

Master these

Acceptance and Commitment Therapy vanuit de beleving van een chronische pijnpatiënt:

Een kwalitatief onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen tussen gerapporteerde leerervaringen en de beoogde doelen van revalidatiecentrum het Roessingh



Liselotte I. van der Scheer (s1213679)

28 januari 2014

Universiteit Twente

Faculteit der Gedragwetenschappen

Geestelijke Gezondheidsbevordering

Begeleiders

Prof. dr. K.M.G. Schreurs

Dr. E. de Kleine

*“Accept what you can't change
Change what you can't accept”
(Reinhold Niebuhr)*

Voorwoord

Voor u ligt de master these waarmee ik de Master Geestelijke Gezondheidsbevordering zal afronden. De master these is het resultaat van een kwalitatief onderzoek naar de genoemde leerervaringen van een chronische pijnpatiënt van revalidatiecentrum het Roessingh en de doelen die het Roessingh maar haar pijnrevalidatie behandeling beoogt te bereiken. Het doen van kwalitatief onderzoek was geheel nieuw voor mij. In combinatie met mijn perfectionisme, zorgde dit ervoor dat het schrijfproces soms moeizamer verliep dan ik wilde. Volgens mijn beide begeleidsters was ik voortdurend op zoek naar de enige juiste uitkomst en verloor ik mijzelf hierdoor in details. Voor dit onderzoek gold dat geen perfecte oplossing bestond en het duurde wel even voordat dit tot mij door wilde dringen. Ik moest bovendien mijn vertrouwde denkwijze loslaten; hypotheses bieden structuur en daardoor houvast. Van top-down moest ik naar bottom-up, wat een hele omschakeling was. Ondanks deze ‘hobbels in de weg’ heb ik dit onderzoek als uitdagend, interessant en leerzaam ervaren.

Na het behalen van mijn Master Internationaal recht in 2009, dachten mijn ouders dat hun dochter vanaf dat moment een werkende burger zou worden. Gedurende twee jaar ben ik inderdaad een werkende burger geweest, tot ik in 2011 de wens uitsprak om opnieuw te gaan studeren en wel psychologie. Ik wil mijn ouders, Bart en Ineke van der Scheer, hierbij enorm bedanken voor het feit dat zij mijn carrière switch respecteerden en een tweede studie mogelijk hebben gemaakt. Zonder hen had ik mijn hart niet kunnen volgen.

Daarnaast wil ik mijn vriend Peter Heerspink bedanken voor zijn steun en hulp. Het is een erg fijn gevoel om iemand achter je te hebben staan die zo veel vertrouwen in jou heeft. Ook wil ik mijn vriendinnen bedanken die mij voortdurend succes wensten en er volledig begrip voor hadden dat ik tijdens het laatste halve jaar van mijn master weinig tijd voor hen had.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar mijn begeleidsters Karlein Schreurs en Elian de Kleine. Ik was blij met hun goede begeleiding, deskundige blik en uitgebreide feedback op elk concept, maar hun flexibiliteit in het bijzonder. Tegen alle verwachtingen in, boden zij mij de kans om alsnog af te studeren volgens oorspronkelijke planning. Ik heb het bovendien als bijzonder ervaren dat ik niet alleen werd begeleid ten aanzien van mijn these, maar dat er ook tijd vrij werd gemaakt voor mijn persoonlijke ontwikkeling. Ik kijk met een tevreden gevoel terug op mijn afstudeerperiode.

Liselotte van der Scheer

*Enschede
28 januari 2014*

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	4
Abstract	5
1. Inleiding	6
1.1 Chronische pijn	6
1.2 Pijn coping.....	7
1.3 Acceptance and Commitment Therapy	8
1.4 ACT bij het Roessingh.....	8
1.5 Gefundeerde Theoriebenadering.....	9
1.6 Therapieverhalen.....	10
1.7 Onderzoeksvragen	10
2. Methode	11
2.1 Respondent	11
2.2 De pijnrevalidatie behandeling bij het Roessingh	11
2.3 Interviews.....	11
2.4 Coderen.....	12
3. Resultaten.....	14
3.1 Genoemde leerervaringen	14
3.2 Vergelijking leerervaringen met behandeldoelen van het Roessingh	18
3.3 ACT en mindfulness vaardigheden	19
4. Discussie, aanbevelingen en conclusies	20
4.1 Discussie en aanbevelingen	20
4.2 Conclusies.....	22
5. Referenties.....	23
6. Bijlagen	27
Bijlage 1: Disciplines van het Roessingh met bijbehorende doelen	27
Bijlage 2: Interviewschema.....	29
Bijlage 3: Overzicht codes.....	33
Bijlage 4: Overzicht concepten met bijbehorende ‘focused codes’ en frequenties	37

Samenvatting

Achtergrond: Een chronische pijnpatiënt was in 2011 in behandeling bij revalidatiecentrum het Roessingh. Tijdens en na afloop van de behandeling zijn bij deze patiënt diverse interviews afgenomen om na te gaan welke leerervaringen de patiënt zou noemen.

Doel: In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre de gerapporteerde leerervaringen van de chronische pijnpatiënt overeen zouden komen met de beoogde doelen van het Roessingh. Ook is onderzocht in hoeverre ACT en mindfulness vaardigheden uit de behandeling terug zouden komen in de leerervaringen. Door het bepalen van de mate van overeenstemming tussen leerervaringen en doelen, zouden de doelen in de toekomst adequater kunnen worden gecommuniceerd richting de patiënten. Een betere communicatie kan leiden tot een beter contact tussen de patiënt en de behandelaren, wat kan resulteren in een lager uitvalcijfer.

Methode: De chronische pijnpatiënt betrof een 27-jarige man die leed aan een whiplash en gedurende één jaar pijnklachten ervoer. Bij de patiënt zijn zeven semi-gestructureerde interviews afgenomen in het Roessingh van elk maximaal een half uur. De data-analyse vond plaats met de gefundeerde theoriebenadering, waarbij de leerervaringen steeds abstracter werden samengevat, resulterend in een theorie.

Resultaten: In totaal zijn uit de interviewdata 122 leerervaringen (122 codes) afgeleid. Vervolgens zijn deze codes via 75 ‘focused codes’ en 19 concepten gereduceerd tot tien categorieën. Op basis van de categorieën is de theorie afgeleid dat de gerapporteerde leerervaringen van de chronische pijnpatiënt grotendeels overeen kwamen met de doelen die door het Roessingh werden beoogd. Vier van de 10 categorieën sloten aan bij het onderdeel ‘ACT en mindfulness’ uit de behandeling. Tot slot zijn de tien categorieën omgezet in vijf thema’s.

Conclusies: De chronische pijnpatiënt heeft als categorieën ‘aanvaarding’, ‘balans lichaam en geest’, ‘kennisvergaring omtrent leven met pijn’, ‘nut van bewegen’, ‘omgang met tegenslagen’, ‘pijncoping’, ‘relaties’, ‘rust nemen’, ‘strategische omgang met prikkels’, en ‘betekenis- en waardevol leven’ genoemd. De vier categorieën die aansloten bij ACT en mindfulness vormden een ruime meerderheid. De thema’s die de patiënt meegekregen leek te hebben waren ‘ACT en mindfulness’, ‘pijncoping’, ‘sociale vaardigheden’, ‘nut van sport en beweging’ en ‘kennisvergaring’. Uit de resultaten volgde dat bijna alle doelen die het Roessingh beoogt te bereiken, terugkwamen in de door de patiënt genoemde leerervaringen, afgezien van het thema ‘kennisvergaring’.

Aanbevelingen: Ten aanzien van eventueel vervolgonderzoek verdient het aanbeveling om meerdere respondenten te gebruiken met het oog op het individuele leerproces van de patiënt, eventuele ‘non-therapy’ factoren en de mate van betrouwbaarheid. Ook zou het vanwege de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid verstandig zijn om meerdere onderzoekers aan een bepaald onderzoek te laten werken. Vervolgonderzoek kan worden gedaan naar de data uit de follow-up interviews om na te gaan in hoeverre patiënten de leerervaringen zijn blijven toepassen. Tot slot verdient het aanbeveling om dit onderzoek uit te breiden naar andere organisaties en behandelingen.

Abstract

Background: A chronic pain patient received treatment at the revalidation centre the Roessingh in 2011. In order to gain more insight into the perceived learning experiences of the patient, several interviews were held during and after the treatment.

Aim: The aim of this research was to draw a comparison between the perceived learning experiences by the patient and the learning experiences the Roessingh aims to achieve. Furthermore there has been analyzed to what degree the patient would refer to ACT and mindfulness skills, as taught during the revalidation treatment. By determining the degree of correspondence between the perceived learning experiences and the goals of the Roessingh, the goals could be more effectively conveyed towards the patients. A better communication can lead to a better understanding between patients and their therapists, resulting in a decrease of drop-out rates.

Methods: In this research, interviews were analyzed of a 27 year old chronic pain patient still suffering from continuous pain, one year after sustaining a whiplash. Seven semi-structured interviews were held at the Roessingh, each lasting up to half an hour. The Grounded Theory Method was used to analyze the data. After each phase the perceived learning experiences were formulated more abstractly, resulting in a theory.

Results: From the data, 122 learning experiences (122 codes) were derived. Via 75 ‘focused codes’ and 19 concepts, eventually 10 categories remained. Based on these categories, the theory that the majority of the perceived learning experiences of the chronic pain patient matches the goals that the Roessingh aims to achieve was formulated. Four out of the ten categories resembled the ACT and mindfulness skills, as taught during the treatment. Finally, the ten categories were reduced to five themes.

Conclusions: The chronic pain patient mentioned the following categories; ‘acceptance’, ‘balance between body and mind’, ‘knowledge acquisition about living with pain’, ‘the benefits of sports’, ‘dealing with set backs’, ‘pain coping’, ‘relationships’, ‘taking rest’, ‘adequate dealing with stimuli’ and ‘a meaningful and valuable life’. The four categories resembling ACT and mindfulness elements made out the biggest part. The themes consisted of ‘ACT and mindfulness’, ‘pain coping’, ‘social skills’, ‘benefits of movement and sports’ and ‘knowledge acquisition’. Based on the results, the conclusion could be drawn that a majority of the perceived learning experiences by the patient matched the goals that the Roessingh aims to achieve, with exception of the theme ‘knowledge acquisition’.

