



Master Thesis

De ontwikkeling van psychologische
flexibiliteit gedurende het
therapieproces van ACT bij chronische
pijnpatiënten

Harmke Petter

Universiteit Twente, Faculteit Gedragwetenschappen
Master Psychologie: Geestelijke Gezondheidsbevordering

Onder supervisie van:

Prof. Dr. K.M.G. Schreurs

Dr. G.J. Westerhof

Abstract

Objective. Acceptance and commitment therapy (ACT) is a third generation behavioral therapy and is proven to be effective in the treatment of patients with chronic pain. Chronic pain is an extensive social problem that has many consequences for the person suffering from it. The purpose of ACT is to enhance psychological flexibility, meaning that someone is fully conscious of the present moment and performs actions which are directed by his or her values. ACT is not geared towards pain control but valuable living with pain and limitations. Up to now, little is known about the underlying processes of the development of psychological flexibility during treatment.

Purpose. The purpose of this study is to analyze the underlying processes of psychological flexibility during a treatment based on ACT in a specialized rehabilitation center. The development of psychological flexibility is investigated and the emphasis lies on the development of values during the treatment.

Method. Four patients were interviewed weekly to get insight into their development. Two researchers coded the interviews and scores were being appointed to the amount of acceptance, values based action and application of what was learned.

Results. Based on this present research it becomes clear that the ACT treatment has a positive effect on psychological flexibility of the patients. The difference between the first week and the last week of treatment are significant. The differences between the measurements of the first week and the measurements six weeks after treatment are also significant. The underlying processes 'Acceptance', 'Values Based Action' and 'Application' also seem to increase during treatment for the majority of the patients. The development of each patient differs a lot from the other.

Conclusion. Present research gives us insight in the perception of the patients on their development during the treatment. Future research can address the individual characteristics and the cohesion with acceptance and values based action. These individual characteristics can be the age of the patients or processes in the group during treatment.

Samenvatting

Aanleiding: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is een derde generatie gedragstherapie en is effectief gebleken als behandeling van chronische pijnpatiënten. Chronische pijn is een omvangrijk maatschappelijk probleem en heeft veel gevolgen voor de persoon die eraan lijdt. Het doel van ACT is het vergroten van psychologische flexibiliteit, wat wil zeggen dat iemand met volledig bewustzijn in het huidige moment aanwezig is, en acties uitvoert die gestuurd zijn door zijn of haar waarden. Er is echter nog onvoldoende bekend over de onderliggende processen van de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit gedurende deze behandeling. **Doel:** Het doel van deze studie is het onderzoeken van de onderliggende processen van ACT bij een steekproef van vier chronische pijnpatiënten die een semiklinische behandeling volgen binnen een gespecialiseerd revalidatiecentrum. Er wordt gekeken naar de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit en de nadruk ligt hierbij op de ontwikkeling van waarden gedurende de behandeling. **Methode:** De pijnpatiënten zijn wekelijks geïnterviewd zodat de ontwikkeling van elke patiënt inzichtelijk werd. De interviews zijn gecodeerd door twee onderzoekers en er zijn scores toegekend op het gebied van acceptatie, functie van gedrag en toepassing van het geleerde. **Resultaten:** Op basis van huidig onderzoek wordt duidelijk dat de semiklinische behandeling gericht op ACT een positief effect heeft op de psychologische flexibiliteit van de onderzochte patiënten. De verschillen tussen de eerste en laatste behandelweek zijn significant. Ook zijn deze verschillen nog significant bij een meetmoment zes weken na de behandeling. De onderliggende processen 'Acceptatie', 'Waardegerichte actie' en 'toepassing' maken eveneens een groei door gedurende de behandeling voor een groot deel van de revalidanten. **Conclusie:** Huidig onderzoek geeft meer inzicht in de perceptie van de patiënt op de behandeling en hun ontwikkeling. Hoewel de onderzoeksopzet veel aanvullende informatie geeft, kent deze zijn beperkingen. Toekomstig onderzoek kan zich mogelijk richten op individuele kenmerken en de samenhang met acceptatie en waardegerichte actie. Deze individuele kenmerken zijn bijvoorbeeld de leeftijd van de revalidant of de groepsprocessen die spelen binnen een semiklinische groepsbehandeling.

Inhoud

| | |
|-----------------------------------|----|
| Abstract | 2 |
| Samenvatting..... | 3 |
| Introductie | 5 |
| 1. Inleiding | 6 |
| Chronische pijn | 6 |
| ACT..... | 7 |
| Psychologische flexibiliteit..... | 7 |
| Onderzoekstraditie | 10 |
| Onderzoeksvragen..... | 10 |
| Hypotheses..... | 10 |
| 2. Methode | 11 |
| 3. Resultaten..... | 15 |
| Psychologische flexibiliteit..... | 16 |
| Revalidant 1 | 17 |
| Revalidant 2 | 21 |
| Revalidant 3 | 25 |
| Revalidant 4 | 28 |
| Waarden | 31 |
| 4. Conclusie en Discussie | 35 |
| Beperkingen | 36 |
| Referenties | 40 |
| Bijlagen..... | 43 |

Introductie

Het huidige onderzoek biedt meer inzicht in de onderliggende processen van de effectiviteit van Acceptance and Commitment Therapy in de behandeling van chronische pijn. Chronische pijn is een veelvoorkomende conditie en is een omvangrijk gezondheidsprobleem met sociale en economische impact. Chronische pijn beïnvloedt de alledaagse activiteiten van patiënten en gaat vaak samen met depressieve symptomen. Ook kan chronische pijn zorgen voor negatief gekleurde interacties met anderen. Binnen de semiklinische behandeling van revalidatiecentrum het Roessingh (RRC) wordt Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ingezet binnen de multidisciplinaire behandeling. ACT is een derde generatie gedragstherapie die effectief is bevonden in de behandeling van chronische pijn. Het uitgangspunt van ACT is dat emotionele pijn inherent is aan het menselijk bestaan en het vermijden van deze pijn voor meer lijden zorgt. Het doel van ACT is het vergroten van psychologische flexibiliteit: de mogelijkheid om met volledig bewustzijn in het huidige moment aanwezig te zijn en acties uit te voeren die gestuurd zijn door onze waarden.

ACT wordt in meerdere studies effectief bevonden, echter is weinig bekend over de onderliggende processen die deze effectiviteit bepalen. In dit onderzoek zal de volgende vraag beantwoord worden: “In hoeverre is er een ontwikkeling te zien in de psychologische flexibiliteit bij chronische pijnpatiënten gedurende een semiklinische behandeling gericht op ACT?”. De onderliggende processen acceptatie, waardegerichte actie en toepassing van het gedrag zullen hierbij nader onderzocht worden.

De opbouw van deze scriptie is als volgt. Hoofdstuk 1 zal meer inzicht bieden in de achtergronden van chronische pijn en ACT. Vervolgens wordt de methode van onderzoek uitgelegd in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 worden de resultaten weergegeven en tot slot staat in hoofdstuk 4 de conclusie. Tevens worden er discussiepunten aangedragen en zullen aanbevelingen worden gedaan voor toekomstig onderzoek.

1. Inleiding

Chronische pijn is een veelvoorkomende conditie: het komt voor bij 19% van de Europese bevolking (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallachter, 2006) en is een omvangrijk gezondheidsprobleem met sociale en economische impact (Reid et al., 2011). Chronische pijn beïnvloedt de alledaagse activiteiten van patiënten, gaat vaak samen met depressieve symptomen en kan zorgen voor negatief gekleurde interacties met anderen (Reid et al., 2011).

Chronische pijn. Het International Association of Study of Pain geeft de volgende definitie van pijn: “An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage” (IASP, 1994). De DSM-IV (APA, 2000) beschrijft diagnostische criteria voor een pijnstoornis waarbij pijn op een of meerdere plaatsen in het lichaam centraal staat en aanzienlijk lijden in het dagelijks functioneren veroorzaakt. Pijn wordt als chronisch geclassificeerd wanneer deze langer dan drie maanden aanhoudt. Chronische pijn beïnvloedt enkele diverse alledaagse activiteiten van patiënten, waaronder huishoudelijke taken, slapen en het onderhouden van sociale relaties (Reid et al., 2011). Ook is er sprake van een verhoogd aantal symptomen van depressie in vergelijking met een gezonde doelgroep. 26% van de patiënten ervaart daarnaast invloed van pijn op hun beroepsleven. Mensen met chronische pijn streven naar klachtreductie, wat kan resulteren in een hoge zorgconsumptie. Chronische pijn is dan ook een conditie die maatschappelijk gezien veel kosten oplevert (Maniadakis & Gray, 2000). Psychische factoren spelen een belangrijke rol in het begin, de ernst of het voortduren van de pijn (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Angst kan mogelijk een rol spelen bij de subjectieve ervaring van chronische pijn (Van Cleef & Peters, 2006).

De natuurlijke reactie van een mens die pijn heeft, is het zo snel mogelijk te laten stoppen. Binnen het traditionele medische model wordt voor chronische pijn vaak geen waarneembare oorzaak gevonden, waardoor patiënten frequent wisselen van doktoren en behandelwijzen (Morlion et al., 2008). Ondernomen pogingen om pijn te vermijden leiden echter niet altijd tot vermindering van de pijn (Veehof, Schreurs, Hulsbergen & Bohlmeijer, 2010). Vermijding van pijn zorgt alleen op korte termijn voor vermindering van deze negatieve ervaring. Het verzet tegen de pijn kan het leven gaan beheersen en leidt iemand weg van een bevredigend en zinvol leven.

Een therapievorm die effectief is bevonden in de behandeling tegen chronische pijn is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). In deze studie worden de onderliggende processen van ACT nader onderzocht in een multidisciplinaire behandeling voor chronische pijnpatiënten.

ACT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is een derde generatie gedragstherapie, gebaseerd op inzichten uit de cognitieve therapie, gedragstherapie en mindfulness-based therapieën. Een derde generatie gedragstherapie richt zich niet op de inhoud van het denken of de vorm van het gedrag, maar op de context waarin dit voorkomt (A-Tjak & De Groot, 2008). Er is groeiende wetenschappelijke onderbouwing om de effectiviteit van ACT te ondersteunen. Meerdere studies hebben ACT effectief bevonden in de behandeling van chronische pijnpatiënten (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011). Een meta-analyse van Veehof, Oskam, Schreurs en Bohlmeijer (2011) laat zien dat ACT vergelijkbare resultaten boekt als cognitieve gedragstherapie en effectief is in de behandeling van chronische pijn.

Het uitgangspunt bij ACT is dat emotionele pijn inherent is aan het menselijke bestaan en op zichzelf geen teken is van psychopathologie (A-Tjak & De Groot, 2008). De poging emotionele pijn en pijnlijke ervaringen te vermijden zorgt paradoxaal voor meer lijden. Door het vermijden van chronische pijn, wordt de pijn behouden of verergerd (McCracken, 2007).

ACT richt zich vanuit de oorsprong op het behandelen van emotionele vermijding, de overmatige reactie op inhoud van gedachten en het onvermogen om betrokken keuzes te maken (Hayes & Wilson, 1994). Volgens Hayes et al. (2006) is de interactie tussen taal en cognitie en de invloed van deze processen op het gedrag een bron van psychopathologie. Het gedrag van iemand wordt geleid door de (vaak negatieve) gedachten die de persoon heeft, in plaats van waarden.

Er is nog onvoldoende onderzoek gedaan naar de onderliggende processen van de effectiviteit van ACT. Deze onderliggende processen worden in deze scriptie onderzocht en zullen eerst uitgelegd worden.

Psychologische flexibiliteit. Het doel van ACT is niet zozeer het verminderen van klachten, maar het vergroten van psychologische flexibiliteit. Volgens Harris (2009) en Hayes et al. (2006) bevat psychologische flexibiliteit de mogelijkheid om met volledig bewustzijn in het huidige moment aanwezig te zijn, en om acties uit te voeren die gestuurd zijn door onze waarden. Normale cognitieve processen zorgen ervoor dat iemand een negatieve emotie ervaart, waardoor iemand gedrag gaat vertonen om deze emoties te vermijden. Blackledge en Hayes (2001) zien ACT als een therapievorm die niet gedachten van een persoon verandert, maar waar iemand de problematische gedachten gaat ervaren en toch zijn leven zodanig invult dat deze voor hem waardevol is. Het verminderen van de cognitieve fusie (het teveel gericht zijn op negatieve gedachten) zal zorgen voor een beweging richting een waardevol leven.

Psychologische flexibiliteit bestaat van oorsprong uit zes kernprocessen: acceptatie, cognitieve defusie, aanwezig zijn in het moment, zelf als context, waarden en betrokken actie (uitgebreide

uitleg in: Hayes et al. 2006). Deze processen kunnen volgens Hayes et al. (2006) samengevoegd worden tot twee hoofdprocessen: acceptatie en waardegerichte actie. De processen acceptatie, cognitieve defusie, aanwezig zijn in het huidige moment en zelf als context kunnen geschaard worden onder de noemer 'mindfulness en acceptatie'. Aanwezig zijn het huidige moment, zelf als context, waarden en toegewijde actie kunnen onder de noemer 'toewijding en gedragsverandering' verzameld worden.

Volgens Harris (2009) bestaat psychologische flexibiliteit uit drie kernprocessen; acceptatie van wat buiten persoonlijke controle ligt, mindfulness en waardegerichte actie. In de interviews was het naast acceptatie en waardegerichte actie belangrijk na te gaan in hoeverre deze ACT principes toegepast worden in het dagelijks leven door de revalidanten. Daarom is ervoor gekozen het proces mindfulness te vervangen voor 'toepassing in dagelijks leven'. De drie kernprocessen 'acceptatie', 'waardegerichte actie', en 'toepassing' worden in dit onderzoek gebruikt om de psychologische flexibiliteit te operationaliseren en de ontwikkeling ervan te onderzoeken. De enkele kernprocessen worden uitgebreid onderzocht, daarom zullen deze nader toegelicht worden omdat deze de basis vormen voor het huidige onderzoek.

Het eerste kernproces, acceptatie, is het verwelkomen van gedachten, emoties en andere ervaringen van het huidige moment (Harris, 2009). Acceptatie kan worden gezien als een effectieve strategie om pijn te reguleren en zelfs te verminderen (Braams, Blechert, Boden & Gross, 2012). Het accepteren van pijn kan een verandering teweeg brengen in de kwaliteit van leven van de patiënt (McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004; Viane, Poppe, Crombez & Devulder, 2004). Ook hebben strategieën gericht op acceptatie positief effect op depressieve symptomen (Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011).

