

*Acceptatie en Commitment Therapie*

*De ontwikkeling van psychologische flexibiliteit en toegewijde actie bij chronische pijnpatiënten.*

---



**Havva Likoğlu – s0064351**

**Universiteit Twente  
Enschede, januari 2013**

~

**Eerste begeleider: Prof. Dr. K.M.G. Schreurs  
Tweede begeleider: Dr. G.J. Westerhof**

## **Voorwoord**

Voor u ligt een scriptie welke het eindproduct is van een onderzoek naar de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit en toegewijde actie bij chronische pijnpatiënten gedurende de Acceptatie en Commitment Therapie. Met deze scriptie zal ik de master Geestelijke gezondheidsbevordering (Psychologie) aan de Universiteit van Twente afronden.

Graag wil ik mijn scriptie opdragen aan drie belangrijke mensen die er niet meer zijn, maar in mijn hart voor altijd zullen leven. Zij hebben mij altijd de moed en kracht gegeven om door te zetten in alles wat mijn leven waardevol maakt.

Aan de hand van dit voorwoord wil ik verder alle mensen bedanken die tijdens mijn afstudeerperiode hulp hebben geboden. Natuurlijk heb ik bij het afronden van deze scriptie begeleiding en advies gekregen. Daarom wil ik mijn speciale dank bieden aan mijn begeleiders Karlein Schreurs en Gerben Westerhof voor hun steun, inzet en feedback.

Enschede, januari 2013

Havva Likoglu

*"Wacht niet met leven tot je de innerlijke strijd met jezelf gewonnen hebt, maar leef nu – voluit, met je verleden, met je herinneringen, met je angsten en met je verdriet" (Hayes & Smith, 2006, p. 252).*

## **Abstract**

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) becomes more and more popular. Different studies show that ACT is effective. In spite of all the research about the effectiveness of ACT, there is little information about the processes of the Acceptance and Commitment Therapy. In this research, the focus is based on the development of the psychological flexibility toward the chronic pain patients during the Acceptation and Commitment Therapy at the Roessingh Rehabilitation Center. Further, this research gives attention to one of the most important processes of ACT: committed action. Six chronic pain patients were weekly interviewed during an eight week lasting therapy. The processes psychological flexibility and committed action were measured during these interviews. Although every patient shows his own way of development, ACT is clearly able to influence the psychological flexibility and committed action. Additional, the results of this research demonstrate that there can be a process of acceptance without a process of committed action. On the other hand, this research shows that there cannot be a process of committed action without a process of acceptance. This proves that being open for and accepting of certain thoughts and feelings is a condition for committed action.

## **Samenvatting**

Acceptatie en Commitment Therapie (ACT) wordt steeds meer populair. Verscheidene onderzoeken laten zien dat ACT effectief is. Ondanks de verschillende verrichte studies naar de effectiviteit van ACT is er weinig informatie over de onderliggende processen van deze behandeling. In dit onderzoek wordt er gefocust op de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit bij chronische pijnpatiënten gedurende de Acceptatie en Commitment Therapie bij het Roessingh Revalidatie Centrum . Daarnaast wordt er in dit onderzoek ook aandacht besteed aan één van de onderliggende processen van ACT: toegewijde actie. Zes chronische pijnpatiënten zijn wekelijks geïnterviewd tijdens een acht weken durende behandeling. Hierbij zijn ze beoordeeld op de psychologische flexibiliteit en toegewijde actie. Hoewel iedere patiënt zijn eigen manier van ontwikkeling laat zien, toont ACT duidelijk een invloed op de psychologische flexibiliteit en toegewijde actie. Verder is uit het onderzoek naar voren gekomen dat er sprake kan zijn van een proces van acceptatie zonder dat er sprake hoeft te zijn van toegewijde actie. Andersom, komt naar voren dat er geen sprake kan zijn van toegewijde actie, zonder dat er sprake is van een proces van acceptatie. Dit laat zien dat het openstaan voor en het accepteren van bepaalde gedachten en gevoelens een voorwaarde is voor toegewijde actie.

## **Inhoudsopgave**

<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>Hoofdstuk 1 – Theoretisch Kader</b>	<b>8-14</b>
1.1 Chronische pijn	8-9
1.1.1 Definitie, Feiten en cijfers	8
1.1.2 Chronische Pijn en ACT	8-9
1.2 Achtergrond van ACT	10-13
1.2.1 ACT: Hexaflex Model	11-12
1.2.2 ACT: Triflex Model	12-13
1.2.3 Toegewijde actie	13
1.3 Onderzoeksvragen en Hypothesen	13-14
<b>Hoofdstuk 2 – Methode</b>	<b>15-19</b>
2.1 Roessingh en de Acceptatie en Commitment Therapie	15
2.2 De patiënten	15
2.3 Ontwerp en dataverzameling	15-17
2.4 Data-analyse	17-18
2.5 Interbeoordelaarbetrouwbaarheid	19
<b>Hoofdstuk 3 – Resultaten</b>	<b>19-27</b>
3.1 Ontwikkeling Psychologische Flexibiliteit	18-22
3.2 Ontwikkeling toegewijde actie	22-25
3.3 Toegewijde actie en acceptatie	25-27
<b>Hoofdstuk 4 – Discussie</b>	<b>28-31</b>
<b>Literatuurlijst</b>	<b>32-35</b>
<b>Bijlage 1 – Het interview schema</b>	<b>36-38</b>
<b>Bijlage 2 – Achtergrondinformatie patiënten</b>	<b>39-40</b>

## **Inleiding**

Acceptatie en Commitment Therapie (ACT) is de afgelopen jaren steeds meer in opkomst (A-Tjak & de Groot, 2008). Deze therapie wordt ondertussen ingezet bij zeer verscheidene problemen, namelijk van angst tot depressie, van verslaving tot pijn, van psychose tot autisme, van epilepsie tot diabetes en nog veel meer (A-Tjak & de Groot, 2008). Uit verschillende studies blijkt dat ACT effectief is (Hayes, Strohhal & Wilson, 1999; McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011). Tot op heden zijn er studies verricht naar de effectiviteit van de Acceptatie en Commitment Therapie (Hayes, Orsillo, & Roemer, 2010; McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011; Ludngren, Dahl & Hayes, 2008; Johnston et al., 2010; Ruiz, 2010). Echter, er is weinig informatie over de werkingsmechanismen binnen deze methode. Studenten aan Universiteit Twente hebben de afgelopen jaren in samenwerking met het Roessingh Revalidatiecentrum verscheidene studies verricht naar de werkingsmechanismen van ACT bij chronische pijnpatiënten (Middelink, 2010; Paplowski 2011; Tammes, 2011; Weiss, 2012). Uit al deze onderzoeken komt naar voren dat de Acceptatie en Commitment Therapie leidt tot een toename in de psychologische flexibiliteit. Zo vond Weiss (2012) dat ACT de patiënten helpt om hun pijn en de bijkomende beperkingen beter te accepteren, meer naar hun waarden te handelen en de principes die zij tijdens de behandeling hadden geleerd in hun dagelijkse leven te integreren. Dit onderzoek is een vervolg op de studies die verricht zijn aan Universiteit Twente. In dit onderzoek wordt er ten eerste gekeken naar de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit bij chronische pijnpatiënten tijdens en na de Acceptatie en Commitment Therapie bij het Roessingh Revalidatiecentrum.

ACT bestaat uit zes onderliggende processen: contact met het hier en nu/mindfulness, cognitieve defusie, acceptatie, zelf als context, waarden en toegewijde actie (Harris, 2009; Hayes et al., 2006). Elk van deze processen is een belangrijk facet als het gaat om psychologische flexibiliteit (Harris, 2009). De studies over de onderliggende processen van ACT, hebben zich met name gericht op processen zoals acceptatie (McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Vowles & Eccleston, 2004; McCracken, Vowles & Eccleston, 2005; McCracken & Eccleston, 2005), waarden (McCracken & Yang, 2006; Valverde, 2008; McCracken & Velleman, 2010) en mindfulness (Brown & Ryan, 2003; McCracken, Gauntlett-Gilbert & Vowles, 2007). In dit onderzoek wordt er ook aandacht besteed aan de ontwikkeling van toegewijde actie bij chronische pijnpatiënten tijdens en na de Acceptatie en Commitment Therapie bij het Roessingh Revalidatiecentrum.

In dit onderzoeksrapport wordt ten eerste aan de hand van het theoretische kader verdiept in de Acceptatie en Commitment Therapie en de achtergrond daarvan, waarbij ook de hexaflex en de triflex modellen behandeld worden. In hetzelfde hoofdstuk wordt ingegaan op chronische pijn en psychologische flexibiliteit. Het hoofdstuk eindigt met de onderzoeksvragen. Vervolgens wordt er in het tweede hoofdstuk de methode van het onderzoek behandeld. De resultaten van het onderzoek komen in hoofdstuk 3 aan bod. Tot slot wordt in het laatste hoofdstuk de conclusie en discussie van het onderzoek besproken.

## Hoofdstuk 1 – Theoretisch Kader

### 1.1 Chronische pijn

#### *1.1.1 Definitie, Feiten en cijfers*

Volgens het International Association for the Study of Pain (IASP) is de definitie van pijn als volgt:

*"Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage"*

Deze definitie laat zien dat bij pijn niet alleen sprake is van lichamelijke maar ook van psychologische factoren. Pijn kan bij het herstellen of het genezen van de wond, zere plek, letsel of blessure overgaan. Maar bij chronische pijn blijven de pijnklachten bestaan ondanks dat de weefselschade grotendeels is genezen of stabiel aanwezig is (Werkgroep Consensus Pijnrevalidatie, 2003). De pijn is dan niet alleen meer te verklaren door een weefselschade of een ongeval. Werkgroep Consensus Pijnrevalidatie (2003) spreekt van chronische pijn als er geen lichamelijke verklaring meer is voor de ernst van de klachten en beperkingen en een op aandoening gerichte behandeling geen verbetering meer geeft. Niet alleen de pijn maar ook de beperkingen die met deze pijn samenhangen, leiden ertoe dat de kwaliteit van leven als steeds minder goed wordt ervaren (Werkgroep Consensus Pijnrevalidatie, 2003).

Volgens Brevik et al., (2005) lijdt 19% van de Europese bevolking en 18% van de Nederlandse bevolking aan matige tot ernstige chronische pijn. Dit heeft als gevolg dat de kwaliteit van het leven van deze patiënten sterk wordt beïnvloed. Chronische pijn heeft niet alleen negatieve invloed op de kwaliteit van het leven van patiënten maar heeft ook invloed op de economie (Van Tulder, Koes en Bouter, 1995). Van Tulder, Koes en Bouter (1995) concludeerden dat chronische pijnklachten leiden tot hoge economische kosten, als gevolg van functionele beperkingen, arbeidsverzuim en werkloosheid.

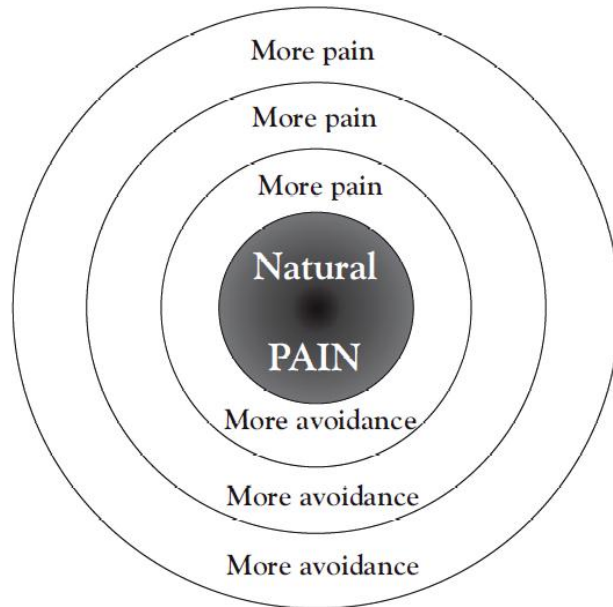
#### *1.1.2 Chronische Pijn en ACT*

Chronische pijn leidt vaak tot onbekwaamheid en slechte kwaliteit van leven (Johnston et al., 2010). Patiënten met chronische pijn ontwikkelen op den duur problemen zoals emotionele en cognitieve stoornissen, angst en vermoeidheid (Johnston et al., 2010). Wanneer patiënten pijn hebben proberen ze deze pijn te verminderen door interventies, zoals medicijnen, operaties of gedragstherapieën, in te zetten (McCracken, 1998). Dit soort behandelingen kunnen effectief zijn maar er zijn veel pijnpatiënten die geen verbetering vertonen bij dit soort behandelingen (Turk, 1990; Waddell, 1987; Aronoff, 1991).

