

UNIVERSITEIT TWENTE



Acceptance and Commitment Therapy(ACT) door de bril van de chronische pijn patiënt, **roze** of niet?

Een onderzoek naar de beleving van chronische pijn patiënten van een acht weken durende ACT groepstherapie, bij het Roessingh Revalidatiecentrum, in het kader van een these voor de Master Geestelijke Gezondheidsbevordering. Veel onderzoek is al verricht betreffende ACT en chronische pijn, maar hoe is de beleving van de therapie gekeken door de bril van de revalidant, gericht op situaties uit het dagelijks leven?

Student: Burcu Dursun

Studenten nr.: 0216453

Datum: 19-08-2013

1^{ste} Begeleider: Prof. dr. Karlein Schreurs

2^{de} Begeleider: Prof. dr. Gerben Westerhof

VOORWOORD

Dit onderzoek is gedaan in het kader van de Master Geestelijke Gezondheidsbevordering aan de Universiteit Twente en is mede mogelijk gemaakt door mijn begeleiders Prof. Dr. K. Schreurs en Prof. Dr. G.J. Westerhof. Ze hebben mij veel geleerd in het hele proces, hebben mij meer dan normaal geprobeerd te steunen en hebben begrip getoond vooral in zware tijden die ik heb meegemaakt. Ik weet niet of het mogelijk was zonder hen deze scriptie af te ronden.

Mijn familie is altijd erg belangrijk geweest voor mij en zal het ook altijd blijven. Ik dank mijn ouders voor hun vertrouwen en steun. Mijn zusje dank ik ook voor haar steun en haar altijd eerlijke en opbouwende commentaar. Mijn wonderbaarlijke broertje bedank ik ook, voor het feit dat hij naast me is. Als laatst wil ik door middel van deze scriptie mijn verloofde, die over een maand mijn man wordt, bedanken voor al zijn steun en het forceren om mijn studie te laten afronden.

Met het afronden van mijn Master beëindig ik mij studenten tijd en hoop een goed begin te maken aan mijn carrière als hulpverlener.



INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	2
Samenvatting	5
Summary.....	6
1. Inleiding	7
1.1 Cliënten perspectief	7
1.2 Pijn, chronisch?.....	8
1.2.1 Definitie pijn	8
1.2.2 Chronische pijn	8
1.3 Therapieën	9
1.3.1 Behandelingen chronische pijn	9
1.3.2 Acceptance and Commitment Therapy	10
1.4 Onderzoeksvragen	13
1.4.1 Hoofdvraag.....	13
1.4.2 Deelvragen	13
2. Methoden.....	14
2.1 Respondenten.....	14
2.2 Interviews.....	14
2.3 De behandeling	15
2.4 Coderen.....	15
2.4.1 Volgorde van coderen	16
2.4.2 Proces van het coderen.....	16
3. Resultaten.....	19
3.1 Welke verschillende situaties worden genoemd door revalidanten?	19
3.2 Wat blijft voor chronische pijn patiënten in de loop van de behandeling moeilijk en wat gaat beter?	24
3.2.1 Succes per patiënt.....	26
3.2.2 De categorieën “samen”	28

3.3 Wat zijn (belemmerende/bevorderende) factoren bij de (goede) toepassing van ACT, door chronische pijn patiënten?	28
4. Discussie	34
4.1 Samenvatting resultaten/conclusies	34
4.2 Beleving van de patiënt.....	35
4.3 Sterke en zwakke punten van onderzoek	36
4.4 Aanbevelingen: onderzoek/ klinische praktijk	36
5. Referentielijst	38
6. Bijlagen.....	41
6.1 Interviewschema algemeen.....	41
6.2 Afwijkingen in het interviewschema	43
6.3 Complete tabel gegevens gelukt/ niet gelukt	46

SAMENVATTING

Er is onderzoek gedaan naar de beleving van een ACT behandeling bij chronische pijn patiënten aan het Roessingh Revalidatiecentrum. Van twee chronische pijn patiënten, die een acht weken durende ACT (groep-)behandeling hebben gevolgd, zijn er in totaal 16 interviews geanalyseerd en zijn er 66 situaties gecodeerd. In eerste instantie is gekeken naar welke situaties/leerervaringen worden genoemd door de patiënten. Er zijn elf categorieën genereert van de genoemde situaties. Deze categorieën zijn: adequate omgang met prikkels van buitenaf, adequate omgang met interne signalen, rust nemen, je laten kennen/delen/ hulp vragen, grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten, leven volgens wat belangrijk is voor jou, bewust zijn van huidige ervaring, ruimte voor negatieve gevoelens en gedachten, evenwichtige fysieke belasting, omgaan met lastige situaties en zich laten belemmeren door pijn. Het verschil tussen het voorkomen van de categorieën is niet groot, maar de meest voorkomende categorie is ruimte voor negatieve gevoelens en gedachten. De minst genoemde categorie is rust nemen en het bewust zijn van de huidige ervaring. Opvallend was dat de gevonden categorieën herkenbaar waren als processen van de therapie. De patiënten noemden in eigen woorden wat er in de behandeling behandeld was. Ondanks het een ACT behandeling is lijken andere processen ook een belangrijke rol te spelen. De elf categorieën die genoemd zijn, zijn ondergebracht in verschillende onderwerpen. Deze onderwerpen zijn: ACT processen, pijn coping, sociale vaardigheden en algemene stress coping vaardigheden. Act processen worden het meest genoemd door de patiënten, het verschil tussen bepaalde onderwerpen is niet groot. Het totaal pakket, en niet alleen ACT, is wat de patiënt lijkt mee te krijgen en probeert toe te passen. In het onderzoek is, per categorie en per persoon, gekeken naar welke situaties beter en welke minder gelukt zijn. Beide patiënten hebben het meest succes bij de categorie je laten kennen / hulp vragen en de categorie bewust zijn van de huidige ervaring. De scores op de onderdelen grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten en omgaan met lastige situatie liggen bij de twee patiënten ook dicht bij elkaar, ze lukken veel vaker dan ze niet lukken. Er lijken geen overeenkomsten te zijn in de categorieën die niet goed lukken, in tegenstelling tot de overeenkomsten in gelukte situaties, deze zijn bij beide patiënten anders. Als er wordt gekeken naar het succes van de onderwerpen in het algemeen, niet per patiënt, zien we dat het meeste succes toe te wijzen is aan het onderwerp sociale vaardigheden. De meeste moeite wordt door chronische pijn patiënten mogelijk ervaart bij pijn coping, gevolgd door ACT . Als laatst in het onderzoek is bestudeerd welke belemmerende en bevorderende factoren genoemd worden door de patiënten bij het wel of niet lukken van een situatie. Er is een behoorlijk aantal factoren genoemd door de patiënten. Het is aanmerkelijk dat pijn niet vaak als belemmerende factor wordt genoemd ondanks de patiënten lijden aan chronische pijn. Het niet in contact zijn met het lichaam en plezier komen bij beide patiënten voor als belemmerende factor bij de door hen het slechts toegepaste vaardigheid/categorie (rust nemen bij de ene en adequate omgang met interne signalen bij de andere). Het belangrijkste dat voorkomt uit de studie is dat de patiënten hetzelfde noemen geleerd te hebben, maar dat het leerproces verschilt van elkaar.

SUMMARY

Research is done into the perception of an ACT treatment in chronic pain patients at the Roessingh Revalidatiecentrum. Initially there is been looked at what situations / learning experiences were mentioned by the patients. A total of 16 interviews, from two chronic pain patients who followed an eight-week (group) Acceptance and commitment therapy, were analyzed and 66 situations were coded. Eleven categories are generated from these situations. These categories are: adequate handling of external stimuli, adequate handling of internal signals, taking rest, letting you know / sharing / asking for help, setting boundaries in interpersonal contacts, live according to what is important to you, be aware of current experience, room for negative feelings and thoughts, balanced physical stress, dealing with difficult situations and hinder by pain. The difference between the occurrences of the categories is not large, but the most common category is room for negative feelings and thoughts. The least mentioned category is taking rest and be aware of the current experience. It was striking that the categories found were identifiable as processes of therapy. Patients called in their own words what was covered in the treatment. Despite the fact that the treatment was based on ACT, other processes seem to play an important role too. The eleven categories that are called are housed in different subjects. These subjects are: ACT processes, pain coping, social skills and general stress coping skills. Act processes are mentioned most often by patients, the difference between certain subjects is not large. The total package, not just ACT, is what the patient seems to get along and tries to apply. The study, by category and person, looked at what situations are more successful and which ones are less successful. Both patients have the most success in the category letting you know sharing/asking for help and being aware of the current experience. The scores of the components setting limits in interpersonal contacts and dealing with difficult situation are close together with the two patients, they succeed more often than they fail. There seems no similarity in the categories that are not well succeeding, in contrast to the similarities in successful cases, these are different in both patients. If you look at the success of the subjects in general, not per patient, we see that the subject social skills is most successful. Most effort may experienced by chronic pain patients in pain coping, followed by ACT. As last the research studied the barriers and facilitators mentioned by the patients whether or not to manage a situation. There are quite a number of factors mentioned by the patients. It is remarkable that pain is not often called as a barrier, despite the patients are suffering from chronic pain. Not being in contact with your body and pleasure are by both patients called as a limiting factor in the skill(taking rest by one patient and adequate handling of internal signals in the other) that is been applied least successful. Most important in this research is that although the patients say they have learned the same, the learning process of each patient is different.

1. INLEIDING

1.1 Cliënten perspectief

Veel mensen lijden aan verschillende psychologische klachten. Als we naar onze omgeving kijken, kent iedereen wel iemand met psychologische klachten, zoals een depressie of angst voor iets. Niet altijd heeft dit invloed op mensen. Soms zijn de klachten zo aanwezig dat therapie een mogelijkheid wordt. Om de behandelingen zo goed mogelijk zijn werk te laten doen en er meer over te weten vindt er veel onderzoek plaats. Er is gekeken naar de effecten van verschillende therapieën bij mensen met verschillende klachten, factoren die een rol spelen bij een behandeling, welke behandeling het meest effectief zijn enzovoort. Er zijn effectiviteitsmetingen gedaan over Acceptance and Commitment Therapy, een acceptatie gerichte behandeling, in vergelijking met andere behandelingen (Veehof, Oskam, Schreurs en Bohlmeijer, 2011; Wheterell et al., 2011, Thorsell et al., 2011, Pull, 2008). Wat niet gedaan is, is te kijken naar de patiënt op zich. De individuele patiënt. Er is veelal onderzocht of een behandeling werkt en wat het maakt dat het wel of niet werkt, de theorie erachter. De beleving van de individuele patiënten met betrekking tot therapie is meestal geen onderwerp van aandacht in onderzoeken. Als we als voorbeeld een auto nemen, zijn de onderdelen van een auto apart van elkaar onderzocht. Een voor een is bekeken wat de functie van elk onderdeel is. Ook is er gekeken naar het geheel, het benzine verbruik, de maximale snelheid enz. Belangrijk is hier te vragen naar hoe het voelt, of hoe het is voor de persoon om de auto te rijden en welke onderdelen voor hem belangrijk zijn, dit niet noodzakelijk in de juiste theoretische “auto” dus technische taal. Echter als dit niet wordt gedaan, wat is dan het nut om de auto te maken? Wat voor de auto geldt, staat ook voor behandelingen die worden gegeven aan patiënten met verschillende problematiek, bijvoorbeeld bij patiënten met langer durende pijnklachten die een bepaalde behandeling ondergaan. Wat maakt het dat de beleving van de patiënt nou zo belangrijk is? Als we weten wat de beleving van de patiënt is, kan er een op maat gemaakte therapie gevormd worden, die beter aansluit bij de behoeften van de patiënt. Ook kan er beter contact gelegd worden met de patiënt, en kan de therapie effectiever ingezet worden. Contact tussen de patiënt en de therapeut is immers erg belangrijk. Empathie, inlevingsvermogen, is een manier om beter contact te kunnen leggen met de patiënt. Onderzoek heeft gewezen dat empathie (contact) vanuit de therapeut van doorslaggevend belang kan zijn voor de respons van de cliënt op de behandeling. (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien en Auer-Bach, 1985) Een confronterende hulpverlening, wanneer de beleving van de patiënt niet in acht genomen wordt, wordt in verband gebracht met een hoog uitvalcijfer en relatief slechte resultaten (Miller, Benefield en Tonigan, 1993). Dit onderzoek is dan ook gericht op de beleving van de individuele patiënt. Er wordt in dit onderzoek ingegaan op vaardigheden uit de therapie die genoemd worden door de patiënten, welke vaardigheden beter en welke slechter toegepast worden en welke factoren er genoemd worden die bijdragen aan het leerproces of juist welke factoren voor problemen zorgen. Het onderzoek richt zich op chronische pijn patiënten in het bijzonder. Eerst wordt echter uitgelegd wat chronische pijn is en wat de behandelingen hierbij kunnen zijn.

1.2 Pijn, chronisch?

1.2.1 Definitie pijn

Iedereen heeft het wel eens ervaren, pijn, maar wat is het precies? Volgens de International Association for the Study of Pain (IASP) is de definitie van pijn: “An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage” (van der Molen, Perreijn & van de Hout, 2007; Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp 2008). Pijn is dus een onplezierige, sensorische en emotionele gewaarwording, welke wordt geassocieerd met actuele of potentiële weefselbeschadiging of beschreven in termen van beschadiging. Een persoon leert de betekenis van het woord pijn door zelf weefselschade te ervaren, pijn is subjectief (Merskey & Bogduk 1994). Pijn heeft een functie, het geeft aan dat er iets gebeurt in het lichaam, dat er schade plaatsvindt, het is een vitale eigenschap, een overlevingsmechanisme.