Het tweede kernproces van psychologische flexibiliteit is het ondernemen van waardegerichte acties. Een waarde kan worden gezien als een omschrijving van hoe wij ons willen gedragen op langdurige basis (Harris, 2009) en helpt het individu te leven volgens waar hij het meest om geeft (Hayes et al. 2009). Een andere betekenis van waarden wordt beschreven door Dahl, Plumb, Stewart & Lundgren (2009) als gekozen concepten die een gevoel van betekenis geven en die gedrag coördineren over een langere tijd.

Binnen ACT worden waarden gebruikt om cliënten te helpen richting te selecteren in hun leven. Deze richting moet samenhangen met wat de cliënt belangrijk vindt en zorgt voor doelen die de richting ondersteunen (Dahl et al., 2009). Wanneer het gaat om waardegerichte actie is er een verschil tussen intrinsieke en extrinsieke bekrachtiging (Dahl et al. 2009). Wanneer men voornamelijk extrinsiek gemotiveerd is, door geld of status, staan belangrijke waarden vaak op de achtergrond. Bij intrinsieke bekrachtiging komt de bekrachtiging van de activiteit waar iemand

mee bezig is en die iemand belangrijk vindt om te doen; de waarden van de persoon zijn in deze sturend. Dahl et al. (2009) stellen dat een waarde een aspect is van het leven dat beïnvloed wordt door geconditioneerde bekrachtigers. Deze bekrachtiger kan enerzijds primair zijn, zoals voedsel, drank, seks en slaap. Een secundaire bekrachtiger verkrijgt zijn kracht door processen van conditionering en associaties met primaire bekrachtigers. Voorbeelden van secundaire bekrachtigers zijn; geld, aandacht of waardering. Secundaire motivatie en extrinsieke motivatie komen overeen, omdat ze beide hun kracht verkrijgen door processen van conditionering.

De waarden die iemand ontwikkelt kan men onderscheiden volgens verschillende levensgebieden; werk en opleiding, vrije tijd, relaties, gezondheid en persoonlijke groei (Veehof et al., 2010). Gekozen waarden maken de weg vrij voor iemand om een meer consistent en vitaal leven te leiden (Hayes et al., 2006). Het is daarom belangrijk dat deze processen gedurende de behandeling onderzocht worden om meer inzicht te krijgen in hoe de ontwikkeling van de waarden verloopt.

De twee kernprocessen, acceptatie en waardgerichte actie zijn onderzocht en er is een positieve verandering waargenomen op deze variabelen binnen de behandeling van ACT bij patiënten met chronische pijn (Vowles & McCracken, 2008). Het kiezen van een waarde en acties uitvoeren aansluitend op deze waarde, zorgt voor een groter 'uithoudingsvermogen' in het licht van pijn (Branstetter-Rost, Cushing & Douleh, 2009). Het is daardoor belangrijk dat patiënten door middel van ACT hun waarden ontdekken. Het ontdekken van waarden binnen ACT zorgt voor een aantal processen; het helpt de cliënt te omschrijven wat belangrijk is voor hem, het creëert een gevoel van bedoeling en het zorgt voor een framework voor specifieke doelen op korte- en lange termijn (Dahl et al., 2009). Daarnaast zorgt het voor een context waarin een cliënt meer openstaat voor nare gevoelens en gedachten terwijl hij in een richting met waarden leeft. Het helpt de cliënt eveneens zich meer bewust te zijn van de bekrachtende kenmerken van zijn gedrag. Huidig onderzoek zal door middel van exploratie meer zicht krijgen op de ontwikkeling van waarden bij de revalidanten gedurende de behandeling. Ook wordt er op kwantitatieve wijze onderzocht in hoeverre er een stijging is op het gebied van waardegerichte acties.

Een derde kernproces van psychologische flexibiliteit is de toepassing van toegewijde actie in eigen levensgebied, de keuze van de cliënt om een bepaalde actie te kiezen om vervolgens uit te voeren (Hayes & Wilson, 1994). Vanuit de therapie wordt de cliënt gemotiveerd acties uit te voeren, zowel binnen als buiten de context van de therapie. Dit kernproces kan gezien worden als de daadwerkelijke toepassing van geleerde principes en vormt naast acceptatie en waardegerichte actie de constructen die in dit onderzoek nader onderzocht worden. Deze drie processen staan centraal in het huidige onderzoek, de ontwikkeling ervan gedurende een semiklinische

behandeling zal in dit onderzoek uitvoerig beschreven worden. Dit om ook een idee te krijgen van factoren die mogelijk invloed kunnen hebben op deze ontwikkeling.

Onderzoekstraditie. Dit onderzoek vormt het sluitstuk van een meerdere jaren bestaande onderzoekstraditie, waarin de onderliggende processen ACT onderzocht is. Eerdere studies (Weiss, 2011; Visscher, 2012) hebben aangetoond dat de principes van ACT zorgen voor een verandering in psychologische flexibiliteit, en dat patiënten baat hebben bij deze vorm van therapie. Elementen uit de onderzoeksmethode van deze auteurs zijn gerepliceerd om de onderzoekstraditie zo compleet mogelijk te maken. Zo wordt gebruik gemaakt van de subjectieve beleving van de patiënt als bron van informatie over de ontwikkeling gedurende de behandeling. Vanuit het narratieve perspectief, is therapie een ervaring waarin iemand een betekenis verleent vanuit 'life events' en deze integreert in zijn levensverhaal (Adler & McAdams, 2007). Door therapie in verhaalvorm te uiten, helpt het de patiënt zijn proces te begrijpen en zorgt het voor behoud van het succes van de therapie. De huidige onderzoeksmethode is het interview, hierdoor kunnen enkele onderzoeksvragen opgesteld worden.

Onderzoeksvragen.

- ⊗ In hoeverre is er een ontwikkeling te zien in de psychologische flexibiliteit en zijn onderliggende processen bij chronische pijnpatiënten gedurende een semiklinische behandeling gericht op ACT?
- ⊗ In hoeverre is er tijdens het therapieproces sprake van verandering op het gebied van acceptatie bij chronische pijnpatiënten?
- ⊗ In hoeverre is er tijdens het therapieproces sprake van verandering op het gebied van waardegerichte actie bij chronische pijnpatiënten?
- ⊗ In hoeverre past de chronische pijnpatiënt het geleerde uit de therapie toe in het dagelijks leven?

Naast deze onderzoeksvragen wordt op exploratieve wijze onderzocht hoe deze veranderingen eruit zien per revalidant. Ook wordt er aandacht besteed aan de ontwikkeling van waarden van de revalidanten. In hoeverre is er sprake van een inhoudelijke verandering op het gebied van deze genoemde waarden? Is er mogelijk een verband tussen de genoemde waarden en de verandering op het gebied van psychologische flexibiliteit?

Hypotheses. Gebaseerd op de wetenschappelijke inzichten die uiteengezet zijn, worden enkele hypothesen opgesteld. Allereerst zal er sprake zijn van een stijging van de psychologische flexibiliteit. De verwachting is dat er een stijging waar te nemen is, geldend voor al deze drie processen: acceptatie, waardegerichte actie en toepassing. Er zal sprake zijn van een hogere score

per deelgebied in de laatste meting zes weken na de behandeling ten opzichte van de eerste meting in de tweede behandelweek.

Verwacht wordt daarbij dat voor elk individuele revalidant deze ontwikkeling verschillend zal verlopen. Deze ontwikkeling zal uitgebreid worden beschreven. De ontwikkeling van de waarden zal op exploratieve wijze onderzocht worden, derhalve zijn er op dit gebied geen hypothesen opgesteld.

2. Methode

Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit is gekozen voor een kwalitatieve vorm van onderzoek.

Participanten

Er zijn zes chronische pijn patiënten benaderd die een acht weken durende semiklinische behandeling volgden bij het Roessingh Revalidatiecentrum (RRC). De onderzoeksmethode is op een kwalitatieve basis uitgevoerd. Een gehele groep van zes revalidanten die de semiklinische behandeling gestart was, is benaderd om mee te werken aan dit onderzoek. De gehele groep heeft in eerste instantie toegezegd mee te werken. Vervolgens zijn twee revalidanten afgehaakt wegens overbelasting, de een voorafgaand aan de interviews, de ander na afname van een enkel interview. Deze twee revalidanten zijn niet meegenomen in dit onderzoek. Uiteindelijk hebben vier patiënten van de oorspronkelijke onderzoeksgroep de wekelijkse interviews voltooid.

De vier participanten zijn allen van Nederlandse afkomst. De revalidanten zijn tussen de 19 en 48 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 36,75 (standaarddeviatie: 13,35), en hebben een variëteit aan pijnklachten.

Tabel 1: kenmerken van de patiënten

| Patiënt | Geslacht | Leeftijd | Klachten |
|---------|----------|----------|----------------------------|
| 1. | M | 46 | Carpaal tunnel syndroom |
| 2. | V | 19 | Afwijking aan rug |
| 3. | V | 48 | Reuma, syndroom van Tietze |
| 4. | M | 34 | Hernia, artrose |

De semiklinische behandeling binnen het RRC is een multidisciplinair programma waarbij patiënten behandeld worden door een team bestaande uit diverse discipline. Het behandelingsprogramma duurt acht weken, waarbij de patiënten drie dagen intern verblijven.

Dataverzameling psychologische flexibiliteit en onderliggende processen

Om meer inzicht te krijgen in psychologische flexibiliteit en de processen acceptatie, waardegerichte actie en toepassing van het geleerde, is gebruik gemaakt van dataverzameling door middel van interviews.

De vier revalidanten zijn wekelijks face to face geïnterviewd op het RRC door twee onderzoekers; H. Petter en D. Vrins. Elke onderzoeker heeft wekelijks twee dezelfde revalidanten geïnterviewd, deze zijn random toegewezen aan elke onderzoeker. De interviews vonden op vaste momenten in de week plaats en duurden maximaal 30 minuten. Deze interviews vonden plaats in een afzonderlijke ruimte binnen het Roessingh revalidatiecentrum. De start van de wekelijkse interviews vond plaats in de tweede behandelweek van de revalidanten en eindigde bij de laatste behandelweek. Vervolgens is er, zes weken na beëindiging van de behandeling, een follow-up interview uitgevoerd. Er is voor gekozen om dit laatste interview bij de participanten thuis te laten plaatsvinden, zij waren immers niet meer in behandeling en de voorkeur ging uit naar een face-to-face interview. Elk interview werd opgenomen met een voicerecorder, hiervoor heeft iedere revalidant toestemming gegeven.

Voor de interviews die gedurende de behandeling plaatsvonden, werd gebruik gemaakt van een basis interviewschema (zie: Bijlage 1). Het eerste interview heeft naast dit basale interviewschema een aantal toevoegingen die erop gericht zijn om nader kennis te maken met de revalidant (Bijlage 2).

De interviews gedurende de behandeling werden geopend met een open vraag, namelijk “Hoe gaat het nu met u?” met als doel de patiënt te laten vertellen wat er op dat moment in hem om gaat. Vervolgens werd de hoofdvraag gesteld: “Wat heeft u deze week geleerd of ervaren?”. Hierna kreeg de revalidant mogelijkheid te vertellen wat hij gedurende de behandeling geleerd of ervaren heeft. Op elk voorbeeld werd specifiek doorgevraagd met een aantal vragen;

- Kunt u een concreet voorbeeld geven?/Kunt u de situatie beschrijven?
- Kunt u vertellen welke gedachten u daarbij had?
- Kunt u vertellen welke gevoelens u daarbij had?
- Wat maakte dat het belangrijk voor u om dat te doen/ niet te doen?
- Wat maakt dat u het wel/niet deed?
- Kunt u aangeven in hoeverre het volgens u gelukt is het geleerde toe te passen?

Laatste behandelweek. Het interview in de laatste behandelweek heeft naast het basale interviewschema een aantal toevoegingen (Bijlage 3).

Follow-up. Zes weken na afloop van de semiklinische behandeling heeft er een follow-up interview plaatsgevonden bij de revalidanten thuis. Hiervoor is een apart interviewschema

opgesteld (Bijlage 4), waarin middels de hoofdvraag “Wat heeft u de afgelopen week geleerd of ervaren” wederom drie situaties nagegaan werden waarin de revalidant iets heeft geleerd of ervaren. Vervolgens werd een tweede hoofdvraag gesteld: “Kunt u beschrijven hoe u uw eigen ontwikkeling tijdens de gehele behandeling vanaf de intake tot nu heeft beleefd?”. Enkele vragen zijn opgesteld om hierop dieper in te gaan. Deze zijn gericht op welke veranderingen de revalidant heeft gemerkt sinds de start van de verandering, de belangrijkste leerervaringen en een eventuele terugval. Ook zijn enkele aanvullende vragen gesteld, gericht op de betekenis van pijn, de rol van de therapie en evaluatieve vragen gericht op verbetering van de therapie.

Dataverzameling waarden

In de laatste behandelweek is nagegaan hoe elke revalidant zijn eigen waarden omschrijft volgens diverse levensgebieden. Het onderzoeken van deze waarden gebeurde door middel van een waardenformulier, welke de revalidant na afloop van het interview zelfstandig in hebben gevuld (Bijlage 6). Deze ingevulde waardenformulieren geven inzicht in de waarden die op dat moment bij de patiënten aan de orde waren. Er is gevraagd welke waarden zij belangrijk achtten in hun leven op de levensgebieden; werk en opleiding, relaties, vrije tijd, gezondheid en persoonlijke groei en overig. Deze vormden de basis voor de exploratie rondom waarden.

Codering

Elk interview is vervolgens gecodeerd middels een codeerschema (Bijlage 5), ontleend uit een eerder onderzoek van de onderzoekstraditie (Visscher, 2012). De situaties zoals deze in de interviews genoemd zijn, worden gecodeerd op de drie constructen (Acceptatie, waardegerichte actie en toepassing) en op een driepuntsschaal die later in dit stuk toegelicht wordt. De overige informatie uit de interviews “randtekst” wordt kwalitatief geïnterpreteerd.

In totaliteit zijn er 32 interviews geanalyseerd. Na afloop van de afname van interviews, worden de interviews gecodeerd middels een codeerschema (Bijlage 5). Allereerst zijn uit elk interview de situaties onderscheiden, dit zijn er 95. De situaties hebben elk een titel gekregen en er is overeenstemming ontstaan tussen de onderzoekers over de lengte van deze situaties binnen het interview. De titels zijn gekozen op basis van het geleerde van de revalidant op dat moment in die situatie. Wanneer de situaties binnen de interviews afgebakend waren, zijn allereerst acht interviews (interview 1 en 2 van elke revalidant) afzonderlijk door iedere onderzoeker gecodeerd, om vervolgens een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te berekenen door middel van Cohen's kapp. Het eerste betrouwbaarheidscoëfficiënt was .52, dit is ‘redelijk’ te noemen. Daarom is ervoor gekozen elk interview gezamenlijk te bespreken om tot een 100% overeenstemming te

komen. Ook is er geconsulteerd bij een expert op het gebied van coderen van interviews om discussiepunten te bespreken. Vervolgens zijn weer acht interviews afzonderlijk gecodeerd en gezamenlijk besproken, net zo lang tot alle interviews gecodeerd zijn.

