8 were not parallel suggesting an interaction effect. But the results of the ANOVA did not show an interaction effect, $F(2,68)=0,625$, $p=0,538$. Thus as for all of the previous factors, the advance in self- perceived competence for this factor was not dependent on the implementation group.

4 Discussion

4.1 Main findings

The main purpose of this article was to measure changes in self- perceived competence of rehabilitation professionals in working consistently with ACT during one year of training and implementation. A questionnaire was developed based on the book 'Learning ACT' by Luoma et al. (2007) because no coding system or validated questionnaire was available. The first hypothesis was that there would be an advance in self- perceived competence during the implementation period. As the participating professionals were assigned into two implementation groups, the second aim of the study was to investigate whether there was a difference in self- perceived competence in working with ACT between the two implementation groups. The second hypothesis was that the 'early adopter' group would show a greater increase in self- perceived competence than the 'late adopter' group during the implementation period.

In summary, the analysis indicates various effects. The most important result is that there were advances in self- perceived competence for all six ACT- processes during the implementation. These findings confirm the first hypothesis and show that training and working with ACT result (at least subjectively) in a greater self- perceived competence. Furthermore, advances in self- perceived competence occurred mostly during the first half of the implementation period, except for the process 'cognitive defusion'. For this process, there was also an advance in self- perceived competence during the second half of the implementation period. This difference of 'cognitive defusion' in comparison to the other factors may be explained by the fact that 'cognitive defusion' is a new and central process. The concepts of 'acceptance' or 'values' are already part of other CBT's, as for example Dialectic Behavior Therapy (Linehan, 1993) or Mindfulness- Based Cognitive Therapy (Segal, Williams, & Teasdale, 2001). The concept of 'cognitive defusion' is a new concept related to the development of ACT. Thus, the participating professionals might have implemented this concept the first time explaining why they needed more time to understand and implement it. Furthermore, 'cognitive defusion' contains the central concept of ACT, namely that the patient has to step back and watch his thinking (Hayes et al., 2006). Thus, it is very important to understand and implement this process properly. According to Waltz et al. (1993), such outcomes provide important information for training and supervision procedures. Future implementations of ACT should give more time for the training of 'cognitive defusion'.

Further analysis shows that the change in self- perceived competence did not differ between the two implementation groups. The second hypothesis is thus disconfirmed. One of the most striking outcomes with regard to the differences in self- perceived competence of both groups, there was also an advance noticeable for the 'late adopters' during the first half of implementation. This advance concerns all six processes. However, the 'late adopter' group did not receive training or supervision during this period, nor worked with ACT principles in their work. The unexpected advance may be explained by the fact that the 'late adopter' group worked in the same rehabilitation centers than the 'early adopter' group. It can not be excluded that they already exchanged information during the first half of implementation and learned from their colleagues. One possible solution is to separate the two implementation groups in future implementations but this is pragmatically often not possible. Another possible explanation is a phenomenon called 'response shift'. This phenomenon may also explain the regression in self- perceived competence for the ACT processes 'general attitude', 'acceptance', 'self as context' and 'values and committed action' for the 'late adopters' during the second half of implementation. According to McPhail & Haines (2010), a response shift is defined as change in subjective evaluations because of change of internal standards (recalibration), change in values (re-prioritization) or change of the definition of quality of life (re- conceptualization). 'Response shifts' are necessary for humans to adapt on new environments but these changes make it difficult to measure subjective evaluations over time. In the context of this implementation, the participating professionals of the 'late adopter' group might have the perception that they are competent in working with ACT

before the training. After the training and the first weeks of implementation they possibly realized that it is more difficult to implement ACT. Then, they evaluated their competence less good than before the training. The influence of this possible ‘response shift’ can not be eliminated in this study because the questionnaire measured only subjective data. As the earlier advised separation of the groups is pragmatically not possible, it is therefore advised to compare the subjective outcomes with more objective outcomes as video’s and coding by external investigators.

4.2 Limitations

As mentioned before, effects like a ‘response shift’ (McPhail & Haines, 2010) can not be excluded in this study because the questionnaire measured only subjective data. Dawes (1999) shows that there is a strong correlation between objective and subjective measurements. But this correlation is far from perfect and Dawes (1999) advises to validate results by using both types of measures. Thus, future research should compare the subjective outcomes with more objective outcomes as the integrity coding system and manual provided by Plumb & Vilardaga (2010).

As no coding system or validated questionnaire for the specific research question was available, a questionnaire was developed based on the book ‘Learning ACT’ (Luoma et al., 2007). Researchers conducted a factor analysis first to validate the questionnaire. The used questionnaire contained 7 subparts to measure self- perceived competence in working with ACT but the conducted factor- analysis offered 6 factors. The conducted analysis combined the two ACT processes ‘values’ and ‘committed action’ into one process because they measured the same type of concept in practice. This combination is reasonable in theory. The process of ‘committed action’ means taking effective action guided by our values and is thus directly related to the ‘values’ process. If the implementation will be replicated with a higher amount of participants, the factor- analysis would probably combine the two processes again into one process because of the theoretical interrelation. But increasing the number of participants always increases the reliability of the findings and is thus advisable for future research. Costello & Osborne (2005) state that a ratio of 10:1 or less is prevalent for determining the sample size.

4.3 Conclusions and implications

Measuring competence of psychotherapeutic professionals provides important information for training and supervision (Waltz et al., 1993). There are several implications shown by the present study. First, the study should be replicated when the data of all participating rehabilitation centers is available. This study analyzes just three of the nine centers. Increasing the number of participating professionals would enhance the validity and reliability of the findings. Secondly, future implementations should compare the subjective outcomes with more objective outcomes to increase the reliability of the findings. This would also decrease the influence of subjective measurement effects like the ‘response

shift' or 'order effects'. Thirdly, participating professionals need more time to develop a great level of self- perceived competence for the process 'cognitive defusion' in comparison to the other processes. Because this concept is new and central principle of ACT, future implementations of ACT should give more time for the training of this process.