Pijn kent verschillende dimensies, bijvoorbeeld het onscheidbaar duo pijn en emotie, pijn gaat altijd samen met emotie. Het voorgaande heeft Loeser gemotiveerd een model op te stellen met betrekking tot verschillende dimensies van pijn. Volgens het model van Loeser is er een onderscheid in 1. de bron van pijn (nociceptie), 2. de gewaarwording, 3. de beleving en als laatste 4. het gedrag. Op basis van het model is pijn te beschrijven als een emotie, met verschillende systemen (fysiek, cognitie en gedrag). Deze systemen zijn betrokken bij pijn en hebben invloed hierop (Loeser, 1980). Geconcludeerd kan worden dat pijn verschillende soorten dimensies kent en deze kunnen impact hebben op de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren. Pijn kent niet alleen verschillende dimensie, er bestaan ook diverse soorten pijn.

1.2.2 Chronische pijn

Pijn is te onderscheiden in acute versus chronische pijn. Acute pijn wordt geassocieerd met een acute beschadiging of een ziekte. Het opheffen van de beschadiging of ziekte zorgt bij acute pijn ervoor dat er een einde komt aan de pijn, het is omkeerbaar. Chronische pijn daarentegen wordt gedefinieerd als pijn die langer bestaat dan drie maanden of langer dan de verwachte tijd voor herstel na de beschadiging of de betreffende ziekte. Volgens het Regieraad Kwaliteit van zorg kan chronische pijn veroorzaakt worden door een continue pijnstimulus (zoals bij artrose of reumatoïde artritis). Acute of chronische pijn veroorzaakt door zo een continue pijnstimulus wordt ook wel nociceptieve pijn genoemd. Chronische pijn resulteert ook vaak in condities die moeilijk te diagnosticeren en te behandelen zijn en kunnen een lange tijd nemen om te herstellen. Als ten gevolge van een laesie (verwonding) of ziekte die het somatosensorisch systeem (het systeem verantwoordelijk voor het tasten en o.a. de pijnvaring) aantast chronische pijn wordt veroorzaakt, wordt deze neuropathische pijn genoemd. In zo een situatie is het pijn systeem zelf aangetast, oftewel ziek. Nociceptieve en neuropathische pijn kunnen ook naast elkaar bestaan (Elliot, 1999). Chronische pijn betekent voor vele onbehandelde chronische pijn patiënten chronisch lijden. Dit chronisch lijden schaadt de kwaliteit van het leven van deze personen en heeft vaak tot gevolg dat de pijn in elk aspect van het leven terug komt en het functioneren beperkt. Chronische pijn brengt ook veel andere effecten met zich mee, behalve het ervaren van pijn, onder andere sociale effecten. Enkele van deze effecten zijn slaapstoornissen, problemen bij het lopen, problemen met sociale activiteiten, problemen met auto rijden en problemen met het seksleven. (Vandereycken,

Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Volgens een studie van 2006 lijdt 19% van de Europese bevolking aan chronische pijn (gemiddeld tot ernstig). In Nederland is dit getal 18% van de bevolking. De gemiddelde leeftijd van de patiënten lijdend aan chronische pijn is 51,3 jaar. (Breivik, Colett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006) Aan de hand van een studie uit 2011 komt naar voren dat in Nederland 2 miljoen mensen leven met elke dag pijn, chronische pijn. Chronische pijn komt volgens deze studie vaker voor dan andere chronische aandoeningen (Bekkering et al., 2011). Het is een lijden op langere duur die, soms wel en soms niet over gaat, en bij een deel van de populatie terug kan komen en bepaalde ingrijpende gevolgen kan hebben. Er is besproken dat acute pijn in tegenstelling tot chronische pijn omkeerbaar is en dat dit niet het geval is bij chronische pijn. Zijn er behandelingen mogelijk tegen chronische pijn? En zo ja, wat voor behandelingen zijn er om het lijden te verminderen bij patiënten met chronische pijn? Is deze enkel te behandelen met farmacologische middelen, of is er ook een perspectief vanuit de psychologie betrokken? Deze vragen worden behandeld in het volgende stuk.

1.3 Therapieën

1.3.1 Behandelingen chronische pijn

Voor de behandeling van chronische pijn zijn er verschillende mogelijkheden. Turk en Wilson (2011) hebben in een artikel een overzicht gegeven van mogelijke behandelingen bij chronische pijn (niet veroorzaakt door kanker). Omdat chronische pijn een brede categorie is, wordt in het artikel de focus gelegd op chronische spierpijn, neuropathische pijn (veroorzaakt door laesie of ziekte die het somatosensorisch systeem aantast, zie ook 1.2.2), chronische wijd verspreide pijn (eg, Fibromyalgie) en non-specifieke lage rugpijn. Voor het gemak wordt de term chronische pijn aangehouden. De behandelingen, genoemd in het artikel zijn in te delen in: Farmacologische behandelingen, interventionele behandelingen/ingrijpen, fysiek, rehabilitatie en psychologische behandelingen en aanvullende en alternatieve geneeskunde en andere niet farmacologische behandelingen. Enkel het stuk over psychologische behandelingen wordt hier behandeld.

Fysiek, rehabilitatie en psychologische behandelingen

Fysieke beweging is ook een manier om chronische pijn tegen te gaan. Hoewel wetenschappelijk bewijs suggereert dat fysieke beweging op een effectieve manier chronische pijn verlaagt en het functioneren verbetert, zijn de verbeteringen niet groot (minder dan 30% vermindering in pijn en minder dan 20% verbetering in het functioneren) (van Tulder , Malmivaara , Hayden & Kroes , 2007).

Pijnmanagement strategieën zijn ook erg belangrijk voor chronische pijn patiënten. Pijnmanagement bestaat meestal uit een gecombineerd programma met daarin aspecten van fysieke beweging (fysiotherapie enz.) maar ook psychologische behandelingen. Patiënten worden geleerd de pijn te beheersen. Pijn management strategieën zijn: afstemming fysieke belasting op mogelijkheden, afwisseling inspanning/ontspanning en geleidelijke opbouw van activiteiten. Het is belangrijk deze mee te nemen bij de behandeling van chronische pijn. Een andere manier om chronische pijn tegen te gaan zijn psychologische behandelingen. Psychologische behandelingen kunnen in het algemeen verdeeld worden in op theorie gebaseerde aanpakken en specifieke technieken. De meest algemene op theorie gebaseerde

aanpakken zijn operante conditionering en cognitieve gedragstherapie (inclusief acceptatiegerichte en mindfulness-gerichte therapie). Al deze aanpakken benadrukken de coping van patiënten, adaptatie, zelfmanagement en vermindering van de beperkingen veroorzaakt door de klachten anders dan het verwijderen van de fysieke oorzaak van de pijn. De behandelingen die het meest worden gebruikt hiervoor zijn cognitieve therapie, relaxatie en hypnose. Meta-analyses laten zien dat volwassen patiënten met chronische pijn die psychologische interventies volgen, verbeteringen ervaren in hun pijn en fysiek en emotioneel functioneren (Hoffman, Papas, Chatkoff & Kerns ,2007; Morley, Eccleston, Williams, 1999; Henschke , Ostelo , van Tulder , et al. , 2010; Dixon , Keefe, Scipio, Perri & Abernethy ,2007; Montgomery , DuHamel , Redd , 2000;Jensen , Patterson 2006).

1.3.2 Acceptance and Commitment Therapy

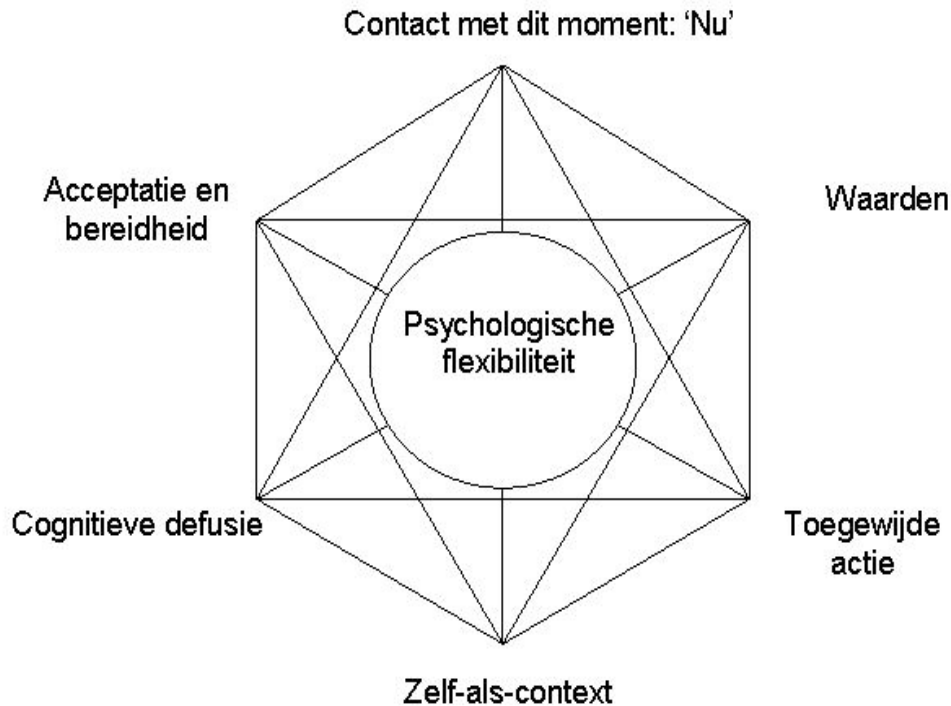
Theorie en begrippen ACT

Hiervoor is besproken dat psychologische behandelingen deel kunnen uit maken bij de behandeling van chronische pijn. Er is een wijde verscheidenheid tussen deze psychologische behandelingen. De behandelingen zorgen ervoor dat de patiënt zelf gaat bewegen van het passieve, reactieve, afhankelijke en hulpeloze naar het actieve gedrag. Het gaat bij deze psychologische behandelingen niet om het doen verdwijnen van de fysieke oorzaak van de pijn, want dit kan bij chronische pijn niet, maar het leren omgaan met de ervaren pijn. Acceptatie en mindfulness gerichte therapie, Acceptance and Commitment Therapy is bijvoorbeeld een vorm hiervan.

Wat is Acceptance en Commitment therapie (ACT)? De onderliggende theorie van ACT is de Relational Frame Theory. De kern van deze theorie is het vermogen om relaties te leggen tussen verschillende stimuli. Het leggen van relaties tussen verschillende stimuli wordt ook wel gedefinieerd als verbaal gedrag.(Hayes, Barnes- Holmes & Roche, 2001) Relational Frame Theory kenmerkt zich door te stellen dat stimuli betekenis en functies krijgen door middel van relaties met andere stimuli, en niet enkel door iets te ervaren, of model-leren. Op deze manier zou volgens de Relational Frame Theory problemen gecreëerd worden door de mens, door gedachten en cognities, gevormd door relaties, als werkelijkheid te beschouwen. Op basis van deze theorie is ACT ontwikkeld. ACT probeert niet de bestaande (problematische) netwerken van relaties te doen verdwijnen, maar voegt nieuwe contexten toe aan de bestaande. (A-Tjak en de Groot,2008)

Acceptance and Commitment Therapy is een therapievorm die uitgaat van de volgende opvatting. Emotioneel lijden hoort bij het leven, het komt bij iedereen voor. Het gaat erom hoe met dit emotionele lijden wordt omgegaan. Het gaat om het accepteren van wat er speelt, te leven in het huidige moment volgens persoonlijke waarden. De zes processen die centraal staan binnen ACT zijn: acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, contact met het huidige moment, toegewijde actie, waarden en zelf als context. Deze zes processen dragen bij aan het verhogen de psychologische flexibiliteit van een persoon, zoals weergegeven in de hexaflex in figuur 2. (Hayes et al., 2006; A-Tjak en de Groot,2008). Psychologische flexibiliteit wordt gedefinieerd als het in contact zijn met het huidige moment als een bewust menselijk wezen en, op basis van wat die

situatie biedt, handelen in overeenstemming met de gekozen waarden. (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004).



Figuur 1, hexaflex ACT

ACT en chronische pijn

Het blijkt dat Acceptance en Commitment therapie een effectief hulpmiddel is bij het behandelen van chronische pijn (Dahl, Wilson, Luciano en Hayes, 2005; Dahl en Lundgren, 2006). Een meta-analyse over de effecten van acceptatie gerichte interventies op de mentale en fysieke gezondheid bij chronische pijn patiënten en het proberen vast te stellen van modererende factoren hierbij is die van Veehof, Oskam, Schreurs en Bohlmeijer (2011). Door middel van een explorerende meta-analyse, met hierin studies gericht op de verandering van de score van voor en na de behandeling, zijn er medium effectgroottes gevonden met betrekking tot pijn intensiteit, depressiviteit, angst, lichamelijk welzijn en kwaliteit van leven door ACT bij chronische pijn patiënten. Deze bevindingen zouden er op wijzen dat in het algemeen patiënten met chronische pijn redelijk goed reageren op acceptatie gebaseerde therapieën (ACT). Het artikel wordt beëindigd met de stelling dat er meer studies gedaan moeten worden betreffende ACT bij chronische pijn, met aandacht voor betere criteria voor de kwaliteit. In een studie van Wetherell et al. (2011) is onderzocht wat voor een effect een ACT-behandeling van 8 weken had bij patiënten die lijden aan chronische pijn. De deelnemers van de interventie verbeterden in pijn interferentie, depressie en pijn gerelateerde angst. Vergeleken met een andere groep die een andere therapievorm (Cognitieve gedragstherapie) heeft ondervonden

zijn er geen aantoonbare verschillen te zien met betrekking tot de effecten van de beide behandelingen. In het artikel is geconcludeerd dat ACT significant een hogere tevredenheidsniveau had bij de patiënten in vergelijking met de andere therapie. Deze bevindingen suggereren dat ACT een effectieve en acceptabele aanvulling is als interventie voor patiënten met chronische pijn.