Sommige situaties in het leven zijn makkelijk te vermijden of te beheersen. Maar dit is niet altijd het geval als het gaat om emotionele en persoonlijke ervaringen die veel met je kunnen doen (Hayes, Strohal, & Wilson, 1999). Het proberen deze situaties onder controle te houden of deze te vermijden kan ervoor zorgen dat diegene eronder kan lijden (McCracken, Vowles & Eccleston, 2005). Ook patiënten die pijn hebben, tonen de neiging om pijn te vermijden



(McCracken, 1998; McCracken, Vowles & Eccleston, 2005). Er is pijn die goed gecontroleerd kan worden, zoals een paracetamol die helpt tegen hoofdpijn of een zalfje dat helpt tegen een pijnlijke brandwond, maar er is ook pijn die na alle pogingen tot controle nog steeds aanwezig is. Door vergeefse strijd tegen deze pijn, heeft deze pijn steeds meer ruimte gekregen in het leven van een patiënt. Het leven bestaat dan steeds meer uit het vermijden van deze pijn waardoor



een waardevol leven steeds meer op de achtergrond komt te staan. **Figuur 1.1.2 - Meer vermijding zorgt voor meer pijn (Hayes & Smith, 2006)**

Daarentegen lijkt het accepteren van deze pijn tot een betere kwaliteit van dagelijkse emotionele, sociale en fysieke functioneren (McCracken 1998; McCracken et al., 1999; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Eccleston & Bell, 2005). Desondanks proberen veel patiënten door te gaan met het onder controle houden en het verminderen van de pijn (Fordyce, 1976; McCracken, 1998). Tot op heden zijn er verscheidene cognitief therapeutische interventies ingezet voor chronische pijnpatiënten. Helaas hebben niet alle pijnpatiënten baat gehad bij deze interventies. (Veehof et al., 2011). Daarom zijn onderzoekers en behandelaars op zoek gegaan naar alternatieve interventies die zich meer richten op acceptatie. Acceptatie en Commitment Therapie is wat dat betreft een veel gebruikt methode.

Het doel van de Acceptatie en Commitment Therapie is het helpen van patiënten om de acceptatie van de pijn of de gedachten en gevoelens over de pijn, te verhogen (Johnston et al., 2010). Acceptatie is hier de bereidheid om pijn te ervaren zonder de poging deze te willen overheersen of onder controle te houden (Johnston et al., 2010). McCracken & Gutiérrez-Martínez (2011) geven aan dat ACT niet doelt op het verminderen of genezen van pijn of op het veranderen van frequentie of inhoud van de gedachten over de pijn. Integendeel, ACT richt zich op de pijn aan de hand van acceptatie en mindfulness methoden (McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011). Door middel van acceptatie methoden wordt vermijding tegengegaan waardoor de pijn niet steeds een groter plaats neemt in het leven van de patiënt en aan de hand van de mindfulness methoden wordt getracht ruimte te bieden voor waarden. Op deze manier krijgt de patiënt meer kracht en ruimte voor een waardevol leven. Dit wordt gedaan door het verhogen van de psychologische flexibiliteit, wat gedefinieerd kan worden als het vermogen om met het volle bewustzijn in het huidige moment te zijn en daarbij open te staan voor je ervaring en te handelen naar je waarden (Hayes et al., 2006).

## 1.2 Achtergrond van ACT

Gedragstherapie kan in drie generaties onderverdeeld worden: traditionele gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie (CGT) en de meer recente derde generatie gedragstherapieën (Hayes, 2004). Het verschil tussen de eerste, tweede en derde gedragstherapieën is dat de eerste gericht is op gedrag, de tweede op cognitie en gedrag (en het beïnvloeden ervan) en de derde op de functie en samenhang van psychologische verschijnselen (Hayes et al., 2006; McCracken 2005). Acceptatie en Commitment Therapie behoort tot derde generatie gedragstherapieën (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Het belangrijke verschil van de Acceptatie en Commitment Therapie met de Cognitieve Gedragstherapie, is dat ACT zich niet focust op de inhoud van de gedachten (en ook niet op het veranderen ervan) maar op de functie ervan (A-Tjak & de Groot, 2008; Segal, Teasdale & Williams, 2004).

Acceptatie en Commitment Therapie gaat over hoe mensen denken, voelen en ervaren in het leven (A-Tjak & de Groot, 2008). Het basisprincipe van ACT is dat emotionele pijn zoals angst, somberheid en onzekerheid eigen is aan het menselijk bestaan en op zichzelf geen uiting is van de onderliggende psychopathologische processen (A-Tjak & de Groot, 2008). Hierdoor neemt de Acceptatie en Commitment Therapie afstand van de visie dat voor elk lichamelijk of psychisch probleem/klacht een eenduidige reden aanwezig is (A-Tjak & de Groot, 2008). Het weghalen van deze reden zou het probleem oplossen of de klachten moeten verminderen want we streven allemaal naar geluk en een leven zonder emotionele pijn en problemen (A-Tjak & de Groot, 2008). Hiermee ontkent ACT niet dat ongebruikelijke en bizarre pathologische processen bestaan maar vult ACT het traditionele standpunt aan met de hypothese van destructieve normaliteit: *“het idee dat gewone menselijke psychologische processen zelf kunnen leiden tot extreem destructieve en disfunctionele resultaten en ongebruikelijke pathologische processen kunnen verergeren”* (Hayes, Strosahl & Wilson, 2006, p.22).

Acceptatie en Commitment Therapie is een gedragstherapie die stoelt op de Relational Frame Theory (RFT) en gebaseerd is op de onderliggende filosofie: Functionele Contextualisme (A-Tjak & de Groot, 2008). Relational Frame Theory richt zich op het verloop van denken en wat de invloed is van taal en denken op ons gedrag (A-Tjak, 2009). Volgens deze theorie worden door taal associaties en verbanden tussen en binnen gebeurtenissen gelegd (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Hayes, 2004). Deze associaties en verbanden worden vaak onbewust gelegd, wat betekent dat  $A=B$  voor ons ook  $B=A$  betekent. In dit onbewuste proces worden ook gevoelens en gedachten meegenomen waardoor een netwerk van betekenissen ontstaat (A-tjak, 2010). Echter, in dit netwerk schuilt het gevaar dat we bepaalde gedachten letterlijk kunnen overnemen en deze als een waarheid gaan zien. Dat kan ertoe leiden dat we kunnen reageren op gedachten en gevoelens alsof het ook werkelijke stimuli zijn (A-Tjak, 2009; A-tjak, 2010).

Het uitgangspunt van relationele frame theorie is functionele contextualisme en ook is Acceptatie en Commitment Therapie een uitwerking van deze filosofie (Hayes, 2004). Volgens het functionele contextualisme moet gedrag altijd in zijn context bestudeerd worden en is de functie van dat gedrag hierin belangrijk (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Hayes, 2004; A-Tjak, 2009).

Deze benadering heeft drie basispunten. Ten eerste betekent het dat de focus niet op de onderdelen van het gedrag moeten liggen maar op het interactieve geheel met daarbij de gevolgen van het gedrag en de voorafgaande gebeurtenissen aan het gedrag (Hayes & Gregg, 2000). Ten tweede behoort niet alleen de actuele context in beschouwing genomen te worden, dus niet het context waarin het gedrag zich op dat moment afspeelt, maar ook de historische context van de persoon zelf (Hayes en Gregg, 2000). Ten derde moet er niet gekeken worden naar de vorm en inhoud van het gedrag maar juist naar de functie en doel van dat gedrag (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; A-Tjak & de Groot, 2008; McCracken, 2005).

### 1.2.1 ACT: Hexaflex Model

Zoals in de naam al is aangegeven, bestaat de Acceptatie en Commitment Therapie uit twee belangrijke hoofdaspecten: acceptatie en commitment. Acceptatie is in paragraaf 1.1.2 uiteengezet. Bij commitment gaat het om de bereidheid een stap te doen naar het gedrag dat gekoppeld is aan bepaalde waarden. (Hayes et al., 2006; A-Tjak & de Groot, 2008). Deze twee hoofdaspecten zijn te splitsen in zes onderliggende processen, wat we ook wel de zes onderliggende processen van psychologische flexibiliteit kunnen noemen. Het belangrijkste doel van ACT is immers het vergroten van de psychologische flexibiliteit (Harris, 2009; Hayes et al., 2006; A-Tjak & de Groot, 2008; McCracken, 2005):

#### 1. **Contact met het hier en nu/Mindfulness**

**(vs. weinig contact met het nu):** Als een persoon zich bewust en oordeelvrij in het hier en nu bevindt zonder daarbij deze gevoelens/gedachten te willen veranderen wordt gesproken van het contact met het hier en nu. Contact maken met het huidige moment betekent dat diegene ook psychisch aanwezig is in dat moment en zich bewust verbindt en toelegt op wat er ook op dat moment gebeurt.

#### 2. **Cognitieve defusie (vs. Cognitieve Fusie):**

Cognitieve defusie is inzicht hebben dat de eigen gedachten en gevoelens niet altijd iets hoeven te zeggen

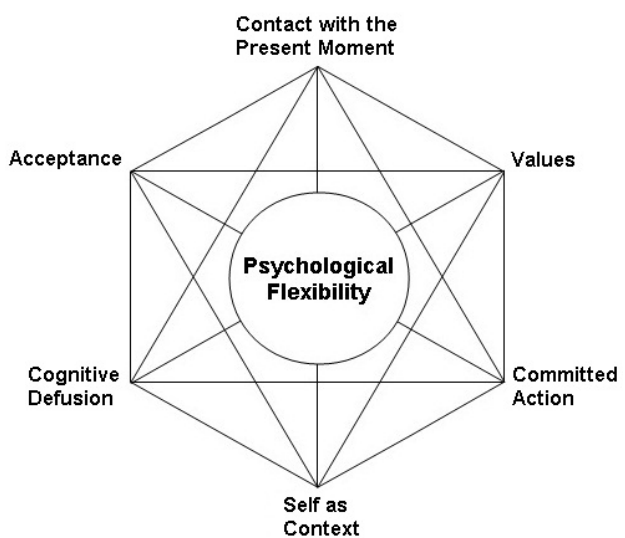
over wat werkelijkheid is. Cognitieve fusie is het proces waarin de gedachten over een gebeurtenis zodanig samensmelten met de gebeurtenis dat de gedachten aan de gebeurtenis al emoties kunnen oproepen. Deze gedachten worden dan als het ware als de waarheid gezien.

#### 3. **Acceptatie en bereidheid (vs. Experimentiële Vermijding):**

Wanneer een persoon bewust de negatieve gedachten en gevoelens in zijn/haar leven aanvaardt en bereid is om de controle erover los te laten, spreken we van acceptatie.

#### 4. **Zelf als context (vs. zelf als inhoud):**

Als een persoon een gebeurtenis vanuit eigen gedachten en gevoelens beoordeelt (zelf als inhoud, het denkende zelf) is het moeilijk om deze gebeurtenis



Figuur 1.2.1 - Het Hexaflex model: De zes kernprocessen van ACT

objectief te bekijken. Dit betekent dat de gebeurtenissen vanuit negatieve gedachten en negatieve gevoelens ook een negatief resultaat zullen opleveren. De problemen zijn immers niet de persoon. Als de persoon zichzelf als context van eigen omgeving ziet (het observerende zelf) en zichzelf niet identificeert met de gedachten die hij/zij over zichzelf heeft dan kan de persoon een stapje terug zetten en de gebeurtenis objectiever bekijken.

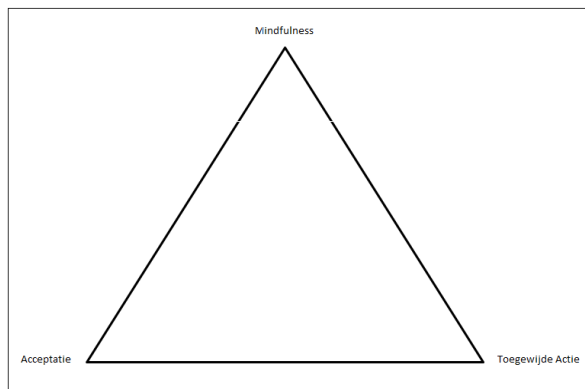
5. **Waarden (vs. geen/zwakke waarden):** Waarden geven richting aan het handelen en doen van een persoon bij het bereiken van doelen in het leven. Als een persoon geen waarden heeft of zwakke waarden heeft, kan deze persoon geen richting geven in het leven. Het duidelijk hebben van waarden is een belangrijke stap voor een zinvol leven.
6. **Toegewijde actie/commitment (vs. geen commitment):** Het ondernemen van doeltreffende actie die door de waarden worden geleid oftewel doen wat je moet doen om naar je waarden te leven, ook als dit tot pijn en ongemak kan leiden. Toegewijde actie is dus het daadwerkelijk uitvoeren van handelingen die passen bij de waarden.

Deze zes kernprocessen van de Acceptatie en Commitment Therapie moeten volgens Harris (2009) gezien worden als zes facetten van een diamant waarbij de diamant zelf de psychologische flexibiliteit is. Volgens Hayes, de grondlegger van ACT, is bij veel ziektes de psychologische inflexibiliteit een eerste aanleiding voor het menselijk lijden (Hayes et al., 2006), want dan staat de experiëntiële vermijding op de voorgrond. Deze experiëntiële vermijding van gedachten en gevoelens zorgt ervoor dat ‘de pijn’ wordt versterkt en daardoor zal deze pijn weer diezelfde vermijding oproepen (Hayes et al., 2006), wat leidt tot een neerwaartse spiraal. Deze neerwaartse spiraal heeft als resultaat dat de mogelijkheden wat betreft (oplossingsgerichte) gedrag verkleinen en psychologische inflexibiliteit ontstaat. Harris (2009) benoemt het doel van ACT als het krijgen van een rijk en zinvol leven terwijl de pijn die daar onvermijdelijk bij hoort wordt geaccepteerd. Harris (2009) noemt als technische doel van ACT het vergroten van de psychologische flexibiliteit.