Het coderen werd gedaan met behulp van een codeerschema (Bijlage 5), en er werd gecodeerd op drie constructen met een driepuntsschaal. Het continuüm binnen de constructen ziet er vervolgens zo uit;

Acceptatie: In hoeverre is er sprake van vermijding van pijn en negatieve ervaringen (1 punt), deels vermijding en deels acceptatie van pijn (2 punten) of wordt pijn en andere negatieve ervaringen volledig geaccepteerd (3 punten).

Functie van gedrag: In hoeverre handelt de revalidant vanuit externe en/of sociale motivatoren (1 punt), deels vanuit waarden en deels uit externe en/of sociale motivatoren (2 punten) of handelt de revalidant volledig vanuit zijn waarden, onafhankelijk van de externe en/of sociale motivatoren (3 punten).

Toepassing: In hoeverre lukt het om het geleerde toe te passen, lukt dit niet (1 punt), lukt dit deels (2 punten) of lukt dit volledig of grotendeels (3 punten). In dit onderzoek is de reikwijdte van de toepassing meegenomen in de analyse. Niet alleen de toepassing in de genoemde situatie maar ook in vergelijkbare situaties worden bevraagd en geanalyseerd.

Enkele aandachtspunten bij gebruik van het codeerschema zijn opgesteld, om een bijkomende leidraad te bieden bij het coderen. Deze aandachtspunten zijn opgesteld naar aanleiding van enkele discussiepunten tussen de onderzoekers en zijn te vinden in bijlage 5.

Codering waarden

De codering van de waarden vond niet plaats volgens een gestructureerd schema zoals bij de overige processen. De uitspraken rondom waarden in de interviews zijn onderzocht en er is objectief beoordeeld in hoeverre de uitspraak een waarde van de patiënt bevat. Dit is onderzocht met behulp van de ingevulde waardenformulieren.

Analyse psychologische flexibiliteit en onderliggende processen

De scores op diverse constructen zijn door middel van SPSS geanalyseerd. Er is voor gekozen alleen een weergave te bieden van de individuele ontwikkeling door gebruik te maken van gemiddelde scores per construct per week. De gemiddelde weekcores van de revalidanten bieden de basis voor de beschreven ontwikkeling zoals deze in de volgende sectie wordt weergegeven. Grafieken worden gebruikt om deze ontwikkeling te visualiseren. Enkele citaten uit de interviews kunnen worden gebruikt om deze analyse te onderbouwen, evenals de door de patiënt

geconstrueerde ontwikkeling en de randtekst uit de interviews. Wanneer citaten worden gebruikt, zal er een verwijzing gemaakt worden naar een bestaand interview. Deze verwijzing bestaat uit een aantal onderdelen; Cijfer van de revalidant, cijfer van de behandelweek, cijfer van de genoemde situatie en de regelnummers. Een voorbeeld is de verwijzing [1,3,1: 40-41]. Deze verwijzing komt uit de interviews van revalidant 1, het is de derde week en de eerst genoemde situatie. De uitspraak komt uit de regels 40 en 41.

De psychologische flexibiliteit van alle revalidanten is statistisch geanalyseerd door middel van een gepaarde t-toets. Ook de onderliggende processen acceptatie, functie van het gedrag en toepassing zijn statistisch geanalyseerd door middel van een gepaarde t-toets.

Analyse waarden

De analyse van de waarden is gedaan met behulp van het ingevulde waardenformulier van de revalidanten. Per interview is onderzocht in hoeverre er een waarde genoemd wordt die overeenkomt met de waarden van de revalidant. In ieder interview is geanalyseerd welke uitspraken er gedaan zijn op het gebied van waarden en in welk leefgebied deze waarde zich bevindt. Zo is per interview en per situatie duidelijk geworden welke waarden op dat moment een rol speelden bij de patiënt. Vervolgens is er een globaal beeld opgesteld van de ontwikkeling van de inhoud van de waarden gedurende de behandeling. Per week is duidelijk geworden welke waarden er speelden en in hoeverre deze aanwezig waren gedurende de gehele behandeling.

3. Resultaten

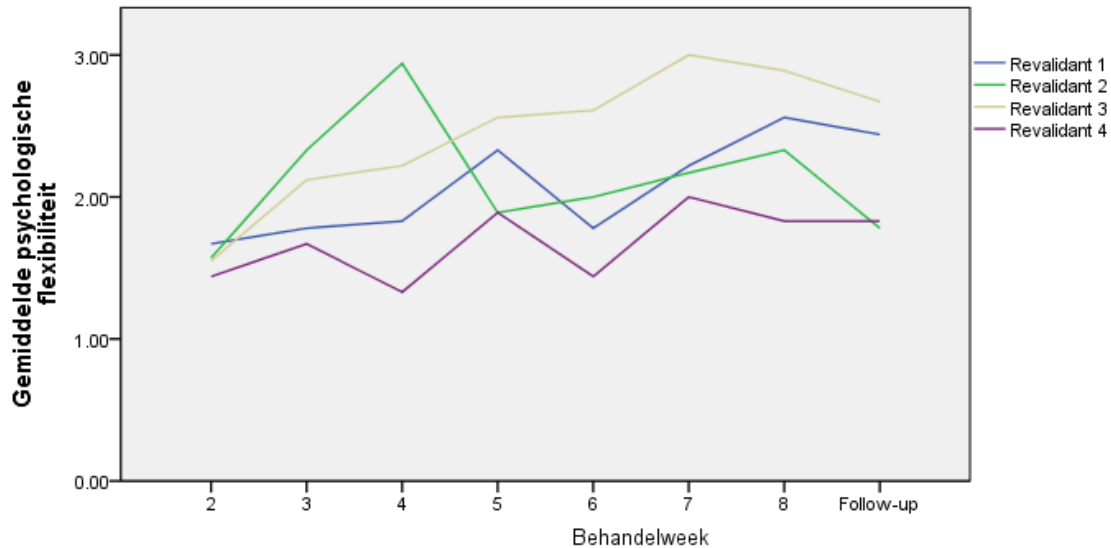
De volgende onderzoeksvragen zullen in deze sectie beantwoord worden;

- ⊗ Wat is het effect van Acceptance and Commitment Therapy op psychologische flexibiliteit bij chronische pijnpatiënten gedurende het therapieproces?
- ⊗ In hoeverre is er tijdens het therapieproces sprake van verandering op het gebied van acceptatie bij chronische pijnpatiënten?
- ⊗ In hoeverre is er tijdens het therapieproces sprake van verandering op het gebied van waardegerichte actie bij chronische pijnpatiënten?
- ⊗ In hoeverre past de chronische pijnpatiënt het geleerde uit de therapie toe in het dagelijks leven bij chronische pijnpatiënten?
- ⊗ Op welke manier verloopt het proces van waardegerichte actie bij chronische pijnpatiënten: In hoeverre komen de waarden uit de uitgevoerde acties van de patiënten overeen met de waarden die zij aan het eind van de behandeling belangrijk achten?

Psychologische flexibiliteit

De wekelijkse scores van de acceptatie, functie van gedrag en toepassing zijn samengenomen om de psychologische flexibiliteit te bepalen van de vier revalidanten.

Figuur 1: Ontwikkeling psychologische flexibiliteit alle revalidanten



Op deze figuur is te zien dat de vier revalidanten bijna op hetzelfde startpunt qua psychologische flexibiliteit beginnen. Revalidant 1 laat over het algemeen een stijgende tendens zien, met een daling gedurende de zesde behandelweek. Revalidant 2 laat eveneens een stijgende lijn zien tot aan de achtste behandelweek, tijdens de follow-up is de mate van psychologische flexibiliteit bijna gelijk aan het startmoment. De 3^e revalidant eindigt met de hoogste psychologische flexibiliteit, hier is sprake van de grootste stijging tussen de eerste en de laatste behandelweek. Bij de 4^e revalidant is ook sprake van een lichte stijging, deze tendens verloopt met hoogte- en dieptepunten gedurende de behandeling. Over het algemeen kan gezegd worden dat er een stijgende lijn waar te nemen is op het gebied van psychologische flexibiliteit, dit geldt namelijk voor drie van de vier revalidanten. Door middel van een gepaarde t-toets is het significantieniveau bepaald tussen de tweede en de achtste behandelweek en tussen de tweede behandelweek en het follow-up moment. De veranderingen blijken na een gepaarde t-toets significant; zowel tussen de tweede en de achtste behandelweek ($t=-4.310$, $p. 023$) als tussen de tweede behandelweek en het follow-up moment ($t=-3.509$, $p.039$). Dit sluit aan bij de opgestelde verwachtingen.

Verandering acceptatie, waardegerichte actie en toepassing

Deze processen worden kwalitatief beschreven per revalidant. De veranderingen tussen de tweede en achtste behandelweek en tussen de tweede behandelweek en het follow-up moment zijn statistisch getoetst.

Tabel 1: *Veranderingen processen*

| Vergelijking | T-waarde |
|--|----------|
| Acceptatie behandelweek 2 – behandelweek 8 | 0.078* |
| Acceptatie behandelweek 2 – follow-up | 0.153 |
| Waardegerichte actie behandelweek 2 – behandelweek 8 | 0.05** |
| Waardegerichte actie behandelweek 2 – follow-up | 0.003** |
| Toepassing behandelweek 2 – behandelweek 8 | 0.011** |
| Toepassing behandelweek 2 – follow-up | 0.102 |

Noot: * - Significant op .10 significantieniveau, ** - significant op .05 significantieniveau.

Tabel 1 laat zien dat er een significante verandering heeft plaatsgevonden op het gebied van acceptatie tussen de tweede en laatste behandelweek. De gemiddelden op het gebied van waardegerichte actie veranderen significant, zowel tussen de tweede week en de laatste behandelweek als tussen de tweede week en het follow-upmoment. Op het gebied van toepassing is alleen de verandering tussen de tweede en de achtste behandelweek significant. Deze getallen geven een ondersteuning voor de effectiviteit van de behandeling en de invloed daarvan op de onderliggende processen. Echter zijn deze niet leidend, dat is de kwalitatieve analyse welke beschreven wordt.

Revalidant 1

De eerste revalidant is een 34-jarige man, is getrouwd en heeft een jonge dochter. Deze revalidant is al 23 jaar werkzaam in de technische sector. Revalidant 1 vertelt halve dagen te werken en wegens overbelasting een aantal keren overspannen te zijn geweest. Hij ervaart klachten aan zijn pols en hand, waardoor het werken met zijn handen bemoeilijkt wordt. Dhr. omschrijft zichzelf als een perfectionist en is erg enthousiast in zijn doen en laten. Hij omschrijft zichzelf als iemand die geen 'rem' heeft en tot het uiterste gaat. Hij heeft de neiging zijn handelingen perfect uit te voeren, deels omdat hij waarde hecht aan aanzien en deels om teleurstelling bij anderen te voorkomen. Wat kenmerkend is voor revalidant 1, is dat hij een moment heeft afgewacht om naar het RRC te gaan: *“Ik vind je moet daar ook helemaal voor openstaan en anders heeft het ook*

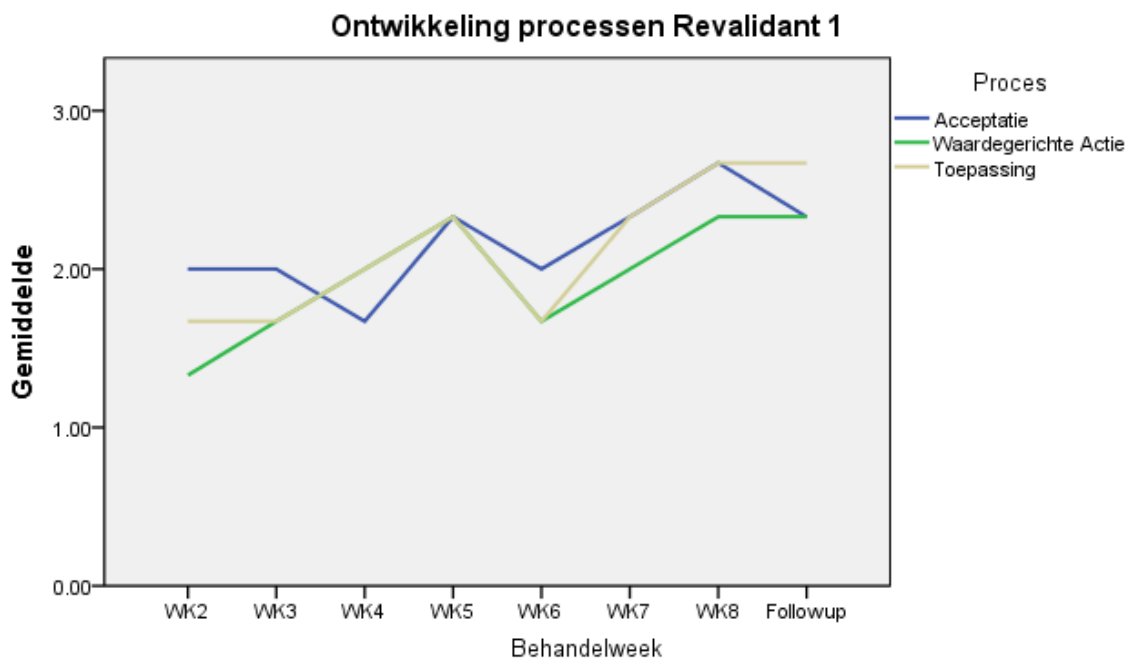
totaal geen zin. Als je daar dan alleen maar heen gaat en ja knikt en nee doet, ja dan heeft het geen zin. Je doet het voor jezelf dus je moet er zelf klaar voor zijn. [1,8: 583-587].

Thema's die tijdens de interviews meerdere malen naar voren komen, zijn; doseren van energie tijdens activiteiten, het uiten van emoties en ondanks de pijn toch waardevolle activiteiten ondernemen.

Algemene ontwikkeling

De algemene ontwikkeling van de drie processen wordt weergegeven in het volgende figuur.