Looking at ACT as a new, promising form of third wave CBT for chronic pain, the meta analysis by Veehof et al. (2010) and Baer (2003) confirmed that acceptance based therapies can be effective (for chronic pain). Additionally, Hayes (2006) also indicates that ACT may have superior outcome effects in comparison with traditional CBT. In order to examine whether or not an implementation of a new psychotherapeutic treatment method is effective, it is important to examine first whether or not the treatment is implemented consistently with the underlying theory. Concepts as 'treatment integrity' can be measured to evaluate psychotherapeutic implementations and these processes can be used as predictors of outcomes themselves (e.g. Barber et al., 2006; McGlinchey & Dobson, 2003; Perepletchikova, Treat, & Kazdin, 2007). But at the moment, there does not seem to be a focus on treatment integrity as a central component of successful working with ACT as a new therapy. Plumb & Vilardaga (2010) provide an integrity coding system and manual to help other researchers measuring therapist's competence in working with ACT. This manual is provided for objective data as video's, voice recordings or protocols. This manual, and the questionnaire used in this article, are now available to measure adherence and competence more in-depth. Despite its limitations, this study provides the first questionnaire to help other researchers measuring self- perceived competence in working with ACT. The field of measuring competence of psychotherapeutic professionals is growing, but further research is needed to improve the effectiveness of a systematic implementation and evaluation of ACT.

5 References

- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Prac*, 66, 97- 106.
- Bandura, A. (1968). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits- Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., Connolly Gibbons, M. B. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229–240.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bigos, S., Bowyer, O., & Braen, A. (1994). *Acute low-back problems in adults. Clinical practice guidelines*. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research.
- Bishop, G. F., Oldendick, R.W., Tuchfarber, A. J. (1985). The importance of replicating a failure to replicate: Order effects on abortion items. *Public Opinion Quarterly*, 49, 105-114.
- Bond, F. W., Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156–163.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D. (2005). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of pain*, 10, 287- 333.
- Costello, A. B., Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10 (7), 1–9.
- Dahl, J., Lundgren, T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of chronic pain. In: Baer, R. A. (Ed.). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. London: Academic Press, p 285– 306.
- Dawes, J. (1999). The relationship between subjective and objective company performance measures in market orientation research: Further empirical evidence. *Marketing Bulletin*, 10, 65– 75.
- Draper, N. R., Smith, H. (1998). *Applied Regression Analysis*. New York: Wiley.

- Eccleston, C., Yorke, L., Morley, S., Williams, A. C., Mastroiannopoulou, K. (2004). *Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In: Hayes, S. C., Hayes, L. J., Reese, H. W., Sarbin, T. R. (Eds.). *Varieties of scientific contextualism*. Reno: Context Press, p 11– 27.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior– behavior relations and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175– 190.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44, 1- 25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Luoma, J., Hayes, S. C., Walser, R. (2007). *Learning ACT*. Oakland: New Harbinger.
- McGlinchey, J. B., & Dobson, K. S. (2003). Treatment integrity concerns in cognitive therapy for depression, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17, 299–318.
- McPhail, S., Haines, T. (2010). Response shift, recall bias and their effect on measuring change in health-related quality of life amongst older hospital patients. *Health Qual Life Outcomes*, 8, 65.
- Merskey, H., Bogduk, N. (1994). *Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain: Classification of Chronic Pain. Description of Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. Seattle: IASP Press.
- Miller, L. R., Cano, A. (2009). Comorbid chronic pain and depression: who is at risk. *Journal of Pain*, 10, 619– 27.
- Morley, S., Eccleston, C., Williams, A. (1999). Systematic review and meta- analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for chronic pain in adults excluding headache. *Pain*, 80, 1- 13.

- Perepletchikova, F., Treat, T., Kazdin, A. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 829–841.
- Plumb, J. C., Vilardaga, R. (2010). Assessing treatment integrity in Acceptance and Commitment Therapy: Strategies and suggestions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6, 263-295.
- 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*, 10, 125–62.
- Salerno, S. M., Browning, R., Jackson, J. L. (2002). The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: a meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 162, 19- 24.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. T. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Teasdale, J. T. (2003). *Mindfulness and the third wave of cognitive-behavioural therapies*. Paper presented at the European Association for behavioural and cognitive therapies annual congresses. Prague, Czech Republic.
- Turk, D. C. (2005). The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain: lumping versus splitting. *Clinical Journal of Pain*, 21, 44– 55.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D., Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: The Guilford Press.
- Turk, D. C., Wilson, H. D., Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*, 377, 2226–2235.
- Van Tulder, M., Goossens, M., Waddell, G., Nachemson, A. (2000). *Kroniska ländryggsbesvär-konservativ behandling, Ont I ryggen, ont I nacken*. Stockholm: SBU.
- Veehof, M., Schreurs, K. M. G., Hulsbergen, M., Bohlmeijer, E. T. (2010). *Leven met pijn: De kunst van het aanvaarden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Veehof, M. M., van Oskam, J., Schreurs, K. G. M., Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance- based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533- 542.

Vlaeyen, J. W. S., Morley, S. (2005). Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom. *Clinical Journal of Pain*, 21, 1–8.

Waltz, J., Addis, M., Koerner, K., Jacobson, N. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620–630.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.

6 Appendix: Questionnaire

Beste professional,

We willen u vragen de volgende vragenlijst in te vullen. De vragenlijst wordt aangeboden aan alle professionals die deelnemen aan de implementatie van ACT in de pijnrevalidatie. Er wordt hierbij geen onderscheid gemaakt tussen mensen die nu al ACT (gaan) toepassen of dit pas later in de implementatie gaan doen. Ook als u op dit moment nog geen ACT toepast is het dus belangrijk dat u de vragenlijst invult. De vragenlijst gaat over uw scholing en ervaring (algemeen & specifiek voor ACT), uw therapeutische vaardigheden in ACT en over verschillende factoren die een rol kunnen spelen bij de implementatie.