Recommendations: It would be best if future research involves more respondents; due to the individual learning experiences of patients, possible non-therapy factors and the degree of reliability. It is also recommended to involve more researchers in the research for the sake of the interrater reliability. Follow-up research could analyze data arising from follow-up interviews to check to what degree the patients are still applying the learning experiences. Finally it would be expedient to extend this research to other organizations and treatments.

1. Inleiding

B. is een 27-jarige man uit Enschede. Op een dag viel B. van zijn fiets waarbij hij op zijn gezicht belandde. In eerste instantie werd gedacht aan een lichte hersenschudding en kreeg B. het advies om rustig aan te doen. In plaats van dat de nekkachten voorbij gingen, verergerden ze. Via de huisarts is B. uiteindelijk bij een neuroloog terecht gekomen. De neuroloog kon geen fysieke afwijkingen vinden en verwees B. door naar revalidatiecentrum het Roessingh in Enschede voor zijn ‘whiplash’ (distorsie van de hals). B. had op dat moment al een jaar last van de pijnklachten.

Bovengenoemde chronische pijnpatiënt B.¹ was in 2011 in behandeling bij het Roessingh. Tijdens en na afloop van deze behandeling gericht op pijnrevalidatie zijn bij patiënt B. zogeheten ‘change interviews’ afgenomen. Een ‘change interview’ heeft als doel om na te gaan hoe de patiënt zelf terugkijkt op zijn behandeling, in het bijzonder welke leerervaringen de patiënt noemt. ‘Change interviews’ stellen patiënten in de gelegenheid om te reflecteren op de behandeling en vormen aldus een leerervaring voor patiënten (Harper & Thompson, 2012). ‘Change interviews’ verschaffen bovendien inzicht in zogeheten ‘non-therapy’ factoren; factoren die bijdragen aan veranderingen bij de patiënt, maar geen onderdeel vormen van de behandeling. Hierbij kan worden gedacht aan factoren als geslacht en leeftijd (Harper & Thompson, 2012).

In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre de gerapporteerde leerervaringen van patiënt B. overeen zouden komen met de doelen die het Roessingh met haar pijnrevalidatie behandeling beoogt te bereiken. Het onderzoek is hierin vernieuwend. Ook is onderzocht in hoeverre ACT en mindfulness vaardigheden uit de behandeling terug zouden komen in de leerervaringen. Door het bepalen van de mate van overeenstemming tussen leerervaringen en doelen, kunnen de doelen in de toekomst - na eventueel vervolgonderzoek - adequater worden gecommuniceerd richting de patiënten. Het is belangrijk dat patiënten zich gehoord voelen, aangezien dit kan bijdragen aan een beter contact tussen de patiënt en de behandelaren met een lager uitvalcijfer tot gevolg (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auer-Bach, 1985; Miller, Benefield & Tonigan, 1993).

1.1 Chronische pijn

Iedereen heeft wel eens last van pijn. Meestal gaat de pijn na een tijd weer over, maar pijn kan ook lang aanhouden (Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011). De internationaal aanvaarde definitie van de International Association for the Study of Pain (IASP) beschrijft pijn als: “*een onaangename sensorische en emotionele ervaring, geassocieerd met werkelijke of mogelijke weefselschade, of beschreven in termen van zulke schade*” (IASP, 1986). Bij zowel de taxonomie van de IASP als in de classificatie van de ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders’ (DSM) en de ‘International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems’ (ICD) ligt de nadruk

¹ Uit privacyoverwegingen is ervoor gekozen niet de volledige naam van de patiënt te gebruiken.

op het subjectieve karakter van de pijn; het draait om biopsychosociale factoren die pijn uitlokken, verergeren of in stand houden (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008).

Bij patiënt B. is sprake van zogeheten ‘chronische pijn’. Pijn wordt als chronisch beschouwd als de pijn langer dan drie maanden aanhoudt, of wanneer er steeds terugkerende episodes van pijn aanwezig zijn (Andersson, 1999). Chronische pijn komt wereldwijd bij ongeveer 20 procent van de bevolking voor. In Nederland lijden ongeveer twee miljoen mensen aan chronische pijn, wat globaal neerkomt op 18 procent van de bevolking (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006; Demyttenaere, Bruffaerts, Lee, Posada-Vila, Kovess, Angermeyer et al., 2007). Chronische pijn vormt aldus een groot medisch probleem (Veehof et al., 2011).

Daarnaast heeft chronische pijn aanzienlijke gevolgen voor de samenleving. Chronische pijn leidt tot hoge medische consumptie en aanzienlijke indirecte kosten aan arbeidsverzuim en productiviteitsverlies (Langley, 2011). Zo was patiënt B. halve dagen werkzaam, maar moest hij ontslag nemen omdat het werk een te grote belasting voor hem vormde en ervoor zorgde dat hij thuis ook niet meer goed kon functioneren. Chronische pijnklachten belemmeren vaak het dagelijkse functioneren van de patiënt. Hierbij moet niet alleen worden gedacht aan het lichamelijk functioneren van de patiënt, maar ook aan zijn of haar psychisch en sociaal functioneren. De meerderheid van de patiënten slaapt over het algemeen genomen slecht en wordt beperkt in de bewegingsvrijheid, waaronder ook het uitvoeren van huishoudelijke taken en sociale activiteiten wordt gerekend (Breivik et al., 2006; Reid, Harker, Bala, Truyers, Kellen, Bekkering & Kleijnen, 2011). De manier waarop patiënten met de pijn omgaan verschilt van persoon tot persoon. In dit kader worden in de volgende paragraaf mogelijke ‘pijncoping-strategieën’ toegelicht.

1.2 Pijncoping

Onder ‘pijncoping-strategieën’ worden gewoonlijk iemands pogingen verstaan, van zowel motorische als cognitieve aard, om zijn of haar pijn te beïnvloeden of te tolereren (Kraaimaat, Bakker & Evers, 1997). De pijncoping-strategieën vloeien voort uit het zogeheten ‘fear-avoidance’ model waarin angst voor pijn centraal staat. Grofweg kunnen twee reactiepatronen op pijnprikkels worden onderscheiden (Vlaeyen & Linton, 2000). Sommige patiënten negeren de pijn en worden juist actiever als ze pijn ervaren. Het ondernemen van activiteiten helpt op de korte termijn om de aandacht van de pijn af te leiden (actieve pijncoping). Op de lange termijn kan overactiviteit/het negeren van pijnsignalen leiden tot uitputting en spanning waardoor de pijn sterker wordt ervaren. Andere patiënten worden steeds minder actief. Zij worden als het ware ‘allergisch’ voor steeds meer situaties (onderbelasting). Deze groep patiënten gedraagt zich steeds voorzichtiger en neemt direct rust zodra pijnprikkels worden opgemerkt, in de hoop de pijn te kunnen vermijden/beperken (passieve pijncoping). Hierdoor gaat de fysieke conditie achteruit en treedt de pijn juist sneller of heftiger op zodra de patiënt een handeling verricht. Patiënten wisselen strategieën ook af (Vlaeyen & Linton, 2000; Hasenbring & Verbunt, 2010).

Veel patiënten kunnen niet geloven dat een medische wetenschap die zoveel kan, niet in staat is hen van hun pijnklachten af te helpen. Zij blijven zoeken naar een biomedische oplossing. Om tot gedragsverandering te komen, is nodig dat de patiënt het vechten tegen pijn en vermoeidheid opgeeft. Het streven naar vermindering van klachten is begrijpelijk, maar helpt niet bij chronische pijn. Vruuchteloos vechten verhoogt juist spanning en stress (Schreurs, 2012). De patiënt moet zijn oude patroon doorbreken en leren om de pijn te verdragen door de nadruk te leggen op een waardegericht leven. Een veelbelovende methode die hierbij aansluit en de laatste jaren steeds meer wordt toegepast, is Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

1.3 Acceptance and Commitment Therapy

De ACT methode is eind jaren '80 ontwikkeld in de Verenigde Staten door Hayes, Strosahl en Wilson (1999). Het uitgangspunt is dat patiënten leren om zichzelf open te stellen voor de pijn (acceptatie), om flexibel te zijn, om mindful te zijn (aandacht richten en strategisch met prikkels omgaan) en leren om zich los te maken van hun pijngedachten. Op deze manier kan de patiënt een betekenis- en waardevol leven gaan leiden (Blackledge & Hayes, 2001; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Veehof et al. (2011) hebben een meta-analyse uitgevoerd naar de effecten van enerzijds cognitieve gedragstherapie (CGT) en anderzijds ACT op de mentale en fysieke gezondheid van in totaal 1235 chronische pijnpatiënten. De resultaten van de meta-analyse hebben uitgewezen dat ACT als behandeling bij chronische pijn een goed alternatief kan zijn voor CGT. Meerdere studies zijn tot dezelfde bevindingen gekomen (Wicksell, Dahl, Magnusson & Olsson, 2005; Kleen & Jaspers, 2007; Wetherell, Afari, Rutledge, Sorell, Stoddard, Petkus, et al., 2011; Kohl, Rief & Glombiewski, 2012; Gauntlett-Gilbert, Connell, Clinch & Mccracken, 2013).

1.4 ACT bij het Roessingh

De pijnrevalidatie behandeling bij het Roessingh bevat onder meer onderdelen die gebaseerd zijn op ACT en mindfulness. Aan de behandeling werken verschillende disciplines mee, waaronder een revalidatiegeneeskundige, fysiotherapeut, bewegingsagoog, ergotherapeut, maatschappelijk werker en psycholoog. Een patiënt komt in aanmerking voor deze behandeling bij het Roessingh wanneer de patiënt langer dan drie maanden pijnklachten ervaart. De behandeling is bedoeld voor zowel volwassenen als kinderen met diagnoses als chronische complexe pijnklachten (bijvoorbeeld fibromyalgie), chronische rugklachten en chronische nek-, schouder-, en armklachten (Roessingh, 2013a). De behandeling vindt poliklinisch (dagbehandeling) of klinisch (opname) plaats en kan zowel individueel als in groepsverband worden uitgevoerd (Roessingh, 2013b).