Figuur 2: Ontwikkeling processen revalidant 1



Acceptatie

Over het algemeen is er een stijgende tendens te zien in de acceptatie van deze revalidant, hetzij met hoogte- en dieptepunten. In de eerste twee interviews is er deels sprake van acceptatie, deels sprake van vermijding. De volgende citaten illustreren deze variatie in acceptatie: *“Een stukje ontspannen dat vind ik ook heel moeilijk. De rust creëren denk ik zelf en dat voelt vreemd aan en dan komt het stukje ademhaling er nog weer eens bij.”* [1,2,99-101]. Hieruit kan opgemaakt worden dat dhr. de rust in zichzelf nog niet kan accepteren, dhr. ervaart daarnaast dat hij altijd allerlei activiteiten onderneemt om afleiding in te zoeken. Later in dit interview merkt dhr. dat deze rust effectief is: *“Ja, vooral het rustpunt, het ging me niet zozeer om het ademen. Maar het beseft dat je daardoor eigenlijk een stukje rust kunt creëren of in je hoofd hebt.”* [1,2,124-

125]. Hierin komt een hogere mate van acceptatie naar voren. In de derde week komt naar voren dat dhr. negatieve emoties moeilijk kan accepteren, deze gaat hij liever uit de weg. Wat betreft de pijn, is deze mate van acceptatie groter: *“Dat (de pijn) kunnen ze absoluut niet weghalen, die illusie heb ik niet”*. [1,3,193-194]. In de vierde week lijkt er een dieptepunt te zijn op het gebied van acceptatie. Dit heeft te maken met diverse uitspraken waardoor lijkt dat de pijn grotendeels bepaalt hoe deze revalidant zich gedraagt: *“Toen ik aan de overkant was (van het zwembad) van ‘zo, he, dat had ik echt niet moeten doen’. Het kostte me veel te veel kracht eigenlijk.”* [1,4,68-69]. *Ja, maar die (de pijn) negeer ik dan blijkbaar. Niet dat ik hem uit kan schakelen, maar ik voel het niet* [1,4,206]. Toch lijkt het alsof dhr. ook meer berusting vindt in zijn huidige toestand: *Nu begin ik het toch steeds meer een plekje te geven, dat je dingen anders moet doen* [1,4,84-85]. De ontwikkeling van acceptatie geschiedt in een stijgende lijn in de vijfde behandelweek, hierin kwam een kenmerkende situatie naar voren voor meerdere revalidanten, Nordic Walking. Dhr. illustreert zijn acceptatie van negatieve gedachten middels het volgende citaat: *“Ik dacht ik zet even mijn beeld wat ik van Nordic Walking heb, even aan de kant.* [1,5,68-69] *“Ik wil mezelf liever niet terugzien bij wijze van spreken. Maar aan de andere kant maakt me dat ook niet zo heel veel uit, want het heeft inderdaad een ontspannend gevoel op je arm”*[1,5,83-85].

In de zesde behandelweek is een lichte daling in acceptatie te zien, dit lijkt samen te hangen met het gevoel van dhr. nog steeds zoekende te zijn in de aanvaarding van de pijn. Hierover zegt hij: *“Maar dat patroon van doorgaan zit er nou eenmaal in”* [1,6,114]. Toch lijkt dhr. bij sommige activiteiten de pijn te accepteren, hij ervaart het als een onderdeel van zijn persoon. De laatste interviews laten een stijging zien op het gebied van acceptatie. *“Kijk het is elke dag en week weer anders. Je blijft zoekende. Ik doe niet dingen niet, ik ga het niet uit de weg vanwege de pijn”* [1,7,119-120]. Het follow-up interview geeft de eindsituatie van de mate van acceptatie weer, deze is hoger dan in de eerste behandelweek. Echter is de acceptatie licht gedaald ten opzichte van de laatste behandelweek. Het follow-up interview laat zien dat dhr. nog moeite heeft met keuzes maken en bewust nadenken over zijn handelen in het licht van de pijn. Hij geeft aan nu meer naar zijn lichaam te luisteren en niet zomaar over zijn grenzen heen te gaan, waar hij dat voor de behandeling wel deed. Hij lijkt te accepteren dat hij minder kan uitvoeren dan een ‘normaal iemand’ maar deze acceptatie is grillig. Een kenmerkende uitspraak die de eindsituatie goed beschrijft, is deze: *“Ja het (de pijn) heeft niet de hoofdrol om het zo maar te zeggen maar het verziekt wel een behoorlijk deel vind ik en nog steeds.”* [1,9,656-657] *“Omdat je toch weer normaal wilt zijn en normaal mee wilt doen en dat wel steeds meer blijkt dat het normale tussen twee haakjes er steeds meer af is.”* [1,9,756-757].

Waardegerichte actie

Op het gebied van waardegerichte actie is een stijgende tendens waar te nemen. De score in tijdens het follow-up interview is hoger dan die van het eerste interview. Wel lijkt er sprake te zijn van een tijdelijke terugval in behandelweek 6. In de eerste twee interviews is kenmerkend voor de functie van het gedrag van revalidant 1 dat hij voornamelijk sociaal gemotiveerd is om de activiteiten uit te voeren. Hij ervaart de steun van de groep als positief en wordt door de groep bewust gemaakt van het belang van een oefening. Ook komt in dit interview naar voren dat de motivatie ook deels voortkomt uit de wil om aanwezige pijn te verlichten. Ook is er sprake van het vermijden van negatieve gevoelens ten opzichte van zijn gezin. Hoewel de waarde 'een goede vader zijn' in een aantal situaties zijn gedrag bepaalt, zie je ook dat hij zijn verdriet liever niet wil delen *“Omdat ik ze niet wil belasten.”* [1,3,144]. Revalidant 1 is, zoals eerder genoemd, perfectionistisch. Deels komt dit naar voren door een waarde: “zich nuttig voelen”, deels is hij extrinsiek gemotiveerd door zijn wens voor waardering. De volgende citaat ondersteunt dit: *“Nou, onbewust. Ik ga altijd door. Ik wil dingen altijd goed doen, zo goed mogelijk als kan. Half werken ik niet. Nou ja, dan moet het door de laatste tijd zijn omdat je minder kunt en dat doet wel zeer: minder kunnen en dat je dan half werk levert.”* [1,3,336-338]. Tot de vijfde behandelweek is een stijgende lijn te zien. Revalidant 1 geeft in zijn interviews steeds meer waarden aan waaruit hij leeft. De terugval in de zesde behandelweek heeft ermee te maken dat de revalidant zijn acties voornamelijk lijkt te ondernemen vanuit de wil om pijn te verminderen. Hij lijkt minder bewust te zijn van signalen uit zijn lichaam en op de automatische piloot de acties te ondernemen: *“En soms wil je niet rusten, maar toch kom je jezelf anders weer tegen en dan moet je het weer bezuren”* [1,6,105-106]. Na de zesde behandelweek is een stijgende lijn waar te nemen. Revalidant 1 noemt acties in deze interviews die meer gestuurd zijn door een waarde, en hij lijkt ook meer te luisteren naar zijn eigen wensen en behoeften. Toch lijkt zijn perfectionisme hem soms in de weg te staan waardoor hij activiteiten vermijdt om te voorkomen dat hij half werk moet leveren. De mate van waardegerichte actie lijkt te consolideren van de laatste behandelweek tot het follow-up interview, zes weken erna. De revalidant geeft in dat interview ook aan meer activiteiten te ondernemen die voor hem belangrijk zijn; *“Nou als je niks doet dan leef je niet meer, dus dat is geen optie. Ik vind het sowieso wel prettig om nuttig bezig te zijn en of het nou werk is of creatief bezig zijn, dat vind ik wel prettig.”* [1,9,662-664].

Toepassing

Op het gebied van de toepassing is er een stijgende lijn waar te nemen. De eindwaarde is hoger dan de beginwaarde in de eerste behandelweek. Ook hier is een tijdelijke daling te zien in de zesde behandelweek. Gedurende de tweede en derde week heeft de revalidant moeite gehad met de toepassing van het geleerde. Soms is het in zijn geheel niet gelukt het geleerde toe te passen, soms waren er enkele aspecten in de toepassing die niet adequaat volbracht werden. Vervolgens vond er een stijging plaats, waarbij een eerste hoogtepunt gezien wordt in de vijfde behandelweek. Hierin komt een situatie met betrekking tot Nordic Walking voor, waar de revalidant de toepassing naar behoren heeft uitgevoerd. Ook kwam in deze week naar voren dat hij meer heeft geprobeerd zijn emoties te uiten en dat dit ook gelukt is, waar hij eerder zijn emoties verborg voor de buitenwereld. In de zesde behandelweek merkt de revalidant dat hij moeite heeft met het balanceren tussen rust en activiteit en het bewust keuzes maken.

In de laatste behandelweken past de revalidant het geleerde beter toe, ook in andere situaties dan binnen het revalidatiecentrum. Het valt hierbij wel op dat hij zelf ervaart dat de toepassing maar voor een deel gelukt is, terwijl uit zijn verhaal geen aspecten naar voren komen die niet gelukt zijn. Hier is door de onderzoekers rekening mee gehouden. In de eindsituatie geeft revalidant aan dat de toepassing steeds beter lukt, er zijn minder aspecten die nog verbeterd dienen te worden.

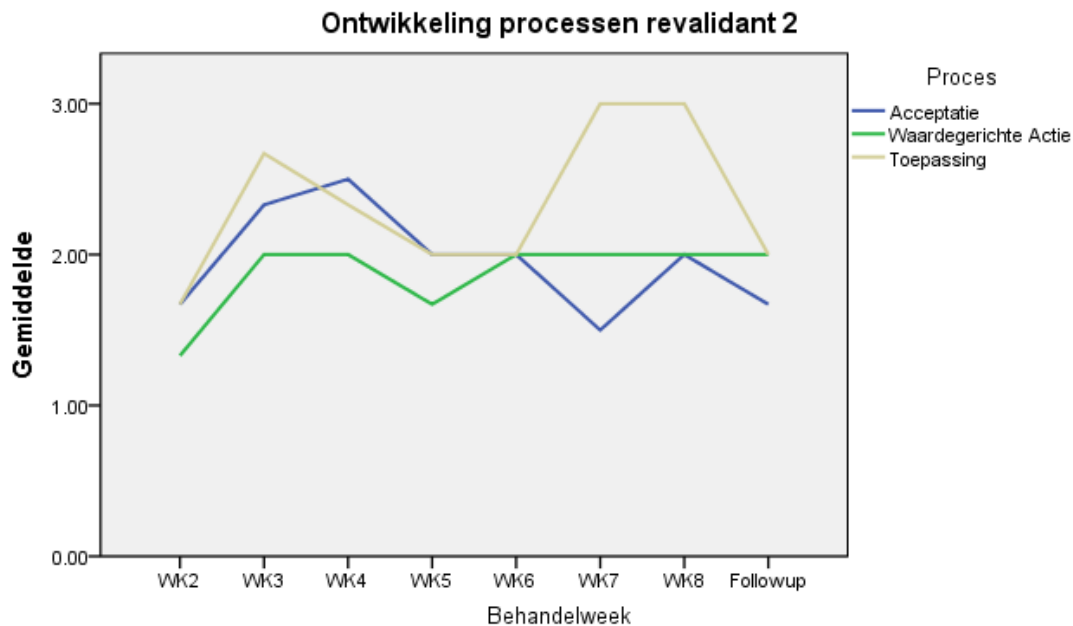
Revalidant 2

Revalidant 2 is een 19-jarige vrouw met forse pijnklachten die zij al ongeveer acht jaar ervaart. Ze woont zelfstandig en heeft geen vaste relatie. Ze heeft de afgelopen jaren studievertraging opgelopen bij een studie in het middelbaar beroepsonderwijs, als gevolg van haar pijnklachten. Ook kan zij niet meer op hoog niveau functioneren in de paardensport, waarmee ze in het verleden meerdere prijzen behaald heeft. Deze revalidant was voorafgaand aan de behandeling bekend met het revalidatiecentrum, haar ouders hebben een soortgelijke behandeling gevolgd. Revalidant 2 heeft gedurende de eerste weken in de behandeling gemerkt dat zij meer steun kreeg dan in haar sociale omgeving, wat haar sterk heeft gemaakt in het uitvoeren van oefeningen, zodat ze deze bij haar omgeving kon toepassen. Thema's die naar voren komen in de interviews met deze revalidant, zijn; grenzen aangeven tegenover vrienden, oude ritmes en gewoontes doorbreken, wensen en grenzen aangeven tegenover ouders, prettige activiteiten ondernemen die belangrijk zijn en lichamelijke activiteiten afwisselen met rustige activiteiten.

Algemene ontwikkeling

De algemene ontwikkeling van de drie processen wordt weergegeven in het volgende figuur.

Figuur 3: Ontwikkeling processen revalidant 2



Acceptatie

Op het gebied van de ontwikkeling van acceptatie is er een stijging waar te nemen tussen de tweede behandelweek en de laatste behandelweek. Echter is er sprake van een daling tussen de laatste behandelweek en zes weken later, waardoor de mate van acceptatie op dat moment gelijk staat aan de mate van acceptatie in de tweede behandelweek.

Gedurende de tweede, derde en vierde behandelweek is een stijging in acceptatie waarneembaar. Revalidant 2 merkt een innerlijke strijd wat betreft het accepteren van de pijn, ze vergelijkt haar beperkingen met de mogelijkheden van anderen: *“Het is niet leuk. Als iedereen meedoet en jij gaat zitten, dat is heel frustrerend.”* [2,2, 162-163]. *“Ja, weer..balen. Je kunt er ook niet voor je vrienden zijn, je wilt gewoon alles kunnen wat hun ook kunnen.”* [2,2,250-251]

Ook merkt ze in sommige situaties dat ze de pijn aan het onderdrukken en vermijden is. Aan de andere kant ervaart ze ook dat ze om moet leren gaan met de pijn als die zich voordoet en leert ze haar verliezen te accepteren: *“Daar heb ik ook wel tranen van gelaten toen echt dat besef kwam van ik heb vertraging, dat vond ik verschrikkelijk..vind ik nog steeds maar nu heb ik zoiets van, ik zie er wel de positieve kant van in.”* [2,3,231-232]. *“Ja. Echt dat boos-zijn, niet om wat je hebt dat niet, daar ben ik al boos genoeg over geweest maar wel van..ja..daar sta je 19 jaar in de*

winkel en dan moet je naar huis..kom op. En dat oude omaatje met de rollator loopt nog door.” [2,5,201-204]. Na de vijfde behandelweek is er sprake van een consolidatie op gemiddeld niveau van de acceptatie. Enerzijds accepteert de revalidant de pijn en negatieve gedachten en probeert zij haar eigen behoeften hier omtrent te uiten. Anderzijds is er bij haar een automatische verwachting dat de omgeving zich aan haar (en haar pijn) aanpast. Ook kan ze een toekomst met pijn en beperkingen moeilijk accepteren.

Revalidant 2 laat in de uitvoering van activiteiten zien dat zij soms nog over haar eigen grenzen heen gaat: “Eigenlijk moet je dan rust nemen als je medicijnen neemt maar ik dacht, voor deze ene keer weet je..maakt niet uit.” [1,6,23-25]. “Ik kon wel janken, normaal word ik er echt heel boos om maar daar word ik echt heel verdrietig van. Ik wou aan de ene kant afzeggen maar ik voelde me te schuldig om dat te doen.” [2,6,140-142].