Deze vragenlijst ontvangt u aan het begin van de implementatie in uw instelling. Op twee andere momenten, later dit jaar, krijgt u opnieuw een vragenlijst. Dit zal halverwege (over ongeveer een half jaar) en aan het einde (over ongeveer een jaar) van het implementatietraject zijn. Door de vragenlijst meerdere malen af te nemen kunnen we de ontwikkelingen in de implementatie in kaart brengen.

Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 50 minuten in beslag. Het is in het belang van het onderzoek dat u de vragenlijst zo waarheidsgetrouw mogelijk invult. Het is de bedoeling dat u per vraag één antwoord kiest, tenzij anders vermeld staat. Ook willen we u vragen de vragenlijst, wanneer u eenmaal begonnen bent, in één keer in te vullen. De ingevulde vragenlijsten worden vertrouwelijk behandeld en geanonimiseerd verwerkt. Geen van uw collega's of leidinggevenden zal de ingevulde vragenlijst te zien krijgen. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Alvast hartelijk dank voor het invullen!

Vriendelijke groet,

Hester Trompetter (Psycholoog/Onderzoeker Roessingh Research and Development & Universiteit Twente)

Karlein Schreurs (GZ-Psycholoog het Roessingh Revalidatiecentrum & onderzoeker Universiteit Twente)

A. Algemene gegevens

Allereerst willen we u vragen enkele algemene gegevens in te vullen. Uw naam zal voor verwerking van de gegevens worden omgezet in een cijfercode, die enkel door de hoofdonderzoeker naar u te herleiden is.

Algemeen

- 1) Naam
- 2) Leeftijd jaar
- 3) Geslacht 0 man
 0 vrouw
- 4) Datum van invullen / /

Professioneel

- 5) In welke instelling werkt u?
- 6) Tot welke van de volgende groepen in de implementatie behoort u?
 - 0 Trekker (u behoort tot een team binnen uw instelling dat de cursus 'ACT bij pijnteams' heeft gevolgd)
 - 0 Volger (u behoort tot een team dat ACT zal gaan toepassen, nadat u scholing van collega's hebt ontvangen)
 - 0 Weet ik niet
- 7) Wat is uw functie?
 - 0 Revalidatiearts

- Psycholoog
- Ergotherapeut
- Fysiotherapeut
- Maatschappelijk werker
- Verpleegkundige
- Sportdeskundige
- Arbeidsdeskundige
- Agogisch werker
- Anders, namelijk

- 1) Staat u geregistreerd in het BIG-register? Ja
 Nee
- 2) Staat u geregistreerd in een Kwaliteitsregister van uw beroepsgroep? Ja
 Nee
- 3) In welk jaar bent u afgestudeerd?
- 4) Hoe lang bent u werkzaam als professional in de pijnrevalidatie? jaar
- 5) Hoe lang bent u werkzaam in uw huidige functie? jaar
- 6) Hieronder onderscheiden we drie 'categorieën van deskundigheid'. Tot welke vindt u zichzelf behoren **binnen uw eigen functiegebied**?
- Junior (starter, weinig ervaring)

0 Medior (nog niet geheel volleerd, enkele ervaring)

0 Senior (een expert, veel ervaring)

B. ACT: Scholing en ervaring

Hieronder stellen we u enkele vragen die specifiek over ACT gaan. De vragen gaan voornamelijk over eventuele scholing in ACT en uw (werk)ervaring met ACT.

1) Hoe lang geleden hebt u voor het eerst kennis gemaakt met ACT?

0 In de laatste 6 maanden

0 6 tot 12 maanden geleden

0 1 tot 2 jaar geleden

0 2 tot 3 jaar geleden

0 3 tot 5 jaar geleden

0 5 tot 7 jaar geleden

0 langer dan 7 jaar geleden

2) Hebt u de cursus 'ACT voor Pijnteam's' (van Peter Heuts en Karlein Schreurs) gevolgd?

1. Ja

1. Nee

0 Gedeeltelijk

3) Hebt u (**naast** de cursus 'ACT voor pijnteam's') andere cursussen, workshops, en/of bijeenkomsten (die u als scholing beschouwt) in ACT gevolgd, die minstens 1

7) dagdeel duurden? Het gaat hierbij niet om intervisies of andere uren ter kennisdeling met collega's.

1. Ja (*beantwoordt ook 16a*)

1. Nee (*ga door naar 17*)

16a) Hoeveel dagdelen heeft u in totaal deelgenomen aan dergelijke cursussen, workshops of andere vormen van scholing in ACT (**naast** de cursus 'ACT voor pijnteams')?

0 Minder dan 1 dagdeel

0 1 – 2 dagdelen

0 2 – 4 dagdelen

0 4 – 6 dagdelen

0 6 – 8 dagdelen

0 8 – 10 dagdelen

0 10 – 12 dagdelen

0 Meer dan 12 dagdelen

8) Hoeveel boeken over ACT hebt u gelezen?

0 Geen boeken

0 1 boek

0 2 boeken

0 3 boeken

0 > 3 boeken

9) Hebt u andere vormen van literatuur over ACT gelezen (artikelen, stukken in vakbladen etc)?

Ja Nee

10) Kunt u (bij benadering) aangeven welk aandeel van uw wekelijkse behandeltime u op dit moment ACT toepast of gebruik maakt van ACT?

