

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in de praktijk

“Een codeerschema voor het coderen en scoren van ACT consistent handelen van professionals in de Nederlandse pijnrevalidatie”

Masterthese

Februari 2014

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in de praktijk

“Een codeerschema voor het coderen en scoren van ACT consistent handelen van professionals in de Nederlandse pijnrevalidatie”

Masterthese

Eva Scholten

s1246380

Universiteit Twente, Enschede

Faculteit Gedragwetenschappen

Master Psychologie, Geestelijke Gezondheidsbevordering

1^e begeleider: Hester Trompetter

2^e begeleider: Karlein Schreurs

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthese. Het resultaat van onderzoek naar het ontwikkelen van een codeerschema voor het coderen en scoren van ACT consistent handelen van professionals tijdens de behandeling van chronische pijn in Nederlandse revalidatiecentra. Het onderzoek heb ik uitgevoerd in het kader van het afronden van de Psychologie Master Geestelijke Gezondheidsbevordering aan de Universiteit van Twente.

Graag wil ik via deze weg de mensen bedanken die mij geholpen en gesteund hebben tijdens mijn afstudeerperiode. Mijn speciale dank gaat uit naar Hester Trompetter en Karlein Schreurs voor de fijne begeleiding. De tijd die jullie voor mijn begeleiding genomen hebben en jullie deskundigheid en ‘meedenkendheid’ heb ik als erg prettig en ondersteunend ervaren.

Ik hoop dat studenten en professionals door het lezen van dit verslag aangemoedigd worden om zelf kennis en ervaring met ACT op te doen. Ik heb zelf gemerkt dat ACT niet alleen toepasbaar is tijdens mijn professionele werkzaamheden, maar ook in mijn eigen dagelijks leven. Wat ik voor mezelf meeneem is dat ik meer leef naar mijn waarden en dat wat ik belangrijk vind in het leven.

Nijmegen, februari 2014

Eva Scholten

Abstract

Background: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is found to be an effective treatment for chronic pain, therefore it was systematically implemented within a number of rehabilitation centres in the Netherlands. It is important that treatments, which are based on ACT, are adequately integrated and performed by professionals in daily practice. Nowadays, more and more research is being done on treatment integrity. However no research is conducted on treatment integrity of ACT for the treatment of chronic pain. Instruments to determine whether professionals perform ACT adequate and competent during the treatment of chronic pain, are not yet developed. Therefore the research question in this study is formulated as follows; *“What does a codingscheme for coding and scoring ACT consistent performance of professionals during the treatment of chronic pain in Dutch rehabilitation centres look like?”*.

Method: Qualitative data of three rehabilitation centres was collected and analysed for this study. In an iterative process a codingscheme was developed by conducting; literature research, viewing and scoring 14 video records and by consultation with head researchers.

Results: A codingscheme for coding and scoring ACT consistent performance per minute based on adherence, competence and identification of ACT core process(es) is developed. The scores on adherence and competence are based on a 5-point Likertscale. Furthermore, an overall score for adherence and competence will be given, based on the whole video recording. These scores are also based on a 5-point Likertscale.

Conclusion: This research has provided insight into a codingscheme for coding and scoring ACT consistent performance. The developed codingscheme and guidelines give an objective, systematic and consistent approach for coding and scoring ACT consistent performance of professionals during the treatment of chronic pain. Limitations of this study are being discussed and recommendations are given.

Samenvatting

Achtergrond: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) blijkt een effectieve behandeling te zijn voor chronische pijn en is daarom binnen een aantal revalidatiecentra in Nederland systematisch geïmplementeerd. Het is van belang dat behandelingen gebaseerd op ACT adequaat geïntegreerd en uitgevoerd worden door professionals in hun dagelijkse praktijk. Daarom wordt er steeds vaker onderzoek naar behandelingsintegriteit gedaan. Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar behandelingsintegriteit van ACT voor de behandeling van chronische pijn. Instrumenten om te bepalen of professionals ACT op een adequate en competente manier uitvoeren tijdens de behandeling van chronische pijn, zijn nog niet ontwikkeld. Vraagstelling van het onderzoek is daarom als volgt geformuleerd; *“Hoe ziet een codeerschema voor het coderen en scoren van ACT consistent handelen van professionals tijdens de behandeling van chronische pijn in Nederlandse revalidatiecentra eruit?”*.

Methode: Voor het onderzoek is kwalitatieve data van drie revalidatiecentra verzameld en geanalyseerd. In een iteratief proces tussen; verdieping in literatuur, het bekijken en scoren van 14 video-opnames en overleg met hoofdonderzoekers, zijn aanpassingen doorgevoerd en is een codeerschema ontwikkeld.

Resultaat: Via het ontwikkelde codeerschema wordt ACT consistent handelen per minuut gecodeerd en gescoord op basis van adherence, competence en welk(e) ACT kernproces(sen) er aanwezig zijn. De scores op adherence en competence worden bepaald aan de hand van een 5-punts Likertschaal. Vervolgens wordt op basis van de gehele video-opname een overall score gegeven op adherence en competence, ook deze scoring verloopt via een 5-punts Likertschaal.

Conclusie: Huidig onderzoek heeft meer inzicht gegeven in een codeerschema voor het coderen en scoren van ACT consistent handelen. Het ontwikkelde codeerschema en gegeven richtlijnen lijken een objectieve, systematische en consequente werkwijze te bieden voor het coderen en scoren van ACT consistent handelen van professionals tijdens de behandeling van chronische pijn. Beperkingen van het onderzoek zijn bediscussieerd en aanbevelingen zijn gegeven.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Abstract.....	3
Samenvatting	4
1 Inleiding	6
2 Methode	13
2.1 Procedure.....	13
2.2 Participanten	14
2.3 Materiaal	14
2.4 Analyse.....	15
3 Resultaten	16
4 Discussie	26
4.1 Beperkingen	27
4.2 Aanbevelingen.....	28
4.3 Conclusie.....	29
5 Referenties	30
6 Bijlagen	34
Bijlage 1. Tabel bekeken vide-opnames	36
Bijlage 2. ACT oefeningen, metaforen en competenties	37
Bijlage 3. Concept codeerschema	39
Bijlage 4. Scoringsformulieren onderzoeker en hoofdonderzoeker (1)	46
Bijlage 5. Codeerschema ‘adherence’ en ‘competence’	56
Bijlage 6. Scoringsformulieren onderzoeker en hoofdonderzoeker (2)	59
Bijlage 7. Vernieuwd codeerschema.....	65
Bijlage 8. Scoringsformulieren onderzoeker (1)	68
Bijlage 9. Scoringsformulieren onderzoeker (2).....	70

1 Inleiding

Chronische pijn

De International Association for the Study of Pain (IASP) defineert pijn als; “An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage” (Merskey, 1994; Keijser, van Minnen & Hoogduin, 2011). Uit deze definitie kan opgemaakt worden dat pijn omschreven wordt als een subjectieve en emotionele ervaring die door ieder anders ervaren wordt, daarnaast is pijn altijd onplezierig, maar hoeft er niet altijd sprake te zijn van lichamelijk letsel. Hoewel pijn vaak als negatief wordt ervaren heeft het wel degelijk een functie. Het beschermt ons tijdens schadelijke en gevaarlijke situaties en zorgt ervoor dat we ons terugtrekken uit deze situatie, waardoor verdere schade voorkomen wordt. Wanneer de pijn van korte duur is en in verband wordt gebracht met lichamelijk letsel en/of ziekte spreken we van acute pijn, deze pijn trekt na behandeling meestal weg. Wanneer pijn echter langer dan drie maanden blijft bestaan, geregeld terugkeert of langer duurt dan de verwachte hersteltijd wordt er gesproken van chronische pijn. Vaak is deze pijn niet meer het gevolg van opgelopen lichamelijk letsel (Veehof, Schreurs, Hulsbergen & Bohlmeijer, 2010a; Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011).

Uit onderzoek blijkt dat 19% van de Europese bevolking last heeft van gemiddelde tot ernstige chronische pijn, in Nederland ligt dit percentage rond de 18%. Slechts weinigen worden behandeld door pijnspecialisten en bijna de helft ontvangt inadequate pijnbehandeling (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006; Reid, Harker, Bala, Truyers, Kellen, Bekking & Kleijnen, 2011; Bekkering, Bala, Reid, Kellen, Harker, Riemsma, Huygen & Kleijnen, 2011, Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011).

De gevolgen van chronische pijn zijn zowel voor mensen zelf als voor de maatschappij te voelen. Chronische pijn zorgt voor hoge maatschappelijke kosten, omdat men niet meer (volledig) kan participeren in de samenleving wegens arbeidsverzuim, ziekteverlof of werkloosheid. Daarnaast maken mensen met chronische pijn meer en vaker gebruik van voorzieningen op gebied van gezondheidszorg zoals opname in ziekenhuizen, thuishulp en revalidatiecentra (Kok, Houkes & Niessen, 2008; Gannon, Finn, O’Gorman, Ruane & McGruire, 2013). Chronische pijn heeft tevens een negatieve invloed op het dagelijks leven en de ervaren

gezondheidsstatus van mensen. Men voelt zich beperkt in het uitvoeren van dagelijks activiteiten en het onderhouden van sociale relaties, tevens blijkt chronische pijn vaak gepaard te gaan met depressieve gevoelens (Miller & Cano, 2009; Reid et al., 2011).

Brown en Folen (2005) geven aan dat pijn bestaat uit biomedische, psychologische en sociaal-culturele componenten. Zij raden pijnbehandeling door multidisciplinaire teams aan omdat verschillende disciplines gespecialiseerd zijn in verschillende aspecten van pijn. Multidisciplinaire teams gericht op behandeling van chronische pijn bestaan doorgaans uit verschillende professionals op het gebied van gezondheidszorg zoals; psychologen, artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, fysio- en ergotherapeuten, neurologen, diëtisten en sportdeskundigen (Brown & Folen, 2005).

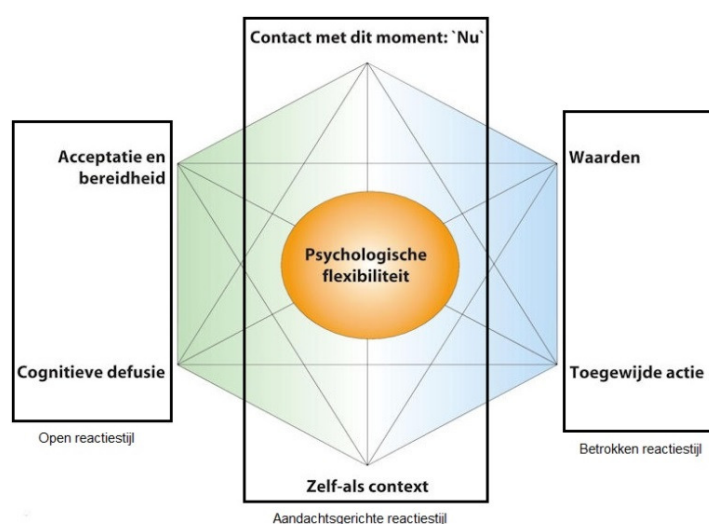
Er zijn in de loop der jaren verschillende behandelingen voor chronische pijn ontwikkeld. De meeste behandelingen zijn voornamelijk gericht op het reduceren van pijn waardoor men weer maatschappelijk en sociaal kan functioneren. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de standaard psychologische behandeling geworden als het gaat om langdurige pijn die het functioneren van mensen belemmert, met als doel dit functioneren te herstellen. CGT richt zich op het controleren en verminderen van pijn door middel van fysieke activatie, onderzoeken van belemmerende pijngedachten en het aanpakken van ineffectief gedrag (Morley, Eccleston & Williams, 1999; Eccleston, Williams & Morley, 2009). Hoewel CGT de standaard psychologische behandeling is geworden, blijkt deze therapie niet bij iedereen aan te slaan en effectief te zijn (Morley et al., 1999; Eccleston et al., 2009). Daarom wordt er onderzoek gedaan naar alternatieve behandelingen die wellicht meer effect hebben. De laatste tijd is er veel aandacht voor Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

Acceptance and Commitment Therapy

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) behoort tot de derde generatie gedragstherapieën en is gebaseerd op de Relational Frame Theory (RFT). Dit is een functioneel contextuele theorie over het leren van gedragsmatige principes, menselijke taal en cognities. Hoewel vaardigheden zoals taal en cognitie ervoor zorgen dat onze wereld gestructureerd wordt, laat RFT ook zien dat deze mogelijkheden tot psychopathologie kunnen leiden (Luoma, Hayes & Walser, 2007). Binnen ACT wordt er dan gesproken over destructieve normaliteit; “Het idee dat

gewone en zelfs nuttige psychologische processen zelf tot destructieve en disfunctionele resultaten kunnen leiden, en daarbij eventueel aanwezige abnormale fysiologische en psychologische aandoeningen kunnen uitvergroten of verergeren” (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012, p. 34). Een van deze processen is experiëntiële vermijding, wat omschreven wordt als de poging onze innerlijke ervaringen (gedachten, gevoelens, lichamelijke sensaties en herinneringen) te controleren, veranderen of vermijden (Luoma et al., 2007). Deze emotionele en gedragsmatige vermijding kan leiden tot psychologische inflexibiliteit en psychopathologie, waarbij men passief is, niet meer in het hier en nu aanwezig is en niet in contact staat met wat men belangrijk vindt in het leven (Hayes et al., 2012).

CGT richt zich doorgaans op het veranderen van deze innerlijke ervaringen door middel van het onderzoeken en veranderen van gedachten, gevoelens en gedrag. ACT onderscheidt zich van CGT doordat het zich niet richt op het veranderen van de functie van gedachten en gevoelens, maar juist op het omarmen van deze innerlijke ervaringen (Luoma et al., 2007). ACT probeert psychologische flexibiliteit van mensen te bevorderen, zodat gedrag niet meer wordt bepaald door het streven naar verandering of vermijding van ongewenste innerlijke ervaringen, maar door bewust te kiezen voor waarden en acties te ondernemen die in lijn liggen met de gekozen waarden. (Hayes et al., 2012). Deze acties worden ondergebracht onder de zes kernprocessen van ACT (figuur 1).



Figuur 1. Psychologische flexibiliteit, ACT kernprocessen en reactiestijlen. Aangepast en overgenomen van Copyright (2010) Vormgeving.nl “<http://www.act-training.nl/act/psychflex.html>”.

De zes kernprocessen kunnen in paren van twee samengevoegd worden en worden gezien als reactiestijlen. Tot de open reactiestijl behoren de kernprocessen acceptatie/bereidheid en cognitieve defusie. Zij zijn belangrijk om open te leren staan voor ervaringen deze met nieuwsgierigheid te benaderen, ervan te leren en ruimte te maken om ze er te laten zijn (Hayes et al., 2012). Acceptatie en bereidheid houdt in dat men actief en bewust alle innerlijke ervaringen omarmt en

aanvaardt, zonder pogingen te doen deze ervaringen te veranderen of vermijden. Het tegenovergestelde van acceptatie is experiëntiële vermijding, men probeert innerlijke ervaringen te controleren of veranderen ((Luoma et al., 2007). Cognitieve defusie refereert naar een proces waarbij er afstand gecreëerd wordt tussen wat onze geest ons zegt en onszelf, we zijn niet wat we denken. Door afstand te creëren kunnen we naar onze geest kijken zonder ernaar te hoeven handelen. Het resultaat van defusie is vaak vermindering van geloofwaardigheid en/of vasthoudendheid aan een bepaalde gedachten. Wanneer we ons echter sterk vereenzelvigen met onze geest en gedachten, wordt er binnen ACT van cognitieve fusie gesproken (Luoma et al., 2007; Hayes et al., 2012).