Een lichte daling in acceptatie is waar te nemen in de zevende behandelweek. De revalidant bemerkt in die week dat zij boosheid ervaart omdat zij in vergelijking tot leeftijdsgenoten minder kan en meer pijn ervaart. Ook onderneemt zij activiteiten om de pijn te vermijden en te voorkomen dat de pijn in de toekomst mogelijk meer schade aanricht. In de laatste behandelweek valt op dat de revalidant steeds minder bang wordt voor de reactie van anderen wanneer zij aangeeft dat zij pijn heeft. Echter accepteert zij de pijn meer dan in vergelijking tot de beginsituatie: ”Sinds ik hier ben, beseft ik me eigenlijk dat alles met elkaar in verband staat. Ik dacht, dan kan ik het ook beïnvloeden op een bepaalde manier of juist zodanig ook accepteren.” [2,8,314-316]. In het follow-up interview is een lichte daling op te merken, in vergelijking tot de eindsituatie in behandelweek 8. Er is nog steeds sprake van een vermijding van enkele activiteiten. Nu is er wel meer sprake van bewustwording en acceptatie van de beperking die ze ervaart. Ook wat betreft het uiten naar de omgeving merkt de revalidant dat zij zich niet laat belemmeren door gedachten: “Die gedachtegang, meer duidelijk maken. Niet gelijk van ‘straks vinden ze dit, of straks vinden ze dat’. Nee, niet geschoten is altijd mis. Ik denk als ik mezelf maar verklaar aan anderen.” [2,9,371-373]. Ook heeft zij een groei doorgemaakt in het uiten van haar pijnklachten: “Ik vind het nog steeds wel heel moeilijk, maar ik kan er nu wel beter mee omgaan. Ik kan het accepteren en beter verwoorden als mensen vragen ‘waarom zit je’. Dan kan ik het nu ook beter uitleggen. Eerder ging ik ervan uit dat iedereen het wel wist.” [2,9,441-444].

Waardegerichte actie

Er is een stijging zichtbaar op het gebied van functie van gedrag tussen het eerste meetpunt en de laatste behandelweek. De mate van in hoeverre gedrag gestuurd is door waarden blijft vervolgens op hetzelfde niveau tot aan het follow-up meetmoment. Er is in de vijfde behandelweek een lichte

daling te zien. In de tweede behandelweek is duidelijk op te merken dat het gedrag van deze revalidant sociaal gestuurd is: *“Het RRC heeft me er ingepland...en ik dacht..Mijn beide ouders zijn hier geweest...en die zeiden allebei zeggen dat het heeft me geholpen”*. [2,2,82-84]. De revalidant lijkt steun te ondervinden aan de groep en aan haar omgeving, soms benoemt ze het echter als groepsdruk. Er is ook sprake van waarden gericht op gezondheid of vriendschap waardoor haar gedrag gestuurd wordt.

In de weken erna lijkt de revalidant enerzijds sterk te kiezen voor haar eigen belangen en behoeften (ontspanning en aanzien in de paardensport), anderzijds vindt ze het moeilijk soms ‘nee’ te moeten verkopen aan haar nabije vrienden door deze keuze. De groepsdruk van haar vrienden lijkt nog vaak een rol te spelen in de keuzes die ze maakt. Ook de waarde ‘geestelijke ontwikkeling’ speelt een rol in het aangaan van bepaalde keuzes. De revalidant heeft een groeiproces meegemaakt in de vierde week wat betreft mindfulness, waarbij ze heeft ervaren door geestelijke rust meer gedaan te krijgen in minder tijd.

In de vijfde behandelweek is een lichte daling te zien, dit heeft te maken met uitspraken van de revalidant waarin zij pijn haar gedrag laat bepalen en vaak door angst voor reactie van vrienden bepaalde keuzes maakt: *“Ik probeer het ook steeds meer.. maar ik vind, heel lastig, ik ben heel bang voor die tegenreactie.”* [2,5,370-372]. Vanaf de zesde behandelweek lijkt de functie van het gedrag op gemiddeld niveau te consolideren, het gedrag van de revalidant wordt deels nog vanuit interne, externe of sociale motivatoren, deels door waarden. Het volgende citaat laat zien dat zij, door het leven naar de waarde ‘ontspanning in paardensport’ haar pijn meer accepteert.

Het is wel lekker soms hoor, ik kan ook echt een uur lang bij het hek van het weiland staan gewoon om te kijken hoe die beestjes met elkaar omgaan. Heel ontspannend, maakt echt je hoofd ff leeg dus dat is wel fijn. [2,6,353-356]. *Wanneer ik daar ben, heb ik gewoon nergens last van. Ja, last van die basispijn maar het wordt niet erger, dat voel je na die tijd pas. Dat ik ook ga denken van ja, eigenlijk is het dan ook wel waard. Want terwijl je daar bent, voel je niks, hoe langer je er bent, hoe fijner het is.* [2,6,417-420]. In het follow-up interview komt duidelijk naar voren dat zij zich deels nog laat motiveren door interne gevoelens, namelijk de pijn. Deels laat zij zich ook leiden door haar waarde zich te ontwikkelen op het gebied van kennis. Ook wil zij zich nuttig voelen en iets betekenen voor anderen.

Toepassing ontwikkeling per week

Op het gebied van de toepassing is een duidelijke stijging waar te nemen tussen de tweede behandelweek en de achtste behandelweek. Echter is een dalende tendens vanaf de achtste week tot het follow-up meetmoment. Desondanks is de score op toepassing in de follow-up nog steeds

licht hoger dan de tweede behandelweek. De gemiddelde score tijdens de follow-up laat zien dat er nog steeds elementen van het geleerde zijn die niet toegepast zijn. Ook is er tussen de derde en zesde behandelweek sprake van een daling.

In de eerste weken vindt revalidant 2 het moeilijk haar grenzen aan te geven tegenover vrienden. Deels heeft ze angst voor de reactie van anderen en deels heeft ze een plichtsgevoel waardoor zij over haar grenzen gaat door toch toe te geven aan de wensen van anderen.

In de vijfde en zesde behandelweken zoekt ze naar een balans in het aangaan van activiteiten in het weekend, soms lukt dit wel goed, soms gaat zij nog over haar grenzen heen, vaak om anderen tegemoet te komen. In de laatste behandelweken lukt dit haar goed en lopen de scores op.

Tijdens het follow-up meetmoment zijn er nog enkele aspecten van het geleerde die nog niet voldoende toegepast worden.

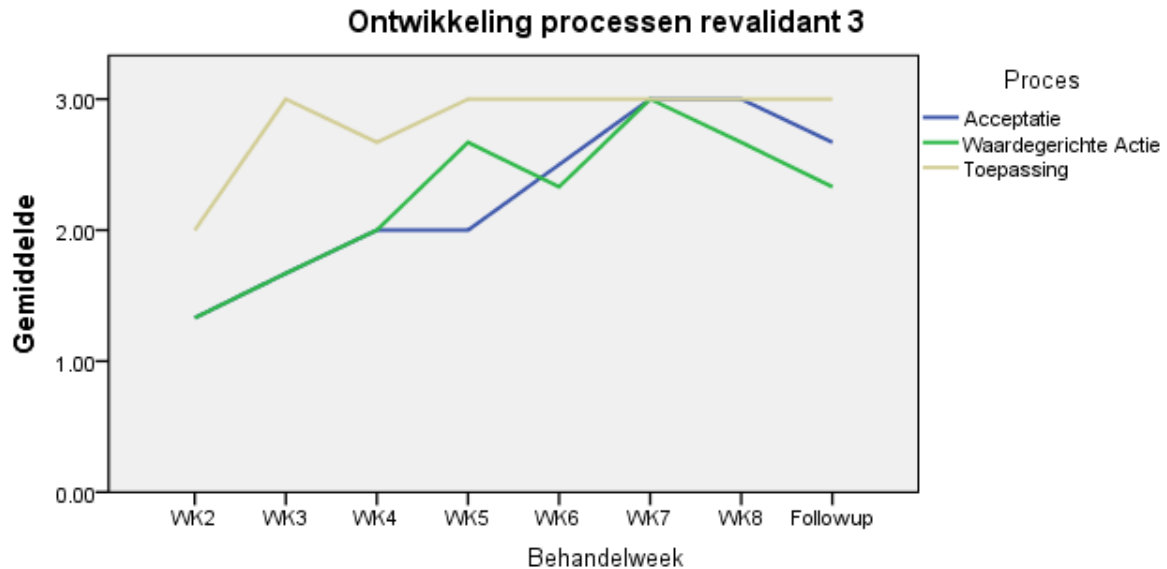
Revalidant 3

Revalidant 3 is een 48-jarige vrouw en moeder van twee dochters. Ze ervaart sinds 10 jaar chronische pijnklachten, namelijk reuma en het syndroom van Tietze. Ook is deze revalidant bekend met hoge bloeddruk. Deze revalidant is in het verleden al bij het RRC geweest voor een dagbehandeling. Ze heeft voor de opname ervaren dat haar klachten zijn verergerd, en wil door middel van de behandeling leren hoe op een andere manier verder te gaan. Kenmerkend voor revalidant 3 is dat ze in het verleden altijd voor iedereen klaar heeft gestaan, nu merkt ze dat haar eigen gezondheid voorop staat. Thema's die dan ook in de interviews meerdere malen naar voren komen, zijn; leren grenzen aan te geven, zichzelf centraal stellen, kenbaar maken van eigen behoeften en situaties aangaan die waardevol zijn.

Algemene ontwikkeling

De algemene ontwikkeling van de drie processen wordt weergegeven in het volgende figuur.

Figuur 4: Ontwikkeling processen revalidant 3



Acceptatie

Op het gebied van de acceptatie is in figuur 9 een stijgende lijn te zien tussen de tweede en laatste behandelweek, de gemiddelde score stijgt van 1.33 naar 3.00, wat de maximaal haalbare score is. Er is tussen de laatste behandelweek en het follow-up meetmoment een lichte daling waar te nemen. Tot en met de vierde behandelweek is een constante stijging te zien. Tijdens deze weken merkte de revalidant dat zij steeds meer voor zichzelf opkwam en de daarbij negatieve consequenties leerde te accepteren: *“Nee, ik heb dat niet meer. Het is juist in deze week dat ik geleerd heb ‘je hoeft je nergens schuldig over te voelen”* [3,2,111-112]. Ook komen er situaties voor waarin de revalidant bepaalde handelingen niet uitvoert om pijn te vermijden. In de vierde behandelweek leert de revalidant bepaalde aspecten uit mindfulness toe te passen, hier wordt een hoger niveau van acceptatie opgemerkt: *“Het maakte bij mij dus een heel onrustig gevoel los. En dan die kou en al het lawaai er omheen. Ik had ook geen behoefte om weg te lopen, want dat vind ik ook zo ongepast staan en ik was ook zo aan de beurt. Ik dacht gewoon ‘ik kan nu even tijd voor mezelf gaan nemen’.”* [3,4,86-89]. In de vijfde behandelweek is de mate van acceptatie even hoog als in de vierde behandelweek en laat vervolgens weer een stijgende lijn zien. Een voorbeeld van een uitspraak in de laatste behandelweken waar een hoge mate van acceptatie naar voren kwam: *“Rust, tevredenheid. Zo van ‘ik heb toch wel wat gedaan, ik ben er toch aan begonnen’. Dus ik had het wel aangepakt. Gewoon, ik voelde me prima.”* [3,7,206-207]. *“Ik was tevreden, trots hoe ik het had aangepakt, gedaan wat ik wilde en toch ook tussendoor gerust en mezelf niet voorbij geraast.”* [3,7,212-213]. De score van acceptatie is bij het follow-up meetmoment licht gedaald. In dit interview kwam naar voren dat de revalidant bij sommige situaties de pijn vermeer. Echter accepteerde zij de pijn ook als een wezenlijk onderdeel van haar bestaan: *“Je merkt het allemaal*

wel op, maar het komt op een heel ander, euh, puntje te liggen. Het komt iets lager te liggen. Het is niet meer zo belangrijk.” [3,9,241-242].

Waardegerichte actie

Ook op het gebied van waardegerichte actie is een stijgende tendens te zien. Revalidant 3 begint in behandelweek 2 met een score van 1.33 waar deze in de laatste behandelweek 2.67 is. Een lichte daling is te zien in week zes. De eindscore tijdens de follow-up is 2.33, een lichte daling ten opzichte van de laatste behandelweek, maar desondanks een stijging in vergelijking met de tweede behandelweek. In de tweede behandelweek laat revalidant 3 zich voornamelijk sturen door sociale bekrachtigers, zij ervaart het RRC als drijfveer. Ook worden een situatie genoemd waarin zij haar gedrag laat bepalen door de pijn: *“Gewoon doodziek. Ik kon gewoon niet. Dit was helemaal vuurrood, ik had geen stem meer. Ik kreeg een beklemming op de borst van hè heb ik jou daar. Kijk en dan is meteen zware medicatie. Ik kon gewoon niet. Ik was gewoon oververmoeid en dan leg ik dus uit van ik heb de hele nacht niet geslapen.”* [3,2,272-275]. Na dit interview laat de ontwikkeling van de waardegerichte actie een stijgende lijn zien. In de interviews worden meer uitspraken geuit met betrekking tot waarden gericht op goed ouderschap en ontspanning. Toch laat de revalidant haar gedrag een enkele keer bepalen door angst voor reacties van anderen, wanneer zij bijvoorbeeld grenzen stelt. Ook speelt de pijn soms een rol in haar keuze een bepaalde activiteit uit te voeren. In de vijfde behandelweek is een eerste hoogtepunt te zien. Hierin speelt de pijn nog een grote rol, maar wordt vaker het gedrag bepaald door waarden. Deze waarden zijn vaak gericht op gezondheid, zelfstandigheid en een liefdevolle vrouw en moeder zijn: *“Dit was beter. Mijn keuze op dat moment om de situatie een beetje rustig te houden. Kijk, stress is ook niet goed. Ik probeer dat op die manier een beetje glad te strijken, rustig te houden. Voorheen zou ik me er rot onder voelen, schuldig, nu niet. Ik heb gekozen voor waar ik leek goed aan te doen, wat ik belangrijk vond op dat moment.”* [3,5,239-243]. In de zevende behandelweek is er een hoogtepunt waar te nemen, een maximale score van 3. In dit interview is goed te zien dat de revalidant zich laat sturen door haar waarden en door wat zij belangrijk vindt. Ze ervaart dat ze nu naar haar lichaam luistert en naar haar eigen behoeften, niet die van een ander. In de achtste behandelweek en de follow-up is er in lichte mate een dalende tendens te zien. Enerzijds laat ze zich nog leiden door haar waarden, anderzijds om pijn en andere ongemakken te voorkomen. *“Kijk het is ook elke dag verschillend he. Je staat er soms mee op, je gaat ermee naar bed. Soms is het 's nachts dat je pijn hebt. Maar ik probeer toch de dingen te doen die ik kan doen.”* [3,9,438-440].