 0 – 20% 20 – 40% 40 – 60% 60 – 80% 80 – 100%

11) Hieronder onderscheiden we opnieuw drie 'categorien van deskundigheid'. Tot welke vindt u zichzelf behoren als **ACT-professional, binnen uw eigen beroepsgroep?**

 Junior (starter, weinig ervaring) Medior (nog niet geheel volleerd, enkele ervaring) Senior (een expert, veel ervaring)

A. Factoren die een rol kunnen spelen in de implementatie

Hieronder staan uitspraken over factoren die - in meer of mindere mate - betrekking hebben op de implementatie van ACT. We willen u vragen bij iedere uitspraak aan te geven in hoeverre u het op dit moment met die uitspraak eens bent. We gaan er van uit dat u ook een mening hebt over (de meeste van) onderstaande uitspraken wanneer u ACT nog niet toepast. Wanneer het nodig is kunt u de optie 'niet van toepassing/weet niet' aankruisen.

Uzelf & ACT	mee oneens	beetje mee oneens	niet mee oneens/nie t mee eens	beetje mee eens	mee eens	n.v.t./ weet niet
Ik ben enthousiast over ACT als	0	0	0	0	0	0

behandelvorm binnen de pijnrevalidatie.

Het toepassen van ACT levert me meer werkdruk op.	0	0	0	0	0	0
Ik zie ACT als een zinvolle aanvulling op de bestaande vormen van therapie.	0	0	0	0	0	0
Het toepassen van ACT is mij opgelegd.	0	0	0	0	0	0
Ik voel me betrokken bij de invoering van ACT in onze instelling.	0	0	0	0	0	0
Ik vind het moeilijk om ACT uit te voeren.	0	0	0	0	0	0
De visie achter ACT sluit goed aan bij mijn professionele ideeën over pijnrevalidatie.	0	0	0	0	0	0
ACT sluit goed aan bij de taken die ik heb binnen mijn behandelteam.	0	0	0	0	0	0

Uw omgeving & ACT

	mee oneens	beetje mee oneens	niet mee oneens/niet mee eens	beetje mee eens	mee eens	n.v.t./weet niet
Ik voel me gesteund door mijn directe collega's in het uitvoeren van ACT.	0	0	0	0	0	0
Ik voel me gesteund door het team waarmee ik ACT toepas in het uitvoeren van ACT.	0	0	0	0	0	0
Ik voel me gesteund door mijn leidinggevenden (management) in het uitvoeren van ACT.	0	0	0	0	0	0
Mijn directe collega's vinden het belangrijk dat ACT ingevoerd wordt in onze instelling.	0	0	0	0	0	0
Mijn teamgenoten waarmee ik ACT (ga) uitvoer(en) vinden het belangrijk dat ACT ingevoerd wordt in onze instelling.	0	0	0	0	0	0
Mijn leidinggevenden (management) vinden het belangrijk dat ACT ingevoerd wordt in onze instelling.	0	0	0	0	0	0
Het team waarmee ik ACT (ga) toepas(sen), is in staat ACT op een goede wijze uit te voeren.	0	0	0	0	0	0

Patiënten & ACT

mee	beetje mee	niet mee oneens/nie	beetje mee	mee	n.v.t./weet
------------	-------------------	----------------------------	-------------------	------------	--------------------

	oneens	oneens	t mee eens	eens	eens	niet
Ik verwacht dat patiënten tevreden zullen zijn over ACT.	0	0	0	0	0	0
Ik verwacht dat patiënten baat zullen hebben bij ACT.	0	0	0	0	0	0

C. Vaardigheid in het uitvoeren van ACT

Hieronder vindt u een vijftigtal specifieke beweringen over vaardigheden die u als ACT-therapeut in zekere mate zou kunnen of moeten bezitten. De beweringen zijn verdeeld over zeven categorieën, waarvan de eerste categorie betrekking heeft op uw algemene houding tegenover de patiënt. De overige zes categorieën zijn ingedeeld naar de zes verschillende ACT-processen. Aan het einde van iedere categorie is een algemene vraag over uw vaardigheid met betrekking tot het specifieke ACT-proces gegeven. Aan het eind van de vragen kunt u aangeven welke van de zes ACT-processen naar uw mening goed passen bij uw functie/beroepsgroep.

Belangrijk: Als u op dit moment ACT (nog) niet toepast kunnen sommige vragen moeilijk zijn. We willen toch vragen de vragenlijst in te vullen en goed stil te staan bij iedere bewering. Om aan het einde van de implementatie duidelijke uitspraken te kunnen doen over het slagen van de implementatie is het invullen van deze vragenlijst door alle betrokken professionals noodzakelijk.

De vragenlijst:

Kunt u voor iedere bewering bepalen in hoeverre u op dit moment deze vaardigheid heeft ontwikkeld? De mogelijke antwoordcategorieën zijn hieronder aangegeven.

Antwoordcategorieën

1	2	3	4	5	6	7	?
Nooit waar	Zeer zelden waar	Zelden waar	Soms waar	Vaak waar	Bijna altijd waar	Altijd waar	Weet niet

A. Algemene houding van de ACT-therapeut

ANTWOORD

(1. – 7)

1) De therapeut spreekt tot de cliënt vanuit een gelijkwaardige, kwetsbare, medelevende, oprechte en gezamenlijke uitgangspositie. De therapeut respecteert het eigen vermogen van de cliënt om de overgang van niet-werkbare naar werkbare reacties te maken.

2) De therapeut is bereid om over persoonlijke onderwerpen te vertellen, wanneer dat in het belang van de cliënt is.

3) De therapeut vermijdt het gebruik van kant-en-klare interventies. Hij of zij gebruikt interventies die zijn toegesneden op de specifieke behoeften van specifieke cliënten. De therapeut is op elk moment bereid van koers te veranderen om bij die behoeften aan te sluiten.

4) De therapeut past interventies aan en ontwikkelt nieuwe metaforen, experiëntiële oefeningen en gedragsgerichte opdrachten die passen bij de ervaring van de cliënt, diens taalgebruik en diens sociale, etnische, en culturele achtergrond of context.