Thorsell et al. (2011) hebben aan de hand van hun onderzoek gesuggereerd dat door middel van een zelf hulp interventie, op basis van ACT, het niveau van acceptatie significant verhoogt (in vergelijking met een andere therapie, applied relaxation). Ook kwam naar voren dat er een aanzienlijk significante interactie effect aanwezig was met betrekking tot tevredenheid met het leven en een vermindering in pijnintensiteit door middel van ACT (in vergelijking met de eerder genoemde andere behandeling). Beide therapieën zorgden voor een significante verbetering betreffende depressie en angst. Concluderend is genoemd dat een zelf- hulp ACT interventie een aanvulling is bij personen met chronische pijn.

Samenvattend kan gezegd worden dat er, ondanks het nog weinige maar groeiende onderzoek naar ACT specifiek bij chronische pijn patiënten, ACT als een goede aanvulling kan dienen. Ook is er onderzoek beschikbaar die de factoren achter de werking van de behandeling proberen te achterhalen. De tevredenheid van ACT waargenomen door chronische pijn patiënten is meer dan de tevredenheid met andere therapieën. De tevredenheid is groot, maar wat is de perspectief/beleving van de patiënt betreffende een therapie, kwalitatief gezien. Dit is een vraag die belangrijk is om te beantwoorden. De reden voor het belang hiervoor is om zo te kunnen komen naar een wereld waarin patiënten een groter effect kunnen behalen in de behandeling. Ook kan informatie over de beleving van de patiënt ervoor zorgen dat meer patiënten verder gaan met de behandeling en de behandeling niet vroegtijdig beëindigd wordt. Een andere reden voor het belang voor deze vraag is omdat onderzoek op dit gebied, dus de beleving van de patiënt, (bijna) nihil is. Het voorgaande vormt een aanleiding voor het onderzoeken hiervan. Als we terug gaan naar de eerste paragraaf van dit schrijven en het voorbeeld met de auto terug halen komt de volgende vraag naar voren: “ Hoe ervaart de bestuurder (chronische pijn patiënt), om in de auto (ACT) te rijden (in eigen woorden)?



Figuur 2, ACT volgens patiënten

1.4 Onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is de beleving van de therapie door de chronische pijn patiënt centraal te stellen.

1.4.1 Hoofdvraag

Aan de hand van het doel van het onderzoek komen we tot de volgende vraag welke centraal staat in de these :

“Hoe wordt de toepassing van ACT (in groepsvorm) gezien vanuit het perspectief van chronische pijn patiënten die deze interventie krijgen?”.

1.4.2 Deelvragen

Om de hoofdvraag beter te kunnen beantwoorden en te analyseren wordt deze opgedeeld in meerdere deelvragen:

1. Welke verschillende leerervaringen geven chronische pijn patiënten zelf aan?
2. Welke leerervaringen blijven voor chronische pijn patiënten in de loop van de behandeling moeilijk en welke gaan beter?
3. Wat zijn (belemmerende/bevorderende) factoren bij de (goede) toepassing van ACT, door chronische pijn patiënten?

In het volgende hoofdstuk zal behandeld worden welke methoden gebruikt zijn om op een zo goede en verantwoorde manier een antwoord op de hiervoor geformuleerde vragen te vinden.

2. METHODEN

2.1 Respondenten

Er heeft een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden bij patiënten die een ACT groepsbehandeling van acht weken hebben gevolgd in het Roessingh Revalidatiecentrum. Het Roessingh revalidatiecentrum is een centrum voor volwassen, kinder en pijnrevalidatie. De interviews zijn afgenomen door masterstudenten aan de Universiteit Twente (M. Tammes en L. Weiss). De behandeling die de patiënten hebben ondervonden is een acht weken durende groepsbehandeling, met 6 patiënten per groep. De ACT behandeling is een klinische ACT behandeling, waarbij de patiënten drie dagen per week klinisch zijn opgenomen. De resterende dagen zijn de patiënten thuis. In dit onderzoek zijn interviews van twee patiënten gebruikt. Er is gekozen voor patiënten die hadden deelgenomen aan alle interviews. Van de patiënten met het compleet aantal interviews is er willekeurig twee uitgekozen. Bij beide patiënten zijn acht interviews afgenomen. In totaal wordt er in dit onderzoek gebruik gemaakt van 16 interviews. Tabel 1 geeft een weergave van de gegevens van de twee revalidanten. Voor het gemak worden de patiënten benoemd met fictieve namen om zo de privacy te behouden en het beter leesbaar te maken. De patiënten worden Andy en Beryl genoemd.

Tabel 1, gegevens revalidanten

Deelnemer	Sekse	Leeftijd	Code	ICD-9	Duur van de pijnklachten [jaar]
Andy	Man	27	847.0	Whiplash(distorsie hals)	1
Beryl	V	46,7	729.1	Fibromyalgie/myalgie niet gespecificeerd	32

2.2 Interviews

De locaties voor het afnemen van de interviews waren de pijnkliniek van het Roessingh Revalidatiecentrum. Het eerste interview is in de tweede week van de ACT behandeling afgenomen. De revalidanten zijn vanaf toen elke week face to face geïnterviewd. Zes weken na de behandeling is het follow-up interview afgenomen. Na het vierde week hebben de revalidanten door de feestdagen een week vrij gehad. De interviews duren maximaal 30 minuten, omwille van de beperkte belastbaarheid en drukke schema van de patiënten. De interviews hebben een semigestructureerde opzet. In de bijlagen is het interviewschema opgenomen. Het doel van het interview is de patiënt situaties laten beschrijven. Door middel van een open vraag: “Wat heeft u afgelopen week geleerd en ervaren? wordt er gevraagd naar de

ervaringen van de patiënt. Wanneer de revalidant zelf niet genoeg situaties kan noemen, wordt er doorgevraagd met bijv. de volgende vragen: “Wat was er nieuw afgelopen week?” en: “Wat is er gebeurd waar u na de behandeling aan terug zult denken?”. Ook is er gevraagd naar situaties die niet goed gelukt zijn, naar de gevoelens, gedachten en redenen voor bepaald gedrag. Zes weken na het einde van de behandeling, tijdens het follow-up interview, is gevraagd naar hoe de hele behandeling is ervaren en hoe de interviews ervaren zijn.

2.3 De behandeling

Zoals eerder vermeld hebben de patiënten een behandeling gevolgd van acht weken in het revalidatiecentrum het Roessingh. Deze behandeling is gebaseerd op ACT. Het betreft een multidisciplinaire behandeling, bestaand uit fysiotherapie, ergotherapie, bewegingsagogie, psychologie, activiteitentherapie en maatschappelijk werk. Het programma volgt de opbouw zoals beschreven in het boek “Leven met pijn”(Veehof, Schreurs, Hulsbergen en Bohlmeijer, 2010). Tijdens de behandeling komen er onderwerpen van ACT langs, beginnend met acceptatie, waarden en gaat verder met de andere processen. In de vierde week komt het onderwerp acceptatie terug.

2.4 Coderen

Doordat er tot nu toe niet veel onderzoek is gedaan naar het perspectief van patiënten bij het ondergaan van een behandeling, zijn er geen hypothesen te creëren die gebaseerd zijn op bestaande literatuur. Het doel van dit onderzoek leent zich goed om door de data te bestuderen hypothesen op te stellen. Een methode vanuit de wetenschap die hier goed bij past is de Grounded Theory methode (GT), welke vaak wordt gebruikt bij kwalitatief onderzoek (Strauss en Corbin, 1994). In tabel 2 is te zien welke fasen het model kent. Deze methode neemt als eerste stap het vergaren van data. Na het vergaren van data, worden de data gemarkeerd met een serie codes, welke af te leiden zijn van de tekst. Na het genereren van codes, worden deze codes gegroepeerd in concepten om het meer werkbaar te maken. Vanuit deze concepten worden categorieën gevormd, welke weer leidt tot het genereren van een theorie of in dit geval een hypothese over de beleving van de behandeling door de revalidanten. Vanuit dit model is er een codeerschema ontwikkeld.

Tabel 2, Grounded Theory

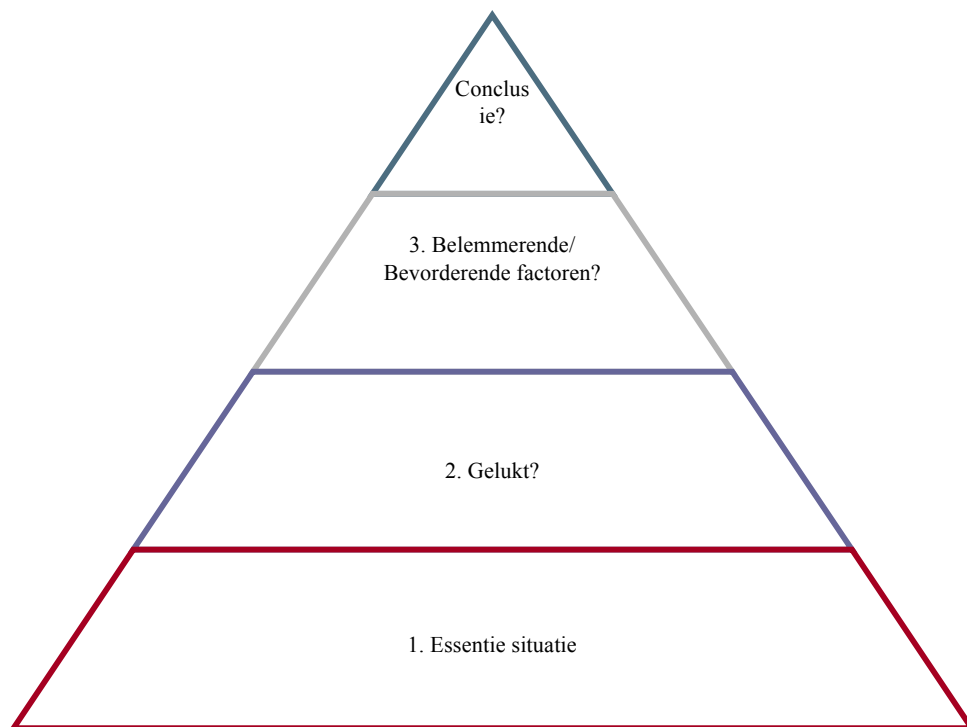
Fase	Doel
<i>Codes</i>	Het identificeren van ankers betreffende de sleutelementen van de data
<i>Concepten</i>	Collecties van codes met gelijke inhoud die het mogelijk maken de data te groeperen
<i>Categorieën</i>	Brede groepen van soortgelijke begrippen die worden gebruikt om een theorie te genereren
<i>(Theorie)/Hypothese</i>	Verklaringen om het onderwerp van onderzoek te kunnen uiteenzetten

2.4.1 Volgorde van coderen

Net zo belangrijk als het codeerschema is ook de volgorde van het coderen belangrijk. Als de interviews van een persoon achter elkaar wordt gecodeerd kan het zo zijn dat de onderzoeker het verhaal gaat interpreteren in de context van de patiënt. Na een aantal interviews te gelezen hebben, kan de onderzoeker denken de patiënt beter te kennen en kan zij sneller dingen anders interpreteren dan wanneer het een los interview is, dus een willekeurige patiënt in een willekeurig bepaalde week en niet een vaste patiënt in een vaste volgorde. De context erbij betrekken zou zo zijn voordelen kunnen hebben, maar in dit onderzoek gaat het juist om de “beleving van de patiënt”. De volgorde van het coderen is gebaseerd op een loting tussen verschillende interviews zodat de hoofdvraag “beleving van de patiënt” niet verloren gaat en zoveel mogelijk vrij is van bias. De naamgeving van de bestanden van de interviews gaat als volgt om de anonimiteit van de onderzochten te bewaren: Patiënt. Nr./week Nr.

2.4.2 Proces van het coderen

In figuur 3 is een overzicht te zien van het gebruikte schema om de data te coderen. Het coderen (1 t/m 3) is bedoeld om de data te coderen met zo min mogelijk interpretatie vanuit de onderzoeker.



Figuur 3, Codeerschema

2.4.2.1 Essentie situatie

Er wordt eerst gekeken naar de essentie van de situatie(1a.) die wordt beschreven door de geïnterviewde. Door situatie gebonden leerervaringen te coderen wordt er gekeken naar welke hogere niveaus er worden genoemd door patiënten, volgens de Grounded Theory. Dit is beter toe te lichten door een citaat van een interview te gebruiken.