Toepassing ontwikkeling per week

In figuur 4 is te zien dat revalidant 3 op gemiddeld niveau begint qua toepassing, enerzijds zijn er aspecten die nog niet goed toegepast worden. In de derde week is er een maximale score van 3.00 te zien, deze daalt licht in de vierde behandelweek maar blijft vervolgens constant op 3.00. In de tweede en vierde behandelweek benoemt de revalidant zelf enkele aspecten die volgens haar in de toepassing niet goed gelukt zijn. Hierin is zij mogelijk ook kritisch op zichzelf. In de overige weken verloopt de toepassing van het geleerde succesvol. Een voorbeeld: *“Heel goed, ondanks dat ik niet alles heb afgekregen. Normaal gesproken geeft dat me onrust of ga ik door, en dan kom ik mezelf weer achteraf tegen. Maar nu, door ondertussen even te rusten en een beetje te rommelen aan de voorbereidingen, ben ik toch tevreden. Op die manier is het goed gegaan. Goede planning gemaakt en goede keuze daarin gemaakt, zonder dat ik een uitval kreeg van een paar dagen. Dat vind ik echt fijn.”* [3,7,299-303].

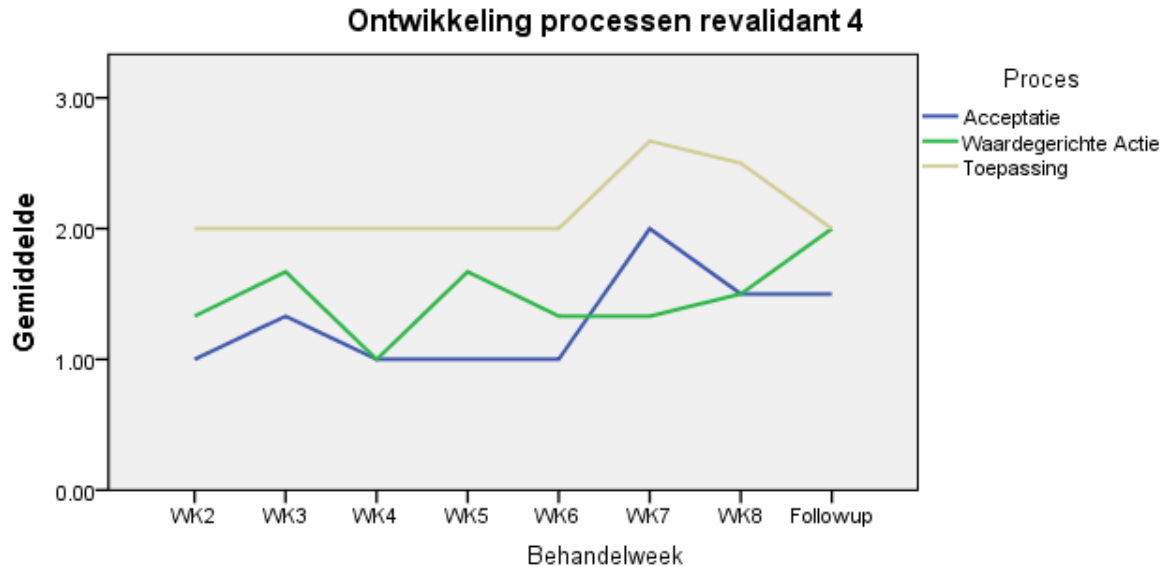
Revalidant 4

De vierde revalidant is een 34-jarige man, getrouwd en vader van een pasgeboren dochter. Hij is momenteel werkloos en gedeeltelijk afgekeurd. De revalidant ontvangt een ziektebewijs. Hij ervaart de afgelopen tijd meer pijnklachten en heeft zich zodoende aangemeld voor de semiklinische behandeling. Deze revalidant omschrijft zichzelf als iemand die structureel over zijn eigen grenzen gaat, en zich altijd voor meer dan 100% in werkzaamheden ‘stort’. Gedurende de behandeling lopen enkele belangrijke metaprocessen: er zijn verschillende gesprekken gevoerd met maatschappelijk werk omdat echtgenote van de revalidant ervoer dat de revalidant te weinig toe zou passen van het geleerde. Zij zag te weinig verandering. Naast dit belangrijke gegeven, komen enkele andere thema’s naar voren: rust nemen tussen activiteiten door, grenzen aangeven, noodzaak inzien van verandering en daartoe in bewegingen komen, voor zichzelf kiezen en luisteren naar eigen lichaam. Een belangrijke opmerking dient gemaakt te worden, deze revalidant heeft in de vierde behandelweek enkel een situatie kunnen benoemen wegens tijdgebrek.

Algemene ontwikkeling

De algemene ontwikkeling van de drie processen wordt weergegeven in het volgende figuur.

Figuur 5: Ontwikkeling processen revalidant 4



Acceptatie

Het gemiddelde niveau van acceptatie is over het algemeen lager in vergelijking tot de overige revalidanten. Revalidant 4 begint op een niveau van 1.00 en eindigt in de laatste behandelweek en follow-up op een niveau van 1.50. Er is dus sprake van een lichte stijging. Het hoogste punt van acceptatie wordt bereikt in behandelweek 7. Gedurende de eerste behandelweken laat de revalidant zijn gedrag voornamelijk leiden door de vermijding van pijn: *“Dat moet ik niet elke week gaan doen, dat kost vrij veel energie zowel geestelijk als lichamelijk dus ik dacht dat moet ik deze week toch gewoon anders aan gaan pakken”* [4,2,187-189]. Kenmerkend voor deze revalidant is dat hij moeite heeft met het benoemen en uiten van zijn emoties, dit geeft hij zelf aan. In de derde behandelweek is een lichte stijging te zien, hier lijkt de revalidant deels zijn pijn te accepteren, deels te vermijden. Enkele activiteiten binnen het RRC gaat hij niet aan, wegens een te hoge belasting. In de behandelweken erna (week 4, 5 en 6) wordt hij geconfronteerd door zijn sociale omgeving met zijn vermijdingsgedrag, welke hij later ook zelf benoemt: *“Ja ik ga dingen verzinnen om het niet te doen. Ik verschuil me nou weer achter de kleine, vertrouwde patronen van nee, ik ben nou druk, ja dat komt wel, ja maar dit, ja maar dat. Ik mag ook geen ‘ja maar’ meer zeggen van hier dus eh..”* [4,4,52-55]. In de behandelweken erna lijkt deze confrontatie met en bewustwording van zijn gedrag te leiden tot een hogere acceptatie van negatieve gevoelens. In de zevende behandelweek is er een hoogtepunt waar te nemen. Een citaat uit dit interview onderschrijft dit: *“Meer van ‘het komt wel’ niet meer druk om maken, dat kost een hoop energie. Ik bemoei me er al teveel mee, dan voelt zij zich op de huid gezeten, dan wordt zij weer geïrriteerd, dan word ik weer geïrriteerd dat het niet volgens mijn ding gaat, ik weet het, het is heel fout.”* [4,7,250-253]. *“Ja ook om dat los te laten dat zij het op haar manier doet en niet op mijn manier. Zij komt er ook wel..”*[4,7,269-270]. In de eindsituatie gedurende de follow-up

komen situaties naar voren dat de revalidant meer de pijn accepteert. Toch blijft de mate van acceptatie een lopend proces: *“Pijn, nee dat is niet de grootste hindernis. De grootste hindernis is bij mij nog steeds dat ik, hoe moet ik dat op een normale manier uitdrukken, dat ik mezelf nog teveel tegenkom zegmaar. Ik wil dingen nog te veel. Die ik eigenlijk niet meer kan.”* [4,9,473-476]. *“Ik wil ook graag dingen maar het kan..ik zal ook wel een keer hard onderuit gaan maar. En dat frustrereert mij dat ik het gewoon niet meer kan, hoewel ik het wel heel graag wil. En daar weet ik nog steeds niet zo goed mee om te gaan”* [4,9,481-484].

Waardegerichte actie

Op het gebied van functie van het gedrag is een lichte stijging te zien tussen de tweede en achtste behandelweek, ertussen verloopt de tendens in pieken en dalen. Tussen de laatste behandelweek en het follow-up meetmoment is een stijging van een halve punt waar te nemen.

In de eerste behandelweek laat de revalidant zijn gedrag leiden deels door de pijn en energiebehoud en deels door de waarde ‘een goede vader willen zijn’. In de week erop benoemt de revalidant deels enkele waarden (ontspanning en goede echtgenoot), deels laat hij zich motiveren door de druk van anderen om activiteiten te ondernemen. In de vierde behandelweek is de score vrij laag, dit heeft deels te maken met een beperking in resultaten. Ook hier komt de sociale motivator naar voren. Opvallend in de weken erna is het woordgebruik van de revalidant. In het benoemen van zijn redenen bepaalde acties te ondernemen, gebruikt hij vaak het woord ‘moeten’. Hierdoor is het onduidelijk of de motivatie puur uit hemzelf komt: *“Kijk het is natuurlijk wel fijn dat ik huispapa ben, maar zo kan het natuurlijk niet langer door blijven gaan. Ik moet zelf ook weer blijven groeien, onder de mensen komen, vaker zijn met vrienden.”* [4,5,120-122]. Ook komt vaak naar voren dat de mogelijk negatieve reactie van anderen een rol speelt, bijvoorbeeld zijn vrouw: *“Mijn vrouw werd natuurlijk erg verdrietig en dat is natuurlijk ook niet leuk. Ik zag van, dit gaat niet goed zo.”* [4,7,121-123]. In de eindsituatie, de follow-up, valt op dat de revalidant zich nog deels laat leiden door de pijn, deels door waarden gericht op vriendschap, het huwelijk en geestelijke ontwikkeling.

Toepassing ontwikkeling per week

De ontwikkeling van de toepassing verloopt bij revalidant de eerste zes behandelweken op gestaag niveau. Vervolgens is er een hoogtepunt waar te nemen. De mate van toepassing tussen de tweede en laatste behandelweek is licht gestegen. Tussen de eerste behandelweek en het follow-up moment is geen verschil op te merken. In de tweede behandelweek merkt de revalidant dat enkele aspecten van het geleerde nog niet toegepast worden, of dat de toepassing nog niet

adequaat verloopt in zijn eigen leven. Een citaat ondersteunt dit gegeven: “... ik pas het hier dan wel mooi toe, toen bij ergo, en vandaag bij fitness. Thuis, nog niet. De thuissituatie blijft dan toch altijd moeilijk. Want hier letten mensen op je, hier heb je het door dat je het moet doen. Maar thuis, ja.. ik ben alleen, niemand let op je. Dan moet je het echt voor jezelf gaan doen en dan denk je er niet zo aan. Dan val je heel snel terug in je oude patroon.” [4,2,281-286]. Deze tendens is in de overige behandelweken waar te nemen, tot aan de zevende behandelweek. Opmerkelijk is wel dat deze revalidant bij iedere toepassing wel een element kan benoemen die nog niet goed verloopt, terwijl het uitgevoerde een correcte toepassing lijkt van het geleerde. In de zevende en achtste behandelweek lijken er meer aspecten van het toegepast te worden. In het follow-up interview merkt de revalidant dat hij nog vaak over zijn grenzen gaat, hierin is de toepassing niet gelukt. Ook geeft hij aan dat het merendeel van het geleerde niet toegepast wordt omdat hij momenteel midden in een verhuizing zit. Hij verwacht meer met de lessen uit het RRC te doen wanneer hij in de nieuwe woning zit.

Waarden

De volgende tabel geeft weer welke onderwerpen er door welke revalidant genoemd worden, per behandelweek.

Tabel 2: Inhoudelijke waarden per week per revalidant

| | Wk 2 | Wk 3 | Wk 4 | Wk 5 | Wk 6 | Wk 7 | Wk8 | Follow-Up |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|-----|-----------|
| Revalidant 1 | | | | | | | | |
| Ontspannen | X | | | | X | | X | |
| Gezondheid | X | | | | | | | |
| Goede conditie | X | | X | | | | | |
| Naaste liefhebbers | | X | | | | | | |
| Elkaar steunen | | X | | X | | | | |
| Nuttig voelen | | X | | | | X | | X |
| Trots | | X | | | | | | |
| Nieuwe dingen leren | | | | X X | | | X | |
| Goede vader | | | | X | | | X | X |
| Meedoen in maatschappij | | | | X | | | | |
| Dingen doen die ik belangrijk vind. | | | | | | X | | |
| Verantwoordelijkheid voor gezin | | | | | | | | X |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|-----|---|---|---|-----|---|---|---|
| Revalidant 2 | | | | | | | | |
| Gezond en fit zijn | X | | | | | | | |
| Goede vriendin | X X | | X | | X | X | | |
| Trots en aanzien | | X | | X | | | | |
| Ontspannen (in paardensport) | | X | X | X | X X | | X | |
| Zelfstandig zijn | | X | | | | | | |
| Kennis vergroten | | | | | | | | X |
| Nuttig voelen | | | | | | | | X |
| Revalidant 3 | | | | | | | | |
| Ontwikkelen in iets nieuws | X | | | | | | | |
| Goede moeder zijn | | X | | X | | | | |
| Energiek voelen | | X | | | | | | |
| Ontspannen | | X | | | | | | X |
| Goed voelen in lichaam | | | X | | | | | |
| Assertief zijn | | | X | | | | | |
| Plezier en genieten | | | | | X | | | |
| Geestelijk sterk voelen | | | | | X | | | |
| Goede vrouw zijn | | | | | | X | | |
| Ontwikkelen in iets nieuws | | | | | | X | | |
| Klaarstaan voor anderen | | | | | | | X | |
| Meedoen in maatschappij | | | | | | | X | X |
| Revalidant 4 | | | | | | | | |
| Aan relatie werken | X | | | | | | | |
| Ontspannen | | X | | | | | | X |
| Goede echtgenoot zijn | | X | | | | | | |
| Zich nuttig voelen | | | X | | | | | |
| Zich ontwikkelen | | | | | | X | | |
| Vriendschap | | | | | | | | X |

Revalidant 1. Vanuit het ingevulde waardenformulier komt naar voren dat hij het belangrijk vindt zich nuttig te voelen in zijn werk en in de maatschappij. Op het gebied van relaties vindt hij het belangrijk zijn naasten lief te hebben en een steun kunnen zijn voor anderen. Ook de waarde een goede vader zijn speelt een grote rol voor deze revalidant. Daarnaast vindt hij het belangrijk gezond en in goede conditie te leven en voldoende te ontspannen. Deze waarden blijven een rol spelen gedurende de behandeling. Opvallend bij deze patiënt is, dat hij betrekkelijk veel waarden noemt gedurende de behandeling. Deze waarden verschillen ook behoorlijk per week, de spreiding is erg groot. Het lijkt alsof deze revalidant geen eenduidige richting heeft gekozen voor de inrichting van zijn leven.