De kernprocessen contact met het hier en nu en zelf-als-context behoren tot de aandachtsgerichte reactiestijl. Hayes et al. (2012, p. 108) beschrijven dit als volgt: “Bewuste en flexibele aandacht voor het ‘heden’ stelt de persoon in staat om vaardigheden van defusie en acceptatie in werking te stellen”...“of om over te gaan op waardegerichte daden”. Contact met het hier en nu houdt in dat men steeds bewust contact heeft met innerlijke ervaringen en omgevingsgebeurtenissen, zonder hierover een oordeel te hebben. Tegenover contact met het hier en nu staat inflexibele aandacht, hiermee wordt bedoeld dat de aandacht gericht wordt op het verleden of de toekomst in plaats van de aandacht te richten op dit moment (Luoma et al., 2007; Hayes et al., 2012).

Binnen ACT wordt het proces “zelf-als-context” omschreven als; “a continuous and secure I from which events are experienced, but that is also distinct from those events” (Luoma et al., 2007, p. 19). Het doel van dit kernproces is om een meer solide gevoel van onszelf als observator of belever te ontwikkelen dat onafhankelijk is van de innerlijke ervaringen die op dat moment aanwezig zijn. Wanneer men teveel het zelf ziet als inhoud van deze innerlijke ervaringen wordt er binnen ACT gesproken van zelf-als-inhoud of het geconceptualiseerde zelf (Luoma et al., 2007; Hayes et al., 2012).

De kernprocessen waarden en toegewijde actie behoren tot de betrokken reactiestijl. Hayes et al. (2012) geven aan dat het leven pas echt zinvol wordt door waarden te koppelen aan dagelijks handelen. Waarden worden binnen ACT gezien als verbaal geconstrueerde, globale, wenselijke en gekozen richtingen in het leven en beschrijven wat men belangrijk vindt in het leven.

Tegenover waarden staat verlies of geen contact met waarden, hiermee wordt bedoeld dat men niet bewust is van eigen waarden (Luoma et al., 2007; Hayes et al., 2012).

Toegewijde actie houdt in dat men acties onderneemt die in dienst staan van de gekozen waarden. Tijdens dit kernproces worden doelen en acties opgesteld die in lijn liggen met de eerder gekozen waarden. Het tegenovergestelde van toegewijde actie is passiviteit of impulsiviteit, men handelt niet naar waarden (Luoma et al., 2007; Hayes et al., 2012).

Onderzoek naar de effectiviteit van ACT als behandeling van chronische pijn breidt zich steeds verder uit. Effectiviteit wordt niet gezien als het verminderen van pijn, maar als herstel van functioneren en het verbeteren van de kwaliteit van leven. In verschillende onderzoeken wordt aangetoond dat ACT als behandeling voor chronische pijn niet direct een effectievere behandeling is dan CGT, maar wel dat het een goed alternatief is (Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2010b; Wetherell, Afari, Rutledge, Sorrell, Stoddard, Petkus, Solomon, Lehman, Liu, Lang & Atkinson, 2011; Gauntlett-Gilbert, Connell, Clinch & McCracken, 2013). Wetherell et al. (2011) geven aan dat participanten die behandeling in de vorm van ACT ondergaan en afgerond hebben, significant hoger scoren op tevredenheid dan participanten die behandeling in de vorm van CGT hebben gehad. Uit onderzoek van Wicksell, Olsson en Hayes (2011) blijkt dat vergroten van acceptatie van chronische pijn geassocieerd wordt met het minder vermijden van activiteiten, een beter emotioneel welbevinden en minder gebruikmaken van gezondheidszorg. Ook op lange termijn blijkt ACT een effectieve behandeling te zijn voor chronische pijn en blijven 3 jaar na behandeling effecten als verbetering in emotioneel en fysiek functioneren bestaan (Vowles, McCracken & O'Brien, 2011). ACT is door de American Psychological Association (APA) toegevoegd aan de lijst van empirisch ondersteunde behandelingen voor chronische pijn.

Het is echter van belang dat behandelingen gebaseerd op ACT adequaat geïntegreerd en uitgevoerd worden door behandelaars. Om discrepantie tussen wetenschap en praktijk te verkleinen en om te waarborgen dat ACT op een adequate wijze wordt uitgevoerd in de praktijk, wordt er steeds vaker onderzoek gedaan naar behandelingsintegriteit (Southam-Gerow & Mcleod, 2013).

Behandelingsintegriteit

Met behandelingsintegriteit ook wel “treatment integrity (TI)” genoemd, wordt gerefereerd naar de mate waarin een bepaalde interventie geïmplementeerd is op een competente manier die overeenkomt met het theoretische model en de specifieke processen die beschreven staat in het behandelingsprotocol (Plumb & Vilardaga, 2010; Perepletchikova, 2011; Southam-Gerow & McLeod, 2013). Hoewel er consensus bestaat over de definitie van TI, is er nog geen consensus over de verschillende processen die behoren tot TI (McLeod, Southam-Gerow & Weisz, 2009; Perepletchikova, 2011; Southam-Gerow & McLeod, 2013). Er is echter overeenstemming dat TI ten minste bestaat uit de kernprocessen ‘adherence’ en ‘competence’ (Waltz, Addis, Koerner, & Jacobson, 1993; Plumb & Vilardaga, 2010; Weck, Bohn, Ginzburg & Stangier, 2011).

Met ‘treatment adherence’ of trouw aan de behandeling, het protocol of het behandelmodel wordt gerefereerd naar de mate waarin de therapeut de behandeling, het protocol of het behandelmodel uitvoert zoals het ontworpen is. Met ‘competence’ wordt gerefereerd naar de vaardigheden die de therapeut bezit om de technische en relationele aspecten van een specifieke behandeling toe te passen (McLeod et al., 2009; Plumb & Vilardaga, 2010; Southam-Gerow & McLeod, 2013). Waltz et al. (1993) en Plumb en Vilardaga (2010) geven aan dat voor een behandeling competent kan worden uitgevoerd, ook adherence noodzakelijk is, maar dat competence niet noodzakelijk is voor adherence.

Er zijn verschillende voordelen aan onderzoek naar TI. Zo kan onderzocht worden welke processen van een therapie verantwoordelijk zijn voor de wenselijke veranderingen gedurende therapie. Deze kennis kan bijdragen aan eventuele verfijning en optimalisering van evidence-based behandelingen (Plumb & Vilardaga, 2010). Tevens kan door onderzoek naar TI, onderzocht worden of een therapie op adequate wijze is geïntegreerd en op een adequate en consistente manier uitgevoerd wordt door therapeuten (Southam-Gerow & McLeod, 2013).

Dit laatste beschrijft goed de doelstelling van deze studie. Huidig onderzoek is onderdeel van een groter onderzoek gericht op ACT behandeling voor chronische pijn binnen revalidatiecentra in Nederland. Omdat ACT een effectieve behandeling voor chronische pijn lijkt te zijn, is ACT tussen 2010 en 2012 binnen negen Nederlandse revalidatiecentra geïmplementeerd. Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar de behandelingsintegriteit en of professionals ACT op een adequate en consistente wijze uitvoeren tijdens de behandeling van chronische pijn. Plumb en

Vilardaga (2010) erkennen dat het opstellen van een TI protocol specifiek gericht op ACT, barrières met zich meebrengt. Zij geven aan dat ACT principes zich niet makkelijk later plaatsen in strikt geprotocolleerde behandelingen. Om echter vast te kunnen stellen of ACT op een adequate en consistent wijze is geïmplementeerd en uitgevoerd wordt, is het nodig om het ACT consistent handelen van professionals in kaart te brengen.

Hoewel Plumb en Vilardaga (2010) een ‘Adherence Raters’ Manual for ACT for OCD treatment’ hebben opgesteld, is er nog geen protocol of codeerschema ontwikkeld voor het in kaart brengen van ACT consistent handelen van professionals tijdens de behandeling van chronische pijn. Vraagstelling van het onderzoek is dan ook als volgt geformuleerd; *“Hoe ziet een codeerschema voor het coderen en scoren van ACT consistent handelen van professionals tijdens de behandeling van chronische pijn in Nederlandse revalidatiecentra eruit?”*.

2 Methode

2.1 Procedure

Tussen oktober 2010 en oktober 2012 is ACT systematisch geïmplementeerd in deelnemende revalidatiecentra. De systematische implementatie heeft plaatsgevonden via een train-de-trainer werkwijze. Minimaal vier professionals van ieder revalidatiecentrum hebben de cursus ‘ACT voor Pijnteam’ gevolgd, zij vormde een ‘trekkersteam’ om ACT verder te implementeren binnen de instelling. Met behulp van supervisie en het volgen van de cursus hebben zij een half jaar de tijd gekregen om ervaring met ACT op te doen. Na dit half jaar hebben de getrainde professionals een tweedaagse training verzorgd voor andere professionals binnen het revalidatiecentrum. De professionals die de tweedaagse training hebben gevolgd worden aangeduid met de term ‘volgers’. Vervolgens hebben zowel de ‘volgers’ als de ‘trekkers’ nog een half jaar de tijd gekregen om ervaring met ACT op te doen en ACT te implementeren in hun behandeling. Zowel de ‘trekkers’ als de ‘volgers’ kregen supervisie- en intervisiebijeenkomsten en namen deel aan een jaarlijkse terugkomdag. Tijdens de behandeling werkte de professionals en patiënten beide volgens het boek “Leven met pijn, De kunst van het aanvaarden” (Veehof, Schreurs, Hulsbergen & Bohlmeijer, 2010). Video-opnames voor het onderzoek zijn opgenomen aan het eind van het jaar waarin de professionals getraind zijn.

Video-opnames zijn op de volgende manier verkregen; de coördinator van het onderzoek heeft professionals werkzaam binnen één van de revalidatiecentra gevraagd om een video-opname te maken van ongeveer tien minuten van een behandelingssessie waarin zij ACT toepassen. Vervolgens heeft een medewerker van de ICT afdeling van het betreffende revalidatiecentrum ervoor gezorgd dat opnameapparatuur aanwezig was tijdens de sessie. De gemaakte video-opnames zijn via aangetekende post opgestuurd naar hoofdonderzoekers Hester Trompetter (H.T.) en Karlein Schreurs (K.S.) of overhandigd tijdens overleg om de implementatie van ACT af te ronden. Als laatste heeft hoofdonderzoeker (H.T.) alle video-opnames per revalidatiecentrum verzameld en op 2 USB-sticks en één DVD overgezet. Opnames zijn vertrouwelijk behandeld, de USB-sticks en DVD zijn op afspraak opgehaald bij een van de hoofdonderzoekers en via de laptop van onderzoeker (E.S.) op de Universiteit van Twente bekeken. Hierbij is gewaarborgd dat er geen visuele of auditieve informatie kenbaar is gemaakt

aan derde. Na bekijken zijn USB-sticks en DVD persoonlijk afgegeven bij een van de hoofdonderzoekers.

2.2 Participanten

Participanten aan dit onderzoek waren 25 professionals werkzaam in een van de volgende revalidatiecentra in Nederland, te weten; Roessingh Revalidatiecentrum Enschede, Rijndam RC Rotterdam, locatie Vlietlandplein en Bethesda Ziekenhuis Hoogeveen. Voor dit onderzoek zijn echter van 14 participanten video-opnames gebruikt. Relevante kenmerken van deze participanten worden gepresenteerd in tabel 1.

Tabel 1. *Kenmerken participanten*

	Roessingh Revalidatiecentra (N=7)	Rijndam RC (Vlietlandplein) (N=3)	Bethesda Ziekenhuis (N=4)
Geslacht			
Vrouw in aantallen	3	2	4
Man in aantallen	1 *	1	0
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	45,75 (12,76)*	33 (10,82)	44,75 (7,14)
Professie			
Psycholoog	0	0	1
Maatschappelijk werker	1	0	1
Fysiotherapeut	1	1	0
Ergotherapeut	1	2	2
Sportdeskundige	1 *	0	0
Werkzaam in huidige baan (min.- max. in jaren)	11-35**	8-13**	5-18
Trekkers	1	2	3
Volgers	3 *	1	1

Notitie. * (N=4, wegens missende data), ** (N=2, wegens missende data)

2.3 Materiaal

In totaal hebben de deelnemende revalidatiecentra 25 video-opnames aangeleverd. Voor dit onderzoek zijn 14 video-opnames gebruikt om tot het ontwikkelde codeerschema te komen. Van de 14 video-opnames, zijn 5 opnames bekeken om een beeld te krijgen van hoe ACT in de praktijk toegepast kan worden. Vervolgens zijn 9 video-opnames bekeken en gescoord via een codeerschema. Zie voor overzicht van bekeken video-opnames bijlage 1.

De duur van de opnames is gemiddeld 10 minuten, met een verschil in duur van 6.04 minuten tot 34.05 minuten. Op de meeste opnames zijn zowel de cliënt als de therapeut tijdens de gehele opname zichtbaar, op twee opnames is alleen de therapeut zichtbaar en op twee opnames is alleen de cliënt zichtbaar en komt de therapeut af en toe in beeld. Van de opnames zijn negen behandelingen in een spreekkamer opgenomen en vijf behandelingen zijn opgenomen in een grotere zaal zoals oefenruimte of sportzaal.

2.4 Analyse

Om de onderzoeksvraag; *“Hoe ziet een codeerschema voor het coderen en scoren van ACT consistent handelen van professionals tijdens de behandeling van chronische pijn in Nederlandse revalidatiecentra eruit?”* te kunnen beantwoorden, is er gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Omdat er nog niet eerder een codeerschema is ontwikkeld om ACT consistent handelen binnen revalidatiecentra gericht op behandeling van chronische pijn te scoren, is het ontwikkelen van huidig codeerschema een iteratief proces geweest. Er is gebruikt gemaakt van de ‘Adherence raters’ manual for ACT for OCD treatment study’ (Plumb & Vilardaga, 2010). Tevens is het een proces geweest tussen verdieping in wetenschappelijke artikelen en de boeken ‘Learning ACT’ (Luoma et al., 2007), ‘Leven met pijn’ (Veehof et al., 2010) en ‘Acceptance en Commitment Therapie’ (Hayes et al., 2012), het bekijken en analyseren van video-opnames en overleg met hoofdonderzoekers om aanpassingen door te voeren.

De volgende afspraken zijn gemaakt omtrent het bekijken van video-opnames; opnames worden de eerste 10 minuten bekeken. De tijd die genomen wordt voor eventueel binnenkomst en plaatsnemen wordt niet meegerekend. Er wordt per minuut gescoord vanaf het moment dat patiënt en therapeut beide plaats hebben genomen.

De stappen die ondernomen zijn om tot huidig codeerschema te komen, worden in de resultaten uiteengezet.

3 Resultaten

Oriëntatiefase

Materiaal: Opname 01, 02 en 04 van Bethesda Ziekenhuis en opname 02 en 03 van Rijndam RC.

Bovenstaande opnames zijn door onderzoeker bekeken om een beeld te krijgen van het aangeleverde materiaal en hoe ACT in de praktijk toegepast kan worden. Omdat er nog geen codeerschema beschikbaar was om de video-opnames te coderen, zijn aantekeningen gemaakt omtrent gebruikmaking van het boek ‘Leven met pijn’ (Veehof et al., 2010) en of toegepaste interventies/metaforen op het eerste gezicht ACT consistent of inconsistent leken.