“....Want daarvan zeg je dat is mij wat minder gelukt. Heb je daar een concrete situatie van. Ja, jawel. Ik, ik heb regelmatig gewoon even rust nodig, gewoon echt eventjes helemaal stoppen. En dat wil zeggen bijvoorbeeld toch drie vier keer per dag dat ik gewoon niet even rustig aan moet doen, maar gewoon echt moet stoppen.”

Uit het vorige stuk is waar te nemen dat het over de leerervaring “rust nodig hebben” gaat. Dit is dan ook de codering die hierbij hoort. Wel is het belangrijk de codering zo mogelijk in de taal van de revalidant te laten, immers in het onderzoek gaat het om de beleving van de patiënt.

Als we naar meerdere stukken kijken, kunnen we mogelijk zien dat er concepten en categorieën te genereren zijn van deze codes, zoals bij de Grounded Theory beschreven wordt. Dit is dan ook de volgende stap. Op deze manier wordt er gekeken welke vaardigheden/categorieën genoemd worden in de loop van de behandeling en hoe deze verwoord worden.

2.4.2.2 Gelukt/Niet gelukt?

Na de essentie van de situatie gebonden leerervaringen te hebben gecodeerd, dus welke ervaringen genoemd worden door de patiënten, wordt er gekeken of het gelukt is de vaardigheid die geleerd is tijdens de behandeling toe te passen. Patiënten geven in een interview meestal zelf aan of het wel of niet gelukt is. De codering die gebruikt wordt is een G als het gelukt is en een NG als het niet gelukt is, met de betreffende vaardigheid erachter. Soms kan echter ook genoemd worden dat het toepassen van een vaardigheid gedeeltelijk gelukt is. Dit wordt gecodeerd met een GG, met de betreffende situatie erachter. Het volgende voorbeeld dient als toelichting.

“.....Zijn er dingen die u geleerd heeft, maar waarvan het niet gelukt is om het toe te passen? Even kijken, ja zeker wel, ja, ja bijvoorbeeld, voldoende rust nemen op gepaste momenten. Ik neem dan wel heel veel rust momentjes en ook op gepaste momenten wel, maar ik ga daar toch wel eens, maar ik ga daar toch nog steeds wel eens doorheen, dat ik denk van ah, nou de situatie is effen niet, is er effen niet naar. En Ja. Dan gebeurt het gewoon niet.”

Dit stuk wordt gecodeerd als GG| “voldoende rust nemen op gepaste momenten”. Op deze manier is te zien welke vaardigheden moeilijker aan te leren zijn en welke minder moeilijk, door de ogen van de patiënt. Na het coderen met een G, GG of NG, worden de coderingen per patiënt ondergebracht in de gevonden categorieën. Zo worden de beter gelukte of minder goed gelukte situaties per categorie ingedeeld, zodat we meer inzicht hebben in welke categorieën beter of minder goed zijn gegaan en ze onderling te kunnen vergelijken. Het kan voorkomen dat er in een bepaalde categorie meerdere situaties beoordeeld zijn op succes en in sommige categorieën minder. Het kan ook voorkomen dat de ene patiënt meerdere situaties op succes beoordeeld heeft dan de andere. Om toch te kunnen vergelijken tussen de patiënten en de categorieën onderling is er een puntensysteem. Dit systeem kent 2 punten toe aan een G gecodeerde situatie, 1 punt aan een GG

situatie en geen punten aan een NG situatie. De volgende stap is om het totaal aantal punten te berekenen per categorie. Dit totaal wordt dan gedeeld door het totaal aantal genoemde situaties per categorie, per patiënt, en er wordt een succes ratio berekend. De formule van het succes ratio is:

Succes ratio= (totaal aantal punten G/GG/NG per categorie per patiënt)/(totaal aantal genoemde situaties per patiënt per categorie).

Een voorbeeld van de berekening van het succes ratio: *Aangenomen wordt dat er 4 situaties in een categorie beoordeeld zijn. Twee van deze zijn gecodeerd met een G. Dit geeft een score van $2 \times 2 = 4$. Een van deze situaties is gecodeerd met een GG. Dit geeft een score van 1. En de laatste situaties is gecodeerd met een NG, dit geeft een score van 0. Het totaal van alle situaties is $4 + 1 + 0 = 5$. Er zijn in totaal 4 situaties. De succes ratio is hier dus: $5/4 = 1,25$.*

De succes ratio heeft een minimum van 0 en een maximum van 2. Hoe dichter de score bij de 2, hoe meer succes.

2.4.2.3 Belemmerende/ Bevorderende factoren

Als laatste stap van het coderen wordt er gekeken naar eventuele belemmerende/bevorderende factoren, die genoemd worden door de patiënt zelf. Deze worden gecodeerd met BM als het een belemmerende factor is en een BV als het een bevorderende factor is, met de door de patiënt genoemde factor erachter. Het volgende voorbeeld dient als toelichting.

“...Het is hier nog niemand die van je eist dat je tot op een bepaald niveau gaat maar dan kom je er toch wel weer achter dat je het toch van je zelf eist. En daar ook tevens bij dat dat niet helemaal slim is om dat te doen...”

Dit stuk wordt gecodeerd als BM | “te veel eisen van jezelf”. Op deze manier kunnen factoren die helpen of juist belemmeren tijdens het therapie proces (door de ogen van de revalidant) in beeld gebracht worden. Op basis van het hiervoor genoemde succes ratio, kan worden bekeken welke factoren een belangrijke rol speelden bij categorieën met succes, of met minder succes. Er wordt niet geprobeerd de factoren samen te voegen in categorieën volgens de grounded theorie zoals gedaan bij stap 1, om er voor te zorgen dat de data zo min mogelijk beïnvloed wordt door de interpretatie van de onderzoeker. Tabel 3 geeft een overzicht van de gebruikte coderingen.

Tabel 3, coderingen

Stappen coderen	Bijbehorende codering
Essentie situatie/leerervaring	“leerervaring in woorden van de patiënt”
Gelukt/ Niet gelukt vaardigheid toe te passen?	G, GG of NG “vaardigheid/leerervaring”
Belemmerende/ Bevorderende factoren	BM of BV “factor”

3. RESULTATEN

De resultaten zullen per deelvraag worden geanalyseerd om zo een duidelijker beeld te krijgen van de gevonden resultaten. Ter herinnering worden de deelvragen weer weergegeven:

- Welke verschillende leerervaringen geven chronische pijn patiënten zelf aan?.
- Welke vaardigheden blijven voor chronische pijn patiënten in de loop van de behandeling moeilijk en welke gaan beter?
- Wat zijn (belemmerende/bevorderende) factoren bij de (goede) toepassing van ACT, door chronische pijn patiënten?

3.1 Welke verschillende situaties worden genoemd door revalidanten?

Uit 16 interviews zijn in totaal 66 situaties gecodeerd (Andy 31, Beryl 35). In tabel 4 is weergegeven welke situaties onder dezelfde categorie gebundeld zijn en hoe vaak ze voorkomen ten opzichte van het totaal aantal situaties.

Tabel 4, genoemde situaties

Categorieën	Aantal keer genoemd(totaal per categorie)	Aantallen (procentueel t.o.v. totaal aantal coderingen)	Concepten	Aantal keer genoemd
1. Adequate omgang met prikkels van buitenaf	5	7,6 %	Strategisch omgaan met prikkels	4
			Prikkelvolle situatie aangaan en tijdig stoppen	1
2. Adequate omgang met interne signalen	6	9,1%	Op signalen reageren	1
			Herkennen van signalen	1
			Op tijd stoppen, niet doordriven	2
			Lichaam in de gaten houden	1
			Focus op meerdere dingen (bijv. lijf) niet 1 (bijv. werk)	1
3. Rust nemen	3	4,5%	Rust nemen	3

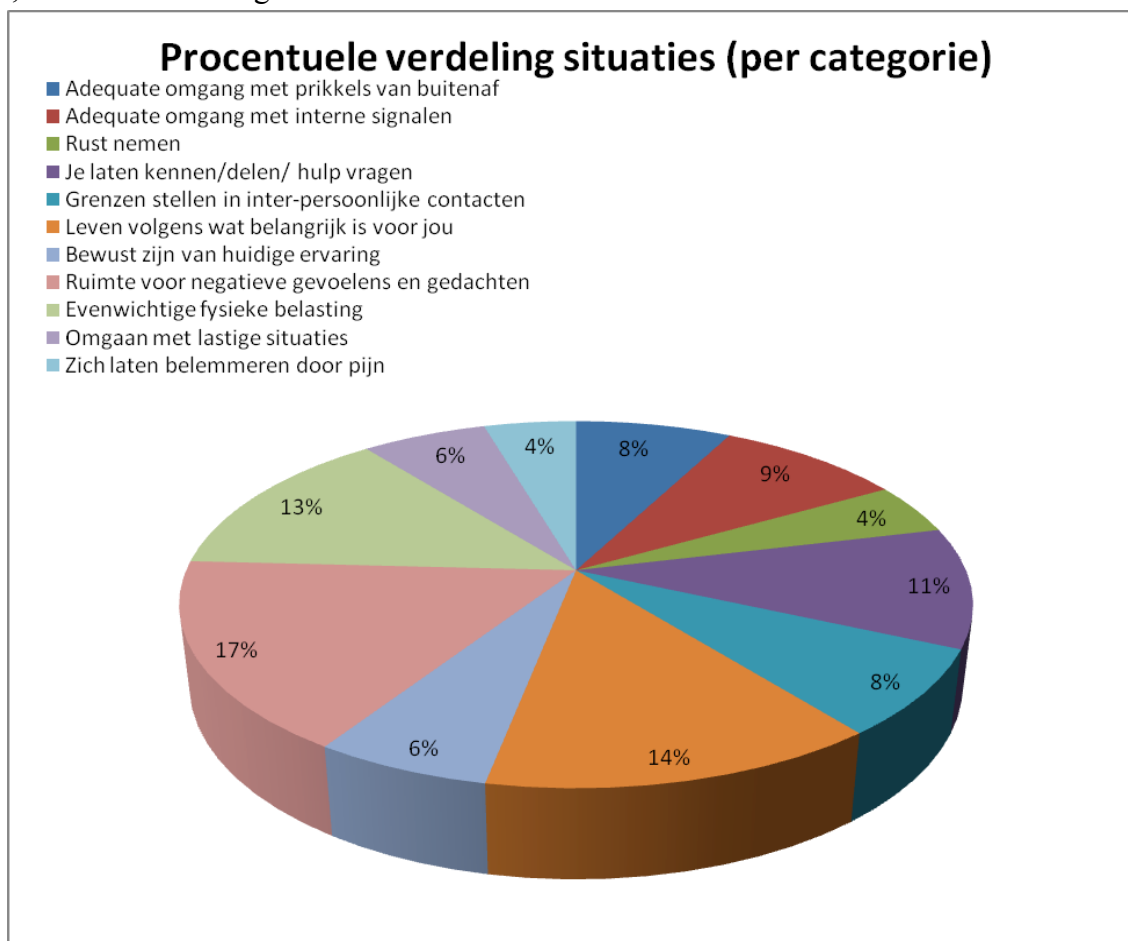
4. Je laten kennen/delen/hulp vragen	7	10,6%	Steunen op anderen	1
			Communicatie met vriendin over meer met elkaar delen	1
			Aangeven therapie aan onbekenden	1
			Aangeven van pijn, aanpassen situatie (op de bank liggen)	1
			Openheid naar anderen toe	
			Uitspreken gedachten/gevoelens in de groep	1
			Van te voren vertellen wat er speelt aan therapeuten (met knie)	1
5. Grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten	5	7,6%	Anderen niet steunen om in je kracht te blijven	1
			Grenzen aangeven aan anderen (moeder)	1
			Nee zeggen	1
			Vooraf afspraken met anderen (moeder)	1
			Omgaan opstandigheid	1
6. Leven volgens wat belangrijk is voor jou	9	13,7%	Prioriteiten stellen	1
			Omgaan met opdracht over waarden	1
			Leven naar waarden	1
			Niet doen als het je niets oplevert	1
			Pijn/ verdriet beseffen	1
			hoeveel niet meer gedaan	

			wordt, loslaten waarden door pijn	1
			Initiatief nemen (volgens waarden)	1
			Leven niet meer uitstellen	
			Flexibel met doelen omgaan	1
			Voor jezelf kiezen	1
7. Bewust zijn van huidige ervaring	4	6,1%	Mindfulness toepassen	1
			Toelaten van andere om op te maken, aan lichaam te zitten. Open staan en genieten.	1
			Met afstand naar jezelf kijken	1
			Vertrouwen krijgen in eigen lijf	1
8. Ruimte voor negatieve gevoelens en gedachten	11	16,7%	Omgaan met piekeren	2
			Niet moedeloos worden	1
			Innerlijke rust nemen	2
			Rustig blijven, niet in paniek raken door gedachten	1
			Jezelf toestaan rustiger aan te doen	1
			Minder streng worden voor jezelf (milder)	1
			Toelaten van gevoelens (gemis)	1
			Bewustwording pijn	1
			Bewust zijn gevoelens, eerlijker naar mijzelf	1
9. Evenwichtige	9	13,6%	Omgaan met belasting door	1

fysieke belasting			werk	
			Drukke dag indelen dat het niet te belastend is	1
			Dagritme oppakken ondanks vermoeidheid	1
			Bewust indelen dag	2
			Indelen activiteiten	1
			Indelen van taken (werk)	1
			Bewuster kiezen wat ik wel en niet kan	1
			Eigen tempo houden, niet laten opjagen	1
10. Omgaan met lastige situaties	4	6,1%	Omgaan met te laat komen	1
			Omgaan einde behandeling	1
			Omgaan met lekkage	1
			Omgaan met conflicten	1
11. Zich laten belemmeren door pijn	3	4,5%	Stil houden door schaamte voor klachten	1
			Weerstand tegen pijn	1
			Niet oefenen door pijn, Beperken door pijn	1
		100%	Totaal:	66