Revalidant 2. Waarden die voor deze revalidant door de behandeling lopen zijn; een goede vriendin zijn, zich professioneel ontwikkelen, zelfstandig zijn en zich trots voelen in sport. Deze

waarden lijken door de hele behandeling heen te lopen. Opvallend bij deze revalidant is dat zij zich in haar acties nog vaak liet leiden door sociale motivatoren. Dit heeft vermoedelijk te maken met haar leeftijd, zij liet zich nog veel leiden door vriendinnen en angst voor reacties van anderen. Mogelijk is dat deze revalidant haar waarden nog niet geheel gekristalliseerd heeft en niet eigen heeft gemaakt.

Revalidant 3. Verschillende waarden lopen als rode draad door de behandeling, dat zijn; een goede moeder zijn, ontwikkelen in iets nieuws en genieten. Een waarde die aan het eind van de behandeling meer in opkomst kwam, was de waarde ‘meedoen in de maatschappij’. In de laatste weken richtte deze revalidant zich op het organiseren van een cruise voor gehandicapten, zodoende werd deze waarde toen vaker genoemd. Deze revalidant heeft flinke groei doorgemaakt op het gebied van psychologische flexibiliteit, vermoedelijk heeft dit ermee te maken dat deze revalidant enkele waarden heeft gekozen die als rode draad door haar behandeling (en haar leven) liepen.

Revalidant 4. De tendens van het aantal genoemde waarden is betrekkelijk laag in vergelijking tot de overige revalidanten. Waarden die de revalidant voornamelijk benoemt, zijn ‘een goede relatie hebben’, ‘ontspanning’ en ‘gezond leven’. Let wel, in behandelweek 4 heeft de revalidant enkel een situatie kunnen benoemen, deze score is niet betrouwbaar. Ook is opmerkelijk dat de revalidant in zijn taalgebruik vaak het woord ‘moeten’ gebruikt. Hierdoor is onduidelijk of zijn drijfveer zijn waarde is of de wil van iemand anders.

Terugkijkend en conclusie

Revalidant 1, een zelfgenoemde perfectionist, gaf aan een moment te hebben gezocht om naar de semiklinische behandeling van het revalidatiecentrum te gaan. Hij had het gevoel er nu klaar voor te zijn. In de ontwikkeling van zowel acceptatie, functie van gedrag als toepassing valt een stijging waar te nemen. Op het gebied van acceptatie heeft revalidant 1 meer geaccepteerd wat zijn beperkingen zijn en heeft geleerd zijn grenzen te erkennen maar hij lijkt nog steeds zoekende te zijn in de rol van de pijn. Hij ervaart de pijn nog steeds als een kwaad dat zijn leven verziekt. Hiernaast merkt hij wel meer activiteiten te ondernemen die voor hem belangrijk zijn en deze keuze maakt hij meer bewust dan voor het behandeltraject. De perfectionistische houding speelt bij hem nog een grote rol, waardoor de revalidant sommige activiteiten vermijdt uit angst half werk te moeten leveren wegens zijn pijnklachten. Revalidant 1 benoemt gedurende de

behandeling een behoorlijke verscheidenheid aan waarden, het lijkt alsof hij nog geen eenduidige richting heeft gekozen als het gaat om waarden.

Revalidant 2 heeft in haar jeugd haar levensstijl behoorlijk moeten aanpassen vanwege de pijnklachten die zij ervaart. Tijdens de behandeling heeft zij gemerkt dat zij door groepsgenoten veel steun ontving, iets waar ze bij vrienden meer voor moest vechten. Ook merkte zij regelmatig op dat ze nog boos werd om haar pijnklachten, de vergelijking met 'gezonde' leeftijdsgenoten maakte zij gedurende de behandeling nog regelmatig. Ze heeft ervaren dat het nu gemakkelijker is haar grenzen te uiten tegenover vrienden en kennissen, iets waar zij eerder moeite mee had omdat zij bang was voor de reactie. Op het gebied van acceptatie heeft deze revalidant geen groei doorgemaakt, op het gebied van functie van gedrag en toepassing wel. De waarden speelden een steeds grotere rol in haar leven, ondanks dat ze deze niet specifiek benoemt. Op het gebied van waarden lijkt het dat zij deze nog niet geheel ontwikkeld heeft. Gezien haar leeftijd lijkt het aannemelijk dat zij groepsprocessen en sociale druk als leidend ervaart voor de richting van haar leven.

Revalidant 3 is in het verleden bij het RRC geweest en heeft zich nu aangemeld wegens een verergering van haar klachten. Tijdens de behandeling kwam naar voren dat de revalidant vaak haar grenzen overschreed om een ander tot dienst te zijn. Het leren grenzen aangeven en afbakenen voor zichzelf werd voor haar een leerdoel gedurende de behandeling. Deze revalidant heeft op alle drie deelgebieden een groei doorgemaakt. Op het gebied van waarden lijkt deze revalidant een duidelijke richting te hebben gekozen voor haar leven.

Revalidant 4 heeft in vergelijking tot andere revalidanten enkele bijzondere processen meegemaakt gedurende de behandeling die mogelijk van invloed zijn geweest op zijn ontwikkeling. Deze revalidant omschreef zichzelf als een perfectionist en iemand die structureel over zijn grenzen ging. Hierin is hij veranderd, echter neigt hij ertoe nu veel activiteiten te vermijden. Op het gebied van acceptatie maakt hij een positieve groei door, echter vindt hij het na de behandeling nog moeilijk te accepteren dat hij bepaalde activiteiten niet meer kan volbrengen. Op het gebied van functie van gedrag laat de revalidant zijn gedrag meer bepalen door waarden dan voor de behandeling. Wat betreft de toepassing van het geleerde is er geen verandering, er zijn nog steeds aspecten van het geleerde die onvoldoende uitgevoerd worden. De inhoudelijke exploratie van de waarden laat zien dat deze revalidant betrekkelijk weinig waarden benoemt gedurende zijn behandeling. Ook spreekt hij vaak in termen als 'moeten' wanneer hij zijn beweegredenen motiveert.

4. Conclusie en Discussie

Het huidige onderzoek heeft getracht meer inzicht te bieden in de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit van chronische pijnpatiënten die een multidisciplinaire behandeling hebben meegemaakt bij een revalidatiecentrum. De onderzoeksvraag ‘In hoeverre is er effect van Acceptance and Commitment Therapy op psychologische flexibiliteit bij chronische pijnpatiënten gedurende het therapieproces?’ kan na uitvoerig onderzoek positief beantwoord worden. Zowel een kwalitatieve analyse van de interviews als een statistische analyse van de gegenereerde scores laten zien dat er een positieve verandering heeft plaatsgevonden wanneer het gaat om psychologische flexibiliteit. Psychologische flexibiliteit wordt in dit onderzoek gesplitst in drie deelgebieden; acceptatie, functie van gedrag en toepassing van het geleerde. De verandering op deze processen zijn alle drie statistisch significant: er is sprake van een verhoging tussen de eerste en de laatste behandelweek.

In de resultatensectie is te zien dat de ontwikkeling van de drie processen per individu zeer verschillend verloopt. De individuele ontwikkeling is niet ondersteund door statistische analyse. De hypothese ‘Er is een stijging waar te nemen op het gebied van acceptatie’ kan positief worden beantwoord. Voor elke revalidant geldt dat zij gemiddeld hogere scores op acceptatie in de laatste behandelweek ten opzichte van de eerste behandelweek. Een stijging tussen de tweede behandelweek en het follow-up moment is waar te nemen voor drie van de vier revalidanten.

Op het gebied van functie van gedrag geldt voor alle revalidanten dat er sprake is van een stijging tussen de tweede en achtste behandelweek en tussen de tweede behandelweek en het follow-up moment. Wat betreft de toepassing van het geleerde in eigen levensgebieden is eveneens een positieve verandering te zien tussen de tweede en achtste behandelweek. Echter geldt een stijging tussen de tweede behandelweek en het follow-up moment maar voor drie van de vier revalidanten.

Op het gebied van de waarden is er een exploratief onderzoek gedaan. Er is duidelijk geworden door deze exploratie op het gebied van inhoud van de waarden, dat elk individu verschillende waarden heeft gedurende deze behandeling. Bij sommige revalidanten lopen deze als rode draad door de behandeling, bij sommige wisselt de inhoud van de waarden per domein. Het lijkt erop dat wanneer een revalidant zeer diverse waarden heeft, er geen sprake is van een hoge mate van psychologische flexibiliteit. Het kiezen van enkel een aantal belangrijke waarden lijkt meer effect te hebben.

Dit onderzoek sluit aan bij de bevindingen van Vowles en McCracken (2008), die in hun onderzoek effectiviteit hebben gevonden van ACT binnen de behandeling van chronische

pijn. Zij constateerden een positieve ontwikkeling op het gebied van acceptatie en waardegerichte actie, welke in dit onderzoek wordt ondersteund. Ook de uitkomsten van Veehof et al. (2011), waarin zij stellen dat patiënten met chronische pijn positief reageren op acceptatiegerichte behandelingen, worden in dit onderzoek ondersteund. In het huidige onderzoek is aanvullend bewijs geleverd voor de effectiviteit van Acceptance and Commitment Therapy in de behandeling van chronische pijnpatiënten. Opvallend op het gebied van alle processen is een lichte daling tussen de laatste behandelweek en het follow-up moment. Dit sluit aan bij eerder onderzoek (Weiss, 2011). In het interview zes weken na behandeling gaven een revalidant een mogelijke reden hiertoe. Deze revalidant ervoer het behandeltraject als erg steunend maar soms niet als een realistische afspiegeling van de werkelijkheid waarin hij terecht kwam toen de behandeling voorbij was. Mogelijk kan hier in de toekomstige behandelingen aandacht aan worden besteed.

In dit onderzoek wordt de mate van psychologische flexibiliteit gemeten met behulp van door de revalidant geconstrueerde therapieverhalen. Dit is een unieke manier van onderzoeken die een dieper inzicht heeft gegeven in de onderliggende processen van de ontwikkeling per revalidant. Ook wordt vanuit perspectief van de patiënt gekeken naar het verloop van de behandeling. Door het gebruik van onafhankelijke onderzoekers, is dit perspectief niet gekleurd.

Beperkingen

In deze onderzoeksopzet is gekozen voor een kwalitatief interview door middel van semigestructureerde interviews. Hoewel deze manier van onderzoek veel aanvullende informatie geeft ten opzichte van kwantitatief onderzoek, kent het zijn beperkingen. Allereerst is er sprake van een kleine onderzoeksgroep van vier personen, mede door attritie. Twee van de zes revalidanten heeft voor de interviews moeten afzeggen wegens overbelasting. Dit kan nadelig zijn voor de uitkomsten van het onderzoek. Wanneer er zes revalidanten onderzocht worden, is er meer informatie beschikbaar over de individuele ontwikkeling. Er kan dan een meer gefundeerde uitspraak worden gedaan over de ontwikkeling op het gebied van acceptatie en waardegerichte actie. Ook ontstaat er tijdens een groepsbehandeling een bepaalde verwevenheid in de groep, juist dan is het van meerwaarde elk afzonderlijk lid te interviewen.

Hoewel ACT een leidraad vormt binnen de multidisciplinaire behandeling tegen chronische pijn, kan de effectiviteit niet volledig aan deze therapievorm toegeschreven worden. Er zijn veel therapie-effecten te onderscheiden die voorspeld worden door verschillende variabelen. Ook in dit onderzoek is dit aan de orde. Voorbeelden hiervan zijn mogelijk; de therapeuten, het groepsproces en individuele kenmerken. Uit de interviews kwam naar voren dat een revalidant

het aanwezig zijn in de groep niet altijd als een meerwaarde heeft ervaren. Echter hebben sommige revalidanten juist steun ervaren aan de groep. Wellicht kan dit meegenomen in de selectie van de deelnemers van een groepsbehandeling. Ook de gebruikte methode was voor een revalidant niet geheel geschikt. Wanneer er gescreend wordt op deelnemers, dient hier extra rekening mee gehouden te worden, om te voorkomen dat een deelnemer niet op zijn plek zit en de behandeling weinig effect heeft.

Er kan sprake zijn geweest van contactgroei gedurende de interviewafname, de interviewer leerde de revalidant beter kennen. Dit kan mogelijk van invloed zijn op de verkregen informatie. De interviews vonden op verschillende tijdstippen plaats. Er is gewaarborgd de tijdstippen per revalidant zo veel mogelijk gelijk te houden per week, maar de interviews vonden per revalidant op verschillende dagen en dagdelen plaats. Zo is het mogelijk dat de revalidant die op vrijdag zijn interview had, meer informatie uit de behandeling mee heeft gekregen dan de revalidant die op woensdag zijn interview had.

Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van een interviewschema, om de interviews zo gestandaardiseerd mogelijk te maken. Er kunnen echter verschillen zijn opgetreden tussen de manier van vraagstelling van onderzoekers wat betreft de verdiepende vragen die niet op het schema stonden. In de interviews werd telkens gevraagd naar een bepaalde situatie waarin iets geleerd of ervaren is. De keuze van de situaties ligt uiteraard bij de revalidant, hierin is zo min mogelijk sturing geboden vanuit de onderzoeker. Deze keuze van situaties is een geheel subjectieve beleving, de patiënt kiest zelf welke situaties hij of zij belangrijk vindt om te vertellen. Het is mogelijk dat hierdoor een bias is opgetreden, ofwel positief ofwel negatief. Het is mogelijk dat een revalidant ervoor kiest grotendeels situaties te vertellen waarin iets gelukt is, om zo een beter beeld te presenteren. Het omgekeerde is ook mogelijk, dat een revalidant ervoor kiest situaties te vertellen waarin een aspect van het geleerde nog niet gelukt is of waarin hij een negatieve ervaring is ondergaan. In elk geval, er kan door de onderzoekers geen controle worden uitgeoefend op hetgeen er verteld wordt in de interviews, er kan allicht rekening mee gehouden worden bij het interpreteren van de resultaten.

Eerder werd contactgroei genoemd, dit heeft mogelijk eveneens invloed gehad op de manier van coderen van de interviews. De helft van de te coderen interviews is van een revalidant die de onderzoeker gedurende het proces zelf gevolgd heeft. Enerzijds geeft dit een voordeel, de onderzoeker kent de achterliggende informatie van de patiënt. Anderzijds kan dit een bias opleveren, omdat je perceptie gekleurd is door de overige informatie. Wellicht is voor de toekomst een aanbeveling de codering te laten plaatsvinden door meerdere personen, waaronder een aantal objectieve beoordelaars. Dit kan mogelijk de validiteit van het onderzoek vergroten.