De revalidatiebehandeling is niet direct gericht op pijnbestrijding omdat de mogelijkheden daartoe zonder (afdoende) resultaat zijn uitgetoet (Schreurs, 2012). Om waardegericht te kunnen leven, moet de patiënt geholpen worden bij het doorbreken van zijn patroon. De behandeling is er daarom op gericht het lichamelijk-, psychisch-, en sociaal functioneren van de patiënt te verbeteren. Er

wordt gestreefd naar een geleidelijke opbouw van de lichamelijke conditie en het geleidelijk en evenwichtig opbouwen van activiteiten ('graded activity'). Verder wordt beoogd dat de invloed van de pijnklachten op het leven van de patiënt afneemt en krijgt de patiënt adequate copingstrategieën aangeleerd. In bijlage 1 worden de doelen per discipline beknopt weergegeven. De volledige doelen zijn terug te vinden in het behandelplan van het Roessingh (Schreurs, 2012).

Het op ACT en mindfulness gebaseerde onderdeel van de pijnrevalidatie behandeling bij het Roessingh volgt de opbouw zoals beschreven in het boek 'Leven met pijn' van Veehof et al. (2010), waarbij zes vaardigheden centraal staan:

1. *Verheldering van waarden*; de patiënt wordt geleerd om op zoek gaan naar de waarden waar hij of zij belang aan hecht en na te gaan wat een leven in overeenstemming met die waarden de patiënt oplevert;
2. *Aanvaarding*; de patiënt leert de pijn en de vervelende gedachten en emoties die hiermee gepaard (kunnen) gaan te verdragen in plaats van te vermijden;
3. *Cognitieve defusie*; de patiënt leert inzien dat vermijding meestal wordt veroorzaakt door zijn of haar gedachten over eerdere ervaringen en zichzelf. Het doel is dat de patiënt deze gedachten niet als de realiteit ziet en afstand leert nemen van zijn gedachten;
4. *Mindfulness*; door het beoefenen van mindfulness wordt de patiënt zich bewust van automatische reactiepatronen. Met volle aandacht aanwezig zijn in het hier en nu vergroot bovendien de flexibiliteit en innerlijke rust van de patiënt;
5. *Het observerende zelf*; de patiënt leert om zichzelf niet te identificeren met gedachten, gevoelens, emoties, doelen en status maar om zich af te vragen "wie ben ik?". De patiënt ontwikkelt het vermogen om naar zichzelf te kijken op een niet-oordelende manier;
6. *Waarden in de praktijk*; de patiënt leert zijn of haar waarden naar concrete acties te vertalen. Door naar eigen waarden te gaan leven, wordt het leven van de patiënt voller en bevredigender.

1.5 Gefundeerde Theoriebenadering

Aangezien nog niet eerder onderzoek was gegaan naar gerapporteerde leerervaringen van patiënten in vergelijking met de behandeldoelen van het Roessingh, konden geen hypothesen worden opgesteld en is gekozen voor de zogeheten 'Gefundeerde theoriebenadering' (in het Engels vertaald als 'Grounded Theory'). Deze methode wordt vaak toegepast in kwalitatieve data-analyse (Harper & Thompson, 2012). Onder gefundeerde theoriebenadering wordt de analyse van data verstaan waarbij de onderzoeker er vanuit gaat dat de theorie in de data verankerd is (Bryman, 2008). Het is een stapsgewijze, systematische en interpretatieve werkwijze waarbij uit de uitgeschreven interviews categorieën worden gedestilleerd die een theoretische beschrijving van de data geven (Howitt & Cramer, 2007). Aan de gefundeerde theorie kan vorm worden gegeven door middel van een

piramide waarbij elke laag van de piramide een abstracter niveau representeert (richting de top van de piramide) en aan de onderzoeker steeds meer ruimte voor interpretatie wordt geboden (Harper & Thompson, 2012). Toegepast op dit onderzoek, houdt de gefundeerde theoriebenadering concreet in dat de genoemde leerervaringen van patiënt B. steeds abstracter zijn samengevat en dat uiteindelijk een theorie is ontwikkeld ten aanzien van de genoemde leerervaringen en de beoogde doelen van de pijnrevalidatie behandeling van het Roessingh.

1.6 Therapieverhalen

De eerste stap van de gefundeerde theoriebenadering bestaat uit het vergaren van data door middel van het afnemen van interviews. In de interviews vertelt patiënt B. zijn of haar zogeheten ‘therapieverhaal’. Met een therapieverhaal wordt een persoonlijk verhaal van therapeutische ervaringen bedoeld dat zich gedurende de behandeling ontwikkelt (Adler, Skalina & McAdams, 2008). Zo vertelde patiënte ‘Kari’ uit een onderzoek van Steihaug en Malterud (2008) in haar therapieverhaal dat ze van zichzelf nooit de steun van anderen mocht accepteren. Ze moest sterk en onafhankelijk zijn en had een muur om zichzelf heen gebouwd. Door de behandeling zag Kari in dat het inroepen van hulp geen schande is en zelfs wenselijk kan zijn. Kari mocht van zichzelf ook geen gevoelens van stress en frustratie uiten; ze hield regelmatig haar adem in en negeerde de pijnprikkels. Door het vermijden van de pijnsignalen nam de spanning in haar lijf echter toe, waardoor haar spieren vaak overbelast werden en de pijn verergerde. Na afloop van de behandeling had zij geleerd om deze automatische copingstrategieën los te laten (Steihaug en Malterud, 2008).

Naast inzicht in therapeutische ervaringen, kunnen patiënten een positiever zelfbeeld ontwikkelen en hun relaties beter begrijpen zodat zij deze, waar nodig is, kunnen verbeteren (Gustafsson, Ekholm & Öhman, 2004; Furnes & Dysvik, 2012). Daarnaast kunnen patiënten positieve gevoelens als gevolg van het deel uitmaken van een groep (tijdens groepsbehandelingen) krijgen, kunnen gevoelens van waardering ontstaan voor de behandeling, en kan sprake zijn van een algehele toename van de kwaliteit van leven van de patiënt (Brotto, Basson, Carlson en Zhu, 2013).

1.7 Onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt als volgt: *‘In hoeverre komen de gerapporteerde leerervaringen van chronische pijnpatiënt B. overeen met de beoogde doelen van het Roessingh?’*

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, worden de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Welke leerervaringen worden door patiënt B. genoemd?
2. In hoeverre komen ACT en mindfulness vaardigheden uit de behandeling terug in de genoemde leerervaringen?

2. Methode

2.1 Respondent

Bij een chronische patiëntenpopulatie die in 2011 bij het Roessingh de pijnrevalidatie behandeling heeft ondergaan, hebben studenten van de Universiteit Twente diverse interviews afgenomen, waaronder bij patiënt B. Zoals in de inleiding reeds vermeld, is patiënt B. een 27-jarige man die lijdt aan een whiplash en gedurende één jaar pijnklachten ervaart. Alvorens inhoudelijk in te gaan op de interviews met de patiënten en patiënt B. in het bijzonder, volgen eerst enkele achtergrondgegevens betreffende de behandeling die de patiënten bij het Roessingh hebben ondergaan.

2.2 De pijnrevalidatie behandeling bij het Roessingh

De pijnrevalidatie behandeling bij het Roessingh betreft een zogeheten ‘semi-klinische’ behandeling; er is sprake van een vaste doorlooptijd van acht (aaneengesloten) weken. De chronische pijnpatiënten verblijven twee-en-een-halve dag per week intern op het Roessingh. De resterende dagen van de week verblijven de chronische pijnpatiënten thuis. Na zes maanden volgt een terugkomdag. Er is sprake van een gestandaardiseerde, groepsgewijze aanpak met maximaal zes deelnemers per groep (Wulferink, Winter, Boer en Seydel, 1993; Schreurs, 2012).

2.3 Interviews

Voorafgaande aan de behandeling, tijdens, en na de behandeling zijn bij de patiënten interviews afgenomen. De interviews namen elk maximaal een half uur in beslag en werden - met toestemming van de patiënt - opgenomen en vervolgens letterlijk uitgetypt. De patiënten zijn in week 2, 3, 4, 6, 7 en 8 van hun behandeling geïnterviewd in het Roessingh. Tussen de vierde en vijfde week hadden de patiënten een week vrij vanwege de feestdagen. Zes weken na de behandeling vond een follow-up interview plaats. Bij de patiënten zijn aldus zeven interviews in totaal afgenomen. Het doel van de interviews was om de patiënten op semi-gestructureerde wijze situaties/leerervaringen te laten beschrijven. Door middel van open vragen werd gevraagd naar de ervaringen van de betreffende patiënt van de afgelopen week. De hoofdvraag, waarmee het interview werd begonnen, luidde als volgt: “Wat heeft u de afgelopen week geleerd en ervaren?” Indien de chronische pijnpatiënt zelf geen of niet genoeg situaties kon noemen, werd doorgevraagd met vragen als: “Wat was er nieuw afgelopen week?” of “Wat is er gebeurd waar u na de behandeling aan terug zult denken?” Ook is geïnformeerd naar situaties die niet goed gingen en naar de gevoelens, gedachten en redenen voor bepaalde gedragingen. In bijlage 2 is het volledige interviewschema terug te vinden.

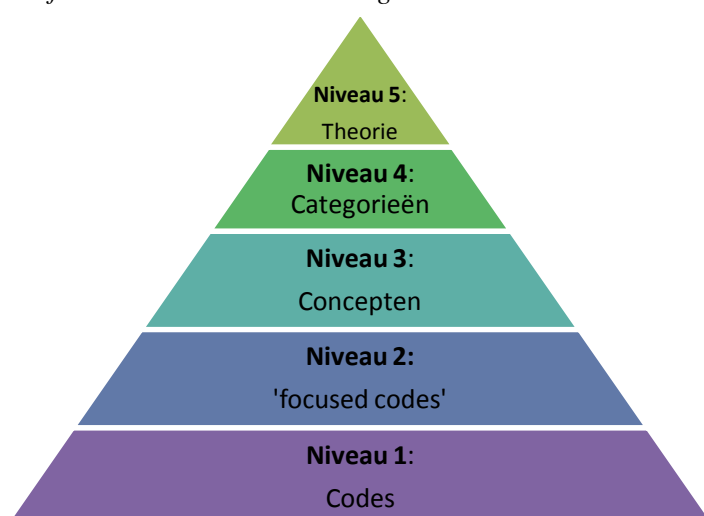
2.4 Coderen

2.4.1 Van codes naar concepten naar categorieën

Binnen de gefundeerde theoriebenadering worden verschillende fasen doorlopen, te weten de fase van codes, 'focused codes', concepten, categorieën en theorie (zie figuur 1). Concepten zijn abstracter geformuleerd dan codes/'focused codes' en categorieën abstracter dan concepten (Harper & Thompson, 2012). De eerste stap bestaat uit het vergaren van data (het afnemen van interviews). Vervolgens wordt de data verdeeld in analyseerbare fragmenten. De lengte van een fragment varieert van een enkele zin tot een alinea en elk fragment bestaat uit een leerervaring. Aan elke leerervaring wordt vervolgens een code gehangen die de kern weergeeft. In de volgende stap worden de codes die meerdere malen voorkomen samengevoegd. De oorspronkelijke codes en samengevoegde codes worden 'focused codes' genoemd (Harper & Thompson, 2012). De 'focused codes' worden vervolgens ondergebracht in concepten, inhoudende collecties van soortgelijke 'focused codes'. Na deze fase, worden de concepten ingedeeld in categorieën; brede groepen van soortgelijke concepten. Tot slot kan uit de categorieën een algemene conclusie of theorie worden afgeleid (Bryman, 2008; Harper & Thompson, 2012).