5) De therapeut laat zien dat hij/zij problematische onderwerpen accepteert (die bijvoorbeeld tijdens de behandelingen opkomen) en is tegelijkertijd bereid om bij de tegenstrijdige of moeilijke ideeën, gevoelens en herinneringen van de cliënt te blijven zonder enige drang om die op te lossen.

6) De therapeut introduceert experiëntiële oefeningen, paradoxen en/of metaforen waar dat van toepassing is en ontmoedigt te letterlijke interpretatie daarvan.

7) De therapeut voert het probleem altijd terug naar wat de ervaring van de cliënt laat zien en vervangt die authentieke, persoonlijke ervaring niet door eigen meningen of opvattingen.

8) De therapeut gaat niet in discussie, preekt niet, dwingt niet en tracht de cliënt niet te overtuigen.

9) ACT-relevante processen worden herkend op het moment zelf en worden, voor zover passend, direct als ondersteuning en illustratie ter sprake gebracht in de therapeutische relatie.

Bereidheid/acceptatie ontwikkelen

1) De therapeut maakt duidelijk dat er bij de cliënt geen sprake is van schade, defecten of onvolkomenheden, maar dat hij/zij gebruik maakt van niet-werkzame strategieën.

2) De therapeut helpt de cliënt direct contact te maken met de paradoxale effecten van strategieën gericht op controle van emoties.

3) De therapeut maakt in zijn/haar interacties met de cliënt actief gebruik van het concept 'werkbaarheid' of 'werkzaamheid'.

4) De therapeut moedigt de cliënt actief aan te experimenteren met het staken van de strijd om emotionele controle en doet de suggestie om bereidheid/acceptatie als alternatief een kans te geven.

5) De therapeut wijst op de tegenstelling tussen de werkbaarheid van controlestrategieën en de werkbaarheid van bereidheidstrategieën.

6) De therapeut helpt de cliënt de relatie tussen bereidheid/acceptatie en lijden te onderzoeken.

7) De therapeut helpt de cliënt de nadelen van een *gebrek aan bereidheid/acceptatie ten opzichte van een waardengericht leven* onder ogen te zien.

8) De therapeut helpt de cliënt met het ervaren van de eigenschappen en diverse aspecten van bereidheid/acceptatie.

9) De therapeut gebruikt oefeningen en metaforen om te laten zien, dat bereidheid/acceptatie een activiteit is die plaatsvindt bij moeilijke innerlijke ervaringen.

10) De therapeut treedt op als voorbeeld van bereidheid/acceptatie in de therapeutische relatie en helpt de cliënt deze vaardigheden ook buiten de therapie toe te passen.

11) De therapeut kan oefeningen die betrekking hebben op bereidheid/acceptatie structureren en geleidelijk opbouwen.

12) Kunt u met een rapportcijfer aangeven in hoeverre u zich in het algemeen bekwaam acht in het toepassen van het proces 'bereidheid/acceptatie ontwikkelen'?

Zeer onbekwaam

Zeer bekwaam

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cognitieve fusie ondermijnen

13) De therapeut onderkent de emotionele, cognitieve, fysieke, of gedragsmatige belemmeringen die bereidheid/acceptatie in de weg staan.

14) De therapeut oppert dat gehechtheid aan de letterlijke betekenis van deze ervaringen het moeilijk maakt bereidheid vol te houden (en helpt cliënten innerlijke ervaringen te zien voor wat ze zijn en niet voor wat ze pretenderen of lijken te zijn).

15) De therapeut wijst actief op de tegenstelling tussen wat er volgens het verstand van de cliënt zal werken en wat er volgens zijn of haar ervaring werkt.

16) De therapeut gebruikt taalgereedschap (bijv. 'stop met dat 'gemaar)'), metaforen (bijv. 'passagiers in de bus') en experiëntiële oefeningen (bijv. 'gedachten op kaartjes') om een scheiding aan te brengen tussen de cliënt en diens geconceptualiseerde ervaring.

17) De therapeut tracht de cliënt ertoe te brengen dat deze experimenteert met het 'hebben' of 'onder ogen zien' van moeilijke innerlijke ervaringen, vanuit een bereidwillig standpunt.

18) De therapeut gebruikt diverse oefeningen, metaforen, en opdrachten om de verborgen eigenschappen van taal bloot te leggen.

19) De therapeut helpt de cliënt zijn of haar verhaal te verhelderen en contact te maken met de evaluatieve en redengevende eigenschappen van het verhaal.

20) De therapeut helpt de cliënt contact te maken met het arbitraire karakter van causale verbanden in het verhaal.

21) De therapeut merkt 'denkerigheid' (fusie) op tijdens de sessie en leert de cliënt die zelf ook op te merken.

22) De therapeut maakt gebruik van verschillende interventies om de *stroom van de innerlijke ervaringen* waar te nemen en tegelijkertijd duidelijk te maken dat deze ervaringen geen kwaad kunnen.

23) Kunt u met een rapportcijfer aangeven in hoeverre u zich in het algemeen bekwaam acht in het toepassen van het proces 'cognitieve fusie ondermijnen'?

Zeer onbekwaam

Zeer bekwaam

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In contact komen met het hier en nu

24) De therapeut kan loskomen (defuseren) van de inhoud die de cliënt inbrengt en de aandacht richten op het moment.

25) De therapeut brengt zijn of haar eigen gedachten en gevoelens van het moment in binnen de therapeutische relatie.

26) De therapeut gebruikt oefeningen om bij de cliënt het gevoel voor *ervaringen als een voortgaand proces* te versterken.

27) De therapeut merkt op dat de cliënt afdwaalt naar het verleden of de toekomst en leert hem of haar terug te komen bij het hier en nu.

28) De therapeut volgt inhoud op meerdere niveaus tegelijk en vestigt de aandacht op het huidige moment wanneer dat nuttig is.