De conclusies uit dit onderzoek geven een meerwaarde voor de semiklinische behandeling zoals die wordt gegeven in het revalidatiecentrum het Roessingh. Het onderzoek geeft goed weer hoe de revalidanten zich ontwikkelen gedurende het behandelprogramma. De uitkomsten zijn derhalve te generaliseren naar andere, vergelijkbare programma's binnen revalidatiecentra om inzicht te geven in de werkbaarheid van ACT. De processen die naar voren komen in dit onderzoek kunnen in andere vergelijkbare behandelingen naar voren komen. Hierdoor kan de aanbieder van deze behandeling rekening houden met deze processen en er wellicht op inspelen.

Aanbevelingen

Voor toekomstig onderzoek kan het een toegevoegde waarde hebben om non-specifieke factoren, die invloed hebben op de behandelprocessen, nader te onderzoeken. Voorbeelden hiervan zijn: de groepsprocessen en kenmerken van deelnemers. Ook de perceptie van revalidanten op de gebruikte literatuur kan van een meerwaarde zijn. Gedurende het onderzoek kwam bij een deelnemer naar voren dat hij (in tegenstelling tot anderen) het boek en het groepsproces niet van meerwaarde vond bij de behandeling. Voor de toekomst is het van belang als organisatie zich ervan bewust te zijn dat de behandeling niet bij ieder individu passend is. Hiermee dient rekening gehouden te worden bij de indicatie van deelnemers. Hiernaast valt op dat er een terugval te zien is tussen de laatste behandelweek en het follow up moment zes weken erna. Wellicht is het voor toekomstig onderzoek raadzaam een langer tijdsbestek te monitoren, om ook te zien hoe de processen verlopen gedurende bijvoorbeeld een jaar. Voor de organisatie is dit eveneens een aspect, er is door hen een terugkomdag georganiseerd voor de deelnemers, misschien kan deze eerder plaatsvinden dan zes weken na de behandeling.

Wat voor toekomstig onderzoek eveneens een belangrijk aspect is, is de leeftijd van de revalidanten. Een van de revalidanten was betrekkelijk jong. Tijdens de interviews werd opgemerkt dat zij zich veelal vergeleek met leeftijdsgenoten die meer in staat waren tot het uitvoeren van activiteiten die bij die leeftijd horen (bijv. uitgaan). Dit heeft zijn weerslag gehad op de mate van acceptatie die deze revalidant ervoer. De mate van acceptatie, en de onderliggende processen hiervan in het licht van de leeftijd van proefpersonen zou een bijzonder inzicht bieden en een aanvulling kunnen zijn op de aanwezige wetenschappelijke kennis.

De wijze van onderzoek middels interviews over de therapie kan mogelijk bij andere therapievormen ook een meerwaarde bieden. Het therapieverhaal geeft ontzettend veel informatie die mogelijk andere therapieën kan verbeteren en meer inzicht geeft in het leerproces en de perceptie van patiënten.

Relevantie

Chronische pijn is een groot persoonlijk en maatschappelijk probleem. Chronische pijn beïnvloedt het dagelijks leven van veel patiënten. Veelal zoeken zij verlichting in de medische wereld, maar vinden deze helaas zelden. Een mogelijke behandeling die wel voor verlichting kan zorgen, is Acceptance and Commitment Therapy. Meerdere studies hebben ACT als effectief bevonden in de behandeling van chronische pijnpatiënten. Huidig onderzoek kan zich daarbij aansluiten: ACT heeft een positieve invloed op de psychologische flexibiliteit van patiënten die een semiklinisch programma hebben gevolgd binnen een revalidatiecentrum. De onderliggende processen van deze effectiviteit zijn in dit onderzoeksverslag uiteengezet. Op het gebied van acceptatie, waardegerichte actie en toepassing maakt merendeel een positieve ontwikkeling door. Dit onderzoek biedt meerwaarde voor de praktijk en voor de wetenschap, en er zijn nog veel uitdagende aspecten omtrent dit onderwerp waar toekomstig onderzoek zich op kan richten.

Referenties

- A-Tjak, J., & De Groot, F. (2008). *Acceptance and commitment therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Adler, J. M., & McAdams, D. P. (2007). The narrative reconstruction of psychotherapy. *Narrative Inquiry, 17*, 179-202.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *In session: Psychotherapy in Practice, 57*(2), 243-255.
- Braams, B. R., Blechter, J., Boden, M. T., & Gross, J. J. (2012). The effects of acceptance and suppression on anticipation and receipt of painful stimulation. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 43*, 1014-1018.
- Branstetter-Rost, A., Cushing, C., & Douleh, T. (2009) Personal values and pain tolerance: Does a values intervention add to acceptance? *The Journal of Pain, 10* (8), 887-892.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain, 10*(4), 287-333. Doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
- Dahl, J. C., Plumb, J. C., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The art and science of valuing in psychotherapy: Helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy, 35*, 785-801.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Gullford Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the Verbal Support for Experiential Avoidance. *The behavior analyst, 17*: 289-303.
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: Raincoast Books.
- International Association for the Study of Pain (IASP) Task Force on Taxonomy (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. Classification of Chronic Pain, 2: 209-214 <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/>.
- Maniadakis, N., & Gray, A. (2000). The economic burden of back pain in the UK. *Pain, 84*, 95-103. Doi: 10.1016/S0304-3959(99)00187-6.

- McCracken, L. M. (2007). The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain. *Pain, 130*, 119-125. Doi: 10.1016/j.pain.2006.11.016.
- McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleston, C., & Keefe, F. J. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain, 109*, 4-7.
- 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.
- Middelink, A. (2010). *De effectiviteit van ACT en de ontwikkeling van agency tijdens het behandelproces van chronische pijn patiënten in het Roessingh revalidatie centrum* (Ongepubliceerde masterthesis). Universiteit Twente, Enschede.
- Morlion, B., Walch, H., Yihune, G., Vielvoye-Kerkmeer, A., de Jong, Z., Castro-Lopes, J., & Stanton-Hicks, M. (2008). The Pain Associates' International Network (PAIN) initiative: A novel practical approach to the challenge of chronic pain management in Europe. *Pain Practice, 8(6)*, 473-480.
- Papłowski, Y. (2010). *De ontwikkeling van agency binnen Acceptance and Commitment Therapy bij patiënten met chronische pijn* (Ongepubliceerde masterthesis). Universiteit Twente, Enschede.
- Reid, K. J., Harker, J., Bala M. M., Truylers C., Kellen E., Bekkering G. E., & Kleijnen, J. (2011). Review: Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research & Opinion, 27(2)*, 449-462. Doi: 10.1185/03007995.2010.545813.
- Tammes, M. (2011). *Agency ontwikkeling tijdens een behandeling op basis van ACT bij chronische pijnrevalidanten* (Ongepubliceerde masterthesis). Universiteit Twente, Enschede.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C. A. L., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). *Handboek Psychopathologie: Deel I basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Veehof, M. M., Oskam, M., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain, 152*, 533-542. Doi:10.1016/j.pain.2010.11.002.
- Veehof, M. M., Schreurs, K. M. G., Hulsbergen, M. L., & Bohlmeijer, E. T. (2010). *Leven met pijn: de kunst van het aanvaarden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Viane, I., Poppe, C., Crombez, G., & Devulder, J. Acceptance of chronic pain: Influence on mental well-being. *Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid, 32(1)*, 3-17.

- Visser, W. B. (2012). *Het acceptatieproces binnen een ACT-behandeling*. (Ongepubliceerde masterthesis). Universiteit Twente, Enschede.
- Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 397-407. Doi: 10.1037/0022-006X.76.3.397.
- Weiss, L. A. (2011). *The development of psychological flexibility in chronic pain patients during acceptance and commitment therapy*. Ongepubliceerde masterthesis. Universiteit Twente, Enschede.

Bijlagen

Bijlage 1: 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 er op dat moment bij hem of haar 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:

- Wat was nieuw voor u de afgelopen week?
- Wat is er gebeurd waar u na de behandeling aan terug zal denken?
- 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 revalidant veel vertelt 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 om dat te doen/ niet te doen?
- Wat maakt dat u 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.

Bijlage 2: Aanvulling interviewschema eerste interview

Kennismaking en uitleg

Welkom bij dit eerste interview. Mijn naam is Harmke Petter/Denise Vrins en ik ben student Psychologie aan de Universiteit Twente. Voor mijn afstudeeronderzoek houd ik deze interviews. Het doel van het 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 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. Vindt u dat goed? De interviews kunnen u helpen, alles nog een keer op een rijtje te zetten wat u allemaal geleerd en ervaren hebt tijdens de behandeling hier. Deze interviews zijn al eens eerder gedaan met pijnrevalidanten in het Roessingh en zij vonden het een waardevolle aanvulling die hen 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 expert. De interviews staan in zoverre los van de behandeling dat wat u vertelt geen invloed op de behandeling zal hebben. De behandelaars krijgen geen informatie over wat u hier vertelt. 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.

Revalidant 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.

Bijlage 3: Aanvullingen interviewschema laatste behandelweek

Nu er twee leermomenten van afgelopen week zijn besproken, willen we u een aantal aanvullende vragen stellen die meer inzicht bieden.

Aanvullende vragen

Wat heeft u in deze behandeling geleerd wat u ook na de therapie hoopt vast te kunnen houden/mee te nemen?

Gedurende de behandeling is aandacht geweest voor wat u belangrijk vindt in het leven en wat u hoopt na te streven. Dit worden de waarden genoemd, die uiteen kunnen lopen op verschillende levensgebieden.

Wat zijn voor u belangrijke waarden op het gebied van werk en opleiding?

Wat zijn voor u belangrijke waarden op het gebied van relaties?

Wat zijn voor u belangrijke waarden op het gebied van vrije tijd?

Wat zijn voor u belangrijke waarden op het gebied van gezondheid en persoonlijke groei?

Soms kan een mens belemmerd worden in het leven naar deze waarden. Waardoor zou u gehinderd kunnen worden in het nastreven van uw waarden?

Afsluiten

Mag ik u ten slotte vragen hoe het voor u was deze interviews te doen?

Graag zouden we u over zes weken weer willen benaderen om te kijken hoe het met u gaat. Afspraak voor follow-up interview (wanneer en hoe).

Bijlage 4: Interviewschema 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:

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:

- Wat was nieuw voor u de afgelopen weken?
- Wat is er gebeurd na de behandeling waar u aan terug zal denken?

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

Indien een revalidant veel vertelt 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 weken 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 om dat te doen/ niet te doen?
 - Wat maakt dat u het wel/niet deed?
 - Kunt u aangeven in hoeverre het volgens u gelukt is het geleerde toe te passen?
-

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

- Wat was de grootste/belangrijkste verandering tussen nu en voor de behandeling? Op welke manier uit zich dat? (richten op alternatieve gedachten, gedrag, gevoel)
- Wanneer heeft deze verandering plaatsgevonden?
- Is een moment bepalend geweest in de behandeling?
- Wat is het belangrijkste wat u geleerd heeft?
- Is er een terugval tijdens de behandeling geweest?

Aanvullende vragen

- Terugkijkend op de laatste behandelweek en nu, heeft u kunnen vasthouden van de therapie wat u wilde? In het perspectief dat de therapie is vervallen?
- In hoeverre heeft u het gevoel dat u, ondanks de pijn/vermoeidheid, toch de dingen doet die het leven waardevol maken?
- Wat heeft de therapie voor u betekend? Hoe kijkt u erop terug?
- Welke rol/betekenis speelt pijn nu in uw dagelijks leven? In hoeverre is deze rol veranderd ten opzichte van het begin van de behandeling?
- Terugkijkend op de genoemde hindernissen in de laatste behandelweek, in hoeverre zijn deze voorgekomen in de periode dat u geen therapie meer ontvangt/niet meer in Het Roessingh bent? Hoe bent u hiermee om gegaan?
- *Indien er minder positief op de behandeling terug wordt gekeken:* Welke aspecten van de behandeling zijn er die verbeterd kunnen worden, waardoor het volgens u een prettigere ervaring zou worden?

Bijlage 5: Coderings- en scoringsschema 1

| | | |
|-------------------|----------|--|
| Acceptatie | 1 punt | 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 punten | Deels worden 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 punten | Dat pijn en negatieve (private) ervaringen aanwezig zijn, wordt volledig of grotendeels geaccepteerd. |

| | | |
|---------------------------|----------|--|
| Functie van gedrag | 1 punt | Het gedrag van de revalidant wordt volledig of grotendeels bepaald door externe/interne en/of sociale motivatoren |
| | 2 punten | 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 punten | De revalidant handelt volledig of grotendeels volgens zijn waarden, volledig of grotendeels onafhankelijk van externe/interne en/of sociale motivatoren. |

| | | |
|-------------------|----------|--|
| Toepassing | 1 punt | Het is niet gelukt om het geleerde toe te passen |
| | 2 punten | Het lukt deels het geleerde toe te passen, deels zijn er aspecten van het geleerde die niet toegepast zijn. Of het is een beetje gelukt het geleerde toe te passen |
| | 3 punten | Het lukt volledig of grotendeels het geleerde toe te passen. |

Codeerregels:

- Functie van gedrag: Goed kijken waartoe iemand iets doet. Is het iemand zijn waarde wat het gedrag stuurt?
- Toepassing: In de toepassing kijken we ook naar reikwijdte, wanneer het wel/niet gelukt is in een soortgelijk toepassingsgebied.
- Toepassing: het maakt niet uit welke functie erachter schuilt, maar het gaat puur om de toepassing van het geleerde.
- Toepassing: Wanneer iemand bij toepassing aspecten van het geleerde noemt die hij/zij nog wil aanscherpen, wordt het een 2.

Bijlage 6: Waardenstencil

| Levensdomein | Waarde(n) <i>Wat vind ik belangrijk in het leven wat het leven de moeite waard maakt en inspireert?</i> | Wat maakt dat deze waarde belangrijk voor me is? <i>Hoe verrijkt het leven naar deze waarden mijn leven, dus wat levert het mij op?</i> | Hindernissen <i>Mogelijke belemmeringen in het nastreven van mijn waarden, oftewel wat kan mij ervan weerhouden naar mijn waarden te leven?</i> |
|---|---|---|---|
| <i>Werk en opleiding</i> | | | |
| <i>Relaties</i> | | | |
| <i>Vrije tijd</i> | | | |
| <i>Gezondheid en persoonlijke groei</i> | | | |
| <i>Overig</i> | | | |