Om meer richtlijnen voor een mogelijk codeerschema op te stellen zijn oefeningen en metaforen uit het boek ‘Leven met pijn’ (Veehof et al., 2010) per ACT kernproces in een document gerangschikt. Hier zijn de basiscompetenties en competenties behorende tot een van de zes ACT kernprocessen beschreven in ‘Learning ACT’ (Luoma et al., 2007) aan toegevoegd (bijlage 2). Beschreven oefeningen, metaforen en competenties bleken echter nog onvoldoende richting te geven om de mate van ACT consistent handelen te kunnen coderen en scoren.

Vervolgens zijn de richtlijnen die door Plumb & Vilardaga (2010) beschreven worden, opgevolgd en is het eerste concept codeerschema ontwikkeld. Het betreft een concept codeerschema met een overzicht van ACT basiscompetenties en competenties behorende tot één van de zes kernprocessen. De aanwezigheid van betreffende competenties zou door middel van een vijf-punts Likertschaal gescoord gaan worden (bijlage 3).

Het eerste concept codeerschema is door hoofdonderzoeker H.T. van feedback voorzien. Hierbij werd aangegeven dat er onvoldoende rekening werd gehouden met ‘adherence’. Daarom is er besloten om twee video-opnames te bekijken en ACT consistent handelen in termen van behandelingsintegriteit te scoren. Eerste stap hierbij was het bekijken en scoren van video-opnames per minuut op over-all ACT-consistent handelen via een Likertschaal (--/-/0/+ / ++), vervolgens werd per minuut aangegeven om welk ACT kernproces het ging. Aantekeningen m.b.t. scoring werden gemaakt zodat latere toelichten van scoring mogelijk was.

Stap 1

Materiaal: Opname 03 van Bethesda Ziekenhuis en opname 01 van Rijndam RC zijn door onderzoeker en hoofdonderzoeker K.S. bekeken en gescoord. Scoringsformulieren zijn opgenomen in bijlage 4.

Overwegingen: (zijn in overleg met hoofdonderzoeker K.S. gemaakt).

- 1) Gebruikte scoringswijze bleek te globaal. Er waren onvoldoende richtlijnen opgesteld op basis waarvan een score kon worden gegeven op over-all ACT consistent handelen. Hierdoor ontstond er teveel ruimte voor eigen interpretatie, wat leidde tot uiteenlopende scoring tussen onderzoeker en hoofdonderzoeker K.S. Hieruit bleek dat er meer richtlijnen opgesteld moesten worden voor het coderen en scoren van ACT consistent handelen.

Voorbeeld: Onderzoeker heeft de eerste drie minuten van opname 03 van Bethesda Ziekenhuis opgenomen in de score op over-all ACT-consistent handelen, terwijl hoofdonderzoeker K.S. hierbij aangeeft dat er de eerste drie minuten geen ACT wordt toegepast en heeft vervolgens een score van 0 gegeven met als toelichting 'n.v.t.'.

Resultaat:

- 1) Er is een nieuw codeerschema op basis van 'adherence' en 'competence' ontworpen (bijlage 5). Hierdoor ontstonden er meer richtlijnen waarlangs codering en scoring van ACT consistent handelen kon plaatsvinden en er minder ruimte overbleef voor eigen interpretatie. Het vernieuwde codeerschema zorgde ervoor dat ACT consistent handelen op een meer objectieve, systematische en consequente wijze gescoord kon worden.

De volgende richtlijnen voor het bekijken en scoren van de video-opnames werden hierbij gehanteerd.

- Bij 'adherence' wordt gescoord of er in de video-opnames ACT interventies behorende tot het behandelmodel uitgevoerd worden, zoals ACT oefeningen en metaforen. Scoring verloopt via een Likertschaal 1t/m5 (1= helemaal niet aanwezig/ 5= altijd aanwezig).
- Bij 'competence' wordt de mate van technische en relationele ACT competenties of vaardigheden die de therapeut bezit, gescoord. ACT competenties zijn opgesteld op

basis van het boek 'Learning ACT' (Luoma et al., 2007). Ook deze scoring verloopt via een Likertschaal --/-/0/+ /++ (-- = helemaal niet volgens ACT competenties / ++ = helemaal volgens ACT competenties).

- Vervolgens wordt er genoteerd tot welk(e) ACT kernproces(sen) de geobserveerde en gescoorde interventies en competenties behoren (acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, hier-en-nu, zelf-als-context, waarden en/of toegewijde actie).
- Als laatste wordt er een overall score gegeven over het gehele videofragment over de mate van 'adherence' en 'competence' van de professional.

Stap 2

Materiaal: Opname 00, 06 en 08 van Roessingh Revalidatiecentra zijn door onderzoeker en hoofdonderzoeker K.S. via het vernieuwde codeerschema gescoord. Scoringsformulieren zijn opgenomen in bijlage 6.

Overwegingen: (zijn in overleg met hoofdonderzoeker K.S. gemaakt).

- 1) De mate van adherence bleek niet adequaat gescoord te kunnen worden via een 5-punts Likertschaal waarbij er gescoord wordt op aanwezigheid van ACT interventie. Op deze manier werd alleen de aanwezigheid van en het aantal ACT interventies tijdens de opname beoordeeld en werd niet gescoord of de toegepaste ACT interventies passend was bij het ACT kernproces dat op dat moment behandeld werd.
- 2) Tevens bleken niet alle competenties die opgesteld waren vanuit het boek 'Learning ACT' (Luoma et al., 2007) per minuut aanwezig te zijn. Door scoring te baseren op de aanwezigheid van alle competenties doet men tekort aan de afzonderlijke competenties die de professional wel bezit en toepast tijdens de behandeling.
- 3) Vervolgens bleek dat er meerdere malen een hoge score werd gegeven op 'competence' terwijl er een lage score op 'adherence' gegeven was. Waltz et al., (1993) en Plumb en Vilardaga (2010) geven echter aan dat wanneer een professional competent handelt ook adherence gewaarborgd moet zijn.

Voorbeeld 1: *Opname 08 vanaf minuut 0.00 tot 1.59; onderzoeker heeft een score van +- gegeven voor 'adherence' en op 'competence' is een score van ++ gegeven.*

Voorbeeld 2: *Opname 08 vanaf minuut 6.00; hoofdonderzoeker (K.S.) heeft een score van --+ gegeven voor 'adherence' en op 'competence' is een score van + of ++ gegeven.*

- 4) Ook de laatste aanpassing bleek nog onvoldoende duidelijkheid te bieden omtrent het scoren van 'competence'. Competenties bleken lastig afzonderlijke gescoord te kunnen worden, omdat er binnen de verschillende competenties overeenkomsten waren. Dit zorgde voor verwarring, omdat niet altijd duidelijk was of een bepaald fragment behoorde tot de ene of de andere competentie.

Voorbeeld: *Competentie 1, 7 en 8 benoemen alle drie aspecten die refereren naar een gelijkwaardige relatie zonder sturing van therapeut. Competentie 3, 4 en 9 komen overeen in het aspect flexibel toepassen van interventies die aansluiten bij de cliënt.*

Resultaat:

- 1) De mate van adherence bleek adequater gescoord te worden via een 5-punts Likertschaal --/-/+ /+ /++ (-- = interventie is helemaal niet passend bij ACT kenproces/ ++ = interventie is helemaal passen bij ACT kernproces).
 - 2) Om ervoor te zorgen dat 'competence' beter gescoord zou worden, is afgesproken dat tijdens scoring aangegeven moet worden welke competentie het betreft en welke score aan iedere competentie afzonderlijk gegeven wordt.
 - 3) Beschreven competenties leken niet alleen specifieke ACT competenties te zijn, maar leken ook algemene therapeutische basiscompetenties te vormen. Hierdoor kan een professional competent handelen zonder dat adherence gewaarborgd is. Om deze reden is ervoor gekozen om 'competence' los van de score op 'adherence' te scoren.
 - 4) Om verwarring te voorkomen is besloten om competenties uit het boek "Learning ACT" (Luoma et al., 2007)", samen te voegen op overeenkomsten tot drie nieuwe ACT basiscompetenties;
- *Competentie 1:* (competenties 2 + 5) De bereidheid om moeilijke en problematische innerlijke ervaringen (gedachten/gevoelens/herinneringen/lichamelijke sensaties) zowel van de

therapeut als van de cliënt bespreekbaar te maken en er te laten zijn zowel binnen als buiten de behandeling.

- *Competentie 2:* (competenties 1 + 7 + 8) Een gelijkwaardige therapeutische relatie.
- *Competentie 3:* (competenties 3 + 4 + 6 + 9) Flexibele toepassing van ACT processen/interventies afhankelijk van de context en cliënt, zodat er ruimte ontstaat om te ervaren in plaats van er alleen over te spreken.

Verder is besloten om de volgorde van scoring aan te passen.

- Er zal eerst aangegeven worden om welk(e) ACT kernproces(sen) het gaat en in welke tijdseenheid (één minuut of meerdere minuten) de video bekeken en gescoord zal worden.
- Vervolgens zal er een score omtrent mate van 'adherence' gegeven worden.
- Daarna zal er een score gegeven worden voor de mate van 'competence'.
- Als laatste wordt er een overall score gegeven voor de mate van adherence en competence gedurende de gehele video-opname. Aantekening hierbij is dat wanneer er geen ACT kernproces gescoord wordt er ook geen score gegeven kan worden op adherence, men dient dan 'n.v.t.' te noteren. Er kan echter wel een score gegeven worden over de mate van competence. Het vernieuwde codeerschema is opgenomen in bijlage 7.

Stap 3

Materiaal: Opname 09 en 10 van Roessingh Revalidatiecentra zijn door onderzoeker bekeken en gescoord via het aangepaste codeerschema. Scoringsformulieren zijn opgenomen in bijlage 8.

Overwegingen:

- 1) Het bleek lastig te zijn om van te voren aan te geven of de opname per minuut of in een langere tijdseenheid bekeken en gescoord zou gaan worden. Tevens bleek door het ontbreken van de richtlijn; 'één minuut bekijken, opname pauzeren en beslissen of scoring doorloopt', het lastig te zijn om op een gestructureerde en consequente wijze de opname te bekijken en scoren. De neiging ontstond om de opname net zo lang af te spelen tot het moment dat er een positieve score op adherence of competence gegeven kon worden. Dit kan als gevolg hebben

dat video-opnames minder secuur en consistent bekeken en gescoord worden, wat ten koste kan gaan van de betrouwbaarheid van de score op ACT consistent handelen.

Resultaat:

- 1) Besloten om richtlijn, 'één minuut bekijken, opname pauzeren en beslissen of scoring doorloopt', te hanteren. Dit betekent dat de opname op 1.00, 2.00, 3.00 etc. gepauzeerd wordt en er op dat moment besloten wordt of scoring doorloopt.

Stap 4

Materiaal: Opname 11 en 12 van Roessingh Revalidatiecentra zijn door onderzoeker bekeken en gescoord via het huidige codeerschema (bijlage 7) met de aangepaste richtlijn. Scoringsformulieren zijn opgenomen in bijlage 9.

Resultaat:

Codeer- en scoorschema voor ACT consistent handelen van professionals tijdens de behandeling van chronische pijn in Nederlandse revalidatiecentra

Video-opnames zullen de eerste 10 minuten bekeken en gescoord worden, waarbij de opname iedere minuut gepauzeerd wordt om te scoren. Hierbij loopt de 1^e minuut van 0.00 tot 1.00 seconden, de 2^e minuut van 1.01 tot 2.00 en zo verder. Mocht blijken dat hetgeen de therapeut zegt of doet behorende tot een ACT interventie of competentie doorloopt in de volgende minuut, dan geeft men met de woorden "scoring loopt door" aan dat men meerdere minuten achter elkaar bekijkt en scoort.

De volgorde waarin men de video-opname scoort is als volgt;

1. Geef aan om welk(e) ACT-kernproces(sen) het gaat (acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, hier-en-nu, zelf-als-context, waarden en/of toegewijde actie). Dit wordt genoteerd door het betreffende ACT kernproces volledig uit te schrijven. Wanneer er echter geen ACT-kernproces aanwezig is noteert men 'n.v.t.'.
2. Scoor de mate van 'adherence'. Wanneer men echter heeft aangegeven dat er geen ACT-kernproces aanwezig is, dan kan men ook geen score geven op 'adherence'.
3. Scoor de mate van 'competence', dit is mogelijk ongeacht of men eerder heeft aangegeven dat er geen ACT-kernproces aanwezig is.
4. Geef een over-all score over de mate van 'adherence' en 'competence' gedurende de gehele video-opname.

Adherence

Bij 'adherence' wordt er gekeken naar de mate waarin ACT interventies behorende tot het behandelmodel en het ACT kernproces uitgevoerd worden. Scoring verloopt via een Likertschaal --/-/+/-/++ (- - interventie helemaal niet passend bij ACT kernproces /++ interventie helemaal passen bij ACT kernproces).

Voorbeelden van ACT interventies

(uitgaande van het boek 'Leven met pijn' (Veehof et al., 2010) en ratinglijst (Plumb & Vilardaga, 2010).

- *Acceptatie en bereidheid*

- Metaforen 'Gevangene met loden kogel' en/of 'Ongewenste gast'
- Oefening leed op kaartjes en met je meedragen
- In welke mate faciliteerde de therapeut bij de cliënt de bereidheid om contact te maken met moeilijke gevoelens, gedachten, herinneringen en lichamelijke sensaties en deze te accepteren zowel tijdens als buiten de behandeling/sessies?
- In welke mate hielp de therapeut de cliënt om zijn/haar gevoelens of lichamelijke sensaties gerelateerd aan huidige problemen te onderzoeken?
- In welke mate faciliteerde de therapeut opmerkzaamheid en bewustzijn van de huidige ervaringen bij de cliënt?
- In welke mate moedigde de therapeut de cliënt aan om moeilijke gevoelens, gedachten, herinneringen of lichamelijke sensaties te ervaren in het dagelijks leven buiten de behandeling/sessies?

- *Cognitieve defusie*

- Metafoor 'De muppet-show'
- Afscheid nemen van 'maren' en excuses
- In welke mate gebruikte, leerde of herinnerde de therapeut de cliënt om taal te gebruiken om de cliënt te helpen herinneren dat gedachten en gevoelens gewoon gedachten en gevoelens zijn en niet de realiteit?
- In welke mate identificeerde de therapeut dat een gedachte/gevoel van de cliënt niet ertoe leidt dat een cliënt zich op een bepaalde manier gedraagt?
- In welke mate faciliteerde de therapeut bij de cliënt het gevoel van zelf-bewustzijn of identificatie met de context waarin hun gedachten en gevoelens gebeuren (het observerende zelf)? → behoort ook tot zelf-als-context

- *Hier-en-nu*

- Mindfulness-oefeningen (ademhaling, bodyscan)

- *Zelf-als-context*

- Metafoor 'De hemel'
- Onderscheid maken tussen observerend en denkend zelf

- *Waarden*

- Formuleren van waarden op verschillende levensgebieden
- Metafoor 'Ladder tegen de verkeerde muur'
- In welke mate hielp de therapeut de cliënt om zijn/haar waarden en doelen behorende tot deze waarden te bespreken?

- *Toegewijde actie*

- Oefening en metafoor 'De roos'
- Doelen stellen en acties bepalen
- In welke mate moedigde de therapeut de cliënt aan om zijn/haar commitments op te stellen en zich eraan te houden tijdens alle aspecten van zijn/haar leven?