29) De therapeut oefent met de cliënt om uit zijn of haar hoofd te komen en terug te keren in het hier en nu in de sessie.

30) Kunt u met een rapportcijfer aangeven in hoeverre u zich in het algemeen bekwaam acht in het toepassen van het proces 'in contact komen met het hier en nu'?

Zeer onbekwaam

Zeer bekwaam

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Het geconceptualiseerde Zelf onderscheiden van het Zelf als Context

31) De therapeut gebruikt metaforen om de cliënt te helpen onderscheid te maken tussen enerzijds de inhoud en producten van het bewustzijn en anderzijds het bewustzijn op zich.

32) De therapeut gebruikt oefeningen om de cliënt te helpen contact te maken met het zelf als context en dit te onderscheiden van het geconceptualiseerde zelf.

33) De therapeut gebruikt praktische opdrachten om de cliënt te helpen op te merken hoe de geest en het ervaren van emoties werken en helpt tegelijkertijd contact te maken met een zelf dat keuzes maakt en dingen doet *met* die ervaringen, in plaats van *ten dienste van* die ervaringen.

34) De therapeut helpt de cliënt het verschil te zien tussen het zelf dat evalueert en de evaluatie op zich.

35) Kunt u met een rapportcijfer aangeven in hoeverre u zich in het algemeen bekwaam acht in het toepassen van het proces 'het geconceptualiseerde zelf onderscheiden van het zelf als context'?

Zeer onbekwaam

Zeer bekwaam

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Richtinggevende waarden bepalen

36) De therapeut helpt de cliënt richtinggevende waarden voor zijn leven te verhelfen.

37) De therapeut helpt de cliënt om zich toe te leggen op wat hij/zij werkelijk wil met het leven en concentreert daar de therapie op.

38) De therapeut leert de cliënt om onderscheid te maken tussen waarden en doelen.

39) De therapeut maakt onderscheid tussen bereikte resultaten en betrokkenheid bij het leven als proces.

40) De therapeut geeft zijn eigen, voor de therapie relevante waarden en toont in handelen en gedrag het belang daarvan.

41) De therapeut respecteert de waarden van de cliënt en verwijst door of zoekt een ander alternatief als hij die niet kan ondersteunen.

De vragenlijst:

Kunt u voor iedere bewering bepalen in hoeverre u op dit moment deze vaardigheid heeft ontwikkeld?
De mogelijke antwoordcategorieën zijn hieronder aangegeven.

Antwoordcategorieën

1	2	3	4	5	6	7	?
Nooit waar	Zeer zelden waar	Zelden waar	Soms waar	Vaak waar	Bijna altijd waar	Altijd waar	Weet niet

B. Algemene houding van de ACT-therapeut

ANTWOORD

(1. – 7)

1) De therapeut spreekt tot de cliënt vanuit een gelijkwaardige, kwetsbare, medelevende, oprechte en gezamenlijke uitgangspositie. De therapeut respecteert het eigen vermogen van de cliënt om de overgang van niet-werkbare naar werkbare reacties te maken.

2) De therapeut is bereid om over persoonlijke onderwerpen te vertellen, wanneer dat in het belang van de cliënt is.

3) De therapeut vermijdt het gebruik van kant-en-klare interventies. Hij of zij gebruikt interventies die zijn toegesneden op de specifieke behoeften van specifieke cliënten. De therapeut is op elk moment bereid van koers te veranderen om bij die behoeften aan te sluiten.

4) De therapeut past interventies aan en ontwikkelt nieuwe metaforen, experiëntiële oefeningen en gedragsgerichte opdrachten die passen bij de ervaring van de cliënt, diens taalgebruik en diens sociale, etnische, en culturele achtergrond of context.

5) De therapeut laat zien dat hij/zij problematische onderwerpen accepteert (die bijvoorbeeld tijdens de behandelingen opkomen) en is tegelijkertijd bereid om bij de tegenstrijdige of moeilijke ideeën, gevoelens en herinneringen van de cliënt te blijven zonder enige drang om die op te lossen.

6) De therapeut introduceert experiëntiële oefeningen, paradoxen en/of metaforen waar dat van toepassing is en ontmoedigt te letterlijke interpretatie daarvan.

7) De therapeut voert het probleem altijd terug naar wat de ervaring van de cliënt laat zien en vervangt die authentieke, persoonlijke ervaring niet door eigen meningen of opvattingen.

8) De therapeut gaat niet in discussie, preekt niet, dwingt niet en tracht de cliënt niet te overtuigen.

9) ACT-relevante processen worden herkend op het moment zelf en worden, voor zover passend, direct als ondersteuning en illustratie ter sprake gebracht in de therapeutische relatie.

Bereidheid/acceptatie ontwikkelen

10) De therapeut maakt duidelijk dat er bij de cliënt geen sprake is van schade, defecten of onvolkomenheden, maar dat hij/zij gebruik maakt van niet-werkzame strategieën.

11) De therapeut helpt de cliënt direct contact te maken met de paradoxale effecten van strategieën gericht op controle van emoties.

12) De therapeut maakt in zijn/haar interacties met de cliënt actief gebruik van het concept 'werkbaarheid' of 'werkzaamheid'.

13) De therapeut moedigt de cliënt actief aan te experimenteren met het staken van de strijd om emotionele controle en doet de suggestie om bereidheid/acceptatie als alternatief een kans te geven.

14) De therapeut wijst op de tegenstelling tussen de werkbaarheid van controlestrategieën en de werkbaarheid van bereidheidstrategieën.

15) De therapeut helpt de cliënt de relatie tussen bereidheid/acceptatie en lijden te onderzoeken.

16) De therapeut helpt de cliënt de nadelen van een *gebrek aan bereidheid/acceptatie ten opzichte van een waardengericht leven* onder ogen te zien.

17) De therapeut helpt de cliënt met het ervaren van de eigenschappen en diverse aspecten van bereidheid/acceptatie.