Figuur 1

Gefundeerde theoriebenadering



2.4.2 Het codeerproces

De kwalitatieve data-analyse vond plaats met behulp van het software programma ATLAS.ti (versie 7.1.6). Aan dit onderzoek heeft nog een student van de Universiteit Twente gewerkt. In het begin hebben de twee onderzoekers volgens de gefundeerde theoriebenadering methode de interviewdata uit de tweede week van patiënt B. verdeeld in analyseerbare fragmenten en aan elke leerervaring een code gehangen. De onderzoekers hebben deze stappen onafhankelijk van elkaar uitgevoerd om de interbeoordelaarbetrouwbaarheid te kunnen beoordelen. Bij het vergelijken van de geselecteerde fragmenten/leerervaringen en codes bleek echter te weinig overeenstemming te bestaan tussen de

onderzoekers. Na tot deze conclusie te zijn gekomen, zorgden de onderzoekers er eerst voor dat elke onderzoeker over dezelfde selectie van gearceerde fragmenten beschikte. Vervolgens zijn beide onderzoekers afzonderlijk verder gegaan met het coderen van alle interviewdata van patiënt B., in volgorde van afname van de interviews. Elk fragment werd kernachtig weergegeven in één zin; een code. Overeenkomende codes werden samengevoegd met als resultaat een lijst met de ‘focused codes’. Soortgelijke ‘focused codes’ werden vervolgens ondergebracht in concepten en soortgelijke concepten ingedeeld in categorieën. Door middel van een tekstfragment uit het interview, zal dit codeerproces van codes naar ‘focused codes’ naar concepten naar categorieën verduidelijkt worden (zie figuur 2).

Figuur 2

Voorbeeld codeerproces

Interviewster: “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?”

Patiënt B: (...) *“Ik heb ja eigenlijk wel weer veel geleerd over mezelf. Over, over wat ik wel kan en wat dingen zijn die extra belastend voor me zijn en combinaties daarvan ook. Dus bijvoorbeeld Ik kwam er dus achter dat als ik en al veel heb gedaan en er ook nog veel kabaal is, dat ik dan niet zo goed omhoog kan kijken of achter me kan kijken. Bijvoorbeeld dat het dan, zeg maar allemaal net, ja combinatie van teveel dingen samen zijn. Dat ik niet zo goed in de drukte kan zijn met lawaai en dat er dan ook nog gecoördineerd wordt. Dan wordt het zeg maar ja dan wordt het moeilijk.”*

Code: Als drukke omgeving, dan invloed op lichaam

‘Focused code’: Drukke zorgt voor toename lichamelijke klachten

Concept: Lichaamssignalen herkennen

Categorie: Strategische omgang met prikkels

Het fragment is tijdens de eerste codeerstep samengevat in de code ‘*als drukke omgeving, dan invloed op lichaam*’. In een ander fragment verwoordt patiënt B. een leerervaring als volgt: “*drukke zorgt voor toename lichamelijke klachten*”. Aangezien beide codes een inhoud van soortgelijke strekking bevatten, zijn deze codes samengevoegd tot de ‘focused code’ ‘*drukke zorgt voor toename lichamelijke klachten*’. Rekening houdende met soortgelijke codes, is de ‘focused code’ vervolgens naar het hogere, abstractere niveau getild in de vorm van het concept ‘*lichaamssignalen herkennen*’, waar bijvoorbeeld ook de ‘focused codes’ ‘*negeren leidt tot meer lichamelijke klachten*’, ‘*herkennen van lichamelijke sensaties gaat steeds beter*’ en ‘*lichamelijke klachten nemen toe door vermoeidheid*’ onder vallen. Tot slot is het concept ‘*lichaamssignalen herkennen*’ ondergebracht bij de categorie ‘*strategische omgang met prikkels*’.

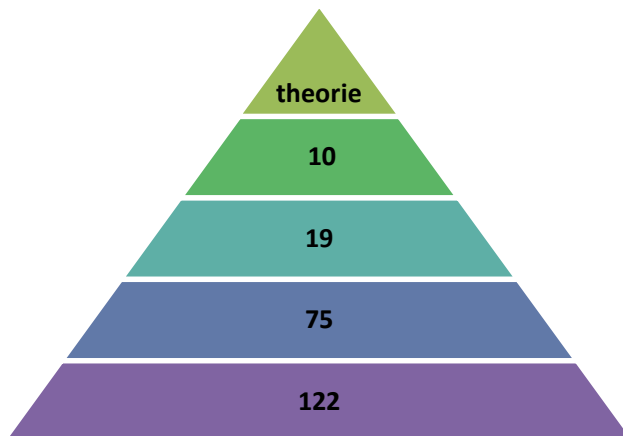
3. Resultaten

3.1 Genoemde leerervaringen

De resultaten op basis van de zeven interviews die bij patiënt B zijn afgenomen, kunnen door middel van de piramide in figuur 3 worden weergegeven. In totaal zijn uit de interviewdata 122 leerervaringen geselecteerd, wat tevens inhoudt dat 122 codes zijn toegekend (zie bijlage 3). Bij het formuleren van elke code werd zo goed mogelijk aangesloten bij de woorden van patiënt B. Vervolgens ontstonden uit deze codes 75 ‘focused codes’ (zie bijlage 4). De ‘focused codes’ zijn ondergebracht in 19 concepten (zie bijlage 4). Bij het formuleren van de concepten is soms (bijna) letterlijk de ‘focused code’ formulering overgenomen. Soms was het echter ook nodig om het concept in abstractere woorden dan de code formulering te omschrijven.

Figuur 3

Resultaten codeerproces



De concepten zijn tot slot gebundeld in tien categorieën; ‘aanvaarding’, ‘balans lichaam en geest’, ‘kennisvergaring omtrent leven met pijn’, ‘nut van bewegen’, ‘omgang met tegenslagen’, ‘pijncoping’, ‘relaties’, ‘rust nemen’, ‘strategische omgang met prikkels’, en ‘betekenis- en waardevol leven’. In tabel 1 worden de tien categorieën weergegeven met een quote ter illustratie. Ook bij het formuleren van de categorieën geldt dat bij het groeperen van soortgelijke concepten soms (bijna) letterlijk de woorden van het concept werden overgenomen, maar meestal moest de categorie in abstracter bewoordingen worden geformuleerd. In tabel 2 worden de categorieën weergegeven met de bijbehorende concepten en frequenties. De meest voorkomende categorieën zijn ‘aanvaarding’, ‘betekenis- en waardevol leven’ en ‘strategische omgang met prikkels’. De minst genoemde categorieën zijn ‘kennisvergaring omtrent leven met pijn’, ‘nut van bewegen’, ‘relaties’ en ‘balans lichaam en geest’.

Tabel 1
Categorieën met bijbehorende quotes

Categorie	Quote
Aanvaarding	<i>“Nou, niet weten maar, ik heb dat al achter me, zeg maar, dat proces, denk ik. Van dat je accepteert dat je hier last van hebt en dat je je leven anders moet gaan indelen.”</i>
Balans lichaam en geest	<i>“Het fysieke kan mentaal iets laten gebeuren of mentaal iets fysiek, of allebei, of dat is nooit helemaal duidelijk voor mij. En, en dat begin ik nu een beetje te leren”</i>
Betekenis- en waardevol leven	<i>“En dan kom ik daarop eigenlijk op dat is eigenlijk het perspectief van wat vind ik nou echt belangrijk en echt belangrijk is, wat mij betreft mijn eigen geluk.”</i>
Kennisvergaring omtrent leven met pijn	<i>“Ja, we hebben een handboek gekregen. Dat boek dat heet Leven met pijn en daar staat toch aardig wat informatie in ook. En daar kan ik wel veel uithalen. Dus ja ook, ook een beetje over de achtergronden, hoe bepaalde dingen in elkaar zitten ook en ja om een beetje perspectief te geven eigenlijk.”</i>
Nut van bewegen	<i>“Bewegen geeft me meer balans, zeg maar. Voor mijn gevoel.”</i>
Omgang met tegenslagen	<i>“Bijvoorbeeld rust pakken als ik dat nodig heb, me even af te zonderen, toch vaak in situaties waarbij nieuwe gezichten, een nieuwe, nieuwe plaats en dat ik denk van ja, nou heb ik er eventjes, nu heb ik daar even geen zin in, of nu komt het niet goed uit.”</i>
Pijn coping	<i>“Moet ik het toch gaan doen, omdat ik dan weet dat dat me toch wel weer wat oplevert. Toch energie oplevert.”</i>
Relaties	<i>“Soort van automatisme geworden om gewoon dingen zelf te doen (...). Dat ik niet, ik wil wel heel graag andere mensen helpen, maar andere</i>

Rust nemen	<i>mensen hoeven mij niet te helpen (...). Ik moet zeggen, dat het voornamelijk gewoon emotioneel proces is, wat het is.”</i> <i>“Ik heb regelmatig gewoon even rust nodig, gewoon echt eventjes helemaal stoppen.”</i>
Strategische omgang met prikkels	<i>“Een beetje strategisch zijn in bijvoorbeeld hoe ik prikkels binnen laat komen. Dus waar ik aan een tafel ga zitten bijvoorbeeld, of waar ik ga staan, of misschien moet ik even oordopjes in doen. Dat ik daar nog iets, dat ik daar nog iets meer mee bezig moet.”</i>

In de laatste fase van de gefundeerde theoriebenadering is uit de tien categorieën de theorie afgeleid dat de gerapporteerde leerervaringen van patiënt B. grotendeels overeen komen met de doelen die door het Roessingh worden beoogd.