### 1.2.2 ACT: Triflex Model

Volgens Harris (2009) kunnen de zes kernprocessen samen drie functionele eenheden vormen. Deze eenheden samen wordt het triflex model genoemd:

1. Cognitieve defusie en Acceptatie: Zowel cognitieve defusie als acceptatie gaat erover dat je je losmaakt van je gedachten en



Figuur 1.2.2 – Het Triflex Model: drie functionele eenheden

gevoelens, door ze te zien voor wat ze

echt zijn, er ruimte voor te maken en ze te laten komen en gaan. → JE OPENSTELLEN

2. Zelf als context en contact maken met het hier en nu: Hier gaat het om contact leggen met de verbale en non-verbale aspecten van je ervaring hier en nu. → AANWEZIG ZIJN

3. Waarden en toegewijde actie: Hierbij moet je doeltreffend gebruikmaken van taal om de dingen te doen die je leven verbeteren. → DOEN WAT ERTOE DOET

Volgens dit model is psychologische flexibiliteit het vermogen om aanwezig te zijn, je open te stellen en te doen wat ertoe doet. In de volgende paragraaf zal nader ingegaan worden op een van de belangrijkste processen van het hexaflex en het triflex model: de toegewijde actie.

### *1.2.3 Toegewijde actie*

Toegewijde actie is een onderliggend proces van ACT dat zich richt op de C van ACT: ervoor zorgen dat de patiënt acties onderneemt die gebaseerd zijn op waarden, en daarbij open staat voor de gewenste en ongewenste consequenties ervan (Hayes, Strosahl & Wilson, 2006). Toegewijde actie is een belangrijk onderliggend proces van de Acceptatie en Commitment Therapie omdat alleen in de context van een daadwerkelijke beweging richting waardevolle resultaten getest kan worden of bepaalde gedachten en gevoelens nuttig zijn (Hayes, Strosahl & Wilson, 2006). Hayes (2004) definieert het doel van committed action oftewel toegewijde actie binnen de Acceptatie en Commitment Therapie als volgt:

*“ACT involves learning a generalized strategy of moving forward toward valued ends, dissolving psychological barriers through defusion and acceptance and dissolving situational barriers through direct action” (Hayes, 2004, p. 657).*

Hayes (2004) geeft aan dat de commitment tijdens behandeling verstrekt kan worden door bijvoorbeeld patiënten specifieke doelen te laten formuleren, concrete commitments te laten vaststellen en met kleine stappen naar deze doelen te laten werken. Hayes, Masuda & Mey (2003) benoemen dat in de behandeling wat betreft toegewijde actie gewerkt kan worden met exposure, vaardigheden en commitment oefeningen. Toegewijde actie aan de hand van exposure betekent niet het afnemen van emotionele lijden zoals angst, maar betekent het zodanig ervaren van negatieve innerlijke ervaringen dat de patiënt er niet meer mee hoeft te worstelen (A-Tjak, 2010). Het gaat als het ware om een gedragsverbreding die tot doel heeft dat de patiënt bij een bepaalde gebeurtenis tot meerdere reactiemogelijkheden kan komen (A-Tjak, 2010). Toegewijde actie aan de hand van vaardigheden, zoals een vaardigheidstraining die sociale vaardigheden aanleert, betekent bijvoorbeeld dat een patiënt ontspanningsoefeningen meekrijgt waarbij het hoofddoel niet het ontspannen wordt maar het verbreden en behouden van sociale contacten (A-Tjak, 2010).

## 1.3 Onderzoeksvragen en Hypothesen

### **Onderzoeksvragen**

1. Hoe is de ontwikkeling van de psychologische flexibiliteit bij chronische pijn patiënten die de Acceptatie en Commitment Therapie krijgen bij het Roessingh Revalidatiecentrum?

2. Hoe is de ontwikkeling van de psychologische flexibiliteit op individueel niveau bij chronische pijn patiënten die de Acceptatie en Commitment Therapie krijgen bij het Roessingh Revalidatiecentrum?
3. Hoe is de ontwikkeling van de toegewijde actie bij chronische pijn patiënten die de Acceptatie en Commitment Therapie krijgen bij het Roessingh Revalidatiecentrum?
4. Hoe is de ontwikkeling van de toegewijde actie op individueel niveau bij chronische pijn patiënten die de Acceptatie en Commitment Therapie krijgen bij het Roessingh Revalidatiecentrum?
5. Hoe staat de ontwikkeling van toegewijde actie ten opzichte van de ontwikkeling van acceptatie bij chronische pijn patiënten die de Acceptatie en Commitment Therapie krijgen bij het Roessingh Revalidatiecentrum?

## Hypothesen

Zoals in de literatuur aan bod komt, heeft ACT als doel het verhogen van de psychologische flexibiliteit. De eerste hypothese luidt dan ook als volgt:

- *Hypothese 1: Acceptatie en Commitment Therapie zal wat betreft de ontwikkeling zorgen voor de toename van de psychologische flexibiliteit bij chronische pijn patiënten.*

Toegewijde actie is een van de zes processen van psychologische flexibiliteit waarvan wordt verwacht dat deze zal moeten toenemen na de *Acceptatie en Commitment Therapie*. Daarom is de hypothese als volgt geformuleerd:

- *Hypothese 2: Acceptatie en Commitment Therapie zal wat betreft de ontwikkeling zorgen voor de toename van de toegewijde actie bij chronische pijn patiënten.*

Zoals genoemd in het theoretisch kader, zijn acceptatie en toegewijde actie twee processen van ACT. Het belangrijkste verschil tussen acceptatie en toegewijde actie is dat bij commitment ook daadwerkelijk iets uitgevoerd moet worden. Zoals Harris (2009) met het triflex model uitlegt, kan er actie ondernomen worden nadat de gedachten en gevoelens worden aanvaard. Dus dat betekent dat er voor de toegewijde actie er eerst sprake moet zijn van acceptatie. Andersom, hoeft het niet zo te zijn dat voor het aanvaarden van bepaalde gedachten en gevoelens er sprake moet zijn van toegewijde actie. Hieruit voort komen de volgende twee hypothesen:

- *Hypothese 3: Acceptatie en Commitment Therapie zou kunnen leiden tot acceptatie, zonder dat er sprake hoeft te zijn van toegewijde actie.*
- *Hypothese 4: Acceptatie en Commitment Therapie zou niet kunnen leiden tot toegewijde actie, zonder dat er sprake is van acceptatie.*

## Hoofdstuk 2 – Methode

### 2.1 Roessingh en de Acceptatie en Commitment Therapie

Het Roessingh Revalidatiecentrum is een revalidatiecentrum waar chronische pijn patiënten worden behandeld. Sinds 2005 wordt in dit centrum als interventie de Acceptatie en Commitment Therapie gehanteerd. De chronische pijnpatiënten bij het Roessingh Revalidatiecentrum zijn daar terecht gekomen omdat ze geen genezing hebben ervaren bij de reguliere medische behandeling. De therapie voor de deelnemers aan dit onderzoek is in april 2012 gestart. De behandeling werd in groepen van 6 patiënten gegeven. De behandeling was multidisciplinair en bestond uit activiteiten en behandelingen zoals fysiotherapie, ergotherapie, zwemmen, psychologische behandeling, fitness en maatschappelijke werk behandelingen. De patiënten zaten in totaal 2,5 dag per week in behandeling en brachten de gehele dag door bij het Roessingh. In alle activiteiten en behandelingen kwamen ACT-processen aan bod maar de behandelingen waarin deze processen het meest aan bod kwamen waren de psychologische behandeling en de gesprekken met de maatschappelijke werker.

### 2.2 De patiënten

In totaal hadden zich 8 patiënten aangemeld om aan het onderzoek deel te nemen. Deze patiënten waren chronische pijnpatiënten van de pijnafdeling van het Roessingh. Een patiënt had zich voor de start van het onderzoek afgemeld en een ander patiënt is na de derde behandelweek gestopt. Uiteindelijk hebben in totaal 6 patiënten het onderzoek kunnen afronden. Meer informatie over de achtergrond van de patiënten die deelgenomen hebben aan het onderzoek, is te vinden in bijlage 2.

Tabel 2.2 - Gegevens patiënten

Patiënt	Leeftijd	Geslacht	Diagnose
1	33	V	724.2C Rugpijn: lumbago (specifiek – aspecifiek)
2	50	V	729.1D Fybromyalgie/myalgie niet gespecificeerd
3	34	M	Rugpijn: lumbago (specifiek – aspecifiek)
4	23	V	780.7D Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS) Benoemt tijdens het interview dat ze ook pijnklachten (fybromyalgie) heeft.
5	54	V	729.1D Fybromyalgie/ myalgie niet gespecificeerd
6	27	V	Whiplash (distorsie hals)

### 2.3 Ontwerp en dataverzameling

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Elke week zijn de patiënten geïnterviewd aan de hand van het interviewschema in bijlage 1. De patiënten zijn wekelijks face to face geïnterviewd en na de behandeling vond er een follow-up interview plaats. Deze interviews vonden plaats in het Roessingh Revalidatiecentrum. Het follow-up interview is vier weken na de behandeling telefonisch uitgevoerd. Vanwege feestdagen hebben de patiënten een vrije week gehad na de vijfde behandelweek en het vierde interview. Om ervoor te zorgen dat de patiënten niet belast werden was de duur van elke interview maximaal 30 minuten.

Het interview is semigestructureerd en is ontwikkeld aan de hand van verscheidene onderzoeken die verricht zijn door studenten van Universiteit Twente (Middelink, 2010; Paplowski 2011; Tammes, 2011; Weiss, 2012).

**Tabel 2.3a - Overzicht interviews**

<b>Periode</b>	<b>Dataverzameling</b>
Week 1 van de behandeling	Geen interview
Week 2 van de behandeling	1 <sup>e</sup> interview (zie eerste interview bijlage 1)
Week 3 van de behandeling	2 <sup>e</sup> interview (zie interview algemeen bijlage 1)
Week 4 van de behandeling	3 <sup>e</sup> interview (zie interview algemeen bijlage 1)
Week 5 van de behandeling	4 <sup>e</sup> interview (zie interview algemeen bijlage 1)
Week 6 van de behandeling	5 <sup>e</sup> interview (zie interview algemeen bijlage 1)
Week 7 van de behandeling	6 <sup>e</sup> interview (zie interview algemeen bijlage 1)
Week 8 van de behandeling	7 <sup>e</sup> interview (zie interview algemeen bijlage 1)
Min. 1 maand na de behandeling (afhankelijk van beschikbaarheid patiënten)	Telefonische follow-up interview (zie follow-up bijlage 1)

In elk interview werd patiënten gevraagd over hun ervaringen te vertellen door middel van een open hoofdvraag: “Wat heeft u de afgelopen week geleerd en ervaren?”. Vervolgens werd hierop doorgevraagd aan de hand van de volgende vragen:

1. *Kunt u een concreet voorbeeld geven?/Kunt u de situatie beschrijven?*
2. *Kunt u vertellen welke gedachten u daarbij had?*
3. *Kunt u vertellen welke gevoelens u daarbij had?*
4. *Wat maakte dat het belangrijk voor u was dat te doen/ niet te doen?*
5. *Wat maakt dat het wel/niet deed?*
6. *Kunt u aangeven in hoeverre het volgens u gelukt is het geleerde toe te passen?*

Aan de hand van de eerste vraag kan informatie verkregen worden over de situatie die de patiënt tijdens de behandeling heeft ervaren. De rest van de vragen vormen als het ware een doorvraag op deze situatie. Aan de hand van de tweede en derde vraag kan achterhaald worden in hoeverre de patiënt het geleerde uit die situatie heeft aanvaard. De vierde en vijfde vraag geven informatie over motivatie van de patiënt in deze situatie. Zo kan achterhaald worden of de patiënt naar waarden of interne/externe/sociale motivaties handelt. Door middel van de laatste vraag kan achterhaald worden in hoeverre de patiënt het geleerde uit deze situatie heeft kunnen toepassen. Het allereerste interview verschilt van de rest, omdat als eerste een kennismaking plaatsvindt voordat de kern van de hoofdvraag aan bod komt. Het interview van de laatste behandelweek verschilt van de rest omdat er na de hoofdvraag wordt gevraagd wat de patiënt van de interviews vindt. Het Follow Up interview wat een aantal weken na de behandeling heeft plaatsgevonden, richt zich naast de gebruikelijke hoofdvraag ook op een tweede hoofdvraag. Hiermee wordt gevraagd of beschreven kan worden hoe patiënt zijn/haar ontwikkeling tijdens de gehele behandeling vanaf de intake tot Follow Up heeft beleefd.



**Tabel 2.3b - Verdeling interviews**

Patiënt	Geïnterviewd door.	Interviews zijn uitschreven en gecodeerd door.
1	I.A.	I.A.
2	I.A.	H.L.
3	I.A.	I.A.
4	W.V.	W.V.
5	W.V.	W.V.
6	H.L.	H.L.

## 2.4 Data-analyse

Nadat alle interviews waren afgenomen zijn deze interviews letterlijk uitgeschreven. Hierna zijn de interviews gecodeerd aan de hand van twee stappen. Ten eerste is elke interview in situaties opgedeeld. De situatie is hierbij datgene wat de patiënt die week heeft geleerd of ervaren (zie hoofdvraag van het interviewschema in bijlage 1). Dit geleerde kreeg een titel. Vervolgens werd elke ‘geleerde’ oftewel situatie gecodeerd op drie subschalen: Acceptatie, Functie van Gedrag en Toepassing. De subschaal Acceptatie meet in hoeverre de patiënt de negatieve gebeurtenissen en ervaringen aanvaardt. De subschaal Functie van gedrag meet in hoeverre het gedrag van de patiënt wordt bepaald door interne motivaties (vervelende gedachten/gevoelens die vermeden willen worden), externe motivaties (motivaties niet gericht op waarden, zoals geld) of externe sociale motivaties (bijvoorbeeld het belangrijk vinden dat anderen je leuk vinden, sociaal wenselijk overkomen). De subschaal Toepassing meet in hoeverre de ervaring of de geleerde tijdens de therapie daadwerkelijk wordt toegepast. De scoring is gebeurd aan de hand van een driepuntschaal. Zie Tabel 2.4 voor het codeerschema die is gebruikt bij het coderen.