18) De therapeut gebruikt oefeningen en metaforen om te laten zien, dat bereidheid/acceptatie een activiteit is die plaatsvindt bij moeilijke innerlijke ervaringen.

19) De therapeut treedt op als voorbeeld van bereidheid/acceptatie in de therapeutische relatie en helpt de cliënt deze vaardigheden ook buiten de therapie toe te passen.

20) De therapeut kan oefeningen die betrekking hebben op bereidheid/acceptatie structureren en geleidelijk opbouwen.

21) Kunt u met een rapportcijfer aangeven in hoeverre u zich in het algemeen bekwaam acht in het toepassen van het proces 'bereidheid/acceptatie ontwikkelen'?

Zeer onbekwaam

Zeer bekwaam

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cognitieve fusie ondermijnen

22) De therapeut onderkent de emotionele, cognitieve, fysieke, of gedragsmatige belemmeringen die bereidheid/acceptatie in de weg staan.

23) De therapeut oppert dat gehechtheid aan de letterlijke betekenis van deze ervaringen het moeilijk maakt bereidheid vol te houden (en helpt cliënten innerlijke ervaringen te zien voor wat ze zijn en niet voor wat ze pretenderen of lijken te zijn).

24) De therapeut wijst actief op de tegenstelling tussen wat er volgens het verstand van de cliënt zal werken en wat er volgens zijn of haar ervaring werkt.

25) De therapeut gebruikt taalgereedschap (bijv. 'stop met dat 'gemaar)'), metaforen (bijv. 'passagiers in de bus') en experiëntiële oefeningen (bijv. 'gedachten op kaartjes') om een scheiding aan te brengen tussen de cliënt en diens geconceptualiseerde ervaring.

26) De therapeut tracht de cliënt ertoe te brengen dat deze experimenteert met het 'hebben' of 'onder ogen zien' van moeilijke innerlijke ervaringen, vanuit een bereidwillig standpunt.

27) De therapeut gebruikt diverse oefeningen, metaforen, en opdrachten om de verborgen eigenschappen van taal bloot te leggen.

28) De therapeut helpt de cliënt zijn of haar verhaal te verhelderen en contact te maken met de evaluatieve en redengevende eigenschappen van het verhaal.

29) De therapeut helpt de cliënt contact te maken met het arbitraire karakter van causale verbanden in het verhaal.

30) De therapeut merkt 'denkerigheid' (fusie) op tijdens de sessie en leert de cliënt die zelf ook op te merken.

31) De therapeut maakt gebruik van verschillende interventies om de *stroom van de innerlijke ervaringen* waar te nemen en tegelijkertijd duidelijk te maken dat deze ervaringen geen kwaad kunnen.

32) Kunt u met een rapportcijfer aangeven in hoeverre u zich in het algemeen bekwaam acht in het toepassen van het proces 'cognitieve fusie ondermijnen'?

Zeer onbekwaam

Zeer bekwaam

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In contact komen met het hier en nu

33) De therapeut kan loskomen (defuseren) van de inhoud die de cliënt inbrengt en de aandacht richten op het moment.

34) De therapeut brengt zijn of haar eigen gedachten en gevoelens van het moment in binnen de therapeutische relatie.

35) De therapeut gebruikt oefeningen om bij de cliënt het gevoel voor *ervaringen als een voortgaand proces* te versterken.

36) De therapeut merkt op dat de cliënt afdwaalt naar het verleden of de toekomst en leert hem of haar terug te komen bij het hier en nu.

37) De therapeut volgt inhoud op meerdere niveaus tegelijk en vestigt de aandacht op het huidige moment wanneer dat nuttig is.

38) De therapeut oefent met de cliënt om uit zijn of haar hoofd te komen en terug te keren in het hier en nu in de sessie.

39) Kunt u met een rapportcijfer aangeven in hoeverre u zich in het algemeen bekwaam acht in het toepassen van het proces 'in contact komen met het hier en nu'?

Zeer onbekwaam

Zeer bekwaam

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Het geconceptualiseerde Zelf onderscheiden van het Zelf als Context

40) De therapeut gebruikt metaforen om de cliënt te helpen onderscheid te maken tussen enerzijds de inhoud en producten van het bewustzijn en anderzijds het bewustzijn op zich.

41) De therapeut gebruikt oefeningen om de cliënt te helpen contact te maken met het zelf als context en dit te onderscheiden van het geconceptualiseerde zelf.

42) De therapeut gebruikt praktische opdrachten om de cliënt te helpen op te merken hoe de geest en het ervaren van emoties werken en helpt tegelijkertijd contact te maken met een zelf dat keuzes maakt en dingen doet *met* die ervaringen, in plaats van *ten dienste van* die ervaringen.

43) De therapeut helpt de cliënt het verschil te zien tussen het zelf dat evalueert en de evaluatie op zich.

44) Kunt u met een rapportcijfer aangeven in hoeverre u zich in het algemeen bekwaam acht in het toepassen van het proces 'het geconceptualiseerde zelf onderscheiden van het zelf als context'?

Zeer onbekwaam

Zeer bekwaam

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Richtinggevende waarden bepalen

45) De therapeut helpt de cliënt richtinggevende waarden voor zijn leven te verhelderen.

46) De therapeut helpt de cliënt om zich toe te leggen op wat hij/zij werkelijk wil met het leven en concentreert daar de therapie op.

47) De therapeut leert de cliënt om onderscheid te maken tussen waarden en doelen.

48) De therapeut maakt onderscheid tussen bereikte resultaten en betrokkenheid bij het leven als proces.

49) De therapeut geeft zijn eigen, voor de therapie relevante waarden en toont in handelen en gedrag het belang daarvan.

50) De therapeut respecteert de waarden van de cliënt en verwijst door of zoekt een ander alternatief als hij die niet kan ondersteunen.