Competence

Bij 'competence' wordt er gekeken naar de mate van technische en relationele ACT competenties of vaardigheden die de therapeut bezit en toepast tijdens de behandeling. Scoring verloopt voor iedere competentie afzonderlijk via een Likertschaal --/-/+ /++ (-- helemaal niet volgens ACT competenties / ++ helemaal volgens ACT competenties). Hierbij dient aangegeven te worden om welke competentie(s) het gaat, dit doet men door het cijfer voor de betreffende competentie te noteren, vervolgens noteert men hier de gegeven score achter.

ACT competenties

Competentie 1: De bereidheid om moeilijke en problematische innerlijke ervaringen (gedachten/gevoelens/herinneringen/lichamelijke sensaties) zowel van de therapeut als van de cliënt bespreekbaar te maken er te laten zijn zowel binnen als buiten de behandeling.

Competentie 2: Een gelijkwaardige therapeutische relatie.

Competentie 3: Flexibele toepassing van ACT processen/interventies afhankelijk van de context en cliënt, zodat er ruimte ontstaat om te ervaren in plaats van er alleen over te spreken.

Minuut	Mate van adherence --: Interventie helemaal niet passend bij ACT kernproces -: Interventie een beetje passend bij ACT kernproces -/+ : Interventie enigszins passend bij ACT kernproces +: Interventie aanzienlijk passend bij ACT kernproces ++: Interventie helemaal passend bij ACT kernproces	Mate van competence --: Helemaal niet volgens ACT competenties -: Een beetje volgens ACT competenties -/+ : Enigszins volgens ACT competenties +: Aanzienlijk volgens ACT competenties ++: Helemaal volgens ACT competenties Geef aan om welke competentie(s) het gaat en geef een score per competentie.	Welk(e) ACT kernproces(sen) (acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, hier-en-nu, zelf-als-context, waarden en/of toegewijde actie)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Overall score gehele video-opname			

Figuur 2. Leeg codeer- en scoorschema

Stap 5

In deze stap is een gedeeltelijk ingevuld codeerschema opgenomen, het betreft de uitwerking van opname 12 van het Roessingh Revalidatiecentra.

Minuut	Mate van adherence --: Interventie helemaal niet passend bij ACT kernproces -: Interventie een beetje passend bij ACT kernproces -/: Interventie enigszins passend bij ACT kernproces +: Interventie aanzienlijk passend bij ACT kernproces ++: Interventie helemaal passend bij ACT kernproces	Mate van competence --: Helemaal niet volgens ACT competenties -: Een beetje volgens ACT competenties -/: Enigszins volgens ACT competenties +: Aanzienlijk volgens ACT competenties ++: Helemaal volgens ACT competenties Geef aan om welke competentie(s) het gaat en geef een score per competentie.	Welk(e) ACT kernproces(sen) (acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, hier-en-nu, zelf-als-context, waarden en/of toegewijde actie)
1 (0.00 - 1.40) scoring loopt door * Opname is op 1.00 gepauzeerd	Omdat er geen ACT kernproces te herleiden is wordt hier "n.v.t." genoteerd.	1 (+) 2 (-) Therapeut neemt een gesloten houding aan. 3 (- -) Therapeut vraagt 'wat denk je vandaag te kunnen doen', dit gaat meer over het spreken dan over het ervaren.	n.v.t.
2 (1.40 - 2.30) scoring loopt door * Opname is op 2.00 gepauzeerd	(-) Therapeut vraagt 'ben je beetje bewust van wat je doet', hierdoor wordt de beleving van het hier en nu een beetje gestimuleerd maar er wordt nog niet voldoende bij stil gestaan.	1 (-+)Therapeut creëert moment van bewustwording bij cliënt maar laat hem niet stilstaan bij zijn innerlijke ervaringen. 2 (+) 3 (-+)Therapeut laat cliënt kort stilstaan, maar had cliënt hier nog beter bij kunnen laten stilstaan om het te laten ervaren.	Hier en nu
3 (2.30 – 3.47) Scoring loopt door * Opname is op 3.00 gepauzeerd	n.v.t.	n.v.t. Therapeut en cliënt spelen pingpong wordt niet gepraat en ook non-verbaal lijkt er weinig interactie waarop score van competence gebaseerd kan worden.	n.v.t.
4 (3.47 – 6.50) Scoring loopt door *Opname is op 4.00/5.00 en 6.00 gepauzeerd	(-) Therapeut laat cliënt stilstaan en bewust worden van lichamelijke sensaties, maar niet bij andere/meer innerlijke ervaringen.	1 (-+) Therapeut laat cliënt stilstaan bij lichamelijke sensaties, maar had cliënt nog meer stil kunnen laten staan bij andere/meer innerlijke ervaringen. 2 (+) 3 (+) ACT interventie wordt op een adequate manier toegepast zodat cliënt kan gaan ervaren. Meer stilstaan en ervaren had een ++ opgeleverd, nu wordt er nog veel gepraat over i.p.v. dat de cliënt het echt gaat ervaren.	Hier en nu
5			
6			
7			

8			
9			
10			
Overall score gehele video-opname	De over-all score wordt gebaseerd op het gemiddelde van de gegeven scores op 'adherence' en 'competence'. Voor adherence is dit een -+.	Voor competence is dit een -+.	

Figuur 3. Ingevuld codeer- en scoorschema

4 Discussie

Middels kwalitatief onderzoek is een codeerschema ontwikkeld voor het coderen en scoren van ACT consistent handelen van professionals tijdens de behandeling van chronische pijn in Nederlandse revalidatiecentra. Huidig codeerschema en richtlijnen zijn tot stand gekomen tijdens een iteratief proces tussen verdieping in literatuur, het bekijken en scoren van video-opnames en overleg met hoofdonderzoeker. Via het uiteindelijke codeerschema wordt ACT consistent handelen per minuut gecodeerd en gescoord op basis van ‘adherence’, de mate waarin de therapeut de behandeling uitvoert zoals het ontworpen is. En ‘competence’, de vaardigheden die de therapeut bezit om technische en relationele aspecten van de behandeling toe te passen. De score op adherence en competence worden bepaald aan de hand van een 5-punts Likertschaal. Tevens noteert men welk(e) van de volgende ACT kernprocessen aanwezig zijn; acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, hier-en-nu, zelf-als-context, waarden en/of toegewijde actie. Als laatste wordt op basis van de gehele video-opname een overall score gegeven op adherence en competence, ook deze scoring verloopt via een 5-punts Likertschaal.

Enkele punten verdienen verdere overweging. Ten eerste toont deze studie het belang aan van een duidelijke richtlijn omtrent codeereenheid. Door het ontbreken van een duidelijke richtlijn ontstond de neiging om adherence en competence pas te scoren wanneer er ACT consistent werd gehandeld. Deze werkwijze kan ten kosten gaan van de objectiviteit en betrouwbaarheid van de uiteindelijke score betreft het ACT consistent handelen van de professional. Om deze vertekening te voorkomen gaat de voorkeur uit naar kleine codeereenheden, zodat op een zo objectief, systematisch en consequent mogelijke wijze video-opnames en het ACT consistent handelen van professionals gecodeerd en gescoord worden. Naast dat huidige bevinding aansluit op de literatuur van Plumb en Vilardaga (2010), vult het de bestaande literatuur aan door de voorkeur voor kleine codeereenheden van bv. één minuut toe te voegen.

Ten tweede worden tijdens deze studie voor het eerst ACT kernprocessen toegevoegd aan het codeerschema. In nog geen enkel onderzoek naar de behandelingsintegriteit van ACT wordt verwezen naar ACT kernprocessen. Deze keuze is vernieuwend en lijkt van belangrijke toegevoegde waarde te zijn voor de reeds bestaande literatuur omtrent behandelingsintegriteit van ACT. De keuze om ACT kernprocessen toe te voegen is berust op het idee dat door eerst te

achterhalen welk(e) ACT kernproces(sen) aanwezig zijn, men beter de mate van adherence kan bepalen. Dit omdat er tijdens verschillende kernprocessen verschillende interventies en metaforen toegepast kunnen worden. Wanneer de professional een ACT interventie/metafoor toepast die niet passend is bij het ACT kernproces dat op dat moment behandeld wordt, dan handelt de professional niet volgens het ACT behandelmodel en is de mate van adherence lager.

Een derde overweging is om competence ongeacht van de score op adherence te scoren. De beschreven ACT competenties in het boek 'Learning ACT' (Luoma et al., 2007) en in de studie van Plumb en Vilardaga (2010) lijken geen specifieke ACT competenties te zijn en meer opgevat te kunnen worden als algemene therapeutische basiscompetenties. Competenties als een accepterende, defuserende en waardengerichte houding komen ook terug in de cliënt-centered therapy van Rogers (Rogers, 1957). Waltz et al. (1993) en Plumb en Vilardaga (2010) geven echter aan dat adherence gewaarborgd moet zijn voordat professionals competent kunnen handelen. Doordat competenties geen specifieke ACT competenties blijken, kan een professional competent handelen zonder dat adherence voor ACT noodzakelijk is.

4.1 Beperkingen

Er zijn enkele limitaties aan het onderzoek. Hoewel scoringsformulieren met hoofdonderzoek K.S. zijn doorgenomen op verschillen in scoring, is er nog geen inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid berekend. Inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid of -overeenkomst is van belang omdat op deze manier nagegaan kan worden of gegeven scores te generaliseren zijn en niet alleen gebaseerd zijn op het subjectieve oordeel van één beoordelaar (Tinsley & Weiss, 1975).

Een andere limitatie is dat er slechts één video-opname per professional beschikbaar is om te coderen en scoren. Daarnaast bepaalde professionals zelf welke opname zij aanleverde voor het onderzoek en kan ervan uitgegaan worden dat zij een opname hebben aangeleverd van een sessie waarvan zij dachten ACT consistent te handelen. Hierdoor wordt de mate van ACT consistent handelen van de professional op één zelfgekozen video-opname gebaseerd, terwijl de sessie misschien niet representatief is voor de gehele behandeling en voor de daadwerkelijke mate van ACT consistent handelen van de betreffende professional. Ook Nezu en Nezu (zoals geciteerd in Plumb en Vilardaga, 2010) geven aan dat het van belang is om meerdere sessies op te nemen en

hierbij te letten op variatie in eerdere of latere sessies van de behandeling en tussen sessies van cliënten die de professional eerder of later heeft behandeld.

Een derde beperking is dat de drie nieuwe ACT competenties voor het beoordelen van de score op competence, ook geen specifieke ACT competenties lijken te zijn. Competentie 1 (bereidheid om moeilijke en problematische innerlijke ervaringen bespreekbaar te maken) en competentie 2 (een gelijkwaardige therapeutische relatie) zijn competenties die te interpreteren zijn als algemene therapeutische basisvaardigheden of competenties. Enkel competentie 3 (flexibele toepassing van ACT processen/interventies) lijkt een specifieke ACT competentie te zijn. Doordat competenties niet ACT specifiek zijn, kan er nog niet adequaat genoeg aangegeven worden of een professional daadwerkelijk ACT competent handelt. Dit zal de uiteindelijke score over de mate van ACT consistent handelen beïnvloeden en ten koste gaan van de validiteit van het codeerschema. Het construct 'competence' blijkt dus nog onvoldoende geoperationaliseerd te zijn.

4.2 Aanbevelingen

Hoewel huidig onderzoek zich voornamelijk gericht heeft op het ontwikkelen van een codeerschema, is er ook informatie verkregen over de mate van ACT consistent handelen van professionals. De indruk die ik als onderzoeker heb gekregen over het ACT consistent handelen van de professionals, is dat de meeste professionals een basis voor ACT consistent werken hebben gelegd. ACT interventies en metaforen worden toegepast, maar er wordt nog veel gepraat 'over' in plaats van dat cliënten gestimuleerd worden om te 'ervaren'.

Er dient nagegaan te worden of huidig codeerschema en richtlijnen voldoende handvatten bieden voor nieuwe beoordelaars. Notitie hierbij is dat er zolang er nog geen definitief codeerschema ontwikkeld is, er aantekeningen gemaakt moeten blijven worden over aanpassingen en overwegingen die vervolgonderzoekers hebben gemaakt. Tevens dient er meer aandacht te zijn voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Enkele scoringsformulieren kunnen door meerdere beoordelaars ingevuld worden, om vervolgens via een Cohen's Kappa na te gaan in welke mate scores overeenkomen. Eveneens dienen er meerdere sessies van dezelfde professional gecodeerd en gescoord te worden voor men kan bepalen in welke mate de professional ACT consistent handelt. Er kan een schema gemaakt worden met een overzicht van welke sessies opgenomen en aangeleverd dienen te worden voor het onderzoek. Hierdoor wordt

de vertekening die nu is ontstaan doordat er één zelfgekozen opname is aangeleverd, weerlegd en kan er een representatieve uitspraak gedaan worden over de mate van ACT consistent handelen van de professional.

Als laatste dient het construct 'competence' verder geoperationaliseerd te worden, zodat een adequate score gegeven kan worden over de mate waarin de therapeut technische en relationele ACT competenties toepast. Competentie 3 (flexibele toepassing van ACT processen/interventie) zou verder uitgewerkt kunnen worden, door te onderzoeken welke technische en relationele vaardigheden van de professional nodig zijn om competentie 3 te beheersen.

4.3 Conclusie

Hoewel verder onderzoek nodig is, lijken huidig codeerschema en gegeven richtlijnen een objectieve, systematische en consequente werkwijze te bieden voor het coderen en scoren van ACT consistent handelen van professionals tijdens de behandeling van chronische pijn. Tevens dragen overwegingen zoals belang van kleine codeereenheden, het toevoegen van ACT kernprocessen en de conclusie dat ACT competenties geen specifieke ACT competenties lijken te zijn, bij aan de reeds bestaande literatuur betreft onderzoek naar behandelingsintegriteit van ACT.

5 Referenties

Bekkering, G. E., Bala, M. M., Reid, K., Kellen, E., Harker, J., Riemsma, R., Huygen, F. J., & Kleijnen, J. (2011) Epidemiology of chronic pain and its treatment in The Netherlands.

Netherlands Journal of Medicine, 69 (3), 141-151.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287–333. doi:10.1016 /j.ejpain.2005.06.009

Brown, K. S., & Folen, R. A. (2005). Psychologists as Leaders of Multidisciplinary Chronic Pain Management Teams: A Model for Health Care Delivery. *Professional Psychology: Research and Practice In the public domain*, 36 (6), 587-594. doi: 10.1037/0735-7028.36.6.587

Eccleston, C., Williams, A. C. D. C., & Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub2

Gannon, B., Finn, D. P., O’Gorman, O., Ruane, N., & McGuire, B. E. (2013). The Cost of Chronic Pain: An Analysis of a Regional Pain Management Service in Ireland. *Pain Medicine*.

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

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance en Commitment Therapie: veranderingen door mindfulness, het proces en de praktijk*. Amsterdam: Pearson.

Keijsers, G., van Minnen, A., & Hoogduin, K. (2011). *Protocollaire behandelingen voor volwassen met psychische klachten 2*. Amsterdam: Boom.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.

McLeod, B. D., Southam-Gerow, M. A., & Weisz, J. R. (2009). Conceptual and Methodological Issues in Treatment Integrity Measurement. *School Psychology Review*, 38 (4), 541-546.

Merskey, H. (1994). Logic, truth and language in concepts of pain. *Quality of Life Research*, 3 (1), 69-76.