**Tabel 2.4 – Codeerschema**

Subschaal	Score	Beschrijving van score
Acceptatie	1	Het vermijden van pijn en andere negatieve ervaringen en daaraan gerelateerde gedachten en gevoelens staan centraal of bepaalt grotendeels hoe de revalidant zich gedraagt.
	2	Deels wordt pijn en negatieve ervaringen vermeden, deels is er acceptatie. Of er is een beetje acceptatie te zien van de pijn of andere negatieve ervaringen.
	3	Dat pijn en negatieve (private) ervaringen aanwezig zijn wordt volledig of grotendeels geaccepteerd.
Functie van gedrag	1	Het gedrag van de revalidant wordt volledig of grotendeels bepaald door externe/ interne en/of sociale motivatoren.
	2	De revalidant handelt deels vanuit externe/ interne en/of sociale motivatoren en deels vanuit zijn waarden. Of de revalidant handelt een beetje vanuit zijn persoonlijke waarden.
	3	De revalidant handelt volledig of grotendeels volgens zijn waarden/ volledig of grotendeels onafhankelijk van externe/interne en/of sociale motivatoren.
Toepassing	1	Het is niet gelukt om het geleerde toe te passen.
	2	Het lukt deels het geleerde toe te passen, deels zijn er nog aspecten van het geleerde die niet toegepast zijn. Of het is een beetje gelukt het geleerde toe te passen.
	3	Het lukt volledig of grotendeels het geleerde toe te passen.

In het theoretisch kader is aangegeven dat de onderliggende processen van de Acceptatie and Commitment Therapie, de psychologische flexibiliteit vormen. In dit onderzoek wordt de psychologische flexibiliteit gemeten aan de hand van subschalen Acceptatie, Functie van Gedrag en Toepassing die de onderliggende processen acceptatie, waarden en toegewijde actie vertegenwoordigen. In dit onderzoek vormt de gemiddelde score van deze drie subschalen samen de psychologische flexibiliteit.

In dit onderzoek wordt er daarnaast gefocust op toegewijde actie. Zoals in het hexaflex en triflex model aan bod komt is het toegewijde actie datgene wat gedaan wordt waarin sprake is van doeltreffende actie oftewel het doen wat zin heeft en waarin sprake is van waarde. Om meer te kunnen vertellen over toegewijde actie zal er gekeken worden in hoeverre de patiënt het geleerde toepast dat gebaseerd is op waarden. Dit wordt gedaan door te kijken naar de subschalen Functie van Gedrag en Toepassing. De belangrijkste voorwaarde voor toegewijde actie is dat de actie gebaseerd is op waarden. En wanneer deze op waarde gerichte actie daadwerkelijk wordt toegepast, kunnen we spreken van toegewijde actie. Dat betekent in dit onderzoek dat wanneer een situatie de hoogst mogelijke score (score: 3) haalt op de schalen Functie van Gedrag en Toepassing betekent dat de patiënt het geleerde dat volledig gebaseerd is op waarden, volledig heeft toegepast. Bij een hoogst mogelijk score is er sprake van een toegewijde actie. Wanneer een situatie op één van de twee schalen de laagst mogelijke score (score: 1) behaalt, is er geen sprake van een toegewijde actie. Bij een hoogst mogelijke score op Functie van Gedrag en laagst mogelijke score op Toepassing heeft patiënt wel iets geleerd dat gebaseerd is op waarden, maar is dit geleerde niet toegepast. Bij een hoogst mogelijke score op Toepassing en laagst mogelijke score op Functie van Gedrag heeft patiënt wel het geleerde volledig toegepast maar is dat geleerde niet gebaseerd op waarden. Wanneer een situatie op één van de twee schalen score 2 en op de andere schaal de hoogst mogelijke score behaalt betekent dat er gedeeltelijk sprake is van toegewijde actie. Als bij een situatie één van de twee schalen niet aanwezig is, betekent dat er geen uitspraak gedaan kan worden over toegewijde actie van die situatie.

De ontwikkeling van de subschalen Acceptatie, Functie van Gedrag en Toepassing is in het resultatenhoofdstuk weergegeven aan de hand van een grafiek (figuur 3.1b). De score van elke subschaal per week is berekend door de totale score van elke subschaal in die week te delen door het aantal situaties waarin die subschaal aan bod is gekomen. Bijvoorbeeld: in week x is subschaal Acceptatie in drie situaties aan bod gekomen met de scores 3,1,2. De gemiddelde score van Acceptatie in week x is  $(3+1+2)/3 = 2$ . In het resultatenhoofdstuk komen ook de gemiddelde scores van de psychologische flexibiliteit per patiënt of per week aan bod. De gemiddelde score van psychologische flexibiliteit is de gemiddelde score van de gemiddelde scores op alle subschalen. Bij gemiddelde scores per week zijn de gemiddelde scores van alle subschalen in die week meegenomen (figuur 3.1a en tabel 3.1) en bij de gemiddelde scores per patiënt zijn de gemiddelde scores van die patiënt gedurende gehele interview meegenomen (tabel 3.1).

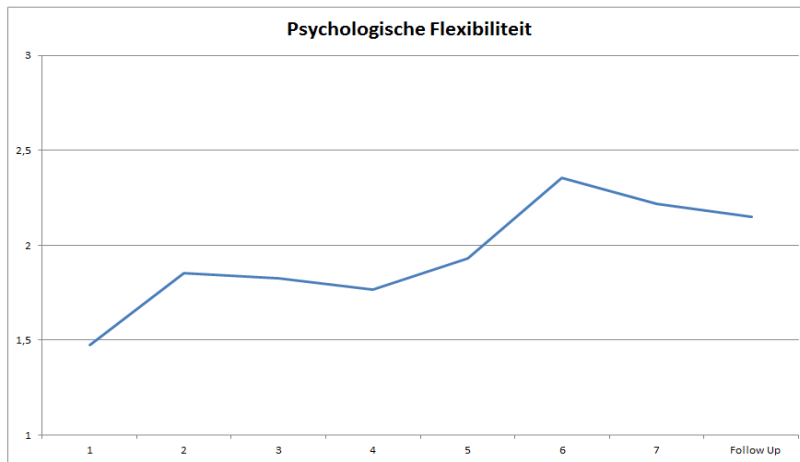
## 2.5 Interbeoordelaarbetrouwbaarheid

Om tot een consistente codeerwijze te komen hebben onderzoekers en begeleiders gezamenlijk een sessie ingepland waarin de van te voren gecodeerde voorbeeldinterviews zijn besproken. Aan de hand van deze bespreking hebben de onderzoekers afspraken gemaakt betreffende de scoring van de interviews. Om de interbeoordelaarbetrouwbaarheid te kunnen berekenen, hebben onderzoekers elk twee interviews gecodeerd en met elkaar uitgewisseld. Vervolgens is er gekeken naar de score die elke codeur per situatie en per subschaal heeft gegeven. De intercodeurbetrouwbaarheid is berekend aan de hand van deze scores. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid die uit de berekening is uitgekomen is als volgt:  $\kappa_{codeur3/codeur1} = 0,86$ ,  $\kappa_{codeur1/codeur2} = 0,70$  en  $\kappa_{codeur2/codeur3} = 0,58$ .

## Hoofdstuk 3 – Resultaten

### 3.1 Ontwikkeling Psychologische Flexibiliteit

De eerste onderzoeksvraag richt zicht op de ontwikkeling van de psychologische flexibiliteit bij chronische pijnpatiënten. Uit figuur 3.1a en tabel 3.1 is op te merken dat de gemiddelde psychologische flexibiliteit stijgt tussen week 1 en 2 en daarna licht daalt tot en met week 4. Vervolgens stijgt de gemiddelde psychologische flexibiliteit tot en met week 6. Vanaf week 6 daalt de psychologische flexibiliteit. Ondanks de daling vanaf week 6 is de gemiddelde psychologische flexibiliteit aan het eind van de therapie hoger dan aan het begin van de therapie.

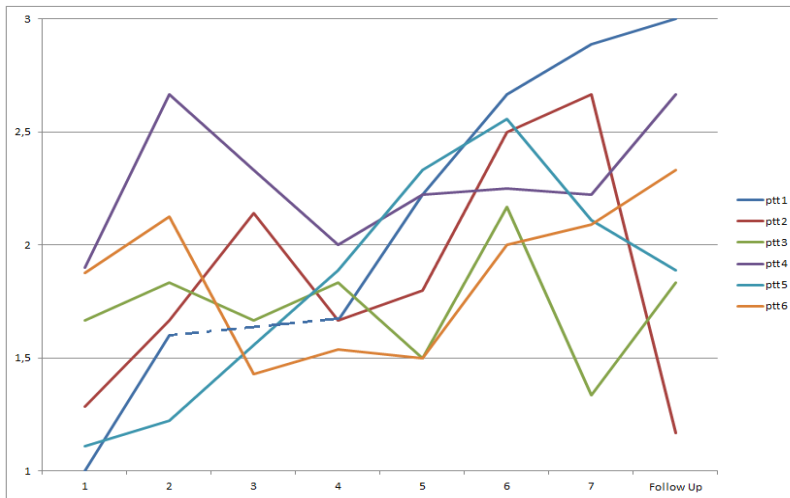


Figuur 3.1a - Gemiddelde Psychologische Flexibiliteit per week

Week	Gemiddelde score per patiënt						Gemiddelde Psy Flex per week
	Ptt1	Ptt2	Ptt3	Ptt4	Ptt5	Ptt6	
1	1	1,29	1,67	1,90	1,11	1,88	1,47
2	1,60	1,67	1,83	2,67	1,22	2,13	1,85
3	-	2,14	1,67	2,33	1,56	1,43	1,83
4	1,67	1,67	1,83	2	1,89	1,54	1,77
5	2,22	1,80	1,50	2,22	2,33	1,50	1,93
6	2,67	2,50	2,17	2,25	2,56	2	2,36
7	2,89	2,67	1,33	2,22	2,11	2,09	2,22
Follow Up	3	1,17	1,83	2,67	1,89	2,33	2,15
Gemiddelde Psy Flex per patiënt	2,15	1,88	1,73	2,28	1,83	1,86	

Tabel 3.1 – Gemiddelde Psychologische Flexibiliteit per week per patiënt

De tweede onderzoeksvraag focust zich meer op het individueel niveau wat betreft de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit bij chronische pijnpatiënten. Uit figuur 3.1b en tabel 3.1 is af te leiden dat alle patiënten tussen week 1 en 2 een toename vertonen wat betreft de psychologische flexibiliteit. Wat opvalt, is dat bij een aantal patiënten (patiënt 2, patiënt 4 en patiënt 6) ergens in het midden van de therapie opeens een afname plaatsvindt. Bij zowel patiënt 2 en patiënt 4 vindt de afname in week 4 plaats en bij patiënt 6 in week 3.



**Figuur 3.1b Psychologische Flexibiliteit per patiënt per week**

In week 4 ontdekt patiënt 2 naar eigen zeggen dat er echt iets aan de hand is met haar en dat ze zich hieraan moet aanpassen en haar hoge verwachtingen moet bijstellen. Dit heeft bij patiënt 2 tot een teleurstelling gezorgd waardoor ze laag heeft gescoord op de subschaal Acceptatie. In week 5 zien we vervolgens een geleidelijke toename. Patiënt 2 geeft in week 5 aan dat ze aan het leren is om op eigen tempo te herstellen en dit te accepteren.

Patiënt 4 toont in week 4 een lager psychologische flexibiliteit dan de weken ervoor en er na. Dit komt omdat patiënt 4 in week 4 de laagste scoremogelijkheid heeft op de subschaal Functie van Gedrag, oftewel het gedrag van patiënt 4 wordt in week 4 niet bepaald door een waarde. Hiervan is ook sprake in week 1. Zowel in week 1 als in week 4 komt de situatie aan bod waarin patiënt aangeeft dat ze bij bepaalde lichamelijke bewegingen toch eerder is gestopt omdat ze anders vermoeidheid en pijn zou ervaren. Dit is een interne motivatie die niet gebaseerd is op een waarde.