51) Kunt u met een rapportcijfer aangeven in hoeverre u zich in het algemeen bekwaam acht in het toepassen van het proces 'richtinggevende waarden definiëren'?

Zeer onbekwaam

Zeer bekwaam

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Patronen van toegewijd handelen opbouwen

52) De therapeut helpt de cliënt bij het formuleren van positief gewaardeerde levensdoelen en het opstellen van een daaraan gekoppeld actieplan.

53) De therapeut stimuleert de cliënt om ondanks ervaren barrières (bijv. faalangst, traumatische herinneringen, verdriet, gelijk willen krijgen) commitments aan te gaan en deze na te komen. De therapeut geeft aan dat nog meer barrières te verwachten zijn bij het naleven van deze commitments.

54) De therapeut helpt de cliënt om de kenmerken van toegewijd handelen (bijv. vitaliteit, een gevoel van groei) te herkennen en waarderen. De therapeut helpt de cliënt kleine stappen te nemen terwijl hij contact blijft houden met deze kenmerken van toegewijd handelen.

55) De therapeut houdt de aandacht van de cliënt gericht op steeds grotere patronen

van handelen/acties, om zo de cliënt te helpen in de loop van de tijd consistent naar zijn doelen te blijven handelen.

56) Zonder te oordelen integreert de therapeut vergissingen en terugval in het proces dat gericht is op het nakomen van commitments en het opbouwen van grotere patronen van handelen/acties.

57) Kunt u met een rapportcijfer aangeven in hoeverre u zich in het algemeen bekwaam acht in het toepassen van het proces 'patronen van toegewijd handelen opbouwen'?

Zeer onbekwaam

Zeer bekwaam

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Een laatste vraag: Behandelaars in een multidisciplinair team hebben verschillende werkzaamheden (denk bijvoorbeeld aan het verschil in werkzaamheden van een psycholoog en een ergotherapeut). Hierdoor kan de bruikbaarheid, de toepasbaarheid en/of het belang van de zes ACT-processen anders zijn voor verschillende functies. Kunt u hieronder aangeven welke van de zes ACT-processen naar uw mening goed passen bij uw functie?

0 Bereidheid/acceptatie ontwikkelen

0 Cognitieve fusie ondermijnen

0 In contact komen met het hier en nu

0 Geconceptualiseerde Zelf onderscheiden van Zelf als Context

0 Richtinggevende waarden bepalen

0 Patronen van toegewijd handelen opbouwen

Dit is het einde van de vragenlijst, nogmaals hartelijk dank voor uw medewerking!

Als u specifieke vragen of opmerkingen heeft met betrekking tot deze vragenlijst kunt u dat hieronder aangeven.

D. Vragen die in de T2 als nieuw zijn toegevoegd tov T1 en T0

Hieronder stellen we u enkele vragen die specifiek over ACT gaan. De vragen gaan over eventuele ervaring die u in het afgelopen jaar met ACT hebt opgedaan.

E1) Hoeveel **ACT-supervisies** in uw instelling heeft u in het afgelopen jaar gevolgd? *(Dit kunnen er maximaal zes zijn. Onder supervisies verstaan we bijeenkomsten waarbij een supervisor van buiten de eigen instelling betrokken was. Bij supervisies werden vaak video-opnames van u en uw collega's besproken. Andere bijeenkomsten met betrekking tot ACT, waarbij u enkel met uw eigen collega's hebt overlegd over de toepassing van ACT, noemen we intervisie (zie volgende vraag)).*

0 Nul supervisies

0 1 supervisie

0 2 supervisies

0 3 supervisies

0 4 supervisies

0 5 supervisies

1. 6 supervisies

E2) Kunt u bij benadering aangeven hoeveel **ACT-intervisies** u het afgelopen jaar in uw instelling hebt bijgewoond? *(Onder intervisie verstaan we bijeenkomsten met uw eigen team, waarin het toepassen van ACT onderling is besproken. We bedoelen hier niet de supervisies mee; daarbij was een supervisor van buiten de eigen instelling aanwezig.)*

Vul hier een getal in:

E3) Hebt u de **workshop** ACT gevolgd die in het afgelopen jaar is aangeboden in uw instelling?

0 Ja

0 Nee

1. Gedeeltelijk

E4) Hebt u in het afgelopen jaar de cursus 'ACT voor Pijnteam's' (van Peter Heuts en Karlein Schreurs) gevolgd?

1. Ja

1. Nee

1. Gedeeltelijk

E5) Hebt u het afgelopen jaar (**naast** de cursus 'ACT voor pijnteam's') andere cursussen, workshops, en/of bijeenkomsten (die u als scholing beschouwt) in ACT gevolgd, die minstens 1 dagdeel duurden? Het gaat hierbij niet om intervisies of andere uren ter kennisdeling met collega's.

1) Ja (*beantwoordt ook 5a*)

2) Nee (*ga door naar 6*)

E5a) Hoeveel dagdelen heeft u in totaal in het afgelopen jaar deelgenomen aan dergelijke cursussen, workshops of andere vormen van scholing in ACT (**naast** de cursus 'ACT voor pijnteam's')?

0 Minder dan 1 dagdeel

0 1 – 2 dagdelen

0 2 – 4 dagdelen

0 4 – 6 dagdelen

0 6 – 8 dagdelen

0 8 – 10 dagdelen

0 10 – 12 dagdelen

1. Meer dan 12 dagdelen

E6) Hoeveel boeken over ACT hebt u het afgelopen jaar gelezen, naast het boek van Jacqueline A-Tjak, dat gebruikt is bij de workshop ACT in uw instelling?

0 Geen boeken

0 1 boek

0 2 boeken

0 3 boeken

1. > 3 boeken

E7) Hebt u het afgelopen jaar andere vormen van literatuur over ACT gelezen (artikelen, stukken in vakbladen etc)?

0 Ja

0 Nee