Miller, L. R., & Cano, A. (2009). Comorbid Chronic Pain and Depression: Who Is at Risk? *The Journal of Pain*, 10 (6), 619-627. doi:10.1016/j.jpain.2008.12.007

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

Perepletchikova, F. (2011). On the Topic of Treatment Integrity. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18, 148-153.

Plumb, J. C., & Vilardaga, R. (2010). Assessing Treatment Integrity in Acceptance and Commitment Therapy: Strategies and Suggestions. *IJBCT*, 6 (3), 263-295.

Psychologische flexibiliteit en ACT kernprocessen. Overgenomen van Copyright (2010) Vormgeving.nl. Geraadpleegd op <http://www.act-training.nl/act/psychflex.html>

Regieraad Kwaliteit van Zorg. (2011). *Chronische pijn*. Den Haag.

Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truysers, C., Kellen, E., Bekkering, G. E., & Kleijnen, J. (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

Kok, L., Houkes, A., & Niessen, N. (2008). *Kosten en baten van revalidatie*. Revalidatie Nederland, Amsterdam.

Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Southam-Gerow, M. A., & Mcleod, B. D.(2013). Advances in Applying Treatment Integrity Research for Dissemination and Implementation Science: Introduction to Special Issue. *Clinical Psychology Science and Practice*, 20,1-13.

Tinsley, E. A., & Weiss, D. J. (1975). Interrater Reliability and Agreement of Subjective Judgments. *Journal of Counseling Psychology*, 22 (4), 358-376.

Veehof, M. M., Oskan, M. J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T.(2010). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533-542. doi:10.1016/j.pain.2010.11.002

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

Vowles, K. E., McCracken, L. M., & O'Brien, J. Z. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: A three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 748-755. doi:10.1016/j.brat.2011.08.002

Waltz, J., Addis, M., Koerner, K., & Jacobson, N. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 620–630.

Weck, F., Bohn, C., Ginzburg, D. M., & Stangier, U. (2011). Assessment of adherence and competence in cognitive therapy: Comparing session segments with entire sessions.

Psychotherapy Research, 21 (6), 658-669. doi: 10.1080/10503307.2011.602751

Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., Soloman, B. C., Lehman, D. H., Liu, L., Lang, A. J., & Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098–2107. doi:10.1016/j.pain.2011.05.016

Wicksell, R. K., Olsson, G. L., & Hayes, S. C. (2011). Mediators of change in Acceptance and Commitment Therapy for pediatric chronic pain. *Pain*, 152, 2792–2801.

doi:10.1016/j.pain.2011.09.003

6 Bijlagen

Bijlage 1. Tabel bekeken video-opnames

Tabel 2. *Bekeken video-opnames*

Roessingh Revalidatiecentra	Rijndam RC (Vlietlandplein)	Bethesda Ziekenhuis
Roess 06**	Rijndam 01**	Beth 01*
Roess 08**	Rijndam 02*	Beth 02*
Roess 09**	Rijndam 03*	Beth 03**
Roess 10**		Beth 04*
Roess 11**		
Roess 12**		
Roess 00**		

Notitie. * (alleen bekeken), ** (bekeken en gescoord)

Bijlage 2. ACT oefeningen, metaforen en competenties

Kernproces	Therapeutische interventies
Motivatie voor behandeling	• Lijst met soort behandeling, effect KT, effect LT en conclusie (p. 33) • Mindfulness lichaamsscan • Lijst favoriete vermijdingsstrategie + effect KT en LT en conclusie brengt het je dichterbij waardevol leven • Oefening wat je wilt dat 3 anderen over je zeggen • Metafoor de kuil • Dagboek pijnlijke momenten (p.53) • Mindfulness aandacht voor ademhaling
1. Flexibele aandacht voor hier en nu 2. Contact met gekozen waarden	Denk vooral de mindfulness oefeningen die steeds terugkomen • Oefening hoe wil je herinnerd worden? 5 eigenschappen kiezen en beschrijven hoe je hierover herinnerd wil worden • Waarden op verschillende levensgebieden (werk/opleiding, vrije tijd, relaties, gezondheid/persoonlijke groei) leren herkennen (p. 74) • Metafoor ladder tegen de verkeerde muur • Mindfulness afwisselend lichaamsscan en aandacht voor ademhaling
3. Toegewijde actie	• Oefening roos (p.91) • Metafoor de roos • Doelen stellen en acties bepalen • Hindernissen herkennen(p.97) en conclusie wat beperkt het meest? • Mindfulness ademen naar de pijn
4. Zelf als context	• Uitleg zelfbeeld • Oefening wie ben ik? (poppetje + ballonnen met tekst) brengt dit je dichterbij een leven dat de moeite waard is? • Uitleg het observerende zelf • Metafoor de hemel • Oefening oordelen (observerende en denkende zelf) • Oefening vergelijken met anderen/andere tijden etc. • Uitleg zijn-doe modus • Mindfulness 3 min. ademruimte (verankeren algemeen en verankeren pijn) •
5. Defusie	• Uitleg (pijn)gedachten • Noteren van pijngedachten • Uitleg cognitieve fusie/defusie • Ik heb pijn veranderen naar ik heb de gedachten dat... • Afscheid nemen van maren/excuses (ik zou graag willen...maar..) • Beperkende gedachten aanpakken (gedachte langzaam

6. Acceptatie en bereidheid	uitspreken, met gekke stem, als een liedje etc.) • Metafoor de muppet show • Mindfulness observeren van denken • Uitleg experiëntiele vermijding, extrinsieke positieve bekrachtiging en sociale wenselijkheid • Oefening wie dien jij? (p.144)
	• Metafoor loden kogel van gevangene en ongewenste gast • Hoe bereid tot het meedragen van leed, iets wat je niet wilt hebben op kaartje schrijven en met je meedragen • Mindfulness ruimte maken en toestaan wat er is • Aanvaarding in actie, wat ga je doen? • Sleutelvraag: wil ik dat vandaag mijn strijd met pijn, verdriet, onzekerheid, angst of andere emoties centraal staat of wil ik vandaag volop leven naar mijn waarden?
Communicatie en terugval	• Oefenen van communiceren over pijn • Automatische reactiepatronen (afsluiten, impulsief reageren, vermijden en malen en opgesloten zijn in gedachten) • Invloed van pijn op omgeving • Gedachten brengt deze je bij een waardevol sociaal leven? • Bepalen sociale waarden en actie ondernemen • Naast behandeling belangrijke punten om met pijn om te gaan evenwichtige dagindeling (verdeling activiteiten door de dag en week heen/afwisseling inspanning en ontspanning/afwisseling lichamelijke en mentale inspanning/afwisseling activiteiten die moeten en je wilt), geleidelijke blootstelling aan activiteiten (opbouwen activiteiten/gradual exposure) en vaststellen en blootstellen aan activiteiten die angst oproepen, geleidelijke opbouw lichamelijke condities (graded activity) • Werkplan opstellen (acties/hindernissen/strategieën) (p.208) • Metafoor de bus • Oude verhalen en ritueel ontdoen van oude verhaal • Mindfulness alles in één • Terugvalpreventie (signalen van terugval en wat te doen bij terugval)

Boek Learning ACT

Acceptatie

Willingness: om dit bij cliënt teweeg te brengen. Doet therapeut tijdens sessie kleine exposure oefeningen waarin momenten van willingness worden opgezocht. Willingness is verwisselbaar met acceptatie.

Competenties van de act therapeut

1. therapeut communiceert met cliënt dat deze niet gebroken is maar onwerkbare strategieën gebruikt.
2. therapeut helpt cliënt om direct contact te maken met de paradoxale strategieën die hij gebruikt om emoties te controleren

3. De therapeut gebruikt in klinische interactie actief het concept van workability →
4. Therapeut moedigt de cliënt actief aan om te experimenteren met stoppen met the struggle voor emotionele controle en geeft suggestie ogv willingness als alternatief
5. Therapeut highlights het contrast tussen workability van controle en willingness strategieën
6. Therapeut helpt cliënt om de relatie tussen willingness en lijden/suffering te onderzoeken
7. Therapeut helpt de cliënt contact te maken met de kosten van onwillendheid wat heeft het opgeleverd en waarin wordt je belemmerd hierdoor
8. Therapeut helpt cliënt de kwaliteiten/qualities of willingness te ervaren
9. Therapeut gebruikt oefeningen en metaforen om willingness voor moeilijke interne ervaringen (gedachten, gevoelens etc) als een actie in het heden te demonstreren
10. Therapeut models (voordoet) willingness in het therapeutische relatie en helpt de cliënt om deze vaardigheden ook te generaliseren buiten de therapie.

Cognitieve fusie ondermijnen → creëren van defusie

Technieken die therapeut voor defusie gebruikt zijn paradox, mediatieve oefeningen, experimentele oefeningen, metaforen en language conversations.

Competenties van de Act therapeut

1. Therapeut identificeert de emotionele, cognitieve, gedragsmatige of fysieke barrières voor willingness.
2. Therapeut suggereert dat vasthouden aan de literaire betekenis van deze ervaringen het moeilijk maakt om willingness toe te laten. Help cliënt om in te zien dat private ervaringen zijn wat ze zijn/laat ze maar voor wat ze zijn liever/rather dan dat deze ervaringen zichzelf voordoen te zijn.
3. Therapeut maakt actief contrast tussen wat de mind van de cliënt zegt dat werkt en dat de ervaring van de cliënt zegt dat werkt.
4. Therapeut gebruik taal tools, metaforen, en experimentele oefeningen om een separatie te creëren tussen de cliënt en de Clints conceptualized experience
5. Therapeut werkt eraan de cliënt te zover te krijgen dat de cliënt experimenteert met het hebben van moeilijke private ervaringen, using willingness as a stance.
6. Therapeut gebruikt verschillende oefeningen, metaforen en gedragstaken om de verborgen properties of language te onthullen.
7. Therapeut helpt de cliënt elucidate het verhaal van de cliënt en helpt de cliënt om contact te maken met de evaluatieve en redenering gevende properties van zijn verhaal.
8. Therapeut helpt de cliënt contact te maken met de arbitraire gewoonte van een causale relatie in een verhaal.
9. Therapeut detecteert mininess (cognitieve fusie) in sessies en leert de cliënt om deze ook zelf te leren herkennen.
10. Therapeut gebruikt verschillende interventies om te revealen de flow van private ervaringen en dat deze ervaringen niet giftig zijn.

Contact met het hier en nu → heden

Competenties van de therapeut

1. Therapeut van defuseren van de cliënt content en direct aandacht voor het hier en nu.
2. Therapeut brengt zijn/haar eigen gedachten of gevoelens van dat moment in in de therapeutische relatie.
3. Therapeut gebruikt oefeningen om het gevoel van de cliënt dat ervaringen een ungoing proces zijn te vergroten.
4. Therapeut detecteert dat de cliënt in het heden of verleden verschuift (drifts) en leert hem hoe hij terug kan komen naar het hier en nu.

5. Therapeut tracks content al meerder levels en emphasizes het heden als dat useful is.
6. Therapeut oefent en models/doet voor hoe hij uit zijn eigen mind komt en terugkomt in het hier en nu tijdens een sessie.

Zelf als context

Competenties van de therapeut

1. Therapeut gebruikt metaforen om de cliënt onderscheid te leren maken tussen de content en producten van bewustzijn/consciousness en bewustzijn/counsciousness itself.
2. Therapeut utilizes oefeningen om de cliënt te helpen om contact te maken met het zelf als context en distinguich de cliënt van het geconceptualiseerde zelf.
3. Therapeut utilizes gedragsmatige taken om de cliënt te helpen om op te merken dat het mind werkt en de experience van emoties terwijl hij ook contact houdt met een zelf die keuzes maakt en zich gedraagt met deze expierences, rather dan voor de experiences.
4. Therapeut helpt client het verschil te herkennen tussen het zelf dat evalueert en het evaluatie opzichzelf staand.

Waarden

Competenties van de therapeut.

1. Therapeut helpt de cliënt duidelijk/ te verhelderen wat waardevolle richtingen in het leven zijn.
2. Therapeut helpt de cliënt om te comitten tot hetgeen hij of zij wilt dat zijn of haar leven voor staat en focust de therapie hierop.
3. Therapeut leert cliënt onderscheid te maken tussen waarden en doelen.
4. Therapeut maakt onderscheid tussen outcomes achieved en involvement in the proces of living.
5. Therapeut states zijn of haar ogen therapie relevante waarden en modeleert/models their importnace,.

Toegewijde actie

Competenties van de therapeut

1. Therapeut helpt de cliënt om waardevolle levensdoelen te identificeren en een actieplan te bouwen linked tot hem.
2. Therapeut moedigt de cliënt aan tot het maken en houden van commitments in de aanwezigheid van percieved barrières (angst voor falen, traumatische herinneringen, droefheid, gelijk hebben) en to expect additional barriers als een consequentie of engaging in committed acties.
3. Therapeut helpt de cliënt appreciate de kwaliteiten toegewijde acties (vitaliteit, gevoel van groei) en om kleine stappen te nemen tijdens het contact houden met deze qualities.
4. Therapeut behoudt de focus van de cliënt op langere en grotere patronen van actie om de cliënt te helpen om te handelen naar doelen met consistentie over tijd.
5. Therapeut nonjudgementalty integreert slips or relapses in het proces van het houden van toewijding en het bouwen van grotere patronen van effectieve acties.

Bijlage 3. Concept codeerschema

Codeerschema ACT-consistent gedrag in therapie sessies

Gebaseerd op boek Learning ACT en Voluit Leven

- **Richtlijnen**
 - Beoordeel/scoor observeerbaar gedrag van de therapeut
 - Beoordeel/scoor de therapeutes facilitation
 - Let op de vertrouwelijkheid en privacy
 - Beoordeel/scoor frequentie en uitgebreidheid (nog aanpassen hoe er gescoord gaat worden)
- **Coderen van ACT**
 - Codeersysteem waarbij alle kernprocessen langs een continuüm gescoord worden (frequentie, simple occurrence en diepte).
 - Codeer/scoor observeerbaar gedrag.
 - Dichotome rating of kernprocessen wel of niet voorvallen, maar aanbevolen wordt om de frequentie te scoren waarin het proces dat je wilt scoren voorvalt.
 - Onderzoeken van de diepte of uitgebreidheid van ieder gebeurtenis/voorval en dit ook scoren.

Algemene houdingsaspecten van de ACT-therapeut	1: 2: 3: 4: 5:
1) De therapeut spreekt tot de cliënt vanuit een gelijkwaardige, kwetsbare, medelevende, oprechte en gezamenlijke uitgangspositie. De therapeut respecteert het eigen vermogen van de cliënt om de overgang van niet-werkbare naar werkbare reacties te maken. 2) De therapeut is bereid om over persoonlijke onderwerpen te vertellen, wanneer dat in het belang van de cliënt is. 3) De therapeut vermijdt het gebruik van kant-en-klare interventies. Hij of zij gebruikt interventies die zijn toegesneden op de specifieke behoeften van specifieke cliënten. De therapeut is op elk moment bereid van koers te veranderen om bij die behoeften aan te sluiten. 4) De therapeut past interventies aan en ontwikkelt nieuwe metaforen, experiëntiële oefeningen en gedragsgerichte opdrachten die passen bij de ervaring van de cliënt, diens taalgebruik en diens sociale, etnische, en culturele achtergrond of context. 5) De therapeut laat zien dat hij/zij problematische onderwerpen accepteert (die bijvoorbeeld tijdens de behandelingen opkomen) en tegelijkertijd bereid is om bij de tegenstrijdige of moeilijke ideeën, gevoelens en herinneringen van de cliënt te blijven zonder enige drang om die op te lossen.	