Bij patiënt 6 is er een daling in de psychologische flexibiliteit van week 3 tot en met week 5 waar te nemen. Uit de resultaten van de interviews blijkt dat patiënt 6 in week 3 last heeft van vermoeidheid. Hierop worden drie situaties besproken die patiënt 6 in die week heeft geleerd. Patiënt 6 geeft aan dat ze nogmaals ontdekt heeft dat ze de lat te hoog heeft gelegd voor haar zelf. Daarnaast vertelt patiënt 6 dat ze met haar vriend wil bespreken dat ze momenteel te veel op haar vork neemt en het anders zou willen hebben. Ook komt naar voren dat patiënt 6 meer stabiliteit wil ontwikkelen in haar heup en beter wil leren tillen. Deze punten hebben ervoor gezorgd dat patiënt 6 laag heeft gescoord op de subschaal Acceptatie omdat patiënt 6 moeite

heeft ervaren met deze situaties. Daarnaast komt uit het interview naar voren dat patiënt 6 niet het geleerde heeft kunnen toepassen. Dit heeft ertoe geleid dat patiënt 6 in week 3 een daling heeft vertoond wat betreft psychologische flexibiliteit. In week 4 en 5 blijft de psychologische flexibiliteit ongeveer op dezelfde lijn als in week 3, omdat patiënt 6 nog steeds moeite heeft met de situatie waarin ze haar vriend heeft moeten vertellen over de taakverdeling. Daarnaast ervaart patiënt 6 nog steeds moeite met de stabiliteit van haar heup. Ook vertelt patiënt 6 in week 4 dat ze eigenlijk heeft ontdekt dat het helemaal niet zo goed gaat met haar. Tot slot komt in week 5 naar voren dat patiënt 6 moeite heeft met hulp vragen aan anderen en ook moeite heeft met het uiten van haar gevoelens. In week 6 stijgt de psychologische flexibiliteit van patiënt 6. Patiënt 6 geeft aan dat ze heeft ervaren dat het goed gaat met haar en dat ze heeft geleerd complimentjes te geven aan anderen.

Bij patiënt 1 kan er geen uitspraak gemaakt worden over week 3 omdat we data missen. Na week 3 zien we bij deze patiënt een geleidelijke stijging. Bij patiënt 3 is er sprake van een patroon van up and downs. Bij patiënt 5 is er geen daling in het midden van de therapie maar pas in week 7 en tijdens het Follow Up.

Het is ook belangrijk om de situatie van de patiënten na hun afronding van de therapie in beeld te brengen. Hiervoor moet gekeken worden naar de scores van de Follow Up interviews. Bij patiënt 1, patiënt 3, patiënt 4, patiënt 5 en patiënt 6 is de psychologische flexibiliteit na de behandeling gestegen. Oftewel de psychologische flexibiliteit was tijdens het Follow Up hoger dan tijdens de eerste interviewweek. Bij patiënt 2 is de psychologische flexibiliteit gedaald. Met andere woorden, de psychologische flexibiliteit was tijdens Follow Up onderzoek lager dan tijdens de eerste behandelweek. Dit behoeft een verdieping in de ontwikkeling van de psychologische flexibiliteit bij deze patiënt. Patiënt 2 benoemt tijdens het Follow Up twee situaties. Ten eerste noemt patiënt 2 als situatie dat ze naar haar lichaam moet kijken bij het doen van de oefeningen.

- Heb je daar een concreet voorbeeld van of een situatie?  
Ja, ik heb al, euhm, oefeningen die fysieke oefeningen, de sportoefeningen zeg maar, die ik allemaal aangereikt heb gekregen, waar ik advies over heb gekregen om te doen heb ik allemaal trouw gedaan alle weken. Heel nauwkeurig opgevolgd en euhm, vorig week heb ik ook op een gegeven moment om dat anders op mijn eigen manier aan te pakken omdat ik ervaren heb dat ik alleen maar mij steeds slechter begon te voelen steeds meer pijn kreeg, steeds meer problemen kreeg. Ik doe het te heftig. Op de Roessingh is het dan een beetje het is goed om oefeningen te doen...maar kijken en luister naar je zelf. Maar ik heb eigenlijk, dat heb ik, dat voelde ik nog niet aan. **Dus ik heb euhm heel trouw de oefeningen allemaal gedaan en heb nu van dat is niet goed voor mij en moet gaan ingrijpen. (...)**

- Oke. Je geeft aan dat je wel bezig bent met de oefeningen maar euhm, in tussen tijd heb je beweeg mate en intensiteit..  
Ja, ik heb besloten om dat minder intens, minder vaak te doen, inderdaad. (...)

- Oke. Wat voor gevoelens had je daarbij?  
Ik denk aan frustratie. En euhm, een beetje van dat ik..ja. Hoe moet ik het zeggen. Dat ik mezelf beetje op de kop van eeh. **Ja nee, aan de ene kant ben ik blij dat ik het geprobeerd heb, en dat was mijn voornemen en motivatie, van ga maar gewoon door en doe wat je gezegd heeft.** En je hebt nu de kans om het door te doen en anders zou je weer opnieuw moeten beginnen om te ervaren wat het oplevert en aan de andere kant dacht ik van ja ik ben toch veel te ver gegaan aan mezelf voorbij gegaan. En dan de frustratie bij deze dingen eigenlijk.

- Wat maakt het voor belangrijk om het niet te doen. Dus om niet meer de oefeningen euh.. uit te voeren..  
Dat ik weet dat ze niet goed zijn voor mij op deze manier. Dat het niet de goede manier is voor mij. Dat maakt dat ik daar, dat ik dat nu zie ik het een beetje. Dat is wel gevolg van dat ik dus doorgezet heb eerst. Anders was ik daar nooit van zo overtuigd geweest. Dus op zicht is dat wel goed. Ik hoop alleen niet dat ik te veel beschadigd heb. Te veel.. euhm, teveel tijd nodig heb om te herstellen als dat mogelijk is. (...)

- Je geeft aan dus dat je bent gestopt om jezelf te beschermen, omdat toen wanneer je het deed dat je over je grenzen ging gaan.  
Nou op het moment dat ik dat deed, dat weet ik dus niet. Ik heb nooit euhm, kunnen sporten en bewegen omdat ik altijd overbelast werd gelijk en heel veel klachten kreeg en men altijd tegen mij zei van het is niet goed voor je, doe dat maar niet. **En nu dacht ik oke, ik heb er nu eenmaal mee begonnen en laat ik het, laat ik doorgaan en op een gegeven moment de pijn, de reactie, de klachten van .. zullen dan weggaan en krijg ik sterke spieren waardoor ik misschien weer uithoudingsvermogen krijg.**

- Oke. Kun je aangeven in hoeverre het gelukt is om de geleerde toe te passen.  
Eigenlijk heb ik dus.. werd er tegen mij gezegd op het Roessingh van ga .. **kijk goed naar jezelf, kijk wat jou grenzen zijn en uiteindelijk heb.. ben ik wel te ver gegaan denk ik maar uiteindelijk heb ik dus toch in kunnen grijpen met mijn eigen grens dus uiteindelijk toch pakte, ik ben alleen wel te ver gegaan maar dat beheert mij weer voor de volgende.. voor de toekomst dat ik alerter moet zijn.**

*Interview Follow Up situatie 1: Acceptatie 1, Functie van Gedrag 1, Toepassing 2*

Uit het verhaal blijkt dat er geen sprake is van psychologische flexibiliteit omdat patiënt 2 zich volledig focust op de signalen van haar lichaam. Ze streeft naar het verminderen van de pijn waarbij acceptatie geen rol speelt. Verder komt tijdens het Follow Up als situatie naar voren dat patiënt 2 moeite heeft met het accepteren van haar situatie.

- En dat ben je een beetje aan het aftasten?  
En daar ben ik mee in actie gegaan en daar ben ik .. mee bezig nu en ik ben dus nu ook buiten dat wat ik geleerd heb allemaal andere dingen te onderzoeken en te omzetten in actie zeg maar. Dus ik ben.. ik ben met dingen bezig om eeuuh, toch op een andere manier ja om op te knappen. Ik .. laat ik het zo zeggen van ik.. de ..het is de bedoeling dat ik accepteer dat het dat wat er is, dat er er is. Ik kan alleen niet accepteren dat dat betekent, het betekent alleen nu voor mij dat ik bijna niet in staat ben, dat mijn leven gewoon stil ligt, ondanks alles wat ik heb geleerd. Alles wat ik toepas heb ik toch geen, vind ik ..een waardevol leven, kan ik zo niet hebben. Daarom vind ik wel dat ik stappen moet ondernemen om dat wel voor elkaar zien te krijgen. Ik leg me daar in dat opzicht niet bij neer.

- Dus, je geeft aan van ja, dus de kwaliteit van leven volgens jou wat je hebt voor je zelf dat wil je omhoog hebben en niet neerleggen bij de situatie, waarin je nu aangeeft te zitten.

Nee, ik ben over bepaalde grenzen gegaan nu... **mijn kwaliteit, dit kan ik niet accepteren, hier kan ik niet mee leven zo, deze manier.(...)** Ik kan niet zeggen van .. men zegt tegen mij van leg je er bij neer en doe het daarmee. En eeuuh, terwijl ik dat zelf niet nu dat niet dat ver over de grens vindt gaan nu. Dat ik ook niet verder nodig is. Ik geloof dat er meer in zit

Interview Follow Up situatie 2: Acceptatie 1, Functie van Gedrag 1, Toepassing 1

Uit het verhaal blijkt dat er geen sprake is van psychologische flexibiliteit omdat patiënt 2 haar situatie niet kan accepteren. De volgende hypothese was opgesteld met betrekking tot de psychologische flexibiliteit:

- *Hypothese 1: Acceptatie en Commitment Therapie zal wat betreft de ontwikkeling zorgen voor de toename van de psychologische flexibiliteit bij chronische pijn patiënten.*

Aan de hand van de resultaten kan gesteld worden dat hypothese 1 aanvaard kan worden als het gaat om patiënt 1, patiënt 3, patiënt 4, patiënt 5 en patiënt 6. Echter kan deze hypothese niet aanvaard worden als het gaat om patiënt 2.

### 3.2 Ontwikkeling toegewijde actie

In paragraaf 2.4 is aangegeven dat we pas kunnen spreken van een situatie met (gedeeltelijke of volledig) toegewijde actie als het geleerde in de situatie (gedeeltelijk of volledig) gebaseerd is op waarden (subschaal Functie van gedrag score 2 of score 3) en als dit geleerde (gedeeltelijk of volledig) wordt toegepast (subschaal Toepassing score 2 of score 3).

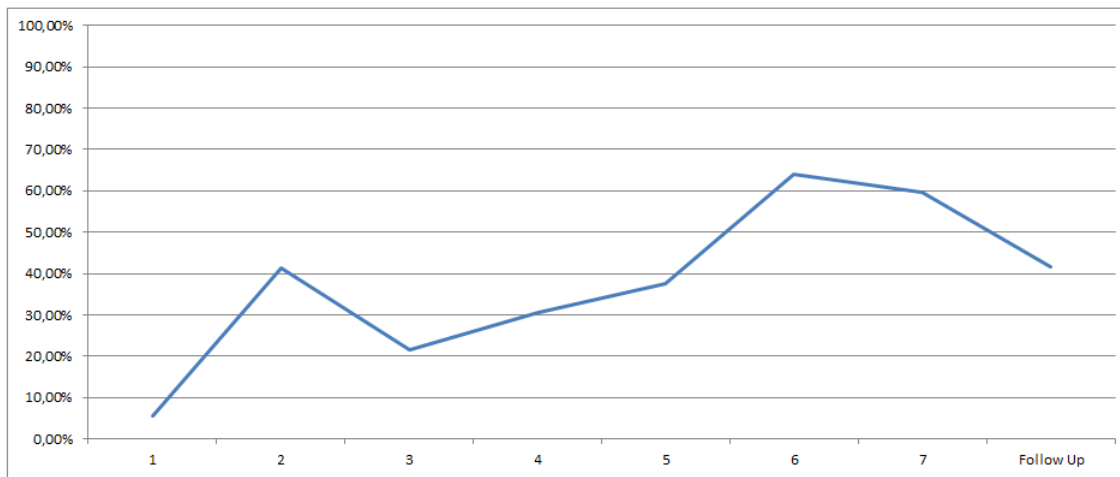
In tabel 3.2 is toegewijde actie per week en per patiënt weergegeven in percentages. Per patiënt is ten eerste het aantal situaties weergegeven. Vervolgens is binnen dit aantal situaties het aantal gecodeerde Functie van Gedrag weergegeven. Daarna is hieruit het aantal keer Functie van Gedrag met score 2 (gedeeltelijk sprake van waarde) of 3 (volledig sprake van waarde) weergegeven. Men kan alleen van een toegewijde actie spreken wanneer het gedeeltelijk of volledig op waarde gebaseerde situatie gedeeltelijk of volledig is toegepast. Daarom zijn, uit het aantal situaties dat de patiënt een score 2 of 3 behaalt op de subschaal Functie van Gedrag, de situaties meegenomen waarin de subschaal Toepassing ook een score 2 (gedeeltelijk sprake van toepassing) of 3 (volledig sprake van toepassing) heeft. Tot slot is het percentage van toegewijde actie berekend door te kijken naar het aantal keer dat een situatie gedeeltelijk of volledig is gebaseerd op waarde (Functie van Gedrag score 2 of score 3) die gedeeltelijk of volledig is toegepast (Toepassing score 2 of score 3) in vergelijking met het aantal situaties waarin Functie van Gedrag is gecodeerd.

Als voorbeeld nemen we patiënt 1 in week 4. Zie hiervoor de vetgedrukte cijfers in tabel 3.2. In deze week zijn er in totaal 2 situaties gecodeerd. Binnen deze situaties is de subschaal Functie van Gedrag ook gecodeerd. Alleen één van de twee situaties heeft op de subschaal Functie van Gedrag een score die hoger is dan 1. Van deze situatie heeft de subschaal Toepassing ook een score die hoger is dan 1. Dit betekent dat van de twee situaties waarin de Functie van Gedrag is gecodeerd er in één de subschalen Functie van Gedrag en Toepassing een score hebben dat hoger is dan 1. Dit is de helft. Dus toegewijde actie van patiënt 1 in week 4 is 50%.