Tabel 2

Overzicht categorieën met bijbehorende concepten en frequenties

Categorie	Frequentie	Percentage	Concept	Frequentie concept
Aanvaarding	26	21.3	Acceptatie	10
			Geleidelijk leerproces	7
			Loslaten	7
			Regie in eigen hand nemen	2
Balans lichaam en geest	5	4.1	Connectie lichaam en geest	5
Betekenis- en waardevol leven	23	18.9	Bewust in het leven staan	10
			Eigen levensrichtingen voorop	13
Kennisvergaring omtrent leven met pijn	1	0.8	Achtergronden 'leven met pijn'	1
Nut van bewegen	2	1.6	Bewegen	2
Omgang met tegenslagen	14	11.5	Geen succesvolle ervaring	13
			Moeilijk om geleerde vast te houden	1
Pijn coping	10	8.2	Activiteiten aangaan	5
			Activiteiten doseren	5
Relaties	5	4.1	Open communicatie	1
			Steunen op anderen	4
Rust nemen	14	11.5	Rust nemen	14
Strategische omgang met prikkels	22	18.0	Lichaamssignalen herkennen	13
			Mindfulness	5
			Strategisch prikkels kiezen	4
Totaal	122	100		

3.2 Vergelijking leerervaringen met behandeldoelen van het Roessingh

De tien categorieën zijn gebundeld tot vijf thema's die patiënt B. meegekregen lijkt te hebben; 'ACT en mindfulness', 'pijncoping', 'sociale vaardigheden', 'nut van sport en beweging' en 'kennisvergaring'. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de doelen van het Roessingh met de bijbehorende categorieën en thema's. Uit de tabel volgt dat bijna alle doelen terugkomen in de door patiënt B. genoemde leerervaringen. Slechts de categorie 'kennisvergaring omtrent leven met pijn' (het thema 'kennisvergaring') kan niet worden gekoppeld aan een doel. In figuur 4 wordt de procentuele verdeling van de categorieën weergegeven per thema. Ongeveer 69 procent van de genoemde leerervaringen valt onder het thema 'ACT en mindfulness', 19 procent onder het thema 'pijncoping', 4 procent onder het thema 'sociale vaardigheden', 6 procent onder het thema 'nut van sport en beweging' en 1 procent onder het thema 'kennisvergaring'.

Tabel 3

Overzicht doelen met bijbehorende categorieën en thema's

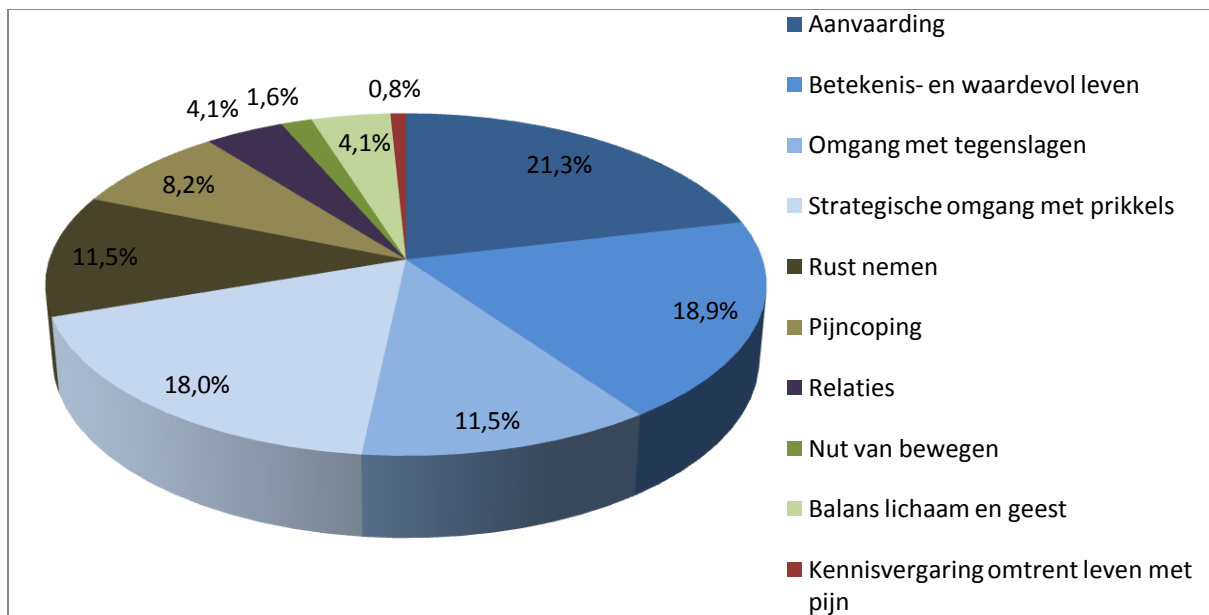
Doel	Categorie	Thema
Verbeteren psychisch functioneren	Aanvaarding	ACT en mindfulness
	Betekenis- en waardevol leven	
Verbeteren sociaal functioneren	Relaties	Sociale vaardigheden
Geleidelijke opbouw van de lichamelijke conditie	Nut van bewegen	Nut van sport en beweging
	Balans lichaam en geest	
Geleidelijke opbouw van activiteiten	Pijncoping	Pijncoping
	Rust nemen	
Afname invloed pijnklachten op leven	Omgang met tegenslagen	ACT en mindfulness
	Strategische omgang met prikkels	

3.3 ACT en mindfulness vaardigheden

Zoals gezegd staan tijdens in het onderdeel ‘ACT en mindfulness’ van de pijnrevalidatie behandeling zes vaardigheden centraal; ‘Verheldering van waarden’, ‘Aanvaarding’, ‘Cognitieve defusie’, ‘Mindfulness’, ‘Het observerende zelf’ en ‘Waarden in de praktijk’. De categorieën ‘aanvaarding’, ‘strategische omgang met prikkels’, ‘omgang met tegenslagen’ en ‘betekenis- en waardevol leven’ sluiten hierbij aan en vormen een ruime meerderheid van alle genoemde leerervaringen.

Figuur 4

Procentuele verdeling categorieën per thema



4. Discussie, aanbevelingen en conclusies

4.1 Discussie en aanbevelingen

Studenten van de Universiteit Twente hebben reeds onderzoek verricht naar therapieverhalen in het kader van de behandeling van het Roessingh gericht op pijnrevalidatie. Zo heeft Dursun (2013) onderzocht welke leerervaringen twee chronische pijnpatiënten van het Roessingh hadden genoemd in hun therapieverhaal. Patiënt B. uit dit onderzoek was een van die twee patiënten. Het verschil met dit onderzoek is dat Dursun vervolgens niet heeft onderzocht in hoeverre de genoemde leerervaringen overeen kwamen met de doelen van het Roessingh. Het onderzoek van Dursun vond net zoals dit onderzoek plaats op basis van de gefundeerde theoriebenadering. Zij heeft uit de categorieën de volgende thema's gehaald; 'ACT-processen', 'pijncoping', 'sociale vaardigheden' en 'algemene stresscopingvaardigheden'. Drie van de vijf thema's uit dit onderzoek komen aldus overeen met de resultaten van Dursun's onderzoek. Uit dit onderzoek zijn ook de thema's 'nut van sport en bewegen' en 'kennisvergaring' gekomen, terwijl uit het onderzoek van Dursun het thema 'algemene stresscopingvaardigheden' voort is gevloeid.

In dit kader vormt het gegeven dat voor dit onderzoek slechts de data van één respondent gebruikt zijn, één van de minder sterke kanten van het onderzoek. De resultaten leveren immers een minder representatief beeld op dan wanneer meerdere respondenten deel zouden hebben genomen aan het onderzoek. Enige voorzichtigheid is aldus geboden met betrekking tot het generaliseren van de resultaten van dit onderzoek. Ten aanzien van mogelijke verklaringen voor de verschillen in thema's wordt aangeraden om bij eventueel vervolgonderzoek voort te borduren op het onderzoek van Dursun (2013). Dursun heeft geconstateerd dat het aanbod van de behandeling hetzelfde is, maar de patiënten de onderdelen eruit halen die voor hen relevant zijn. De behandeling vormt een individueel leerproces, zoals tevens Weiss (2011) en Visscher (2012) constateerden ten aanzien van respectievelijk psychologische flexibiliteit en acceptatie. Het thema 'kennisvergaring' zal wellicht niet terugkomen in de genoemde leerervaringen van een andere patiënt, tevens gelet op het feit dat dit thema bij patiënt B. in minder dan één procent van het aantal genoemde leerervaringen is genoemd. De vraag rijst in hoeverre 'non-therapy' factoren als geslacht, leeftijd, opleiding, type chronische klachten, duur van de klachten en aantal behandelingen in het verleden van invloed zijn op de hoeveelheid en het soort leerervaringen dat de patiënt noemt. De verwachting is dat dit soort factoren een rol kunnen spelen. Dursun (2013) gaf in haar onderzoek al aan dat de patiënten bij wie de interviews zijn afgenomen van elkaar verschilden qua geslacht, duur van de klachten en het type klachten. Patiënt B. had relatief gezien nog maar gedurende korte tijd last van zijn klachten en zijn klachten waren plotseling ontstaan, in tegenstelling tot de andere patiënt die leed aan fibromyalgie (pijn in bindweefsel en spieren). Bij de patiënt met fibromyalgie nam Dursun een licht stijgende lijn waar ten aanzien van het leiden van een waardegericht leven. Patiënt B. leek nog te moeten wennen aan zijn recentelijk ingrijpend veranderde leven en een innerlijke strijd met zichzelf te voeren. Deze strijd uitte zich in een onregelmatig patroon

met betrekking tot leven met pijn. Ook kan bijvoorbeeld de ‘non-therapy’ factor ‘sociale steun’ van invloed kan zijn op kwaliteit van leven, de mate van vermijdend gedrag en negatieve gedachten (Devine, Parker, Fouladi & Cohen, 2003). Ten aanzien van eventueel vervolgonderzoek wordt dan ook aangeraden om meerdere respondenten te laten deelnemen met het oog op de betrouwbaarheid en gelet op de eventuele invloed van ‘non-therapy’ factoren.