6) De therapeut introduceert experiëntiële oefeningen, paradoxen en/of metaforen waar dat van toepassing is en ontmoedigt te letterlijke interpretatie daarvan. 7) De therapeut voert het probleem altijd terug naar wat de ervaring van de cliënt laat zien en vervangt die authentieke, persoonlijke ervaring niet door eigen meningen of opvattingen. 8) De therapeut gaat niet in discussie, preekt niet, dwingt niet en tracht de cliënt niet te overtuigen. 9) ACT-relevante processen worden herkend op het moment zelf en worden, voor zover passend, direct als ondersteuning en illustratie ter sprake gebracht in de therapeutische relatie.	
Stappen in het ACT-proces	
1. Begin je assessment met de probleem in dit moment en begrepen door de cliënt. Hoe ziet de cliënt het probleem in de huidige tijd/op dit moment? Wat denkt de cliënt dat hij of zij moet doen om dingen beter te maken? Wat zijn de cliënt doelen voor de therapie en in het leven? Formuleer de problemen van de cliënt in een meer ACT consistente manier → cliënt beter laten leven en voelen. 2. Onderzoek de meest centrale gedachten, gevoelens, herinneringen, lichamelijke sensaties en situaties waarmee de cliënt gefuseerd mee is of juist vermijdt. Dit kan gedaan worden door een beschrijving van het probleem op dit moment in concrete termen, fusie kan vaak herkend worden in evaluaties over zichzelf van de cliënt, hun ervaringen of hun situaties. 3. Overdenk gedrag dat functioneert als experiëntiële vermijding van de gebeurtenissen (zoals in de vorige stap) dit kan op verschillende manieren gebeuren; internal avoidance behavior (afleiding, piekeren), overt emotional control behavior (drinken, drugs etc.) en in-session avoidance behavior (onderwerp veranderen, agressie, argumenteren, dropping out van therapie etc.) wat doet de cliënt om deze innerlijke ervaringen te vermijden. 4. Overweeg domeinen waarin gedrag extreem, verminderd of geconstrueerd is of waarin leven vermijding is. 2-3 levensgebieden waarin het gedrag inflexibel is en waarin blijkt dat dit gedrag onnodige lijden teweegbrengt. 5. Overweeg andere kernprocessen van ACT die bijdragen aan psychologische inflexibiliteit. Dus ga de 6 kernprocessen af van psychologische inflexibiliteit (cognitieve fusie, geconceptualiseerde zelf/zelf als inhoud, geen waarden, passiviteit, etc.) 6. Overweeg factoren die de motivatie voor veranderen kunnen verminderen. Richt je nog meer op de waarden van iemand en richt je op de discrepantie tussen waarden en het nu, let erop dat de cliënt aanwezig is in het nu en neem kleine stappen als er angst is voor verandering, maak contact met waarden op	

dit moment. 7. Overweeg de cliënt sociale en fysieke omgeving en de invloed die het heeft op de cliënt mogelijkheden om te veranderen. Overweeg zo nodig directe interventies die de omgeving veranderen. 8. Onderzoek de krachten van de cliënt die aangeboden en versterkt kunnen worden om psychologische flexibiliteit op te bouwen. 9. Beschrijf een behandelplan 10. Evalueer het behandelplan gedurende de therapie	
ACT kernproces Acceptatie en bereidheid	In welke mate past de therapeut de volgende ACT competenties toe tijdens de therapiesessie? 1:..... 2:..... 3:..... 4:..... 5:.....
1. De therapeut maakt duidelijk dat de cliënt niet gebroken is maar dat deze onwerkbaar strategieën gebruikt. 2. De therapeut helpt de cliënt direct contact te maken met de paradoxale effecten van strategieën gericht op controle van emoties. 3. De therapeut maakt in zijn/haar interacties met de cliënt actief gebruik van het concept 'werkbaarheid' of 'werkzaamheid'. 4. De therapeut moedigt de cliënt actief aan om te experimenteren met het staken van de strijd voor emotionele controle en suggereert acceptatie en bereidheid als alternatief. 5. De therapeut wijst op de tegenstelling tussen de werkbaarheid van controlestrategieën en de werkbaarheid van bereidheidstrategieën. 6. De therapeut helpt de cliënt de relatie tussen acceptatie en bereidheid en lijden te onderzoeken. 7. De therapeut helpt de cliënt contact te maken met de nadelen van gebrek aan acceptatie en bereidheid ten opzichte van een waardengericht leven. 8. De therapeut helpt de cliënt met het ervaren van de eigenschappen en kwaliteiten van acceptatie en bereidheid. 9. De therapeut gebruikt oefeningen en metaforen om te demonstreren dat acceptatie en bereidheid een activiteit is die plaatsvindt tijdens moeilijke innerlijke	

ervaringen. 10. De therapeut treedt op als voorbeeld van acceptatie en bereidheid in de therapeutische relatie en helpt de cliënt deze vaardigheden ook buiten de therapie toe te passen. • Metafoor “Kogel” en “Ongewenste gast” • Oefening op kaartje schrijven wat je eigenlijk niet mee wilt dragen. • Mindfulnessoefening, ruimte maken en toestaan wat er is	
ACT kernproces Cognitieve defusie	In welke mate past de therapeut de volgende ACT competenties toe tijdens de therapiesessie? 1: 2: 3: 4: 5:
1. De therapeut identificeert de emotionele, cognitieve, gedragsmatige of fysieke barrières die acceptatie en bereidheid in de weg staan. 2. De therapeut oppert dat gehechtheid aan de letterlijke betekenis van deze ervaringen het moeilijk maakt acceptatie en bereidheid vol te houden (en helpt de cliënt innerlijke ervaringen te zien voor wat ze zijn en niet voor wat ze pretenderen of lijken te zijn). 3. De therapeut wijst actief op de tegenstelling tussen wat er volgens het verstand van de cliënt zal werken en wat er volgens zijn of haar ervaring werkt. 4. De therapeut gebruikt taalgereedschap (bv. ‘stop met dat ‘gemaar’’), metaforen (bv. ‘passagiers in de bus’) en experiëntiële oefeningen (bv. ‘gedachten op kaartjes’) om een scheiding aan te brengen tussen de cliënt en diens geconceptualiseerde ervaring. 5. De therapeut tracht de cliënt ertoe te brengen om te experimenteren met het ‘hebben’ of ‘onder ogen zien’ van moeilijke innerlijke ervaringen, vanuit een bereidwillig standpunt. 6. De therapeut gebruikt diverse oefeningen, metaforen en gedragsopdrachten om de verborgen eigenschappen van taal bloot te leggen. 7. De therapeut helpt de cliënt zijn of haar verhaal te verhelderen en contact te maken met de evaluatieve en redengevende eigenschappen van het verhaal. 8. De therapeut helpt de cliënt contact te maken met het arbitraire karakter van causale verbanden in het verhaal. 9. De therapeut merkt ‘denkerigheid’ (fusie) op tijdens de therapiesessie en leert de	

cliënt dit zelf ook op te merken. 10. De therapeut maakt gebruik van verschillende interventies om de stroom van de innerlijke ervaringen bloot te leggen en tegelijkertijd duidelijk te maken dat deze ervaringen geen kwaad kunnen. • Metafoor “De muppetshow” • Mindfulness, observeren van denken	
ACT kernproces Contact met het hier en nu	In welke mate past de therapeut de volgende ACT competenties toe tijdens de therapiesessie? 1: 2: 3: 4: 5:
1. De therapeut kan loskomen (defuseren) van de inhoud die de cliënt inbrengt en de aandacht richten op het moment. 2. De therapeut brengt zijn of haar eigen gedachten en/of gevoelens van het moment in binnen de therapeutische relatie. 3. De therapeut gebruikt oefeningen om bij de cliënt het gevoel voor ervaringen als een voortgaand proces te versterken. 4. De therapeut merkt op dat de cliënt afdwaalt naar het verleden of de toekomst en leert hem of haar terug te komen bij het hier en nu. 5. De therapeut volgt inhoud op meerdere niveaus en vestigt de aandacht op het huidige moment wanneer dat nuttig is. 6. De therapeut oefent en treedt op als voorbeeld voor de cliënt om uit zijn of haar eigen hoofd/verstand te komen en terug te keren naar het hier en nu in de therapiesessie. • Mindfulness oefeningen gedurende alle sessies	
ACT kernproces Zelf-als-context	In welke mate past de therapeut de volgende ACT competenties toe tijdens de therapiesessie? 1: 2: 3: 4: 5:
1. De therapeut gebruikt metaforen om de cliënt te helpen onderscheid te maken tussen enerzijds de inhoud en producten van het bewustzijn en anderzijds het	

bewustzijn op zich. 2. De therapeut gebruikt oefeningen om de cliënt te helpen contact te maken met het zelf als context en dit te onderscheiden van het geconceptualiseerde zelf. 3. De therapeut gebruikt gedragsmatige taken om de cliënt te helpen op te merken hoe de geest en het ervaren van emoties werken en helpt tegelijkertijd contact te maken met een zelf die keuzes maakt en dingen doet met die ervaringen, in plaats van ten dienste van die ervaringen. 4. De therapeut helpt de cliënt het verschil te zien tussen het zelf dat evalueert en de evaluatie op zich. • Metafoor “De hemel” • Mindfulness oefening, ademruimte	
ACT kernproces Waarden	In welke mate past de therapeut de volgende ACT competenties toe tijdens de therapiesessie? 1: 2: 3: 4: 5:
1. De therapeut helpt de cliënt richtinggevende waarden voor zijn leven te verhelderen. 2. De therapeut helpt de cliënt om zich toe te leggen op wat hij/zij werkelijk wil met het leven en concentreert daar de therapie op. 3. De therapeut leert de cliënt onderscheid te maken tussen waarden en doelen. 4. De therapeut maakt onderscheid tussen bereikte resultaten en betrokkenheid bij het leven als proces. 5. De therapeut stelt zijn eigen, voor de therapie relevante waarden vast en treedt op als voorbeeld voor het belang daarvan. • Bv. Oefening hoe wil je herinnert worden? • Metafoor “ladder tegen de verkeerde muur” • Mindfulness oefening, lichaamsscan en aandacht voor ademhaling	
ACT kernproces Toegewijde actie	In welke mate past de therapeut de volgende ACT competenties toe tijdens de therapiesessie? 1:

	2: 3: 4: 5:
1. De therapeut helpt de cliënt bij het herkennen van waardevolle levensdoelen en maakt een actieplan gekoppeld aan deze doelen. 2. De therapeut stimuleert de cliënt om acceptatie en bereidheid aan te gaan en vol te houden ondanks ervaren barrières (bijv. faalangst, traumatische herinneringen, verdriet, gelijk willen krijgen) en geeft aan verdere barrières te verwachten als een consequentie van toegewijde acties. 3. De therapeut helpt de cliënt om de kenmerken van toegewijde acties (bijv. vitaliteit, een gevoel van groei) te waarderen en helpt de cliënt om kleine stappen te nemen terwijl hij/zij in contact blijft met deze kwaliteiten. 4. De therapeut houdt de aandacht van de cliënt gericht op steeds grotere actiepatronen om de cliënt te helpen om in de loop van tijd consistent naar zijn doelen te blijven handelen. 5. Zonder oordeel integreert de therapeut vergissingen en terugval in het proces dat gericht is op het nakomen van toegewijde acties en het opbouwen van grotere patronen van effectieve acties. • Metafoor en oefening “De Roos” • Mindfulness oefening, ademen naar de pijn	

Bijlage 4. Scoringsformulieren onderzoeker en hoofdonderzoeker (1)

Beth03 → Maatschappelijk werker.		
chunks van 1 min.		
		ook Nu
overall ACT-consistent + waarom	welk ACT-proces + waarom	min.
-- / - / 0 / (+) / ++	acceptatie (bereidheid)	1
- de luil niet precies toegesned. (op cl. therapeut komt hier zelf al mee. → wel ACT-metafoor	- cl. eerst halverwege uitgang, nu weer helemaal eronder.	
-- / - / (0) / + / ++		2
- th. zegt/vraagt alleen om verduidelijking van herkenning luil metafoor, cl. vertelt		
- th. is een oplossing wel --- wat is de conclusie van de luil bu? (+)	acceptatie	3
th. - wat zegt het uiteindelijk? (+)	acceptatie	4
- th. gevecht loslaten en bij emoties komen dan kom je bij al je pijn (-)	→ niet diezelfde houding, maar meer of je wil of niet; je moet het toch accepteren.	
- th. je bent maar "houding" vechten, maar toch emotie laten komen dit moet eerst naar voren komen voor je weer verder kunt.	↓ " "	5
- in eigen woorden onmacht beschrijven. (-)	meer belerend ipr. eraanst staan en samen kijken.	

⊖ weer vanuit therapeut / wat cl. doet ipv. dat het uit cl. zelf komt.		6
th. luistert naar wat cl. vertelt over hoe ze huilt toegepast heeft in. leven. ⊕	acceptatie.	7
th. geeft aan dat dit manier van cl. is hoe ze met pijn is omgegaan ⊖ - cl. vertelt juist gevoel te hebben gehad dat ze uit de huilt kwam.	→ weer vertellend ipv. Samen	
th. je bent op weg maar het gaat niet zo snel, je bent aan het vechten/ worstelen. ⊖ → th. geeft aan dat cl. gevecht los moet laten ⊖	acceptatie → weer vertellen over cl. ipv. Samen of cl. laten ervaren. → cl. moet dit toch zelf gaan inzien / ervaren?	8.
th. maar hoe doe je dat? ⊖ - th. brengt oefening in die aansluit op therapie over haartje met dat moment wat je niet wilt. ⊕	- ik dacht meer samen uitroepen, zodat cl. dat meer ervaart. - acceptatie.	9
- oef. gevoel / gedachten opschrijven wat je niet wilt hebben ⊕⊕ duwen tegen haartje?	acceptatie → geen idee of dit ACT consistent is.	10.

⊕ → ⊖		
th. "hoeveel verzet toon je!"	kan beide nu ijk je verzet te stimuleren, ijk met niet ACT-cons. Maar wel	11.
th. "en eigenlijk zou ik zeggen neem ze mee en draag ze van de week bij je" ⊕	zat je dit verzet gaat onderzoeken met de cl. = ACT-cons.	
cl. vertelt over oefening ballen en loslaten / accepteren. therapeut luistert ⊙	- niet typisch ACT. - acceptabele	12
hoor je wat je zegt, je moet dat kost tijd. ⊖	→ vertellend wat cl. zou moeten doen.	13
hoe voelde het om weg te duwen (haer-tjes) ⊕	→ acceptatie + verzet in haer brengen.	
th. - daar moet je wel mee verder ⊖	→ th. vertelt wat cl. zou moeten doen.	
th. je kunt er wel tegen vechten, maar moet ze met je meedragen. ⊖	→ " " " " " "	14.
- dat is ook vermijden.	→ gaat hier niet op in, laat het links liggen.	