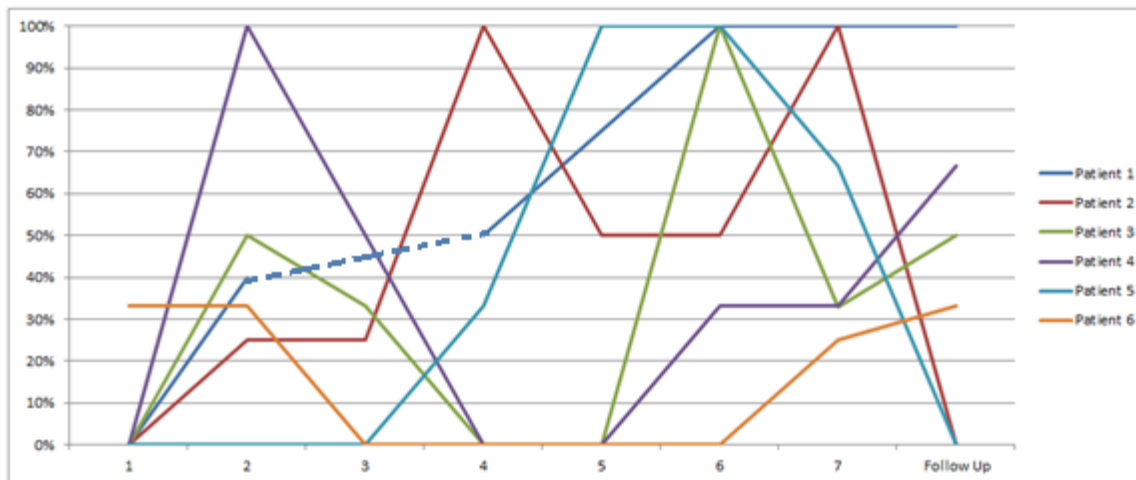
**Tabel 3.2 – Ontwikkeling toegewijde actie in percentages per patiënt per week**

Week	1	2	3	4	5	6	7	Follow Up
<b>Patiënt 1</b>								
Aantal situaties gecodeerd	2	5	-	2	3	2	3	2
Aantal situaties gecodeerd met FvG	2	5	-	2	3	2	3	2
Aantal situaties gecodeerd met FvG score 2 of 3	0	2	-	1	3	2	3	2
Aantal situaties gecodeerd met FvG score 2 of 3 en Toepassing 2 of 3	0	2	-	1	2	2	3	2
Percentage toegewijde actie	0%	40%	-	50%	75%	100%	100%	100%
<b>Patiënt 2</b>								
Aantal situaties gecodeerd	3	3	3	1	2	2	2	2
Aantal situaties gecodeerd met FvG	2	3	3	1	2	2	2	2
Aantal situaties gecodeerd met FvG score 2 of 3	0	2	3	1	1	1	2	0
Aantal situaties gecodeerd met FvG score 2 of 3 en Toepassing 2 of 3	0	1	1	1	1	1	2	0
Percentage toegewijde actie	0%	25%	25%	100%	50%	50%	100%	0%
<b>Patiënt 3</b>								
Aantal situaties gecodeerd	1	2	3	2	2	2	3	2
Aantal situaties gecodeerd met FvG	1	2	3	2	2	2	3	2
Aantal situaties gecodeerd met FvG score 2 of 3	0	1	1	0	0	2	2	1
Aantal situaties gecodeerd met FvG score 2 of 3 en Toepassing 2 of 3	0	1	1	0	0	2	1	1
Percentage toegewijde actie	0%	50%	33,33%	0%	0%	100%	33%	50%
<b>Patiënt 4</b>								
Aantal situaties gecodeerd	4	3	4	3	3	3	3	3
Aantal situaties gecodeerd met FvG	3	3	4	3	3	3	3	3
Aantal situaties gecodeerd met FvG score 2 of 3	0	3	2	0	0	1	1	2
Aantal situaties gecodeerd met FvG score 2 of 3 en Toepassing 2 of 3	0	3	2	0	0	1	1	2
Percentage toegewijde actie	0%	100%	50%	0%	0%	33,33%	33,33%	66,67%
<b>Patiënt 5</b>								
Aantal situaties gecodeerd	3	3	3	3	3	3	3	3
Aantal situaties gecodeerd met FvG	3	3	3	3	3	3	3	3
Aantal situaties gecodeerd met FvG score 2 of 3	0	0	0	1	3	3	2	2
Aantal situaties gecodeerd met FvG score 2 of 3 en Toepassing 2 of 3	0	0	0	1	3	3	2	0
Percentage toegewijde actie	0%	0%	0%	33,33%	100%	100%	66,67%	0%
<b>Patiënt 6</b>								
Aantal situaties gecodeerd	3	3	3	5	3	3	4	3
Aantal situaties gecodeerd met FvG	3	3	3	5	3	3	4	3
Aantal situaties gecodeerd met FvG score 2 of 3	2	2	1	1	0	0	1	1
Aantal situaties gecodeerd met FvG score 2 of 3 en Toepassing 2 of 3	1	1	0	0	0	0	1	1
Percentage toegewijde actie	33,33%	33,33%	0%	0%	0%	0%	25%	33,33%
<b>Gemiddelde</b>	<b>5,56%</b>	<b>41,39%</b>	<b>21,67%</b>	<b>30,56%</b>	<b>37,50%</b>	<b>63,88%</b>	<b>59,67%</b>	<b>41,67%</b>

De derde onderzoeksvraag van dit onderzoek heeft betrekking op de ontwikkeling van toegewijde actie bij chronische pijnpatiënten die de Acceptatie en Commitment Therapie krijgen bij het Roessingh Revalidatiecentrum. Uit figuur 3.2a en tabel 3.2 is op te merken dat de gemiddelde toegewijde actie stijgt tussen week 1 en 2 en daarna licht daalt tot en met week 3. Vervolgens stijgt de gemiddelde toegewijde actie tot en met week 6. Vanaf week 6 daalt de toegewijde actie. Ondanks de daling vanaf week 6 is de gemiddelde toegewijde actie aan het eind van de therapie hoger dan aan het begin van de therapie.



**Figuur 3.2a – Gemiddelde toegewijde actie in percentages per week**



**Figuur 3.2b – Gemiddelde toegewijde actie in percentages per patiënt per week**

De vierde onderzoeksvraag focust zich meer op het individueel niveau wat betreft de ontwikkeling van toegewijde actie bij chronische pijnpatiënten. Als we kijken naar figuur 3.2b valt op dat alle patiënten (behalve patiënt 6) tijdens de eerste week van het interview een toegewijde actie vertonen van 0%. Patiënt 6 vertoont in tegenstelling tot de anderen een toegewijde actie van 33.33%. Ze noemt drie situaties waarin in elke situatie de subschaal Functie



van Gedrag aan bod komt. Binnen deze drie situaties maakt patiënt 6 in totaal één situatie mee waarin ze naar waarden handelt. In het verloop van de behandeling daalt toegewijde actie van patiënt 6 tot 0% en stijgt deze weer vanaf week 7.

Tabel 3.2b laat zien dat patiënt 1, patiënt 3, en patiënt 4 tijdens het Follow Up een hoger toegewijde actie vertonen in vergelijking met de eerst interviewweek. Patiënt 2, patiënt 5 en patiënt 6 hebben dezelfde toegewijde actie tijdens het Follow Up in vergelijking met de eerste interviewweek. Wel hebben deze patiënten tijdens de gehele behandeling periodes van ups en periodes van downs als het gaat om de toegewijde actie.

Verder bereiken bijna alle patiënten (behalve patiënt 6) tijdens het onderzoek minimaal één keer een toegewijde actie van 100%. Ook vertonen alle patiënten tijdens het onderzoek minimaal één keer een toegewijde actie van 0%. De volgende hypothese was opgesteld met betrekking tot de toegewijde actie:

- *Hypothese 2: Acceptatie en Commitment Therapie zal wat betreft de ontwikkeling zorgen voor de toename van de toegewijde actie bij chronische pijn patiënten.*

Hypothese 2 kan in dit onderzoek worden aanvaard als het gaat om patiënt 1, patiënt 3 en patiënt 4. Echter kan deze hypothese niet aanvaard worden als het gaat om patiënt 2, patiënt 5 en patiënt 6.

### 3.3 Toegewijde actie en acceptatie

De laatste onderzoeksvraag heeft betrekking op hoe de ontwikkeling van de toegewijde actie staat ten opzichte van de ontwikkeling van acceptatie bij chronische pijn patiënten die de Acceptatie en Commitment Therapie krijgen bij het Roessingh Revalidatiecentrum. Hierbij zullen de gemiddelde scores op de subschalen van patiënt 1 en patiënt 6 vergeleken worden.

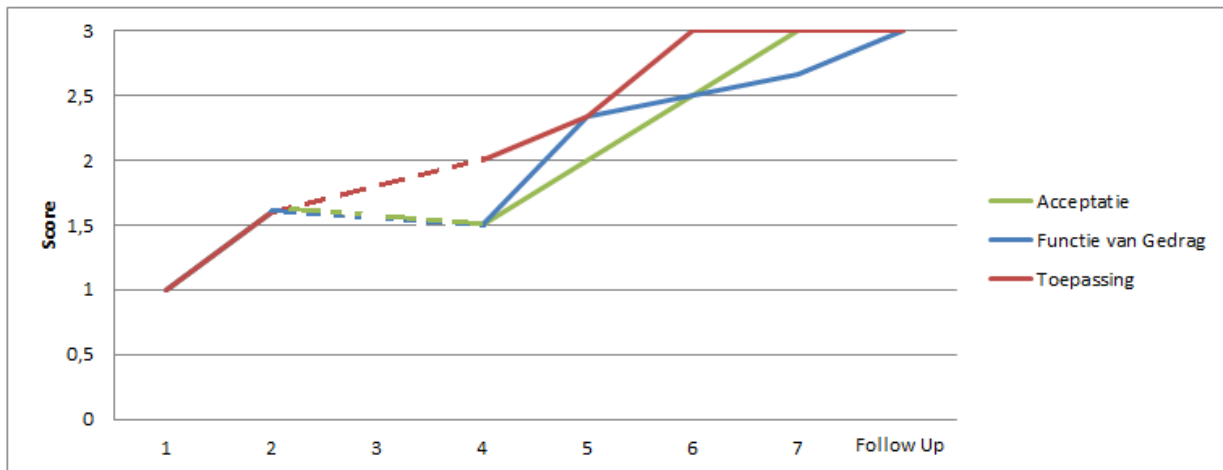
Deze keuze is gemaakt omdat patiënt 1 in vergelijking met de rest van de patiënten vaker volledige toegewijde actie van 100% heeft. Er is verder gekozen voor patiënt 6 omdat deze patiënt in tegenstelling tot de andere patiënten geen week heeft waarin toegewijde actie op 100% zit (zie tabel 3.3).

**Tabel 3.3 – Aantal weken met en zonder toegewijde actie per patiënt**

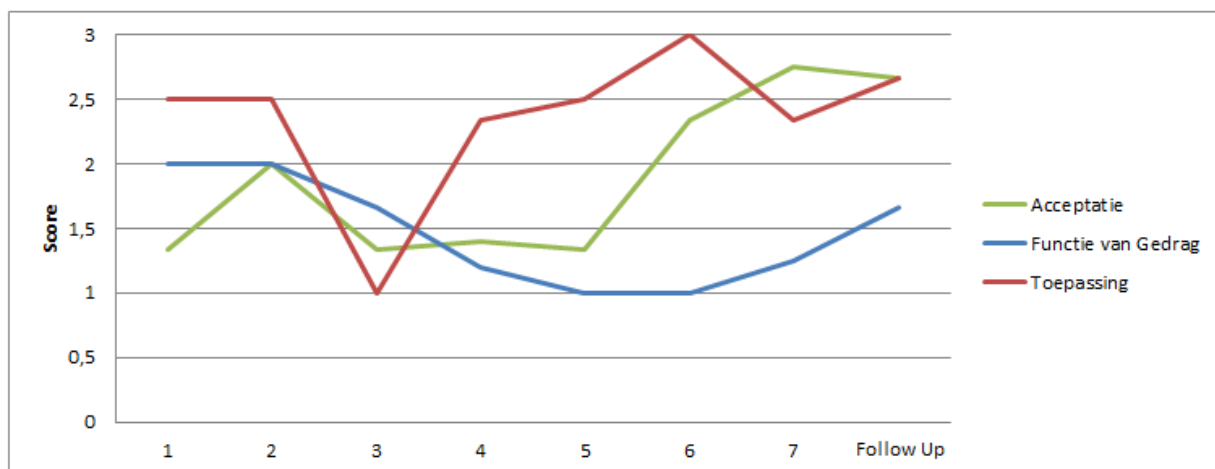
Patiënt	Totaal aantal weken toegewijde actie met percentage 0% van week 1 tot en met Follow Up	Totaal aantal weken toegewijde actie met volledige toegewijde actie (100%) van week 1 tot en met Follow Up	Totaal aantal weken toegewijde actie met percentage >0% van week 1 tot en met Follow Up
1	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
2	2	2	<b>6</b>
3	3	1	5
4	3	1	5
5	4	1	<b>4</b>
6	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>

Uit de gegevens van figuur 3.3a en 3.3b komt ten eerste naar voren dat de ontwikkeling van de subschaal Acceptatie bij patiënt 1 een geleidelijk stijgend beeld heeft, terwijl bij patiënt 6 deze niet geleidelijk stijgend is en een periode van crisis vertoont in week 3, 4 en 5. Echter hebben

beide patiënten tijdens het Follow Up wel een hoger gemiddelde eindscore in vergelijking met de eerste interviewweek.