Aan de hand van de tabel is te zien dat de 66 gecodeerde situaties onder te delen zijn in 11 categorieën. Deze categorieën zijn: adequate omgang met prikkels van buitenaf, adequate omgang met interne signalen, rust nemen, je laten kennen/delen/ hulp vragen, grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten, leven volgens wat belangrijk is voor jou, bewust zijn van huidige ervaring, ruimte voor negatieve gevoelens en gedachten, evenwichtige fysieke belasting, omgaan met lastige situaties en zich laten belemmeren door pijn. Situaties over negatieve gevoelens en gedachten komen het meeste voor. Situaties over het nemen van rust en het bewust zijn van de huidige ervaring komen met minste frequentie voor. In de volgende figuur is de procentuele verdeling van de genoemde situaties weergegeven. Het valt op dat de verdeling van de

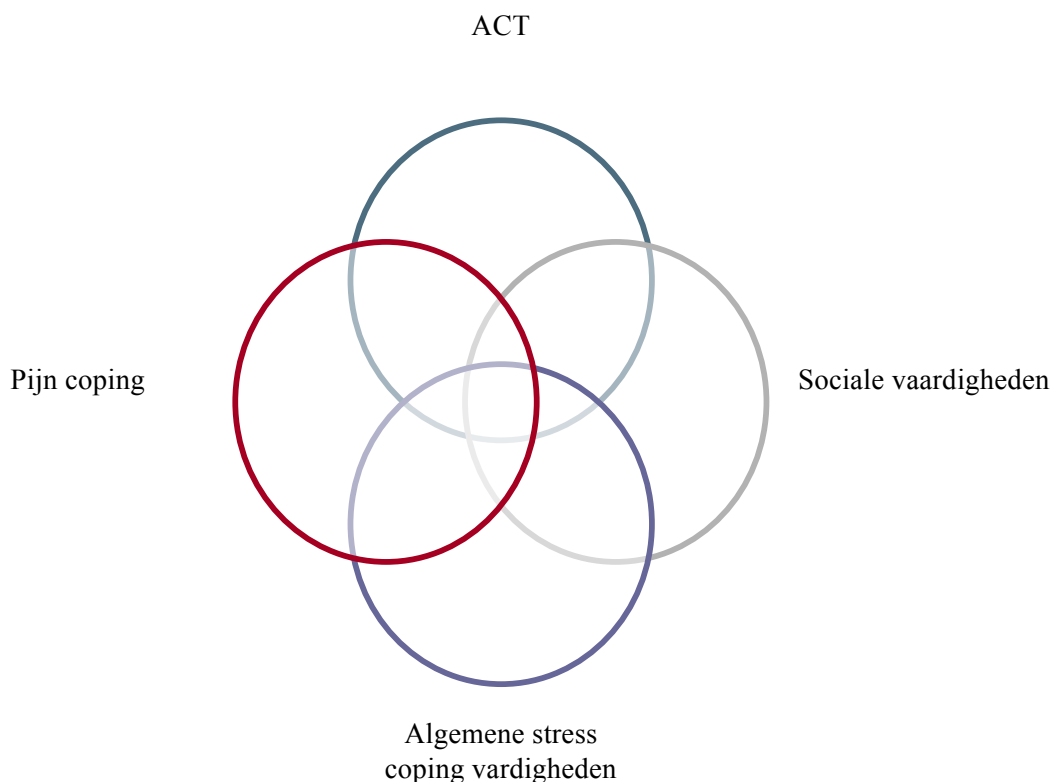
categorieën niet te groot is. Hiermee wordt bedoeld dat er geen groot verschil is in de frequentie van het aantal genoemde situaties. Het grootste verschil tussen de minst en meest genoemde situaties is ongeveer 13% (17%-4%). Er lijkt dus geen sprake te zijn van een, met een groot verschil, dominerende categorie.



Figuur 4, verspreiding categorieën

Als er van een afstand wordt gekeken naar de categorieën zien we dat er categorieën uitkomen die dicht bij de behandeling staan. De behandeling die de patiënten hebben ondervonden is een ACT- behandeling. Eerder is besproken welke processen aanwezig zijn bij ACT, deze lijken genoemd te worden door de patiënten.. De categorieën leven volgens wat belangrijk is voor jou, bewust zijn van huidige ervaring, ruimte voor negatieve gevoelens en gedachten en zich laten belemmeren door pijn lijken goed te passen binnen de ACT processen. Gezamenlijk worden deze categorieën in 41% van de situaties genoemd door de patiënten. Verder is te stellen dat de categorieën adequate omgang met prikkels van buitenaf, adequate omgang met interne signalen, rust nemen en evenwichtige fysieke belasting processen zijn van pijn coping. Deze vier categorieën worden in 34,8% van het totaal aantal situaties genoemd. De categorieën je laten kennen/delen/ hulp vragen en grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten lijken sociale vaardigheden te zijn. Deze categorieën zijn dan wel vaardigheden die vooral voor pijn patiënten belangrijk zijn, en zouden ook als pijn management onder pijn coping

gezet kunnen worden, echter het zijn vaardigheden welke het mogelijk maken voor het leven naar waarden, bij iedereen. Hierdoor worden deze categorieën als sociale vaardigheden gezien. De sociale vaardigheden komen samen in 18,2% van de gevallen voor. De categorie omgaan met lastige situaties lijkt een algemene stress-coping vaardigheid. Dit is voor de patiënten waarschijnlijk een belangrijke algemene stress-coping vaardigheid, want het wordt door hen genoemd. In 6.1% van de genoemde situaties gaat het over deze vaardigheid. Concluderend kunnen we zeggen dat de categorieën die genoemd worden allerlei aspecten vanuit de therapie bevatten. Het meest voorkomende onderwerp is ACT. Dit lijkt vanzelfsprekend, gezien de patiënten een ACT behandeling hebben. Het is echter opvallend dat ACT niet het enige onderwerp is die voorkomt,. Het is opmerkelijk dat er meerdere onderwerpen genoemd worden door de patiënten. Het totaal pakket met daarin ACT processen, pijn coping, sociale vaardigheden en algemene stress coping vaardigheden is wat de patiënt lijkt mee te krijgen en probeert toe te passen.



Figuur 5, gebundelde categorieën

3.2 Wat blijft voor chronische pijn patiënten in de loop van de behandeling moeilijk en wat gaat beter?

De tweede deelvraag in het onderzoek is: Welke vaardigheden blijven voor chronische pijn patiënten in de loop van de behandeling moeilijk en welke gaan beter?. Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn de interviews, zoals beschreven in de methoden, gecodeerd op succes (een G als het gelukt is, een GG als het gedeeltelijk gelukt is en een NG als het niet gelukt is) en zijn er

punten aan toegekend (G=2 punten, GG=1 punt, NG=0 punten) om zo een coëfficiënt te verkrijgen en de gegevens beter te kunnen vergelijken met elkaar. In totaal zijn er, gekeken naar beide patiënten, 71 situaties beoordeeld op succes. Het aantal genoemde situaties beschreven in de vorige paragraaf, is niet gelijk als het aantal op succes beoordeelde situaties. Deze zijn afzonderlijk van elkaar gecodeerd. Bij Andy zijn er 33 situaties gecodeerd op succes, bij Beryl 38. Andy heeft een succes score van 38 punten welke neer komt op een succes ratio van 1,15 (38/33). Dit wil zeggen dat het aantal gelukke/gedeeltelijk gelukke situaties meer zijn dan het aantal niet gelukke situaties. Dit kan duiden dat het geleerde meer is dan wat het zelfde is gebleven aan vaardigheden, echter het verschil (0,15) is niet groot. Gekeken naar Beryl zien we dat het aantal punten gelukt/gedeeltelijk gelukt/niet gelukt neer komt op 60 punten over 38 situaties. Dit betekent een succes ratio van 1,58. De betekenis hiervan is dat bij persoon B er meer dingen gelukt zijn dan niet gelukt.

Belangrijk is ook te kijken naar welke categorieën beter en welke situaties minder gelukt zijn bij beide patiënten. In tabel 5 is het succes ratio uitgezet tegen de categorieën (zoals gevonden in 3.2.1) per patiënt.

Tabel 5, succes ratio per patiënt

Categorieën	Tot. punten G,GG,NG/ tot. Genoemde situaties Persoon A	Tot. punten G,GG,NG/ tot. Genoemde situaties Persoon B
Adequate omgang met prikkels van buitenaf <u>1</u>		-
Adequate omgang met interne signalen <u>1</u>		<u>0,5</u>
Rust nemen <u>0,33</u>		<u>2</u>
Je laten kennen/delen/ hulp vragen <u>2</u>		<u>2</u>
Grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten <u>1,5</u>		<u>2</u>
Leven volgens wat belangrijk is voor jou <u>1,17</u>		<u>1</u>
Bewust zijn van huidige ervaring <u>2</u>		<u>2</u>
Ruimte voor negatieve gevoelens en gedachten <u>0,75</u>		<u>2</u>

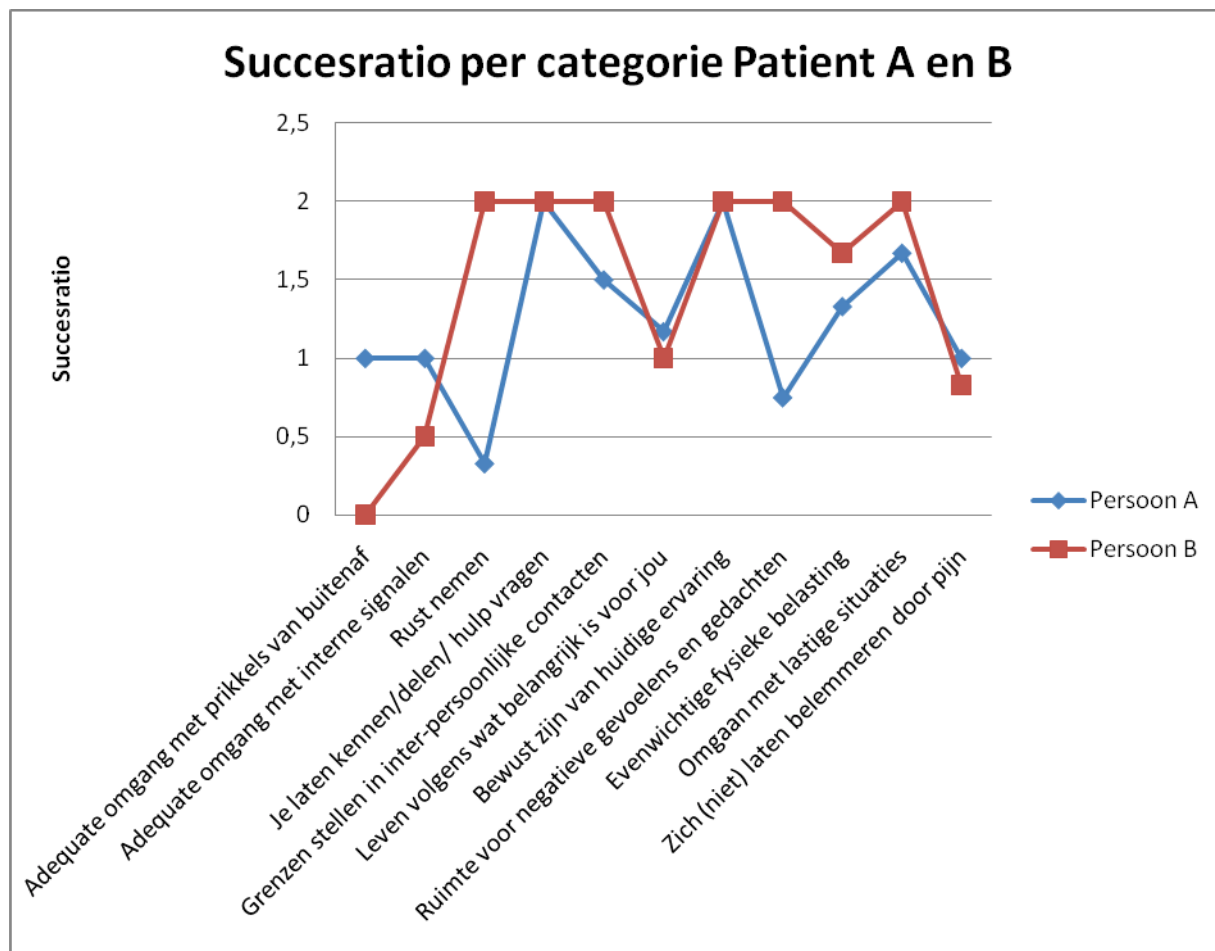
Evenwichtige belasting	fysieke	<u>1,33</u>	<u>1,67</u>
Omgaan met situaties	lastige	<u>1,67</u>	<u>2</u>
Zich (niet) belemmeren door pijn	laten	<u>1</u>	<u>0,83</u>
Totaal		<u>1,15</u>	<u>1,58</u>

3.2.1 Succes per patiënt

Als we kijken naar de patiënten afzonderlijk van elkaar zien we het volgende. Andy lijkt moeite te hebben met de categorieën rust nemen en ruimte voor negatieve gevoelens en gedachten. Rust nemen is voor Andy het moeilijkste en hij heeft er blijkbaar gebaseerd op het succes ratio veel moeite mee. Het ruimte maken voor negatieve gevoelens en gedachten is ook nog moeilijk voor hem, het is hem vaker niet gelukt dan wel gelukt, maar het is minder moeilijk dan de categorie rust nemen. De categorieën adequate omgang met prikkels van buitenaf, adequate omgang met interne signalen en zich (niet) laten belemmeren door pijn, zijn categorieën die in de helft van de gevallen wel en in de helft van de gevallen niet lukken. Dit zijn categorieën waar nog gewerkt aan moeten worden en die nog geen richting gelukt of niet gelukt hebben. De categorieën leven volgens wat belangrijk is voor jou en evenwichtige fysieke belasting hebben een score boven de 1 maar het verschil is nog te klein om overtuigend te zeggen dat ze veel vaker gelukt zijn dan niet gelukt. Je laten kennen/delen/ hulp vragen, grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten, bewust zijn van huidige ervaring en omgaan met lastige situaties zijn categorieën waarbij met meer zekerheid is te zeggen dat ze vaker gelukt zijn dan niet gelukt. Deze categorieën geven een beter beeld met betrekking tot het geleerde in de therapie. Samenvattend is te noemen dat de categorie rust nemen opvallend vaak niet gelukt is, terwijl het een belangrijke punt is voor personen met chronische pijn.