Rijndam 01 → fysiotherapeut.		
- verhaal passend bij vorige gesprekken ⊕	→ interventie afgestemd	1
- th. hoop dat ij zaken herkent ⊖	→ meer cl. onvoorbereid laten luisteren dan pas vragen (ijht mij) wat iemand hierin herkent.	
- cl. ogen dicht, rustig in-uitademen, ontspannen zinnen ⊙	→ ACT denk ^{nog} in meer hier en nu besef meegeven. ?	
- th. begint met verhaal ⊕		2
- metafoor demonen op zee ⊕⊕ wordt voorgelezen door th.	→ accepteren / bereidheid. of waarden (dat wat ij belangrijk vindt) of toegeweide actie (handelen naar wat ij wilt.	
- th. metafoor demonen gaat verder. ⊕⊕		3
- " " " " " " ⊕⊕	→ acceptatie (comfort zone)	4
→ ogen op, je hebt verhaal gehoord herken je je zelf hierin? ⊕	→ verkennende houding samen met cl.	
- th. vertelt nu waar hij aan dacht toen hij verhaal las over cl.'s verhaal ⊖	→ niet cl. zelf stimuleren.	5

th. zijn er nog meer andere emoties/gedachten die demonen kunnen zijn? (+)	→ weer sturing en nadenken bij cl. terugleggen.	
th. je hebt jezelf in rol geduwd die je eigenlijk niet bent? ?	→ geen idee of dit iets is?	6.
th. koppelt weer terug naar metafoor die zijn je waarden en de richting. (+)	→ waarden + toegewijde actie.	
- th. verder uitleggen metafoor + hoe dat voor haar is, hierdoor kan je minder jezelf zijn en naar je waarden leven dan je zou willen. (+) of (-)	→ wel act gericht, maar therapeut vertelt het en cl. is passief, ja knikkend.	7.
- th. boosheid zijn dit dan ook demonen? (-)	→ acceptatie/bereidheid?	
- th. hebben deze jou ook gestuurd (+)	→ waarden + toegewijde actie.	8.
- welke vlakken nog niet (+)	→ uitdiepen waarden en acceptatie op verschillende vlakken.	
- waarden kompas, nooit overal prioriteit aan besteden.		9.
- confrontatie blijft, maar realiseer je dat je dit aan het doen bent. (+) / (-)	→ koppelt dit wel mooi aan metafoor maar cl. is weer passief en kan knikken.	

- dingen ondernemen i.p.v. kosten ⊖	had beter meer naar toegewezen actie over kunnen gaan.	10
- helder dat je weet waar je naartoe wilt ⊕	→ waarden (+ toegewezen actie)	
⊕ waarden + toegewezen actie,		11.
acceptatie de demonen zijn er en bereidheid. om te ervaren dat ze er zijn. ⊕	→ acceptatie + bereidheid.	12.
→ ci geeft aan lukt nog niet op alle vlakken → th. stapt hier zo overheen "zo dat hebben we allemaal wel" ⊖	→ geen Act-houding had hier nog verder opin kunnen gaan	

	Wat gebeurt er? Vannitd.	Reactie R.	ACT consistent	Palen
1	cl. vertelt over uitdaging "huit": - geeft gedruken aan - verwijst naar situatie met teamleiders, benoemt een inrichting	- herhaalt woorden cl.	0 (n.v.t.)	
2	cl. zegt dat ze niet door reactie teamleiders meer in gast geraakt (incentief meta- for te herleiden)	geen	0 (n.v.t.)	
3	cl. heeft heeft het geheel herleiden en laat zien dat ze niet inacht dat spreken naar omgevingen leidt tot nu	verwijst cl. concl. te hebben	0 (n.v.t.)	
4	huitent	beplaat: emotie a later bij	- (verder overtuigen)	aanvaarding
5	bezoemt en geeft aan dat ze ook derg aan deur naar buiten / schermen schiet met meer op	bezoemt "vechten" bij emotie en later bij zegt "Dit moet eerst naar naar, voordat je verder kunt"	+ - (erg sterkend)	nu
6	geeft uittey	ruigt - "Heeft situatie met teamleiders terug naar reactie cl. (ik heb het zelf heeft dat het aan in het bij het opzet)	-	niet ACT- gevoel. bij in- gevoel op inhoud
7	moet uittey over wat ze gedaan heeft	leest relatie met hoe cl. met zijn omgaan	+	bevestigend

Balk 03

	Wat gebeurt er bij?	Reacties th.	ACT-consistent	Paces
8	cl. 'Ik accepteer nog niet.'	- Bemerkt het proces - waarom cl. uit.	+	Nu
9	cl. praat over oef. bij expo			
10		- productieve kantpost gedachte die je moet sirkelt	+/- (±0) intentie is ACT - neemt kennis bij om cl. te helpen ervaren in staat te zijn cl. ervaren hen praat 0	Bereikbaar
11	cl. sluit, leest kaartje op, neemt ze even bij zich, praat daar	laat cl. sluiten, geeft ze aan cl. bij vraag kaartje bij zich te dragen		
12	cl. leest uit hoe ze dingen kan laten zijn, door oefening te vertellen over ballen	- Luistert - Loopt 'Ik moet'	+	Bereikbaar Nu
13		we accept/acceptant 'Voorheen met je praatdragen	++ (g +)	Bereikbaar

Client	Therapeut	ACT-consistent	Proces	Complet
1 Zij met gestelde eigen	- vraagt d. ontzamen niet, geen dichte leest maar metalen 'knoten' op leest	Het is een ACT- oefening maar Th. heeft d. niet om het act verhaal act ? eigen te maken.	waarden bereikbaar	
2 Wanneer met knoten	- leest verder - leest uit 'Demonen kunnen je ook doen...' en wat je moet doen.		iden	
3 Blaasuit - Th. verrijpt Ja, bij nog en nu. gemiddeld dat d. van moed altyd moet lachen.	- herken je pijn? Th. herken gestalten van je (demonen, lang zijn). Lief or meer demonen?			
4	leest metagloss uit. je hebt je leren laten leiden door je angst en hem je		waarden	-
5 - Cl. uit ook 'Th. leest demonen wel.'	Th. leest uit prakt heel veel. Cl. krijgt geen kans te weten			-

Cl.	Ther.	ACT-comit.	Proces	ACT-comitend
6	ondernemen wel al wat Probleem gedachten los 1/2 later - Probleem is wel - Maar len met moet horen dat ik meer ondernemen	+	com. act.	Committed action
	Ben je al al meer bezig met ondernemen i.p.v. al die gedachten Levensdruk nog een keer beschrijven metafoor	+	defensie	+
		+	Levensd.	-

Bijlage 5. Codeerschema ‘adherence’ en ‘competence’

Codeerschema voor ACT consistent handelen van professionals werkzaam in multidisciplinaire teams gericht op behandeling van chronische pijn in Nederlandse revalidatiecentra

Video-opnames zullen de eerste 10 minuten gecodeerd en gescoord worden op ‘adherence’ en ‘competence’, waarbij de 1^e minuut loopt van 0.00 tot 1.00 seconden, de 2^e minuut van 1.01 tot 2.00 en zo verder. Mocht blijken dat hetgeen de therapeut zegt of doet behorende tot een ACT interventie of competentie doorloopt in de volgende minuut, dan geeft men met de woorden “scoring loopt door” aan dat men twee minuten achter elkaar bekijkt en scoort. Scoring wordt gedaan op observeerbaar gedrag en niet op de intentie van de therapeut.

Adherence

Bij ‘adherence’ wordt er gekeken naar de mate waarin ACT interventies behorende tot het behandelmodel uitgevoerd worden. Scoring verloopt via een Likertschaal (1/2/3/4/5). Belangrijk hierbij is dat er voor iedere minuut een score volledig omcirkelt wordt.

Voorbeelden van ACT interventies

(uitgaande van het boek “Leven met pijn”) (uitgaande van ratinglijst Plumb et al. (2010)).

• *Acceptatie en bereidheid*

- Metaforen ‘Gevangene met loden kogel’ en/of ‘Ongewenste gast’
- Oefening leed op kaartjes en met je meedragen
- In welke mate faciliteerde de therapeut bij de cliënt de bereidheid om contact te maken met moeilijke gevoelens, gedachten, herinneringen en lichamelijke sensaties en deze te accepteren zowel tijdens als buiten de behandeling/sessies?
- In welke mate hielp de therapeut de cliënt om zijn of haar gevoelens of lichamelijke sensaties gerelateerd aan huidige problemen te onderzoeken?
- In welke mate faciliteerde de therapeut opmerkzaamheid en bewustzijn van de huidige ervaringen bij de cliënt?
- In welke mate moedigde de therapeut de cliënt aan om moeilijke gevoelens, gedachten, herinneringen of lichamelijke sensaties te ervaren in het dagelijks leven buiten de behandeling/sessies?

• *Cognitieve defusie*

- Metafoor ‘De muppet-show’
- Afscheid nemen van ‘maren’ en excuses
- In welke mate gebruikte, leerde of herinnerde de therapeut de cliënt om taal te gebruiken gericht op de cliënt te helpen herinneren dat gedachten en gevoelens gewoon gedachten en gevoelens zijn en niet de realiteit.?
- In welke mate identificeerde de therapeut dat een gedachte/gevoel van de cliënt niet ertoe leidt dat een cliënt op een bepaalde manier gedraagt?
- In welke mate faciliteerde de therapeut bij de cliënt het gevoel van zelf-bewustzijn of identificatie met de context waarin hun gedachten en gevoelens gebeuren (het observerende zelf)? → behoort ook wel tot zelf-als-context

• *Hier-en-nu*

- Mindfulness-oefeningen (ademhaling, bodyscan)

• *Zelf-als-context*

- Metafoor ‘De hemel’
- Onderscheid maken tussen observerende en denkende zelf

• *Waarden*

- Formuleren van waarden op verschillende levensgebieden
- Metafoor 'Ladder tegen de verkeerde muur'
- In welke mate hielp de therapeut de cliënt om zijn/haar waarden en doelen behorende tot deze waarden te bespreken?

• *Toegewijde actie*

- Oefening en metafoor 'De roos'
- Doelen stellen en acties bepalen
- In welke mate moedigde de therapeut de cliënt aan om zijn/haar commitments op te stellen en zich eraan te houden tijdens alle aspecten van hun leven?

Competence

Bij 'competence' wordt er gekeken naar de mate van technische en relationele ACT competenties of vaardigheden die de therapeut bezit en toepast tijdens de behandeling. Scoring verloopt via een Likertschaal (--/-/+ /++). Belangrijk hierbij is dat er voor iedere minuut een score volledig omcirkelt wordt. Tevens dient aangegeven te worden op welke competentie(s) (zie voorbeelden hieronder) gescoord is, dit kan door het cijfer voor de betreffende competentie te noteren.

Voorbeelden van ACT competenties

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Plumb et al. (2010) geven de volgende competenties aan:

- Hoe consistent richt de therapeut zich tot de behoeften van de cliënt?
- Hoe consistent begeleidt de therapeut de reacties van de cliënt op behandelingsdoelen?

- Hoe duidelijk en in de diepte heeft de therapeut de procedures beschreven in het behandelingsprotocol toegepast? → ook scoren op 5punts Likertschaal.

ACT inconsistent gedrag

- De cliënt ervan overtuigen en preken dat procedures van het ACT model correct en bruikbaar zijn
- De cliënt pushen om bepaalde gevoelens te ervaren tijdens de behandeling zonder hiervoor toestemming te vragen
- Het voorschrijven van bepaalde persoonlijke waarden en waardengericht gedrag

Welk(e) ACT kernproces(sen)

Vervolgens wordt er genoteerd tot welk(e) kernproces(sen) de geobserveerde en gescoorde ACT interventies en competenties behoren; acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, hier-en-nu, zelf-als-context, waarden en/of toegewijde actie. Dit wordt genoteerd door het betreffende ACT kernproces volledig uit te krijgen.

Als laatste wordt er een overall-score gegeven over het gehele videofragment over de mate van 'adherence' en 'competence' van de professional.

Minuut	Mate van adherence 1: Helemaal niet aanwezig van ACT interventies 2: Zelden aanwezig van ACT interventies 3: Soms aanwezig van ACT interventies 4: Vaak aanwezig van ACT interventies 5: Altijd aanwezig van ACT interventies	Mate van competence --: Helemaal niet volgens ACT competenties -: Een beetje volgens ACT competenties -/+: Enigszins volgens ACT competenties +: Aanzienlijk volgens ACT competenties ++: Helemaal volgens ACT competenties Geef aan om welke competentie(s) het gaat.	Welk(e) ACT kernproces(sen) (acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, hier-en-nu, zelf-als-context, waarden en/of toegewijde actie)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Overall score hele video-fragment			

Bijlage 6. Scoringsformulieren onderzoeker en hoofdonderzoeker (2)

Bretchaadette (psycholoog)			
Min.	Adherence	Competence	lernproces
1.00 - 1.59	scoort door	1 + 5 + 7	cognitieve defusie
2 +	(2) score 3 (+)	score 4+	
2.00 - 2.59	scoort door (cl. (cl. praat)	1 + 4 + 5	Hier en nu
3.00 - 3.59	(1) score 3 (+) niet huidige ervaring maar roen.	score ++	ladenhalings oefening
4.00 - 4.59	scoort door (cl. praat)	1 + 5 + 7	Hier en nu
5.00 - 5.59	(1) → 3 (+) niet huidige ervaring maar water van de week is gebeurd	+ 8 + 9	cognitieve defusie
6.00 - 6.59	(1) + (3) 3 (-+)	(++)	
7.00 - 7.59	wel zelf bevestigen met vanuit het observerend zelf		
8.00 - 8.59	(1) → 3 (+) niet huidige moment wel water op dat moment gebeurde	1 + 5 + 7 + 9	Hier en nu
9.00 - 9.59	(1) → 4 (+) gaat goed in op die gedachten.	(++)	cognitieve defusie
10.00 - 10.59	scoort door	1 + 7	Zelf-als context
11.00 - 11.59	(1) - 3 (-+) niet huidige wel bewijzen van dat moment.	(-+) geeft refereert wel aan ervaring cl. maar geeft zelf	Hier en nu
12.00 - 12.59	(1) → 2 (-) meer vast stellen dan cl. gevoel laten liggen.	aan dat dit belangrijk is.	zelf als context
overall	+ (4)	+ (4)	

f. y. p. k. koessingh 06

min	Adherence	competence ^(gesloten houding)	AET, proces
0.00 - 1.59	Scoort door nog begin van gesprek/raam dicht doen) - ① → 2 (-), benoemt alleen "dan komt het los van jou"	1 + 5 + 7 / - / +)	waarden zelf - als - context
2.00 - 3.59	Scoort door (cl. praat) - ① → 2 (-) gaat over waardenoefening graf- steen → maar therapeut hoort alleen nog verhaal aan gaat daar nog niet op in (alleen over doel van oefening)	1 + 8 (-) + 3 + 5 welke AET interventie, maar licht dit ook zo te willen doen.	waarden.
4.00 - 4.59	- ① → 2 (-) welk AET interventie, maar gaat meer in op doel hiervan, later wel meer op wat voor hem zou helpen - ① → 2 (-) wel aandacht voor dat hij het geen klare duidelijkte oefening vindt maar verder niet voor andere innerlijke ervaringen.	1 + 4 + 5 (-) wel wat hij hem zou passen L. wil toch graag oefening doen)	waarden. Hier en nu.
5.00 - 8.59	① → 2 (-) vraagt ben. re al wie je wilt zijn ipv bv. wie zou je willen zijn (op roep naar waarden)	1 + 8 + 7 (-) licht het meer eens te zijn met cl. en gaat met recht in op ervaring van cl. zelf. licht hier zelf mening over te hebben.	waarden.