Naast meerdere respondenten, wordt ook aanbevolen om meerdere onderzoekers aan een bepaald onderzoek te laten werken. In dit onderzoek zijn de resultaten gebaseerd op de interpretatie van slechts één onderzoeker, wat de betrouwbaarheid van de resultaten niet ten goede komt. Dursun (2013) heeft dezelfde data van patiënt B. geanalyseerd maar kwam uiteindelijk bij andere thema's uit. Een van Dursun's categorieën had de naam ‘evenwichtige fysieke belasting’ en in dit onderzoek is op basis van een soortgelijke categorie het thema ‘nut van sporten en bewegen’ geformuleerd. Dursun heeft de categorie mogelijk in een ander thema ondergebracht. Het thema ‘kennisvergaring’ maakt in het onderzoek van Dursun echter geen deel uit van de geselecteerde leerervaringen. De vraag rijst hoe het beste kan worden gecodeerd als meerdere onderzoekers aan hetzelfde onderzoek werken en de data-analyse onderling willen verdelen. Indien de onderzoekers geen tot weinig ervaring hebben met kwalitatief onderzoek, wordt aanbevolen om eerst uitvoerig de tijd te nemen voor het begrijpen van de gefundeerde theoriebenadering. De onderzoekers kunnen hierna onafhankelijk van elkaar uit hetzelfde interview de leerervaringen selecteren en codes toekennen, of eerst overeenstemming bereiken over de leerervaringen (op deze manier zou bijvoorbeeld de leerervaring omtrent kennisvergaring bij beide onderzoekers terug zijn gekomen). Bij het toekennen van codes is het van belang om zo dicht mogelijk de woorden van de patiënt aan te houden en slechts de kern van een bepaalde leerervaring te noteren. Indien de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid voldoende is bevonden na het vergelijken van de leerervaringen en codes, kan elke onderzoeker zelfstandig verder. Mocht sprake zijn van te grote verschillen tussen de onderzoekers, dan moeten de onderzoekers in overleg tot overeenstemming is bereikt en helder is hoe elke onderzoeker verder moet gaan met het codeerproces. Het is belangrijk dat codes niet te abstract worden geformuleerd omdat anders te veel ruimte wordt geboden voor interpretatie.

In dit onderzoek is ervoor gekozen de interviews in volgorde van afname te coderen. Hierdoor is niet alleen het therapieverhaal als geheel, maar ook de ontwikkeling van patiënt B. tijdens de behandeling in het bijzonder, gemakkelijker en daardoor prettiger te volgen. Het risico van op chronologische wijze coderen is echter dat bij de leerervaringen meer ruimte ontstaat voor interpretatie. Naarmate de onderzoeker meer interviews analyseert, kan het gebeuren dat de onderzoeker voor zichzelf een bepaald beeld vormt van patiënt B. en de leerervaringen gaat interpreteren met dat beeld voor ogen (‘self-fulfilling prophecy’). Het verdient in dit kader aanbeveling de interviews van meerdere patiënten te verdelen over bijvoorbeeld twee onderzoekers. De ene onderzoeker codeert dan de helft van de ene patiënt en de helft van de andere patiënt en de tweede onderzoeker de andere helften.

Dit onderzoek kan worden uitgebreid naar andere pijnrevalidatiecentra en/of andersoortige organisaties en/of andere behandelingen (bijvoorbeeld CGT). Voor een goed therapeutisch contact, is het van belang dat zowel de patiënt als de behandelaar de behandelingsdoelen ondersteunen en koesteren (Bordin, 1976). Om dit te bereiken, is het noodzakelijk dat de doelen op adequate wijze worden gecommuniceerd richting de patiënt. Het vertellen van het therapieverhaal helpt de patiënt bovendien om na afloop het geleerde in praktijk te blijven brengen, aangezien de patiënt inzicht heeft verkregen in de wijze waarop de behandeling wel of niet heeft gewerkt (McAdams, 2001; Adler et al., 2008). Uit de resultaten van een onderzoek van Abramowitz en Arch (2014) is gebleken dat CGT vaak goed werkt voor patiënten die leiden aan een obsessief compulsieve stoornis, maar dat ook sprake kan zijn van een enorme terugval na afloop van de behandeling. Vervolgonderzoek kan voortborduren op dit onderzoek en zich richten op de data uit de follow-up interviews. De chronische pijnpatiënten die aan dit onderzoek hebben mee gewerkt, zijn in 2011 geïnterviewd. Deze patiënten kunnen opnieuw worden geïnterviewd om te onderzoeken in hoeverre zij hun leerervaringen zijn blijven toepassen.

4.2 Conclusies

De eerste deelvraag van dit onderzoek betrof de vraag welke leerervaringen patiënt B. zou noemen. De genoemde leerervaringen zijn uiteindelijk onderverdeeld in de tien categorieën ‘aanvaarding’, ‘balans lichaam en geest’, ‘kennisvergaring omtrent leven met pijn’, ‘nut van bewegen’, ‘omgang met tegenslagen’, ‘pijncoping’, ‘relaties’, ‘rust nemen’, ‘strategische omgang met prikkels’, en ‘betekenis- en waardevol leven’. De vijf thema’s die uit de categorieën voortvloeiden waren: ‘ACT en mindfulness’, ‘pijncoping’, ‘sociale vaardigheden’, ‘nut van sport en beweging’ en ‘kennisvergaring’. De tweede deelvraag betrof de vraag in hoeverre ACT en mindfulness vaardigheden uit de behandeling terug zouden komen in de leerervaringen van patiënt B. Zoals gezegd staan tijdens in het onderdeel ‘ACT en mindfulness’ van de pijnrevalidatie behandeling zes vaardigheden centraal; ‘Verheldering van waarden’, ‘Aanvaarding’, ‘Cognitieve defusie’, ‘Mindfulness’, ‘Het observerende zelf’ en ‘Waarden in de praktijk’. De categorieën ‘aanvaarding’, ‘strategische omgang met prikkels’, ‘omgang met tegenslagen’ en ‘betekenis- en waardevol leven’ sloten hierbij aan en vormden een ruime meerderheid van alle genoemde leerervaringen (bijna 70 procent). Tot slot de vraag die in dit onderzoek centraal stond; ‘In hoeverre komen de gerapporteerde leerervaringen van chronische pijnpatiënt B. overeen met de beoogde doelen van het Roessingh?’. Uit de resultaten volgde dat bijna alle doelen die het Roessingh beoogt te bereiken, terugkwamen in de door patiënt B. genoemde leerervaringen. Slechts de categorie ‘kennisvergaring’ kon niet worden gekoppeld aan een doel.

Voorlopig kan worden geconcludeerd dat het Roessingh tevreden mag zijn met de mate waarin haar doelen uit de pijnrevalidatie behandeling terugkomen in de leerervaringen die patiënten noemen. Op basis van dit onderzoek en eventueel vervolgonderzoek kan het Roessingh haar doelen waar mogelijk nóg adequater communiceren richting de patiënten. Door een goede communicatie voelen patiënten zich gehoord, met alle positieve gevolgen van dien.

5. Referenties

- Abramowitz, J.S. & Arch, J.J. (2014). Strategies for Improving Long-Term Outcomes in Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: Insights From Learning Theory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(1), 20-31. DOI: 10.1016/j.cbpra.2013.06.004.
- Adler, J.M., Skalina, L.M. & McAdams, D.P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy Research*, 18(6), 719-734. DOI: 10.1080/10503300802326020.
- Adler, J.M., Wagner, J.W. & McAdams, D.P. (2007). Personality and the coherence of psychotherapy narratives. *Journal of Research in Personality*, 41(6), 1179-1198. DOI: 10.1016/j.jrp.2007.02.006.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andersson, G.B.J. (1999). Epidemiological features of chronic low-back pain. *The Lancet*, 354(9178), 581-585. DOI: 10.1016/S0140-6736(99)01312-4.
- Blackledge, J.T. & Hayes, S.C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 243-255. DOI: 10.1002/1097-4679(200102)57:2<243::AID-JCLP9>3.0.CO;2-X.
- Bordin, E.S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 26, 252-260.
- Breivik, H., Collet, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe. Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. DOI: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
- Brotto, L.A., Basson, R., Carlson, M. & Zhu, C. (2013). Impact of an integrated mindfulness and cognitive behavioural treatment for provoked vestibulodynia (IMPROVED): A qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 3-19. DOI: 10.1080/14681994.2012.686661.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Vila, J., Kovess, V., Angermeyer, M.C. et al. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. *Pain*, 129(3), 332-342. DOI: 10.1016/j.pain.2007.01.022.

Devine, D., Parker, P.A., Fouladi, R.T. & Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 12(5), 453-462. DOI: 10.1002/pon.656.

Dursun, B. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) door de bril van de chronische pijn patiënt, roze of niet?* (master these). Verkregen via <http://essay.utwente.nl>, op 8 december 2013.

Weiss, L.A. (2011). *The development of psychological flexibility in chronic pain patients during Acceptance and Commitment Therapy* (master these). Verkregen via <http://essay.utwente.nl>, op 30 september 2013.

Furnes, B. & Dysvik, E. (2012). Therapeutic writing and chronic pain: Experiences of therapeutic writing in a cognitive behavioural programme for people with chronic pain. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23-24), 3372-3381. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04268.x.

Gauntlett-Gilbert, J., Connell, H., Clinch, J. & Mccracken, L.M. (2013). Acceptance and values-based treatment of adolescents with chronic pain: Outcomes and their relationship to acceptance. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(1), 72-81. DOI: 10.1093/jpepsy/jss098.

Gustafsson, M., Ekholm, J. & Öhman, A. (2004). From shame to respect: Musculoskeletal pain patients' experience of a rehabilitation programme, a qualitative study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36(3), 97-103. DOI: 10.1080/16501970310018314.

Harper, D. & Thompson, A.R. (2012). *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.

Hasenbring, M.I. & Verbunt, J.A. (2010). Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: New models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clinical Journal of Pain*, 26(9), 747-753. DOI: 10.1097/AJP.0b013e3181e104f2.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. DOI: 10.1016/j.brat.2005.06.006.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.