De categorie adequate omgang met prikkels van buitenaf wordt door Beryl niet genoemd. Bij Beryl is de categorie adequate omgang met interne signalen de categorie met het laagste succes ratio. Zich (niet) laten belemmeren door pijn is een categorie die ook vaker niet gelukt is dan wel gelukt, maar het verschil is klein. Het categorieën leven volgens wat belangrijk is voor jou lijkt geen specifieke richting te volgen naar gelukt of niet gelukt. Rust nemen, je laten kennen/delen/ hulp vragen, grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten, leven volgens wat belangrijk is voor jou en bewust zijn van huidige ervaring, ruimte voor negatieve gevoelens en gedachten, evenwichtige fysieke belasting, omgaan met lastige situaties zijn categorieën waarbij met een grotere zekerheid is vast te stellen dat ze vaker gelukt zijn dan niet gelukt bij Beryl. Met uitzondering van de categorie evenwichtige fysieke belasting hebben de hiervoor genoemde categorieën een succes van 100% ten opzichte van de genoemde situaties. Samenvattend kunnen we bij Beryl zeggen dat het aantal niet gelukke vaardigheden/categorieën minder zijn dan de gelukke vaardigheden. Twee categorieën vallen onder de ratio 1. Deze zijn dus adequate omgang

met interne signalen en zich (niet) laten belemmeren door pijn, waarbij de eerste een slechtere ratio heeft dan tweede. In figuur 2 is een grafiek te zien waarin het succes ratio van de beide patiënten uitgezet zijn ten opzichte van de categorieën om een beter beeld te krijgen van het succes van beide patiënten.



Figuur 6, succesratio per persoon (persoon A=Andy, persoon B=Beryl)

Aan de hand van figuur 6 is te zien dat de verdeling voor beide patiënten verschillend zijn. Andy lijkt een meer variërende loop te hebben, terwijl Beryl een stabielere loop lijkt te hebben met een paar dalen. Beide patiënten bereiken de top bij de categorie je laten kennen / hulp vragen en de categorie bewust zijn van de huidige ervaring. Deze categorieën lijken dan ook onderdelen te zijn die erg goed toe te passen zijn bij beide patiënten. De scores op de onderdelen grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten en omgaan met lastige situatie liggen bij de twee patiënten ook dicht bij elkaar, ze lukken veel vaker dan ze niet lukken, echter het succes ratio zijn hier niet identiek. Er lijken geen overeenkomsten te zijn in de categorieën die niet goed lukken, deze zijn bij beide patiënten anders. Dit kan betekenen dat het niet goed lukken van een categorie persoonsafhankelijk kan zijn. Leven volgens wat belangrijk is voor jou en zich niet laten belemmeren door pijn hebben ongeveer een succes van 50 % bij beide patiënten, het gaat bijna net zo vaak goed als niet goed. Opmerkelijk is dat alle categorieën bij beide patiënten op succes

beoordeeld lijken te zijn behalve de categorie adequate omgang met prikkels van buitenaf. Deze categorie is door persoon B niet genoemd.

3.2.2 De categorieën “samen”

We hebben eerder gezien dat sommige categorieën (goed passen bij ACT processen. Andere categorieën lijken goed te passen bij pijn coping, sociale vaardigheden en algemene stress-coping vaardigheid. Naast het individueel bekijken van de categorieën op succes, is het ook interessant te kijken naar hoe goed deze onderwerpen het “samen” doen. Op dezelfde wijze als voor de categorieën is voor deze onderwerpen de succesratio berekend. In de volgende tabel is dit weergegeven. Omdat hier de interesse in de hogere orde van de categorieën gaat, is er gekozen om dit niet per persoon te doen, maar voor beide patiënten gezamenlijk.

Tabel 6, succesratio onderwerpen

Onderwerpen	Aantal punten G/GG/NG per onderwerp	Totaal genoemde situaties per onderwerp	<u>Tot. punten</u> <u>G,GG,NG/ tot.</u> <u>Genoemde</u> <u>situaties coëfficiënt</u>
ACT-processen	44	34	<u>1,3</u>
Pijn coping	22	20	<u>1,1</u>
Sociale vaardigheden	25	13	<u>1,9</u>
Algemene stress coping vaardigheden	7	4	<u>1,75</u>

Uit de vorige tabel is te halen dat de sociale vaardigheden het vaakst goed toegepast zijn met een score dicht bij de 2. Algemene stress coping vaardigheden lijken ook een aanzienlijk succes te hebben. Opvallend is dat het verschil tussen pijn coping en de andere onderwerpen groter is. Pijn coping is bijna net zo goed wel als niet gelukt. De meeste moeite wordt door chronische pijn patiënten mogelijk ervaart bij pijn coping. ACT heeft een betere succes ratio vergeleken met pijn coping, maar toch is er niet te spreken van een aanzienlijk succes. Beide onderwerpen hebben vereisen nog aandacht.

3.3 Wat zijn (belemmerende/bevorderende) factoren bij de (goede) toepassing van ACT, door chronische pijn patiënten?

De derde deelvraag in het onderzoek is: Wat zijn (belemmerende/bevorderende) factoren bij de (goede) toepassing van ACT, door chronische pijn patiënten?. Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn de interviews, zoals beschreven in de methoden, gecodeerd op welke belemmerende of bevorderende factoren er genoemd zijn (met een BM of BV). Deze factoren lijken gevonden te worden in een situatie waarin het wel of niet gelukt is een vaardigheid toe te passen. Aan de hand van de gelukte of niet gelukte situatie is dus ook gekeken of een bepaalde factor belangrijk was bij het wel of niet lukken van de vaardigheid. Omdat het belangrijk is om

een goed beeld te krijgen van de inhoud van de factoren, is hier niet geprobeerd de factoren samen te vatten in categorieën zoals bij de situaties (zie 3.2.1). De kwalitatieve aard staat hier dus op de voorgrond. In de volgende tabellen is per categorie te zien wat als bevorderend of belemmerend wordt genoemd. In totaal zijn er uit de zestien interviews 20 belemmerende factoren gehaald (Andy11, Beryl 9). Uit de situaties zijn er 29 bevorderende factoren gehaald. (Andy15, Beryl 14) Er is niet altijd een factor genoemd. Uit de vorige paragraaf is af te leiden dat persoon A 33 situaties heeft beoordeeld op gelukt of niet gelukt. Echter we zien dat Andy26 factoren heeft genoemd als belemmerend of bevorderend. Gezien het punt dat sommige situaties die beoordeeld waren op gelukt en niet gelukt overlappend waren zien we dat er een redelijk aantal factoren genoemd zijn, ondanks de eerder genoemde overlappingsen. Persoon B heeft 38 situaties beoordeeld op succes en heeft 23 factoren genoemd als bevorderend of belemmerend. Opvallend is dat deze minder is dan bij Andy ondanks Beryl meerdere situaties op succes heeft beoordeeld dan Andy. Dit zou als reden kunnen hebben dat Beryl meerdere overlappende situaties als gelukt of niet gelukt heeft beoordeeld en hier dezelfde factoren voor heeft genoemd, echter dit is niet te met zekerheid te stellen.

Omdat het onderzoek bij patiënten met chronische pijn is gedaan lijkt het in eerste instantie een logisch vermoeden dat pijn vaker als een belemmerende factor genoemd is. Immers deze mensen zijn in behandeling gegaan door deze pijn. Als we de factoren bestuderen zien we dat pijn als belemmerende factor enkel bij de categorie evenwichtige fysieke belasting voorkomt. Pijn kan er dus voor zorgen dat een evenwichtige fysieke belasting belemmerd wordt. Bij de categorie zich (niet) laten belemmeren door pijn is een van de belemmerende factoren, ziek zijn/ geen zin hebben. Het is opvallend dat pijn niet vaak voorkomt als belemmerende factor (in 1 a 2 categorieën van de 11), immers het is de oorzaak van het in behandeling gaan.

We hebben al eerder gezien dat het succes in sommige categorieën meer is en in sommige minder. Enkele categorieën met een hoge gelukt ratio en enkele met lagere ratio trekken aandacht. Wat maakt het in deze categorieën dat zij nou een hoog succes hebben? De categorieën je laten kennen / hulp vragen en de categorie bewust zijn van de huidige ervaring hebben bij beide patiënten een maximaal succes. De bevorderende factoren die bij de categorie je laten kennen/delen/hulp vragen zijn: als je niet deelt met vriendin dan heb je er meer last van, communicatie bevordert steun, vertrouwen van andere zorgt voor openheid, denken aan het geen plezier hebben in het nu, aangeven pijn en aanpassen situatie en met anderen praten geeft ruimte, opluchting. De gevolgen van het gedrag door het niet delen lijkt een aspect die ervoor zorgt dat deze categorie vaker lukt. Het is wel opvallend dat ondanks het maximale succes ratio van deze categorie door beide patiënten er ook een idee is over de belemmerende factoren. Deze factoren zijn: bang om beoordeeld te worden en door schriftelijke communicatie geen feedback van anderen. Een tip is hier dan ook om de angst voor beoordeling in acht te nemen, als ook het beste je te laten kennen (enz.) door face to face communicatie waarbij je feedback krijgt van je tegenstander door zijn/haar gedrag of gelaatsuitdrukkingen. De categorie bewust zijn van de huidige ervaring heeft de volgende bevorderende factoren: loskoppelen pijn en gevoelens nu helpt om mindful te zijn (dus met pijn toch relaxt voelen) en meer vertrouwen in lijf door niet na te denken over pijn. Het gaat hier dus vooral om de pijn uit te schakelen door in contact te komen met gevoelens en het vertrouwen in het lijf.

Belemmerende factoren zijn hier niet genoemd.

Omdat de opvallende niet gelukte categorieën geen overlap toonden worden de hierbij behorende factoren per patiënt bestudeerd. Voor Andy was de categorie rust nemen een categorie die een opvallend lage succesratio had (Beryl heeft hier een maximale succesratio). De belemmerende factoren voor het rust nemen zijn: lijf op volle toeren, daarom geen rust kunnen nemen (hoofd zegt stop) en plezier op het moment gaat voor rust nemen. Een bevorderende factor bij het voldoende rust kunnen nemen is volgens de patiënten: even nadenken of lichaam nu lekker voelt of niet.. Contact met het lichaam op het moment, en niet het plezier op het moment, heeft een bijdrage voor het kunnen nemen van rust. Beryl leek het moeilijkst te vinden om de categorie adequate omgang met interne signalen toe te passen (Andy heeft hier een neutrale ratio). Belemmerende factoren zijn hierbij: mentale vermoeidheid en fysieke raakt door elkaar, hierdoor niet luisteren naar lichaam, zelf op achtergrond dus niet strategisch omgaan interne prikkels, gehaast om niet laat te komen en niet geluisterd naar lichaam, want moet aanpassen aan wereld en doen wat ik leuk vind (hierdoor niet stoppen). Opvallend is dat, uit alle factoren is, het niet in contact zijn met het lichaam en plezier bij beide patiënten als belemmerende factor voor komen bij de door hen het slechts toegepaste vaardigheid/categorie. Deze twee factoren lijken belangrijke belemmerende factoren te zijn.