**Figuur 3.3a - Gemiddelde scores op de subschalen Acceptatie, Functie van Gedrag en Toepassing per week bij Patiënt 1**



**Figuur 3.3b – Gemiddelde scores op de subschalen Acceptatie, Functie van Gedrag en Toepassing per week bij Patiënt 6**

Verder komt naar voren dat de ontwikkeling van de subschaal Functie van Gedrag bij patiënt 1 een geleidelijk stijgend beeld vertoont terwijl deze bij patiënt 6 een dalend beeld vertoont. De gemiddelde eindscore bij patiënt 1 is tijdens het Follow Up hoger in vergelijking met de eerste interviewweek terwijl de gemiddelde eindscore bij patiënt 6 tijdens het Follow Up lager is in vergelijking met de eerste interviewweek.

Daarnaast komt uit de gegevens naar voren dat de ontwikkeling van de subschaal Toepassing bij patiënt 1 een geleidelijke stijgend beeld vertoont terwijl de ontwikkeling van de subschaal Toepassing bij patiënt 6 bestaat uit periodes van ups en periodes van downs. Echter hebben beide patiënten tijdens het Follow Up wel een hoger gemiddelde eindscore in vergelijking met de eerste interviewweek.

Wat verder uit de resultaten blijkt, is dat de subschaal Acceptatie onafhankelijk kan opereren van de toegewijde actie. In figuur 3.3b zien we in week 3 dat er sprake is van acceptatie maar geen sprake van toegewijde actie omdat er geen sprake is van toepassing. In dezelfde figuur zien we in week 6, week 7 en Follow Up dat er sprake kan zijn van acceptatie en toepassing, maar is deze toepassing niet gebaseerd op waarden.

Verder komt uit de resultaten naar voren dat daar waar helemaal geen sprake is van acceptatie er ook geen sprake is van toegewijde actie. Week 1 van figuur 3.3a is daar een voorbeeld van. In die week is op geen situatie een hoger score dan 1 behaald wat betreft acceptatie. Dat betekent dat er bij geen situatie sprake was van acceptatie. Omdat er geen sprake is geweest van acceptatie, heeft de patiënt ook geen score behaald op toegewijde actie.

De volgende hypothesen waren opgesteld met betrekking tot de ontwikkeling van toegewijde actie ten opzichte van de ontwikkeling van acceptatie:

- *Hypothese 3: Acceptatie en Commitment Therapie zou kunnen leiden tot acceptatie, zonder dat er sprake hoeft te zijn van toegewijde actie.*
- *Hypothese 4: Acceptatie en Commitment Therapie zou niet kunnen leiden tot toegewijde actie, zonder dat er sprake is van acceptatie.*

Aan de hand van de resultaten kan gesteld worden dat zowel hypothese 3 als hypothese 4 aanvaard kunnen worden.

## Hoofdstuk 4 – Discussie

In dit onderzoek is ten eerste gekeken naar de ontwikkeling van de psychologische flexibiliteit bij chronische pijnpatiënten tijdens en na de Acceptatie en Commitment Therapie. Bijna alle patiënten hebben tijdens het Follow Up een hoger psychologische flexibiliteit in vergelijking met de eerste week van het onderzoek. Bij patiënt 2 is er tijdens het Follow Up sprake van een lager psychologische flexibiliteit in vergelijking met de eerste week van de behandeling. Verder blijkt uit de resultaten dat ACT niet bij elke patiënt dezelfde ontwikkeling toont als het gaat om de psychologische flexibiliteit. Kortom, ACT heeft invloed, maar elke patiënt toont daarin zijn eigen stijl van ontwikkeling.

In dit onderzoek is ook gekeken naar de ontwikkeling van de toegewijde actie bij chronische pijnpatiënten tijdens en na de Acceptatie en Commitment Therapie. Uit de resultaten blijkt dat de helft van de patiënten tijdens het Follow Up een hoger toegewijde actie heeft in vergelijking met de eerste interviewweek. De andere helft heeft dezelfde mate van toegewijde actie tijdens het Follow Up in vergelijking met de eerste behandelweek. Ook hier heeft elke patiënt zijn eigen stijl van ontwikkeling.

Tot slot is er in dit onderzoek de processen acceptatie en toegewijde actie tegen elkaar gezet door een vergelijking te maken tussen een patiënt met een hoge toegewijde actie en een patiënt met een lage toegewijde actie. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat een patiënt wel kan scoren op acceptatie zonder dat er sprake is van toegewijde actie. Andersom behaalt een patiënt zonder een score op acceptatie ook geen toegewijde actie. Dit betekent dus dat niet alle facetten van de diamant (Hariss, 2009) aanwezig hoeven te zijn bij een patiënt om te spreken over psychologische flexibiliteit, maar acceptatie wel een belangrijke voorwaarde is voor het verkrijgen van de toegewijde actie (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2006).

Uit dit onderzoek is gebleken dat ACT niet bij elke patiënt dezelfde gunstige ontwikkeling heeft gegeven als het gaat om de psychologische flexibiliteit. Dit is in tegenstelling tot het onderzoek van Weiss (2012) en Tammes (2011), waarin alle patiënten een toename hebben vertoond als het gaat om de psychologische flexibiliteit. Bij een aantal patiënten is er tijdens de ontwikkeling van de flexibiliteit sprake geweest van een crisisperiode tijdens de behandeling. Deze crisisperiode is ook in eerder onderzoek opgemerkt (Paplowski, 2011) en ondersteunt de volgende theorie van Erikson (1950; 1968): De persoonlijkheidsontwikkeling van een individu maakt crisissen en conflicten mee die Erikson als stappen ziet in de ontwikkeling (1950; 1968). Zo zijn een aantal patiënten tijdens de behandeling geconfronteerd met hun situatie en beperkingen waardoor ze in een crisisperiode zijn terechtgekomen. Maar na deze crisisperiode volgt er een periode van stijging, wat betekent dat de geconfronteerde situatie is verwerkt en er inzicht is verkregen. In dit onderzoek is niet bij elke patiënt deze crisisperiode aan bod geweest. Dit bevestigt nogmaals dat elke individu zijn eigen manier van ontwikkeling heeft en bij de behandeling hier altijd rekening gehouden moet worden.

Een belangrijk verschil van dit onderzoek in vergelijking met de soortgelijke studies (Middelink, 2010; Paplowski 2011; Tammes, 2011; Weiss, 2012) aan Universiteit Twente is dat er gefocust is op toegewijde actie. Toegewijde actie is gemeten aan de hand van de twee subschalen: Functie

van Gedrag en Toepassing. Daar waar de patiënt volledig of gedeeltelijk handelt op basis van waarden (score op Functie van Gedrag is 2 of 3) en daarbij deze handeling volledig of gedeeltelijk toepast (score op Toepassing is 3 of 3) spreekt men van toegewijde actie. In het onderzoek is aan bod gekomen dat er wel sprake kan zijn van acceptatie terwijl geen sprake is van toegewijde actie. Dit komt overeen met het feit dat ACT twee subdoelen heeft, namelijk acceptatie en commitment. Met andere woorden, het verlagen van vermijding en het verhogen van waardegericht handelen (Harris, 2009). Hayes, Strosahl, & Wilson (2006) noemen ook in hun boek dat bij gebrek aan aanvaarding toewijding moeilijk is. De resultaten van dit onderzoek ondersteunen deze uitspraken en vormen een bewijs dat de acceptatie een voorwaarde is voor toegewijde actie.

Dit onderzoek heeft zich gericht op de psychologische flexibiliteit. Verder is er gekeken hoe het onderliggende proces ‘toegewijde actie’ zich ontwikkeld heeft tijdens de Acceptatie en Commitment Therapie bij het Roessingh Revalidatiecentrum. Hierbij is er onder andere gekeken naar de verschillen tussen de eerste interviewweek en het Follow Up. Echter kunnen we de eerste interviewweek niet het moment noemen waarop de invloed van ACT psychologische flexibiliteit minimum is. Oftewel om de reden dat het eerste interview afgenomen is tijdens de tweede behandelweek, kunnen we niet spreken over een psychologische flexibiliteit voor de behandeling waarbij de patiënt nog niet in aanraking is gekomen met ACT. In het onderzoeksverslag van Tammes (2011) wordt uitgelegd waarom het eerste interview tijdens de tweede behandelweek is afgenomen. Een van de redenen is dat de interviews in de eerste week voor extra belasting zou zorgen. Dit argument is zeer rationeel. Echter een alternatief zou kunnen zijn het startmoment niet op de eerste of tweede week te nemen maar op het moment dat de patiënt nog niet in aanraking is gekomen met de Acceptatie en Commitment Therapie. Dit zou tijdens de intake of net voor de start van de behandeling kunnen zijn. Het interview dat aan bod komt behoort bijpassende vragen te hebben. Hierbij gaat het dan niet om wat de patiënt heeft ervaren tijdens de behandelweek maar tijdens het dagelijks leven met de klacht/stoornis/aandoening. Hier kan dan op doorgevraagd worden wat de gevoelens, gedachten, functie van gedrag et cetera zijn. Op deze manier kan de score van psychologische flexibiliteit bij een patiënt gemeten worden die nog niet in aanraking is gekomen met ACT. Dit zou een vollediger beeld geven als het gaat om de ontwikkeling van de psychologische flexibiliteit.

Een punt ter verbetering is het aantal oefensessies met het codeerschema. Tijdens een zitting hebben begeleiders en onderzoekers samen een aantal gecodeerde voorbeeldinterviews besproken. Gelijk hierna al hebben de onderzoekers een aantal interviews uit dit onderzoek met elkaar uitgewisseld en deze gecodeerd. Op basis hiervan is de interbeoordelaarbetrouwbaarheid berekend. Het zou beter zijn geweest als er na de eerste oefensessie, nog een sessie werd ingepland waarin onderzoekers samen gingen oefenen met het codeerschema en interviews. Op deze manier zouden de gemaakte afspraken en regels beter bediscussieerd en overlegd kunnen worden. Dit zou uiteindelijk ook leiden tot een hoger interbeoordelaarbetrouwbaarheid.

Een suggestie wat betreft vervolgonderzoek kan gegeven worden met betrekking tot de interviewdagen. In dit onderzoek werden de interviews over drie dagen verspreid: patiënt 1,

patiënt 2 en patiënt 3 hadden op de eerste behandeldag het interview, patiënt 4 en patiënt 5 op de tweede behandeldag en patiënt 6 op de derde behandeldag. Dit betekent dat ‘de afgelopen week heb ik ervaren’ voor de patiënt op de eerste behandeldag een ander tijdbestek is dan voor de patiënt op de derde behandeldag. Daarnaast zou de patiënt die het interview op de derde behandeldag krijgt ondertussen meer dingen hebben meegemaakt in vergelijking met de patiënt op de eerste behandeldag die deze dingen pas het eerst volgende interview aan bod kan brengen. Door zoveel mogelijk de interviews op dezelfde dagen te houden kan de betrouwbaarheid met betrekking tot de vergelijking tussen patiënten als het gaat om bepaalde weken verhoogd worden.

Een belangrijke aanbeveling is het houden van een follow up na een langere termijn. In dit onderzoek is het follow up vier weken na de behandeling gehouden. De vraag is of de resultaten anders zouden zijn wanneer er nog een follow up interview na drie maanden gehouden zal worden. Als we kijken naar de resultaten van patiënt 2 vragen we ons af wat haar psychologische flexibiliteit zou kunnen zijn als we haar over een langer termijn zouden interviewen. Dan zou ze immers meer tijd hebben gehad om het geleerde van de therapie te kunnen toepassen. Daarnaast zou ze zichzelf fysiek misschien meer in balans kunnen brengen, gezien ze tijdens de therapie erg overbelast is geraakt door de fysieke inspanning. Dit voorbeeld laat zien dat een tweede follow up na een termijn van minimaal drie maanden relevante informatie zou kunnen opleveren wat betreft de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit en de onderliggende processen van ACT.

Aan dit onderzoek hebben alleen de patiënten deelgenomen die aan het begin van de therapie hiervoor toestemming hebben gegeven. Hieruit rijst de vraag in hoeverre deze patiënten verschillen met de patiënten die niet mee wilden doen aan het onderzoek, als het gaat om de onderliggende processen van ACT. Het zou ten eerste van belang zijn om door te vragen waarom ze niet mee willen doen. Bijvoorbeeld een patiënt die aangeeft niet mee te willen doen vanwege belastbaarheid, toont hiermee eigenlijk al een soort vermijdingsgedrag. Deze patiënt wil niet meedoen om geen belastbaarheid te ervaren ondanks dat patiënt is ingelicht over het nut van het interview voor zichzelf. Hierin is duidelijk geen sprake van psychologische flexibiliteit. Een soort korte pre-intake (waarin motivatie van deelname/niet-deelname wordt doorgevraagd) met alle patiënten zou informatie kunnen opleveren over de verschillen tussen de patiënten die wel en niet meedoen aan het interview.

Tot slot zou het ook interessant zijn om een soortgelijk onderzoek uit te voeren waarin bij de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit ook wordt gekeken naar de verschillen in leeftijd. Zo zou een jonge patiënt in een heel ander levensfase de behandeling anders kunnen ervaren dan een senior. Dit niet alleen vanwege het mogelijke verschil in fysieke mogelijkheden of beperkingen maar ook vanwege de waarden die per levensfase anders kunnen zijn. Zo komen in de acht verschillende levensfasen van Erikson (1977) aan bod dat een mens in elke fase andere levenstaken, patronen en rollen heeft wat invloed heeft op de psychosociale ontwikkeling van de mens. Een onderzoek waarin de ACT resultaten van patiënten in de laatste drie fasen (vroeg

volwassenheid t/m late volwassenheid) van Erikson (1977) met elkaar worden vergeleken zal interessante informatie opleveren over de interactie tussen leeftijd en psychologische flexibiliteit.