Howitt, D. & Cramer, D. (2007). *Methoden en technieken in de psychologie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux B.V.

Kleen, M., & Jaspers, J. P. C. (2007). Women should not be allowed to run. Acceptance and commitment therapy (ACT) with a pain disorder. Translated from: Vrouwen horen niet hard te lopen. Acceptance and commitment therapy (ACT) bij een pijnstoornis. *Gedragstherapie*, 40, 7-26.

Kohl, A., Rief, W. & Glombiewski, J.A (2012). How effective are acceptance strategies? A meta-analytic review of experimental results. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 988-1001. DOI: 10.1016/j.jbtep.2012.03.004.

Kraaimaat, F.W., Bakker, A. & Evers, A.W.M. (1997). Pijn coping-strategieën bij chronische pijnpatiënten: De ontwikkeling van de Pijn Coping Inventarisatielijst (PCI) (Pain Coping Strategies in Chronic Pain Patients: the Development of the Pain Coping Inventory (PCI)). *Gedragstherapie*, 30(3), 185-201.

Langley, P.C. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Current Medical Research and Opinion*, 27(2), 463-480. DOI: 10.1185/03007995.2010.542136.

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(6), 602-611.

McAdams, D.P. (2001). The Psychology of Life Stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100-122. DOI: 10.1037//1089-2680.5.2.100.

McCurry, C. (2010). *Help je kind met Mindfulness angst te overwinnen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

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*, 61(3), 455-461.

Reid, K.J., Harker, J., Bala, M.M., Truysers, C., Kellen, E., Bekkering, G.E. et al. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27(2), 449-462. DOI: 10.1185/03007995.2010.545813.

Roessingh (2013a). *ACT*. Verkregen via <http://www.roessingh.nl/Revalidatie/Pijnrevalidatie/ACT>, op 19 oktober 2013.

Roessingh (2013b). *Pijnrevalidatie. Voor mensen met chronische pijnklachten en chronische vermoeidheid*. Verkregen via http://www.roessingh.nl/downloads/40557_Roessingh_PIJN_A5-DEF.pdf, op 19 oktober 2013.

Schreurs, K. (2012). *Roessingh, centrum voor revalidatie, klinische behandelingen van chronische pijn* (concept versie, verkregen via K. Schreurs).

Steihaug, S. & Malterud, K. (2008). Stories about bodies: A narrative study on self-understanding and chronic pain. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(3), 188-192.

DOI: 10.1080/02813430802177305.

The International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy (1986). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain (Supplement)* (3), 1-226.

Veehof, M.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(3), 533-542. DOI: 10.1016/j.pain.2010.11.002.

Veehof, M., Schreurs, K.M.G., Hulsbergen, M. & Bohlmeijer, E.T. (2010). *Leven met pijn; de kunst van het aanvaarden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom

Visscher, W.B. (2012). *Het acceptatieproces binnen een ACT-behandeling* (master these). Verkregen via <http://essay.utwente.nl>, op 30 september 2013.

Vlaeyen, J.W.S. & Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332. DOI: 10.1016/S0304-3959(99)00242-0.

Weiss, L.A. (2011). *The development of psychological flexibility in chronic pain patients during Acceptance and Commitment Therapy* (master these). Verkregen via <http://essay.utwente.nl>, op 30 september 2013.

Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J. et al. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107. DOI: 10.1016/j.pain.2011.05.016.

Wicksell, R.K., Dahl, J., Magnusson, B. & Olsson, G.L. (2005). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 415-423. DOI: 10.1016/S1077-7229(05)80069-0.

Wulferink, A.J.M., Winter, F.A.M., Boer, H. & Seydel, E.R. (1993). De multidisciplinaire behandeling van chronische pijn. Predictie van resultaten. *Gedrag en Gezondheid*, 21(1), 26-39.

6. Bijlagen

Bijlage 1: Disciplines van het Roessingh met bijbehorende doelen

Discipline	Doel
Psychologie	Zelf de regie over het leven nemen en het ontwikkelen Ontwikkelen/verbeteren van vaardigheden in emotieregulatie Aandacht richten Cognitieve defusie Actieve coping
Maatschappelijk werk	Assertiviteit en communicatie Stressmanagement bij actuele spanningsbronnen Doorbreken van invloed van vroegere traumata op huidig functioneren Ondersteuning bij de generalisatie van nieuw gedrag in de eigen omgeving (individueel) Optimaliseren van sociale ondersteuning, vermindering ongewenste sociale responsen (met partner)
Fysiotherapie	Training van specifieke basisfuncties Verhogen van het activiteitsniveau Leren waarnemen van lichaamssignalen en daarnaar te handelen in houding en beweging, basisfuncties en basisactiviteiten Spanningsregulatie, toename van houdings- en bewegingsgevoel
Ergotherapie	Verhogen van het dagelijkse activiteitsniveau Structureren van het activiteitenpatroon Handelen op geleide van lichaamssignalen tijdens doelgerichte activiteiten Optimaal uitvoeren van specifieke activiteiten
Bewegingsagogie	Leren omgaan met belasting/belastbaarheid in bewegingsactiviteiten Het aanpassen van een levensstijl, gezond bewegen

	<p>Stimuleren van gedragsmatige, normale interactie bij bewegingsactiviteiten</p> <p>Vinden van balans tussen lichaam en geest</p> <p>Opbouwen van fysieke belastbaarheid</p> <p>Sportgerichte participatie</p>
Groepsleiding	<p>Generalisatie van nieuw geleerde vaardigheden</p> <p>Adequaat functioneren in sociale situaties</p>
Arbeidsrevalidatie	<p>Begeleiden bij het leren toepassen van principes van belasting en belastbaarheid in arbeid (arbeidstraining)</p> <p>Perspectieontwikkeling</p> <p>Beroepskeuzeonderzoek</p> <p>Inventarisatie van relevante informatie t.b.v. inschatting arbeidsmogelijkheden en beleidsvorming m.b.t. werkhervatting (intake)</p> <p>Onderzoek of loonvormende arbeid als een haalbare optie kan worden beschouwd of onder welke condities dit haalbaar is</p> <p>Voorlichting / informatie geven op het gebied van opleidingen, scholingsfaciliteiten, beroepen, sociale wetgeving, financiële aspecten, scenario's, enzovoorts</p> <p>Coaching / counseling</p> <p>Casemanagement</p>
Activiteitentherapie	<p>Oriëntatie op vrije tijds mogelijkheden</p> <p>Ervaren dat men stap voor stap kan leren iets te maken waarvan men voorheen dacht dat dit niet mogelijk was (succeservaring)</p> <p>Plezier beleven aan het creatief bezig zijn</p> <p>Initiatieven ontplooien om in eigen situatie creatieve activiteiten op te pakken</p> <p>Leren energie te doseren tijdens creatieve activiteit</p>

Bijlage 2: Interviewschema

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.

Afwijkingen in het interviewschema

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 8^e 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.

Bijlage 3: Overzicht codes

1. Bewegen is goed voor je
2. Bewegen geeft je meer balans
3. Onderdelen van de behandeling toepassen leer je geleidelijk beter doen
4. Geleidelijk energiekeker voelen
5. Doe je iets automatisch of niet (stilstaan bij het moment, bv overwegen waar ga je zitten in de treincoupé)
6. Door bewuste keuze, meer uit moment halen/energie overhouden gedurende hele dag
7. Prioriteiten stellen (praten met alle groepsleden of pauzeren)
8. Niet gelukt; op tijd stoppen
9. Primaire prikkel (bv hoofdpijn) als niet op tijd rust
10. Negeren van de pijn leidt tot grotere pijn
11. Leren steunen op anderen is emotioneel proces
12. Toename in willen steunen op anderen
13. Loslaten van gedachte jezelf willen bewijzen
14. Loslaten van idee dat je alles zelf moet doen
15. Hulp vragen aan anderen mag
16. Soms anderen gewoon nodig
17. Sneller prikkelbaar door vermoeidheid
18. Minder goed tegen drukte/prikkels kunnen door vermoeidheid
19. Toename neklachten door vermoeidheid
20. Verwachtingen moeten soms worden bijgesteld (dan gaat het bv minder goed met je dan had verwacht)
21. Tijdig stoppen en herstellen voordat je verder gaat
22. Activiteiten een kans geven/uitproberen
23. Prioriteiten stellen (beslissing durven nemen om eerder naar huis te gaan dan anderen)
24. Situaties uitproberen, kijken hoe het gaat (niet uit de weg gaan)
25. Niet gelukt; bewust stilstaan bij de waarden die je wilt nastreven in je leven en activiteiten hierop selecteren
26. Zelf leven invullen belangrijk
27. Accepteren leven anders inrichten vanwege chronische pijn
28. Doen wat goed voor je werkt (vervelend gevoel als krampachtig opdrachten maken)
29. Sneller beslissingen nemen/minder heroverwegen (analyseren kost energie)
30. Je hoeft niet alles een kans te geven (kies activiteiten die je leuk vindt)
31. Lichaam en geest soms tegenstrijdige signalen