Tabel 7, BM en BV factoren

Categorie	BV (bevorderende factor)	BM (belemmerende factor)
Adequate omgang met prikkels van buitenaf	*Niet denken dat je storende factor bent helpt bij adequate omgang met prikkels van buitenaf	*Omgaan met prikkels gaat moeilijk door sociale norm
Categorie	BV (bevorderende factor)	BM (belemmerende factor)
Adequate omgang met interne signalen		*Mentale vermoeidheid en fysieke raakt door elkaar, hierdoor niet luisteren naar lichaam *Zelf op achtergrond dus niet strategisch omgaan interne prikkels *Gehaast om niet laat te komen en niet geluisterd naar lichaam, want moet aanpassen aan wereld *Doen wat ik leuk vind (hierdoor niet stoppen)
Categorie	BV (bevorderende factor)	BM (belemmerende factor)
Rust nemen	*Even nadenken of lichaam nu lekker voelt of niet,	*Lijf op volle toeren, daarom geen rust kunnen

	huidige moment, bevordert nemen rust	nemen (hoofd zegt stop) *Plezier op het moment gaat voor rust nemen
--	--------------------------------------	--

Categorie	BV (bevorderende factor)	BM (belemmerende factor)
Je laten kennen/delen/ hulp vragen	*Als je niet deelt met vriendin dan heb je er meer last van *Communicatie bevordert steun *Vertrouwen van andere zorgt voor openheid *Denken aan het geen plezier hebben in het nu, aangeven pijn en aanpassen situatie *Met anderen praten geeft ruimte, opluchting	*Bang om beoordeeld te worden *Door schriftelijke communicatie geen feedback van andere

Categorie	BV (bevorderende factor)	BM (belemmerende factor)
Grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten	*steun geven aan anderen, aangegeven dat het niet kan, want bewust dat het vervelend is problemen te horen op het moment	

Categorie	BV (bevorderende factor)	BM (belemmerende factor)
Leven volgens wat belangrijk is voor jou	*Gelukt flexibel omgaan doelen, minder gericht zijn op resultaat *Leuk om iets te ondernemen volgens waarden, ondanks vermoeidheid *Stilstaan bij emotie	*Geen zin in prioriteiten stellen, te druk met andere dingen *Leven volgens waarden lukt niet, want moe, geen zin en wil ontspanning

Categorie	BV (bevorderende factor)	BM (belemmerende factor)
Bewust zijn van huidige ervaring	*Loskoppelen pijn en gevoelens nu helpt om mindfulness te zijn (dus	

met pijn toch relaxt
voelen)
*Meer vertrouwen in lijf
door niet na te denken over
pijn

Categorie	BV (bevorderende factor)	BM (belemmerende factor)
Ruimte voor negatieve gevoelens en gedachten	*Toetsen van gedachten op realiteit, niet in paniek raken *Relativeren zorgt voor verminderen piekeren *Interne rust door acceptatie *Niet te veel nadenken over dingen, geeft rust, geeft gevoel van loslaten dingen *Omgaan met piekeren, denken wat ik er mee kan, relativeren *Minder streng voor jezelf door toetsen gedachten	*Van te voren denken geen energie te hebben, hierdoor gemoedeloos voelen *Gedachte weg drukken (hierdoor niet stoppen)

Categorie	BV (bevorderende factor)	BM (belemmerende factor)
Evenwichtige fysieke belasting	*Lichaam in de gaten te houden, dit trainen en af en toe rust nemen *Automatisme geworden dag indelen, vaak te doen *Omgaan belasting op werk, planning maken *Kiezen voor jezelf, je eigen lichaam, zorgt voor niet laten opjagen *Voldoening door actiever te zijn in huis (niet alleen uitdagingen)	*Pijn *Als slechter of meer pijn, gaat het bewegen (oefeningen doen) slechter *Moeheid belemmerd opdrachten, drempel geen zin kan morgen ook wel *Onrustig door ontspanningoefeningen, omdat uitdaging mist *Als fysiek vermoeid, dan geestelijk ook en te moe voor activiteit *Oefeningen raken op achtergrond door andere dingen

Categorie	BV (bevorderende factor)	BM (belemmerende factor)
-----------	--------------------------	--------------------------

Omgaan met lastige situaties	*Bezig willen om de boel weer op te pakken, zorgt voor G omgaan met behandeling *Omgaan met lekkage, gedachte dat ik het wel aankan, keuze maken *Kijken naar vervolgtraject, bevordert omgaan einde behandeling *Uitspreken eigen gedachten	*Niet genoemd
-------------------------------------	--	---------------

Categorie	BV (bevorderende factor)	BM (belemmerende factor)
Zich (niet) laten belemmeren door pijn	*Afmijden van pijn door om je heen kijken enz. *Ruimte in de groep, steun, verminderen van de weerstand tegen pijn *Oefeningen waarbij je, je kunt afleiden (fietsen ipv oefeningen therapie)	*Word te veel *Ziek zijn, geen zin hebben

4. DISCUSSIE

4.1 Samenvatting resultaten/conclusies

Er is onderzoek gedaan naar de beleving van een ACT behandeling bij chronische pijn patiënten. In eerste instantie is gekeken naar welke situaties/ leerervaringen worden genoemd door de patiënten. Er zijn elf categorieën genereert van de genoemde situaties: adequate omgang met prikkels van buitenaf, adequate omgang met interne signalen, rust nemen, je laten kennen/delen/ hulp vragen, grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten, leven volgens wat belangrijk is voor jou, bewust zijn van huidige ervaring, ruimte voor negatieve gevoelens en gedachten, evenwichtige fysieke belasting, omgaan met lastige situaties en zich laten belemmeren door pijn. De meest voorkomende categorie is ruimte voor negatieve gevoelens en gedachten. De minst genoemde categorie is rust nemen en het bewust zijn van de huidige ervaring. De elf categorieën die genoemd zijn, zijn ondergebracht in verschillende onderwerpen. Deze onderwerpen zijn: ACT processen, pijn coping, sociale vaardigheden en algemene stress coping vaardigheden. Het meest voorkomende onderwerp is ACT, gevolgd door respectievelijk pijn coping, sociale vaardigheden en algemene stress coping vaardigheden. Het totaal pakket, en niet alleen ACT, is wat de patiënt lijkt mee te krijgen en probeert toe te passen. Dit is ook te verwachten omdat het aan bod komt tijdens de behandeling(ACT bij psychologische behandelingen en pijn coping bij fysiotherapie, ergotherapie enz.). In het onderzoek is, per categorie en per persoon, gekeken naar welke situaties beter en welke minder gelukt zijn. Rust nemen is voor Andy het moeilijkste. Het ruimte maken voor negatieve gevoelens en gedachten is ook nog moeilijk voor hem. Bij Beryl is de categorie adequate omgang met interne signalen de categorie die het vaakst niet gelukt is. Zich (niet) laten belemmeren door pijn is een categorie die ook vaker niet gelukt is dan wel gelukt. Beide patiënten hebben het meest succes bij de categorie je laten kennen / hulp vragen en de categorie bewust zijn van de huidige ervaring. De scores op de onderdelen grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten en omgaan met lastige situatie liggen bij de twee patiënten ook dicht bij elkaar, ze lukken veel vaker dan ze niet lukken. Er lijken geen overeenkomsten te zijn in de categorieën die niet goed lukken, in tegenstelling tot de overeenkomsten in gelukte situaties. Als er wordt gekeken naar het succes van de onderwerpen in het algemeen, niet per patiënt, zien we dat het meeste succes toe te wijzen is aan het onderwerp sociale vaardigheden. Pijn coping heeft een neutrale score, maar is het minst gelukte onderwerp bij de patiënten. Act volgt hierop. Als laatst in het onderzoek is bestudeerd welke belemmerende en bevorderende factoren genoemd worden door de patiënten bij het wel of niet lukken van een situatie. Het is aanmerkelijk dat pijn niet vaak als belemmerende factor wordt genoemd ondank de patiënten lijden aan chronische pijn. De categorieën je laten kennen / hulp vragen en de categorie bewust zijn van de huidige ervaring tonen bij beide patiënten een overeenkomst in succes, beide hebben een maximaal succes. De gevolgen van het gedrag door het niet delen lijkt een aspect die ervoor zorgt dat deze categorie vaker lukt. De bijbehorende belemmerende factoren zijn: bang om beoordeeld te worden en door schriftelijke communicatie geen feedback van andere. Bij de categorie bewust

zijn van de huidige ervaring, wordt het uit schakelen van pijn door in contact te komen met gevoelens en het vertrouwen in het lijf als bevorderend gezien. Belemmerende factoren zijn hier niet genoemd. Er lijken geen overeenkomsten te zijn tussen beide patiënten in niet goed gelukte onderwerpen, deze zijn voor beide patiënten anders. Voor Andy was de categorie rust nemen een categorie die een opvallend lage succesratio had. Het is bij het rust nemen volgens de patiënten belemmerend dat het lijf al volop bezig is en de activiteit plezier geeft waardoor niet te stoppen is. Contact met het lichaam op het moment, en niet het plezier op het moment, heeft een bijdrage voor het kunnen nemen van rust. Beryl leek het moeilijkst te vinden om de categorie adequate omgang met interne signalen toe te passen. Belemmerende factoren zijn hierbij: mentale vermoeidheid en fysieke raakt door elkaar, hierdoor niet luisteren naar lichaam, zelf op achtergrond dus niet strategisch omgaan interne prikkels, gehaast om niet laat te komen en niet geluisterd naar lichaam, want moet aanpassen aan wereld en doen wat ik leuk vind (hierdoor niet stoppen). Het niet in contact zijn met het lichaam en plezier komen bij beide patiënten voor als belemmerende factor bij de door hen het slechts toegepaste vaardigheid/categorie.

4.2 Beleving van de patiënt

Centraal in het onderzoek staat de beleving van de patiënt, de therapie volgens de bril van de patiënt. Hoewel vele patiënten dezelfde therapie volgen is het een vraag hoe zij het beleven en wat zij leren. Naar aanleiding van het onderzoek is gezien dat hoewel het aanbod van de therapie hetzelfde is mensen er dingen uitpikken die relevant zijn voor hen. Therapie is individueel geavanceerd, sommige dingen worden wel geleerd door patiënten en sommigen niet. Dit is persoonsgebonden. Het kan te maken hebben met de achtergrond van de patiënten, variëteit in klachten en therapiegeschiedenis. De patiënten waarvan de interviews gebruikt zijn in het onderzoek zijn patiënten die veel verschillen van elkaar. Het geslacht, de duur van de klachten en de type klachten zijn anders. Andy heeft de diagnose whiplash in tegenstelling tot Beryl die lijdt aan fibromyalgie. Bij Andy is de duur van de klachten minder dan bij Beryl en zijn de klachten plotseling ontstaan. Het is dus bij hem zo dat zijn leven nog net verandert is. Beryl lijkt aan de hand van de resultaten al enige handvaten te hebben en heeft een rustig stijgende lijn. We zien ook terug dat Beryl in het totaal beter scoort, maar dat de kernfacetten, twee ACT aspecten, nog enkele problemen opleveren. Andy lijkt daarentegen nog aan het vechten, met soms nog heftige pijn en heeft geen duidelijke lijn. Hij heeft geen typisch beeld maar een meer verspreid beeld. Deze factoren kunnen dus eventueel meespelen bij het succes van het toepassen van de vaardigheden. Ook al zijn de verschillen tussen de patiënten aanwezig, toch is te zien dat wanneer dezelfde vraag gesteld wordt de zelfde antwoorden genoemd worden. Chronische pijn patiënten lijken vaardigheden te noemen die een rol spelen in de therapie. Deze vaardigheden zijn onder te verdelen in hogere niveaus. Het is opvallend echter logisch dat wanneer er naar de individuele patiënt gekeken wordt, de aspecten van de behandeling door hen weer genoemd worden. Het belangrijkste is dat het de genoemde vaardigheden niet alleen blijft bij ACT processen, maar ook pijn coping, sociale vaardigheden en algemene stress-coping vaardigheden. Zoals in de inleiding ook besproken is chronische pijn een lijden dat gepaard kan gaan met meerdere problemen. De behandeling hiervan is dan ook complexer dan enkel te richten op de chronische pijn. Dit zien we terug in de resultaten. Aan de hand van het niet vaak voorkomen van “chronische pijn” als belemmerende factor wordt gezien dat deze “pijn” veel meer met zich meebrengt en dat de belemmerende en bevorderende factoren voor het eventueel

“behandelen” van dit, veel complexer en breder is dan de pijn alleen. De patiënten noemen allerlei vaardigheden die belangrijk zijn en die ze in dagelijkse situaties proberen toe te passen. Patiënten geven aan dat ze de meeste moeite kennen in pijn coping. De andere onderwerpen worden beter toegepast door de patiënten. Dit betekent dat er een groter accent kan liggen op pijn coping in therapieën om dit onderwerp ook meer succesvol te maken. De balans tussen de verschillende onderwerpen moet op goede wijze ingesteld worden, om een op de beleving van de patiënt gerichte behandeling te vestigen. Zowel ACT als pijn coping zijn nodig.