Nogmaals bevestigd dit onderzoek dat ondanks de invloed van ACT op de ontwikkeling van de psychologische flexibiliteit en toegewijde actie, het belangrijk is dat de therapeut in de praktijk rekening moet houden met de individuele verschillen. Vooral bij interventies waarin het gaat om groepsbehandelingen zullen deze individuele verschillen aan bod komen. Verder ondersteunt dit onderzoek nogmaals dat het mogelijk is dat patiënten een crisisperiode kunnen doormaken na een aantal sessies of zelfs midden in de behandeling, omdat er dan een moment van bewustzijn ontstaat die hun gemoedstoestand in een keer bergafwaarts kan brengen. Hierna volgt een periode van herstel. Hierbij is het proces van acceptatie van belang, want juist dan moet ruimte en openheid komen voor dat wat de patiënt heeft ervaren.

Een ander belangrijke bevinding dat zeer relevant is voor de praktijk, is dat patiënten tijdens de behandeling het proces acceptatie, oftewel het open zijn voor negatieve gedachten en gevoelens en er ruimte aan geven, hebben kunnen bereiken zonder dat er gelijk een fase volgt waarin sprake is van toegewijde actie. Dit moet de therapeut niet het idee geven dat er geen sprake is van psychologische flexibiliteit omdat niet alle facetten van de diamant aan bod zijn geweest. Integendeel er is sprake van psychologische flexibiliteit. In hoeverre deze psychologische flexibiliteit aanwezig is en de stap naar toegewijde actie behaald moet worden, is afhankelijk van de individuele situatie van de patiënt. Het accepteren van een situatie die voor een patiënt praktisch gezien comfortabel is en verder geen waarde aanhecht is heel wat anders dan het accepteren van een situatie waarin sprake is van een waarde. Voor het tweede is het essentieel om ook de fase van toegewijde actie te bereiken.

Dit onderzoek vormt een klein deel van al het onderzoek die nog in dit werkveld verricht kan worden. De ervaring van de patiënt vormt hierin een belangrijke bron voor data. Dit niet alleen om hiermee de invloed van ACT te meten, maar ook om meer kwaliteit te winnen wat betreft onderzoekstechnieken die worden gebruikt om de invloed van ACT te meten.

## Literatuurlijst

- Aronoff, G.M. (1991). Chronic pain and the disability epidemic. *The Clinical Journal of Pain*, 7, 330–338.
- A-Tjak, J. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: hoe nieuw taalgebruik kan bijdragen aan een rijker leven. *Psychopraxis*, 11, 124-130.
- A-Tjak, J. (2010). ACT: Een nieuwe vorm van cognitieve gedragstherapie. *GZ-Psychologie*, 2(1), 10-13.
- A-Tjak, J, & de Groot, F (2008). *Acceptance & Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, & Gallacher, D. (2005). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287–333.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: W.W. Norton & Company.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, Youth, and crisis*. New York: W.W. Norton & Company.
- Erikson, E. H. (1977). *Toys and reasons*. New York: Norton.
- Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral Methods for Chronic pain and Illness*, CV Mosby and CO., St Louis, Missouri.
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: Raincoast Books.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Hayes, S.C., & Gregg, J. (2000). Functional contextualism and the self. In C. Muran (Red.), *Self-relations in the psychotherapy process* (pp.291-307). Washington DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)*, 2, 69-96.



- 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.
- Hayes, S.C. & Smith, S. (2006). *Uit je hoofd, in het leven. Een werkboek voor een waardevol leven met mindfulness en Acceptatie en Commitment Therapie*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment Therapy: An experiential approach to behaviour change*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2006). *ACT: een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 26, 393-402.
- 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.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74(1), 21-27.
- McCracken, L.M., Spertus, I.L., Janeck, A.S., Sinclair, D. & Wetzel, F.T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *Pain*, 80, 283-9.
- McCracken, L.M. (2005). *Contextual Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain*. IASP Press: Seattle.
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). What to do with chronic pain: acceptance versus coping. *Pain*, 105, 197-204.
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164-169.
- McCracken, L. M., Eccleston, C., & Bell, L. (2005). Clinical assessment of behavioral coping: results from a brief inventory. *European Journal of Pain*, 9, 69-78.

- McCracken, L.M., Gauntlett-Gilbert, J., & Vowles, K.E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive behavioral analyses of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*, 131, 63-39.
- McCracken, L.M. & Gutiérrez-Martinez, 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.
- 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.
- McCracken, L.M. Vowles, K.E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analyses and revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analyses of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour research and therapy*, 43, 1335-1346.
- McCracken, L.M., & Yang, S.Y. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. *Pain*, 123, 137-145.
- 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*.
- Ostelo, R.W.J.G., van Tulder, M.W., Vlaeyen, J.W.S., Linton, S.J., Morley, S.J. & Assendelft, W.J.J.(2005). Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1-25.
- 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.
- 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.
- Segal, Z. V., Teasdale, J.D., & Williams, J.M.G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy:

- theoretical rationale and empirical status. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and relationship*. New York: The Guilford Press.
- Summers, J.D., Rapoff, M.A., Varghese, G., Porter, K. & Palmer, R.E. (1991) Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain*, 58, 280–2.
- 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.
- Werkgroep Consensus Pijnrevalidatie (2003). Definitie pijnrevalidatie. Opgehaald op 5 September 2012 van <http://www.revalidatiegeneeskunde.nl/vereniging/werkgroepen/wpn>
- Tammes, M. (2011). Agency ontwikkeling tijdens een behandeling op basis van ACT bij chronische pijnrevalidanten. *Masterthese*.
- Turk, D.C., (1990). Customizing treatment for chronic pain patiënts: who, what, why? *The Clinical Journal of Pain*, 6, 255–270.
- Van Tulder, M. W., Koes, B. W., & Bouter, L. M. (1995). A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain* 62(2), 233-240.
- Veehof, M., Schreurs, K.M.G., Hulsbergen, M. & Bohlmeijer, E.T. (2010). *Leven met pijn. De kunst van het aanvaarden*. Amsterdam: Boom; 2010.
- Waddell, G., (1987). A new clinical model for the treatment of low-back pain, *Spine*, 12, 632–644.
- Weiss, L. (2012). The Development of Psychological Flexibility in Chronic Pain Patiënts during Acceptance and Commitment Therapy. *Master thesis*.

## Bijlage 1 – Het interview schema

### Eerste interview

#### Kennismaking en uitleg

Ik ben.... 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 patiënten 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 geen informatie over wat u hier verteld.

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.

**Vraag: Wilt u liever dat we u of jij zeggen?**

#### Patiënt leren kennen

Ik heb net een heleboel verteld. Kunt u mij iets over uzelf vertellen, zodat ik een indruk kan krijgen, wie u bent, **bijvoorbeeld uw leeftijd, uw aandoening, of u nog werkt en waar u werkt of gewerkt hebt etc.**

### Interviewschema algemeen

#### Introductie

Ik ben blij dat u er bent en wil graag beginnen.

#### Openingsvraag

Kunt u vertellen hoe het met u gaat?

*Deze vraag is vooral bedoeld om de patiënt te laten vertellen wat bij hem op dat moment speelt.*

Hoofdvraag:

*Ik 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?

*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.*

*Specifieke vragen om antwoorden op de hoofdvraag te krijgen:*

- A. Wat was nieuw voor u de afgelopen week?
- B. Wat is er gebeurd waar u na de behandeling aan terug zult denken?
- C. Wat was er anders afgelopen week in vergelijking met daarvoor?

*Aan de hand van wat revalidant een bepaalde dag gedaan heeft antwoorden genereren.*

*Indien een patiënt 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?”.*

Per situatie doorvragen. (bij voorkeur tenminste 3 situaties beschrijven)

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 was dat te doen/ niet te doen?

Wat maakt dat het wel/niet deed?

**Kunt u aangeven in hoeverre het volgens u gelukt is het geleerde toe te passen?**

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.

**Interview in 8e behandelweek**

Afsluiten

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**

### Inleiding:

Fijn u weer te spreken. De laatste keer is al wat langer geleden.

### Openingsvraag

Hoe gaat het nu met u?

### Hoofdvraag 1

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

### Hoofdvraag 2

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?

### Afsluiting

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 – Achtergrondinformatie patiënten**

### **Patiënt 1**

“ Ik ben 33 jaar. Ik heb in de kinderopvang gewerkt. Heb ik paar jaar geleden pas mijn diploma gehaald en na, ja, door de klachten moest ik daar dus mee stoppen, maar ik hoop wel dat ik dat weer kan gaan doen. Dat is iets wat ik erg leuk vond. Sinds kort woon ik samen in en we waren al 8 jaar bij elkaar, dus dat mocht wel eens een keer. (...)”

Klachten: “ Momenteel veel pijn in mijn rug en in mijn bovenbeen, in mijn rechter bovenbeen. De schouderbladeren ook, maar dat is pas later ontstaan.”

### **Patiënt 2**

“ Ik ben 50. (...)En heb al, als je het hebt over de lichamelijke toestand, dan heb ik eigenlijk, dan weet ik eigenlijk niet anders dan dat ik niet echt lekker lichamenlijk mij goed voel en de klachten zijn vanaf de pubertijd, eigenlijk vooral. Als kind voelde ik mij ook wel moe en dergelijk, maar de klachten heb ik eigenlijk al vanaf de pubertijd, zijn ze toegenomen. “

Klachten: “ Vermoeidheid en pijn, in grote lijnen is dat een beetje het probleem bij mij. Voeten, knieën, heupen. Nek. Ik denk dat dat zo'n beetje de pijnklachten in het bijzonder zijn. En dan door bepaalde dingen te moeten doen in het leven, zware dingen, zwaardere lichamenlijk arbeid en lange en zelfde houden, krijg ik nog wat andere klachten.”

### **Patiënt 3**

“Ik ben 38 jaar. (...) Ik heb heel hard gewerkt en veel onder die voetenwerk en dat breekt je rug ook van af blijkbaar en ik heb op de fouten manieren gedaan en dat werkt averechts. Ik ben een vader van een zoon van een. het belangrijkste in mijn leven is dat. ik ben getrouwd. net zo lang als mijn zoon leeft zeg maar, net een maandje voor dat die geboren werd ben ik getrouwd. Het plaatje van de familie is compleet in ieder geval. Ik heb een koophuis en een nieuwe auto. Ik heb twee hondjes wat ook heel belangrijk zijn voor ons. Ik heb heel veel dingen om voor te leven. Absoluut. Dat heb ik goed, nu nog alleen fatsoenlijk aan het werk komen.”

Klachten: “Ik heb pijn in de onderrug, twee onderrug versleten, dus de twee tussenwervels zijn helemaal leeggelopen. ik heb geen uitpuilingen. ik heb een lichte uitpuiling, dus ze gaan niet opereren, omdat ik ook te jong ben.”

### **Patiënt 4**

“ Ja. Nou, ik ben 23. (...) En ik heb de klachten al, even kijken hoor, zes en een half jaar geloof ik. Eigenlijk misschien wel eerder, maar..... (stille) Ja, ik deed een duale opleiding, en dat heb ik moeten stoppen, want het ging niet meer.“

Klachten: “ Nou het is begonnen met.. in mijn scheenbenen. Ik liep toen hard en dan werd het helemaal stijf en toen dachten ze dat het shin splint was. Ja dat is... nou en toen ben ik bij de fysio geweest. Toen werd het wel even wat minder, maar zo gauw ik weer iets ging doen, kreeg

ik weer last. En toen kreeg ik last van mijn enkels en mijn knieën en daarna mijn rug en mijn nek en mijn schouders en daarna mijn ellebogen en mijn handen. Dus daar is zeg maar tot aan nu langzaam aan wat bij gekomen en vermoeidheid is waar ik het meest last van heb en de laatste tijd ook concentratieproblemen en geheugenproblemen.”

### **Patiënt 5**

“Ik ben nu tien jaar bij huis, ik ben volledig afgekeurd. Ik heb pijnmedicatie waardoor het draagbaarder is geworden. Daar heb ik restpijnen van, maar daar heb ik zoiets van: ja, je kunt moeilijk helemaal plat met de medicijnen. Vermoeidheid is ook een belangrijke klacht sowieso, en de pijn.. ik heb in de loop van de jaren heb ik me daarvan leren af te sluiten, of ik ga tv kijken of ik ga lezen, ja ik probeer me ervan af te leiden.”

Klachten: “ Pijnklachten. Verkrampingen van spieren, in de handen, in de benen. Ik kan net mijn huishouden aan, dus... Hobby's heb ik eigenlijk niet.. ja lezen vind ik fijn, mja.. ja ze noemen het een hobby.”

### **Patiënt 6**

“Ja. Eehm, ik ben even aan het nadenken... 26. Ja. Eehm, ik werk officieel nog wel. Ben nu een beetje aan het opbouwen. Ik werk weer 4 uur, nu. Eehm. Het gaat wel prima. Ik hoop dat ik wel meer aan het werk kom, dat ik weer volle dagen kan maken en dat ik aan mij uren kom is fijn voor mijn werk.”

Klachten: “ En ik heb een whiplash. Dus, dat is waarom ik hier zit. (...) Het gaat nu eventjes wat minder. Ik heb last van mijn nek.”