32. Fysieke gevolgen als niet op tijd stoppen
33. Nuance in activiteiten
34. Luisteren naar/herkennen van lichaamssignalen
35. Zelf grenzen bepalen
36. Connectie fysiek en mentaal
37. Mindfulness oefening zorgt voor een ontspannen gevoel
38. Mindfulness oefening laat je kijken naar je lichaam en gevoel (positief)
39. Tijdens mindfulness oefening niet bezig met oordelen over je gevoel
40. Tijdens mindfulness oefening lichaam en geest observeren, belangrijk dat ze in balans zijn
41. Mindfulness oefening zorgt ervoor dat je onderscheid kunt maken tussen je lekker voelen en je niet lekker voelen
42. Fysiek moe, maar tegelijk geestelijk ontspannen is mogelijk
43. Moeilijk om geleerde vast te houden (raakt snel uit ritme (tussen week 4 en 5))
44. Als fysiek moe, dan geestelijk last van
45. Toch activiteit ondernemen ondanks tegenzin (levert uiteindelijk energie op)
46. Als overprikkeld, niet lekker voelen en zorgen maken dus volgende keer overcompenseren
47. Weg van herstel is geen rechte lijn omhoog (tegenslagen horen erbij)
48. Als tegenslag, dan zorgen over de toekomst (bv werk weer oppakken)
49. Lichaamsensaties steeds beter herkennen
50. Tegenslagen niet weg gegooide energie (geven inzicht in proces)
51. Tijd nodig om te herstellen van prikkelrijke activiteiten
52. Activiteiten die veel energie kosten, leveren wel veel op (leuk, fijn gevoel)
53. Fijn gevoel om ziekte weer in de hand te hebben (ipv dat chronische pijn je leven bepaalt)
54. Leren om beter naar jezelf te luisteren
55. Leren om jezelf centraal te zetten
56. Accepteren bijzondere positie door chronische pijn (anders gedragen > als rust nodig ,rust pakken)
57. Accepteren dat chronische pijn onderdeel is van je leven
58. Activiteiten ondernemen binnen eigen mogelijkheden
59. Niet gelukt; rust pakken/afzonderen
60. Niet gelukt; rondje lopen of op bed liggen
61. Niet gelukt; dagschema maken
62. Uithoudingsvermogen wordt geleidelijk beter
63. Grenzen aangeven om energie te sparen
64. Open communiceren over beperkingen
65. Piekeren werkt tegen je qua algehele conditie en herstel

66. Als te veel piekeren, dan te weinig tijd om te herstellen, fysieke gevolgen (bv toename hoofdpijn)
67. Stilstaan bij waar je over piekert helpt om je ergens anders mee bezig te gaan houden
68. Rust houden belangrijk voor herstel
69. Mild zijn voor jezelf belangrijk voor herstel
70. Last van piekeren waardoor herstel wordt belemmerd
71. Geleerd hoe ontwikkeld en wat sterke karaktereigenschappen zijn van jezelf
72. Kan activiteiten beter volhouden
73. Meer tijd nemen voor activiteiten
74. Rust nemen tussen activiteiten door
75. Belangrijk om belastbaarheid steeds verder op te bouwen
76. Lastig om lichamelijke sensaties in de gaten te houden als aandacht ergens anders op gericht
77. Pauze nemen belangrijk voor je lichaam
78. Regelmatig tijd uittrekken voor zelfreflectie
79. Bewust stilstaan bij wat je doet er hoe je ermee omgaat
80. Lat niet te hoog leggen voor jezelf, anders gevoelens van teleurstelling
81. Minder hoge verwachtingen aan jezelf zorgt voor meer rust in hoofd
82. Gevoel van controle geeft rust in hoofd
83. Niet gelukt; grenzen aangeven (eigenlijk niet in café willen zitten, maar te gezellig)
84. Als grenzen niet aangeven, dan op moment gevoelens van frustratie en achteraf spijt
85. Stilstaan bij gebeurtenissen als leermoment voor een volgende keer
86. Drukte zorgt voor toename lichamelijke klachten
87. Accepteren dat als iets niet lukt, dat kwam omdat je te veel van jezelf verwachtte
88. Als je niet luistert naar je lichaam omdat je wilt doorzetten, dan verergeren klachten door eigen negatieve stemming
89. Handelen naar eigen waarden, niet tegen je zin in dingen doen (geeft duidelijkheid)
90. Activiteiten doseren is belangrijk
91. Niet gelukt; rust pakken/afzonderen
92. Niet gelukt; rondje lopen of op bed liggen
93. Niet gelukt; dagschema maken
94. Uithoudingsvermogen wordt geleidelijk beter
95. Grenzen aangeven om energie te sparen
96. Open communiceren over beperkingen
97. Piekeren werkt tegen je qua algehele conditie en herstel

98. Als te veel piekeren, dan te weinig tijd om te herstellen, fysieke gevolgen (bv toename hoofdpijn)
99. Stilstaan bij waar je over piekert helpt om je ergens anders mee bezig te gaan houden
100. Rust houden belangrijk voor herstel
101. Mild zijn voor jezelf belangrijk voor herstel
102. Last van piekeren waardoor herstel wordt belemmerd
103. Geleerd hoe ontwikkeld en wat sterke karaktereigenschappen zijn van jezelf
104. Kan activiteiten beter volhouden
105. Meer tijd nemen voor activiteiten
106. Rust nemen tussen activiteiten door
107. Belangrijk om belastbaarheid steeds verder op te bouwen
108. Lastig om lichamelijke sensaties in de gaten te houden als aandacht ergens anders op gericht
109. Pauze nemen belangrijk voor je lichaam
110. Regelmatig tijd uittrekken voor zelfreflectie
111. Bewust stilstaan bij wat je doet er hoe je ermee omgaat
112. Lat niet te hoog leggen voor jezelf, anders gevoelens van teleurstelling
113. Minder hoge verwachtingen aan jezelf zorgt voor meer rust in hoofd
114. Gevoel van controle geeft rust in hoofd
115. Niet gelukt; grenzen aangeven (eigenlijk niet in café willen zitten, maar te gezellig)
116. Als grenzen niet aangeven, dan op moment gevoelens van frustratie en achteraf spijt
117. Stilstaan bij gebeurtenissen als leermoment voor een volgende keer
118. Drukke zorgt voor toename lichamelijke klachten
119. Accepteren dat als iets niet lukt, dat kwam omdat je te veel van jezelf verwachtte
120. Als je niet luistert naar je lichaam omdat je wilt doorzetten, dan verergeren klachten door eigen negatieve stemming
121. Handelen naar eigen waarden, niet tegen je zin in dingen doen (geeft duidelijkheid)
122. Activiteiten doseren is belangrijk

Bijlage 4: Overzicht concepten met bijbehorende 'focused codes' en frequenties

Concept	'Focused code'	Frequentie		
Acceptatie	Accepteren activiteiten doseren	1	10	
	Accepteren niet meer alles kunnen doen wat je wilt	1		
	Accepteren steunen op anderen	2		
	Accepteren verwachtingen bijstellen omtrent lichamelijke gesteldheid	1		
	Accepteren leven anders inrichten vanwege bijzondere positie chronische pijn	2		
	Accepteren chronische pijn onderdeel van je leven	1		
	Accepteren meer tijd nodig voor activiteiten	1		
	Accepteren dat als iets niet lukt, dat kwam omdat je te veel van jezelf verwachtte	1		
	Achtergronden 'leven met pijn'	Informatie over 'leven met pijn'	1	1
	Activiteiten aangaan	Dingen uitproberen	3	5
Activiteiten leveren energie op/maken zenuwstelsel sterker		2		
Activiteiten doseren	Minder intensief/overslaan	1	5	
	Prioriteiten stellen (blijven of weg gaan)	1		
	Nuance in activiteiten	1		
	Activiteiten ondernemen binnen eigen mogelijkheden	1		
	Activiteiten doseren belangrijk	1		
Bewegen	Bewegen goed voor je	1	2	
	Bewegen geeft balans	1		

Bewust in het leven staan	Niet mee-analyseren	1	10
	Bewust afvragen hoe het met je gaat	2	
	Stilstaan in het moment; automatische handeling of niet?	1	
	Bewuste keuzes maken	1	
	Tegenslagen zijn leermomenten	2	
	Stilstaan bij waar je over piekert > helpt om je ergens anders mee bezig te gaan houden	1	
	Hoe ontwikkeld tijdens behandeling en wat zijn je sterke punten	1	
	Bewust stilstaan bij wat je doet er hoe je ermee omgaat	1	
Connectie lichaam en geest	Lichaam en geest geven tegenstrijdige signalen	3	5
	Lichaam en geest verbonden (als mentaal moe, lichamelijk moe)	2	
Eigen levensrichtingen voorop	Zoeken naar wat goed voor jezelf werkt qua prikkels	4	13
	Eigen geluk voorop zetten	3	
	Niet alles een kans willen geven	1	
	Jezelf centraal zetten	1	
	Mild zijn voor jezelf	3	
	Goed luisteren naar jezelf	1	
Geen succesvolle ervaring	Rust nemen en/of tijdig stoppen en/of afzonderen	5	13
	In het nu staan	1	
	Activiteiten doseren	1	
	Waarden nastreven	2	
	Accepteren tegenslag	1	

	Dagschema maken	1	
	Grenzen aangeven	2	
Geleidelijk leerproces	Onderdelen behandeling steeds beter toepassen	1	7
	Geleidelijk energieker voelen	1	
	Tegenslagen horen erbij	1	
	Activiteiten beter vol kunnen houden/withoudingsvermogen steeds beter	3	
	Als grenzen niet aangeven, gevoelens van frustraties en spijt	1	
Lichaamssignalen herkennen	Drukke zorgt voor toename lichamelijke klachten	2	13
	Negeren leidt tot meer lichamelijke klachten	5	
	Herkennen van lichamelijke sensaties gaat steeds beter	1	
	Lastig om lichamelijke sensaties in de gaten te houden als aandacht ergens anders op gericht	1	
	Luisteren naar lichaamssignalen belangrijk	1	
	Lichamelijke klachten nemen toe door vermoeidheid	3	
Loslaten	Te veel analyseren/heroverwegen niet goed	2	7
	Loslaten idee jezelf moeten bewijzen	1	
	Loslaten idee dat je alles zelf moet doen	1	
	Piekeren belemmert herstel	3	
Mindfulness	Zorgt voor prettig en ontspannen gevoel	1	5
	Observeren van lichaam en gevoel, balans belangrijk	3	

	Niet bezig met oordelen over je gevoel	1	
Moeilijk om geleerde vast te houden	Moeilijk om geleerde vast te houden	1	1
Open communicatie	Open communicatie over beperkingen	1	1
Regie in eigen hand nemen	Fijn gevoel om controle over chronische pijn te hebben	1	2
	Controle geeft rust in hoofd	1	
Rust nemen	Rust nemen als nodig	4	14
	Afzondering zoeken	1	
	Lichaam heeft rust nodig	1	
	Door rust beter naar jezelf kijken	1	
	Door rust meer genieten van dingen om je heen	1	
	Grenzen stellen om energie te sparen	3	
	Rust belangrijk voor herstel	3	
Steunen op anderen	Anderen soms nodig	1	4
	Zelf doen kost energie	1	
	Steunen op anderen is emotioneel proces	1	
	Toename in willen steunen op anderen	1	
Strategisch prikkels kiezen	Strategisch/bewust (aantal) prikkels kiezen	4	4
Totaal			122