4.3 Sterke en zwakke punten van onderzoek

Sterke punten in het onderzoek zijn dat het een vernieuwend onderzoek is dat zich richt op de beleving van de patiënt zonder enige vooraanname van verschillende theorieën/hypothesen. Het is een onderzoek dat een close up beeld geeft van wat de patiënten noemen aan leerervaringen en factoren die hierbij een rol spelen, terwijl dit eerder weinig is gedaan. Tevens geeft het een beeld over het succes van de toegepaste vaardigheden, volgens de chronische pijn patiënten zelf. De coderingen zijn immers gebaseerd op wat de patiënten zelf als wel of geen succes hebben genoemd. De onderzoeker heeft de patiënten niet “getoetst” op succes. Een andere sterke punt van het onderzoek is dat de factoren die genoemd zijn door de patiënten met zo min mogelijk interpretatie meegenomen zijn in het onderzoek. Er is niet geprobeerd de factoren samen te vatten of te clusteren in categorieën. Hierdoor geeft het een mooie weergave van wat de patiënten zien als bevordering of belemmering. Ook zou dit onderzoek een perspectief kunnen verlenen aan hulpverleners en zouden gegevens meegenomen worden in de praktijk. Eén van de minder sterke kanten van het onderzoek is dat er weinig patiënten gebruikt zijn. In verband met de tijd voor het afmaken van de these is er gekozen om te werken met interviews van twee patiënten, welke minder informatie geeft dan wanneer er met meerdere personen wordt gewerkt. Echter het onderzoek is een kwalitatief onderzoek, waarin meestal met minder mensen wordt gewerkt. Toch zal het onderzoek gedaan met meerdere patiënten een beter beeld geven over chronische patiënten, dan in een onderzoek met twee patiënten. Een ander punt is dat het onderzoek is gedaan door één persoon. De vorming van de categorieën, onderwerpen en coderingen is gedaan door dezelfde persoon. Wel is er overleg geweest met begeleiders, maar een beter resultaat zou gehaald kunnen worden als het zelfde onderzoek door meerdere personen gedaan wordt, zodat de coderingen e.d. beter gevormd kunnen worden. Zo zouden ze ook vrijer zijn van interpretatie dan gedaan door een enkele persoon. De interviews die gebruikt zijn, zijn niet afgenomen door de onderzoeker. Hierdoor kan er een gebrek zijn aan context en kan data verloren gaan. Echter dit zorgt wel tot minder interpretatie dan gecodeerd door de interviewer zelf, doordat er voornamelijk gericht wordt op de woorden van de patiënt. De interviewer zou eventueel, door het kennen van de patiënt, betekenis/ context kunnen toevoegen aan data en niet de focus leggen op de woorden van de patiënt. De interviews zijn afgenomen door twee andere interviews, welke kan verklaren waarom het aantal situaties, factoren, kunnen verschillen.

4.4 Aanbevelingen: onderzoek/ klinische praktijk

In de toekomst kan het van waarde zijn om meer onderzoek te doen naar de beleving van de patiënt met betrekking tot een behandeling. In dit geval is het onderzoek gedaan bij chronische pijn patiënten en ACT, maar uitbreiding hiervan bij patiënten met andere klachten en andere

behandelingen (CGT e.d.) , kan voor hogere deelname aan behandelingen en een beter effect met zich meebrengen. Als de beleving van de patiënt centraal staat, is de patiënt beter te begrijpen en kan de behandeling beter aan de behoeften aangepast worden. Bij toekomstig onderzoek is aan te bevelen om te werken met meerdere patiënten en meerdere onderzoekers, om zo veel mogelijk interpretatie vrij te werken.

Voor de klinische praktijk is het raadzaam de gevonden categorieën te bestuderen om een zo goed mogelijk balans in te stellen binnen de therapie, met ruimte voor de verschillende onderwerpen die genoemd zijn door de chronische pijn patiënten in het onderzoek. De behandeling van chronische pijn patiënten vraagt om een aanpak met aandacht voor verschillende vaardigheden en niet enkel een therapie zoals ACT. De factoren die als belemmerend en bevorderend worden gezien, kunnen op klinisch vlak veel betekenen, en zouden voor een groter succes kunnen zorgen.

De titel van het onderzoek was gericht op de bril van de patiënt en of deze roze was of niet. Dit onderzoek laat zien dat er eigenlijk niet goed te zeggen is welke kleur de bril ziet. We weten nu dat elke patiënt een andere bril heeft en andere dingen ziet, doet en leert. Wel weten we ook dat als gevraagd naar het geleerde de zelfde dingen worden genoemd, maar dat het leerproces verschillend is. De brillen zijn dus hetzelfde, maar er is een groot scala aan kleuren. Het is belangrijk dit mee te nemen in de klinische praktijk en de behandeling zo mogelijk persoonsgericht te maken, met elk patiënt een eigen bril.

5. REFERENTIELIJST

- A-Tsjak, J., & de Groot, F (2008). Acceptance & Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bekkering GEI, Bala M, Reid K, Kellen E, Harker J, Huygen FJPM, Kleijnen J. *Epidemiology of chronic pain and its treatment in the Netherlands*, accepted for publication feb 2011 Neth J Med.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. Eur J Pain 2006;10(4):287-333 (11).
- Chou R, Ballantyne JC, Fanciullo GJ, Fine PG, Miaskowski C. Research gaps on use of opioids for chronic noncancer pain: findings from a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. *J Pain* 2009; **10**: 147–59.
- Dahl, J.C. & Lundgren, T.L. (2006). Living beyond your pain: Using acceptance and commitment therapy for chronic pain. Oakland: New Harbinger.
- Dahl, J.C., Wilson, K.G., Luciano, C. & Hayes, S.C. (2005). Acceptance and commitment therapy for chronic pain. Reno: Context Press.
- Dixon KE, Keefe FJ, Scipio CD, Perri LM, Abernethy AP Psychological interventions for arthritis pain management in adults: a meta-analysis. *Health Psychol* 2007; **26**: 241–50.
- Elliott AM. et al. *The epidemiology of chronic pain in the community*. Lancet 1999; 354:1248-1252.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3-29). New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2006). ACT een experientiele weg naar gedragsverandering. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; **20**: CD002014.
- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007; **26**: 1–9.

Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007; **26**: 1–9.

Jensen M, Patterson DR. Hypnotic treatment of chronic pain. *J Behav Med* 2006; **29**: 95–124.

Loeser JD. In: Turner P (Ed). *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. London: MacMillan, 1980, pp 313-316.

Luborsky, L, McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.

Merskey H and Bogduk N. *IASP Task Force on Taxonomy Classification of Chronic Pain*, IASP Press, Second Edition, 1994.

Michna E, Jamison RN, Pham LD, et al. Urine toxicology screening among chronic pain patients on opioid therapy: frequency and predictability of abnormal findings. *Clin J Pain* 2007; **23**: 173–79.

Miller, W. R., Benefield, G. S. & Tonigan, J. S. (1993) Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (in press).

Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn* 2000; **48**: 138–53.

Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; **80**: 1–13.

Nahuis, R. (1997). De strijd tegen pijn. Over de culturele neveneffecten van pijnbestrijding. 1-02-2012 van <<<http://essay.utwente.nl/38618/1/scriptieRN.pdf>>>

Pull, C.B. (2008). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Psychiatry*, 22, 55-60.

Regieraad Kwaliteit van Zorg (2011). *Chronische pijn*. Verkregen op 6 maart 2013 van <<www.regieraad.nl>>.

Stein C, Reinecke H, Sorgatz H. Opioid use in chronic noncancer pain: guidelines revisited. *Curr Opin Anaesthesiol* 2010; **23**: 598–601.

A. Strauss and J. Corbin, 1994. "Grounded theory methodology," In: N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (editors). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage, pp. 273-285.

Tammes, M.

Thorsell J, Finnes A, Dahl J, Lundgren T, Gybrant M, Gordh T, & Buhrman M (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment

therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 27, 716-723.

Turk, D. C., H. D. Wilson, et al. (2011). "Treatment of chronic non-cancer pain." *Lancet* 377(9784): 2226-2235.

Van der Molen, H.T., Perreijn, S., & Van den Hout, M.A. (2007). *Klinische psychologie, theorieën en psychopathologie*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Van Tulder M, Malmivaara A, Hayden JA, Koes B. Statistical significance versus clinical importance: trials on exercise therapy for chronic low back pain as example. *Spine* 2007; **32**: 1785–90.

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie, deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Veehof, M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533–542. doi: 10.1016/j.pain.2010.11.002.

Wetherell, J.L. , Afari, N., Rutledge T, Sorrell, J.T. , Stoddard, J.A. , Petkus, A.J. , et al. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain* 2011 Sep;152(9):2098-2107

6. BIJLAGEN

6.1 Interviewschema algemeen

Verkregen van de these van L. Weiss, interviewer.

Introductie

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

Openingsvraag

Kunt u vertellen hoe het met u gaat?

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

Hoofdvraag:

Ik wil graag beginnen met de hoofdvraag. U mag hierop alles antwoorden wat in u opkomt en wat u belangrijk vindt.

Wat heeft u afgelopen week geleerd en ervaren?

Per gegeven situatie doorvragen, zie volgende blok. Na het uitwerken van de situatie wordt naar een volgende situatie gevraagd. Wij streven naar tenminste drie situaties.

Specifieke vragen om antwoorden op de hoofdvraag te krijgen:

A. Wat was nieuw voor u de afgelopen week?

B. Waren er dingen die u tijdens de therapie hebt geleerd maar waar het u niet gelukt is om die toe te passen?

C. Wat is er gebeurd waar u na de behandeling aan terug zult denken?

D. Wat was er anders afgelopen week in vergelijking met daarvoor?

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

Indien een patiënt veel verteld wat niet binnen de onderzoeksvraag valt, deze respectvol herinneren aan de onderzoeksvraag: “Ik begrijp dat ... belangrijk voor u is. We kunnen aan het eind daarop terugkomen. Vindt u het goed dat we nu verder gaan met situaties die u afgelopen week ervaren heeft?”.

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

Kunt u een concreet voorbeeld geven?/Kunt u de situatie beschrijven?

Kunt u vertellen welke gedachten u daarbij had?

Kunt u vertellen welke gevoelens u daarbij had?

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

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

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

Bent u een dergelijke situatie ook op andere momenten tegengekomen?

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

Afsluiting:

Hebt u zelf nog vragen of opmerkingen over het interview?

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

6.2 Afwijkingen in het interviewschema

Verkregen van de these van L. Weiss, interviewer.

Eerste interview:

Kennismaking en uitleg

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

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

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

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

De interviews staan in zoverre los van de behandeling die u hier krijgt dat wat u gaat vertellen geen invloed op de behandeling zal hebben. De behandelaars krijgen de interviews niet te zien.

Vindt u het goed als het interview wordt opgenomen?

Als er iets is wat voor u onduidelijk is, of waar u het niet mee eens bent, dan kunt u mij dat

gewoon laten weten.

Patiënt leren kennen

Ik heb net een heleboel verteld. Kunt u mij iets over uzelf vertellen, zodat ik een indruk kan krijgen, wie u bent?

Interview in 8e behandelweek

Afsluiten

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

Afspraak voor follow up interview. (wanneer en hoe)

Follow up interview

Inleiding:

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

Openingsvraag

Hoe gaat het nu met u?

Hoofdvraag 1

Eerst wil ik graag een vraag stellen op dezelfde manier als de andere interviews:

Wat heeft u sinds de behandeling is beëindigd geleerd en ervaren?

Doorvragen conform algemene interviewschema

Hoofdvraag 2

Graag wil ik nog een vraag stellen. Hierbij heeft u alle ruimte om te vertellen.

Kunt u beschrijven hoe u uw eigen ontwikkeling tijdens de gehele behandeling vanaf de intake tot nu heeft beleefd?

Doorvragen, meer open interview

Is er een terugval tijdens de behandeling geweest?

Als u zichzelf vergelijkt tussen nu en het moment van de intake, bent u dan veranderd?

Wat is het belangrijkste wat u geleerd heeft?

Wanneer heeft deze verandering plaatsgevonden?

Is een moment bepalend geweest in de behandeling?

Afsluiting

Formulier laten onderschrijven: In het formulier wordt aan de revalidanten gevraagd of hun interviews geanonimiseerd mogen worden gebruikt om ervaringsverhalen te schrijven bij ‘Leven met pijn – online’. Misschien worden citaten gebruikt of worden verhalen samen gesteld op grond van de interviews. Men krijgt van tevoren te zien wat verwerkt wordt.

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

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

6.3 Complete tabel gegevens gelukt/ niet gelukt

Categorieën	Aantal punten G/GG/NG Persoon A	Totaal genoemde situaties Persoon A	Tot. punten G,GG,NG/ tot. Genoemde situaties coëfficiënt Persoon A	Aantal punten G/GG/NG Persoon B	Totaal genoemde situaties Persoon B	Tot. punten G,GG,NG/ tot. Genoemde situaties coëfficiënt Persoon B
1 Adequate omgang met prikkels van buitenaf	4	4	<u>1</u>	-	-	-
2 Adequate omgang met interne signalen	3	3	<u>1</u>	1	2	<u>0,5</u>
3 Rust nemen	1	3	<u>0,33</u>	4	2	<u>2</u>
4 Je laten kennen/delen/ hulp vragen	2	1	<u>2</u>	12	6	<u>2</u>
5 Grenzen stellen in inter-persoonlijke contacten	3	2	<u>1,5</u>	8	4	<u>2</u>
6 Leven volgens wat belangrijk is voor jou	7	6	<u>1,17</u>	5	5	<u>1</u>
7 Bewust zijn van huidige ervaring	4	2	<u>2</u>	8	4	<u>2</u>
8 Ruimte voor	3	4	<u>0,75</u>	10	5	<u>2</u>

negatieve gevoelens en gedachten						
9Evenwichtige fysieke belasting	4	3	<u>1,33</u>	5	3	<u>1,67</u>
10Omgaan met lastige situaties	5	3	<u>1,67</u>	2	1	<u>2</u>
11Zich (niet) laten belemmeren door pijn	2	2	<u>1</u>	5	6	<u>0,83</u>
Totaal	38	33	<u>1,15</u>	60	38	<u>1,58</u>