6.00 - 6.59	① → 3 (-+) al meer dan eerst verhemmen maar kan nog meer.	^{nederlend.} 1 + 3 - ^{concreet maken,} ^{maar niet specifiek} ^{op zijn behoeften} + 4 + 8 (-+) al meer lykend naar wat by d. past maar toch nog wel met eigen agenda.	waarden.
7.00 - 7.59	① → 3 (-+) nog met toere opzoek naar concrete waarden maar wel wat hem zou motiveren eppv. iemand zegt dit dus doe je dat.	1 2 9 (+)	waarden
8.00 - 10.00	scoret door. - ① → 3 (+) over wat d. tijdens lopen ervaart / gedachten	0 - ^{over effect lopen helder} ^{in hoofd.} (↔) 1 (-) 2 wel op meedankende manier.	Hier en nu → lopen en daarmee bezig zijn.
overall	3 (-+)	-	

→ ik denk dietistiek (08)

min	adherence	competence	Act proces
0.00 - 1.55	scoort door ② → 3 (- +) gaat nog niet rozen over gedrag maar wel over gedachten.	1 + 7 (+ +)	cognitieve defusie (of zelf als context) + verkenning waar d het over wilt hebben.
2.00 - 4.59	scoort door. cl. praat, therapeut leest h w door. ③ → vraagt wat cl. opvalt maar niet naar innerlijke ervaringen (-) 2)	"hij en wat je opvalt" 1 + 4 + 7 + 8. (+)	lastig lijkt meer te gaan over innerlijke problemen en patronen misschien hier en nu
5.00 - 6.59	scoort door ?	1 + 7 (+) → + 8 = laat dat aan cl. over hoe ze het heeft ervaren.	Hoe kijkt je op deze? weeten terug?
7.00 - 7.59	?	1 + 7 (+) hoe heb je het ervaren.	Hoe heb je het ervaren? Gedrags/ verandering gedrag (licht- er cgt gericht). ↳ LT - LT
8.00 - 8.59	① → (4) → + waar voor wil ze regelmatig blijven.	1 + 4 + 7 + 8. + 9 (+ +) wat d. zelf wilt.	waarde (wat wil je doen, waar voor doe je het).
9.00 - 10.00	① → 2 (-) ① → 2 (-) niet op bemoeidigende manier maar meer zo van het is nodig	1 + 5 + 7 + 8. (-) "je oeffent, maar bent wel over kunnen gaan dat kan je ook niet verwachten	waarden. + toegewijde Actie.
overall	?	alleen laatste 2 min Act +	

06

Totaal Competentie + adherence 2-3

Minuut	Mate van adherence 1: Nooit toepassen van ACT interventies 2: Zelden toepassen van ACT interventies 3: Soms toepassen van ACT interventies 4: Vaak toepassen van ACT interventies 5: Zeer vaak toepassen van ACT interventies	Mate van competence --: Helemaal niet volgens ACT competenties -: Een beetje volgens ACT competenties -+: Enigszins volgens ACT competenties +: Aanzienlijk volgens ACT competenties ++: Helemaal volgens ACT competenties Geef aan om welke competentie(s) het gaat.	Welk(e) ACT kernproces(sen) (acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, hier-en-nu, zelf-als-context, waarden en/of toegewijde actie)
1	1	?	waarden
2	1	1/4 8/+	iden
3	3	3/++	iden
4	4	3/++	
5			
6		2/++ (wordt wel heel ingewikkeld)	
7		6.44 } overgang naar acties	
8		3/++	acties (npg met committed action)
9	3 2 (is niet committed action)	6	acties koppelen aan toegewijde ^{ritueel} (p. 16)
10			acties maken.

te best
(1/2 minuut en
npg)

Totaal 2 ^e stap adherence 3		3 ^e stap over het hele verspreidbaar of ingepakt competentie + / - / 1 ^{ste} stap		2 ^e stap	
Minuut	Mate van adherence 1: Nooit toepassen van ACT interventies 2: Zelden toepassen van ACT interventies 3: Soms toepassen van ACT interventies 4: Vaak toepassen van ACT interventies 5: Zeer vaak toepassen van ACT interventies	Mate van competence --: Helemaal niet volgens ACT competenties -: Een beetje volgens ACT competenties -/+: Enigszins volgens ACT competenties +: Aanzienlijk volgens ACT competenties ++: Helemaal volgens ACT competenties Geef aan om welke competentie(s) het gaat.	Welk(e) ACT kernproces(sen) (acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, hier-en-nu, zelf-als-actie, waarden en/of toegewijde actie)	welke eerdere v. analyse	
1	3	- / + 1, 3, 5, 8	cognitieve defusie		
2					
3					
4	3		defusie - acceptatie		
5		① + ③ ++ ⑧ ++	committed action	geen	
6	2				
7					
8					
9	4	① ++ ③ + ⑤ ++	committed action + verander		
10		⑦ + ⑧ ++			

Bijlage 7. Vernieuwd codeerschema

Codeer- en scoorschema voor ACT consistent handelen van professionals gericht op behandeling van chronische pijn in Nederlandse revalidatiecentra

Video-opnames zullen de eerste 10 minuten bekeken en gescoord worden, waarbij de opname iedere minuut gepauzeerd wordt om te scoren. Hierbij loopt de 1^e minuut van 0.00 tot 1.00 seconden, de 2^e minuut van 1.01 tot 2.00 en zo verder. Mocht blijken dat hetgeen de therapeut zegt of doet behorende tot een ACT interventie of competentie doorloopt in de volgende minuut, dan geeft men met de woorden “scoring loopt door” aan dat men meerdere minuten achter elkaar bekijkt en scoort.

De volgorde waarop men de video-opname scoort is als volgt; men geeft als eerste aan om welk(e) ACT-kernproces(sen) het gaat (acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, hier-en-nu, zelf-als-context, waarden en/of toegewijde actie). Dit wordt genoteerd door het betreffende ACT kernproces volledig uit te schrijven. Wanneer er echter geen ACT-kernproces aanwezig is noteert men ‘n.v.t.’. Vervolgens scoort men de mate van ‘adherence’. Wanneer men echter heeft aangegeven dat er geen ACT-kernproces aanwezig is, dan kan men ook geen score geven op ‘adherence’. Vervolgens scoort men de mate van ‘competence’, dit is mogelijk ongeacht of men eerder heeft aangegeven dat er geen ACT-kernproces aanwezig is. Als laatste geeft men een over-all score over de mate van ‘adherence’ en ‘competence’ gedurende de gehele video-opname.

Adherence

Bij ‘adherence’ wordt er gekeken naar de mate waarin ACT interventies behorende tot het behandelmodel uitgevoerd worden. Scoring verloopt via een Likertschaal (--/-/+ /++) waarbij - - staat voor helemaal niet volgens ACT interventies passend bij ACT kernproces en ++ staat voor helemaal volgens ACT interventies passen bij ACT kernproces.

Voorbeelden van ACT interventies

(uitgaande van het boek “Leven met pijn” en ratinglijst Plumb et al., 2010)

• *Acceptatie en bereidheid*

- Metaforen ‘Gevangene met loden kogel’ en/of ‘Ongewenste gast’
- Oefening leed op kaartjes en met je meedragen
- In welke mate faciliteerde de therapeut bij de cliënt de bereidheid om contact te maken met moeilijke gevoelens, gedachten, herinneringen en lichamelijke sensaties en deze te accepteren zowel tijdens als buiten de behandeling/sessies?
- In welke mate hielp de therapeut de cliënt om zijn of haar gevoelens of lichamelijke sensaties gerelateerd aan huidige problemen te onderzoeken?
- In welke mate faciliteerde de therapeut opmerkzaamheid en bewustzijn van de huidige ervaringen bij de cliënt?
- In welke mate moedigde de therapeut de cliënt aan om moeilijke gevoelens, gedachten, herinneringen of lichamelijke sensaties te ervaren in het dagelijks leven buiten de behandeling/sessies?

• *Cognitieve defusie*

- Metafoor ‘De muppet-show’
- Afscheid nemen van ‘maren’ en excuses
- In welke mate gebruikte, leerde of herinnerde de therapeut de cliënt om taal te gebruiken gericht op de cliënt te helpen herinneren dat gedachten en gevoelens gewoon gedachten en gevoelens zijn en niet de realiteit.?
- In welke mate identificeerde de therapeut dat een gedachte/gevoel van de cliënt niet ertoe leidt dat een cliënt op een bepaalde manier gedraagt?
- In welke mate faciliteerde de therapeut bij de cliënt het gevoel van zelf-bewustzijn of identificatie met de context waarin hun gedachten en gevoelens gebeuren (het observerende zelf)? → behoort ook wel tot zelf-als-context

- **Hier-en-nu**
 - Mindfulness-oefeningen (ademhaling, bodyscan)
- **Zelf-als-context**
 - Metafoor 'De hemel'
 - Onderscheid maken tussen observerende en denkende zelf
- **Waarden**
 - Formuleren van waarden op verschillende levensgebieden
 - Metafoor 'Ladder tegen de verkeerde muur'
 - In welke mate hielp de therapeut de cliënt om zijn/haar waarden en doelen behorende tot deze waarden te bespreken?
- **Toegewijde actie**
 - Oefening en metafoor 'De roos'
 - Doelen stellen en acties bepalen
 - In welke mate moedigde de therapeut de cliënt aan om zijn/haar commitments op te stellen en zich eraan te houden tijdens alle aspecten van hun leven?

Competence

Bij 'competence' wordt er gekeken naar de mate van technische en relationele ACT competenties of vaardigheden die de therapeut bezit en toepast tijdens de behandeling. Scoring wordt voor iedere competentie afzonderlijk gedaan en verloopt via een Likertschaal (--/-/+ /++) waarbij -- staat voor helemaal niet volgens ACT competenties en ++ staat voor helemaal volgens ACT competenties. Hierbij dient aangegeven te worden om welke competentie(s) het gaat, dit doet men door het cijfer voor de betreffende competentie te noteren en hierachter de score te noteren.

ACT competenties

Competentie 1: De bereidheid om moeilijke en problematische innerlijke ervaringen (gedachten/gevoelens/herinneringen/lichamelijke sensaties) zowel van de therapeut als van de cliënt bespreekbaar te maken er te laten zijn zowel binnen als buiten de behandeling.

Competentie 2: Een gelijkwaardige therapeutische relatie.

Competentie 3: Flexibele toepassing van ACT processen/interventies afhankelijk van de context en cliënt, zodat er ruimte ontstaat om te ervaren in plaats van er alleen over te spreken.

Minuut	Mate van adherence	Mate van competence	Welk(e) ACT kernproces(sen)
	--: Interventie helemaal niet passend bij ACT kernproces -: Interventie een beetje passend bij ACT kernproces -/+ : Interventie enigszins passend bij ACT kernproces +: Interventie aanzienlijk passend bij ACT kernproces ++: Interventie helemaal passend bij ACT kernproces	--: Helemaal niet volgens ACT competenties -: Een beetje volgens ACT competenties -/+ : Enigszins volgens ACT competenties +: Aanzienlijk volgens ACT competenties ++: Helemaal volgens ACT competenties Geef aan om welke competentie(s) het	(acceptatie en bereidheid, cognitieve defusie, hier-en-nu, zelf-als-context, waarden en/of toegewijde actie)

		<i>gaat en geef een score per competentie.</i>	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Overall score gehele video- opname			

Bijlage 8. Scoringsformulieren onderzoeker (1)

messing	adherentie	competence	kenproef
0.00 - 2.05. ↓ tot. 0.54 mls.	- 2 (++)	1 (++) 2 (+) th merkt ze zelf met ze. 3 met. (-+) ^{ziet met stil}	- Hier en m.
2.05 - 3.15	- 2 (+)	Wat vind je hier van (th.) 1 (++) 2 (++) 3 (++) laat cl. met echt elg stil staan	Hier en m.
3.15 - 3.55.	- 2 (+) meer van het pak is het aan ipv. wat gaat er nu door je heen opzo.	3 (+) ^{je maakt bewuste keuze} ^{weg iets naar bij} stil staan 2 (+) th. zit met mooi en naast. 1 (+)	- Hier en m.
3.55 - 6.00	- (2+) Je carakters verandert? alsof het zo zou moeten	→ vertelt wat cl. ^{lichtophele} ^{= 45 sec als} iets verandert? 2 (-) 1 (+) reactie is voor jou? 3 th reactie is voor jou/wat voel je?	→ vertelt of er ^{kan} ^{hier en m. heeft} ^{ipv.} ^{cl. zelf te later formuleren}
overall	+	+	

Roessing

(10)

	Adherence	Competence	Act-ienproces
00.00 - 53.	N.v.t.	1 (--) th aan het woord. 2 (+) 3 (--) praat alle over wat ze gedaan hebben	Geen (teug horen gesprek van ge heer)
0.53 - 2.25	N.v.t.	1 (+) cl. vertelt wat maar niet perse over inner. ervaring. 2 (+) 3 (--) geen Act processen + th zegt licht me goed om hier meer verder te	Geen Hier en nu?
2.25 - 3.40	2 (+) wel lich. met gedacht etc.	1 (+) 2 (+) 3 (-) th. zegt wat ze gaan doen qua oefening	= ?
3.40 - 4.25	N.v.t.	N.v.t.	Geen. geberd niks wordt niks gezegd
4.25 - 6.00	2 (++)	1 (+) 2 (++) 3 (-) heel gericht op beweging.	Hier en nu (wat merke?)
6.00 - 10.00	N.v.t.	th. stuur 1 (+) wat voor gevoel. 2 (-) "vind je het ook spannend" 3 (=) niet act geen Act	Geen. (alleen ademhalingsoefening is ook stil. "is er iets veranderd?"

laatste 4 sec
 "kan je volk
 inder tijt?"

Bijlage 9. Scoringsformulieren onderzoeker (2)

Koessingh II.

	Adherence.	Competence.	Act. proces.
0.00 - 4.30	N.v.t.	1 (hoe evaer je dat) ++ 2 (++) 3 (--) geen act.	Geen. (meer overschot hw hoe is dat gegaan). - val kwilen. het is de tgehu
4.30 - 10. v 10 10	N.V.E.	1 (++) 2 (-+) zou je er attentie in moeten worden. zou time minder enthousias 3 (--) geen Act. proces.	Ho or? meer bewust wording.
Overal	N.v.t.	- +	
	totaal geen Act.	wel algemene therapeutische vaardigheden.	

Roessing 12.

(lyna met verstaanbaer)

	Competence	Adherence	Act winproces
0.00 - 1.40	N.v.t.	1 (+) 2 (-) gesloten houding. 3 (--) geen Act alleen wat denkt je te kunnen doen van daar	Geen.
01.40 - 2.30	- beetje bewust van wat je doet.	1 (-+) beetje 2 (+) oke 3 (-) wel op dat moment bewustwording creëren. maar niet stil staan bij inn. ervaring	Hier en nu.
2.30 - 3.42	N.v.t.	N.v.t. alleen spelen van ping pong	Geen-
3.47 - 6.50	- + wel bewust ist maar niet laten stil staan bij ande inn. ervaringen.	1 (-+) wel bewust maar niet stil staan. 2 (+) 3 (+) wel bewust	Hier en nu-
6.50 - 8.55	Geen	1 (-) niet echt inn. ervaringen 2 (-+) wel afstemmen op d. 3 (--) geen Act	Geen
8.55 - 10.00	- je merkt het wil je nu stoppen	1 (-) niet ingaan op wat er nu gebeurt 2 (-+) wel oke 3 (+) wel wat over hier en nu wat op dat moment past.	Hier en nu.
Overall	- (+)	- +	