

Acceptance & Commitment Therapy bij patiënten met chronische pijn binnen een klinische revalidatiesetting

De empirische relatie tussen de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit en retrospectieve evaluatie in vier gevalstudies

Denise Vrins
s1121057

Masterthesis Psychologie, Geestelijke Gezondheidsbevordering
Universiteit Twente
Faculteit der Gedragwetenschappen

Supervisoren:
Prof. Dr. K.M.G. Schreurs
Dr. G.J. Westerhof

13 Maart 2014

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis, het resultaat van een onderzoek naar Acceptance & Commitment Therapy bij patiënten met chronische pijn binnen een klinische revalidatiesetting. Deze thesis is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de masteropleiding Psychologie, specialisatie Geestelijke Gezondheidsbevordering. De keuze voor dit onderzoek is voortgekomen uit mijn affiniteit met de doelgroep, welke verder gevoed werd door mijn klinische stage op de pijnafdeling van revalidatiecentrum Roessingh te Enschede. Het betreft een leerzame periode, waarin ik kennis heb gemaakt met de complexiteit van het ‘pijnprobleem’ en de manier waarop dit mensen kan hinderen in het dagelijks leven. Het inspireert en geeft voldoening wanneer in samenwerking met de revalidant iets in beweging wordt gezet, waarbij deze persoon ondanks klachten toch de flexibiliteit en het meesterschap ervaart om invulling te geven aan een waardevol leven.

In dit onderzoek staat het belevingsperspectief van de revalidant centraal, wat maakt dat allereerst mijn dank uitgaat naar de deelnemers van dit onderzoek. Hun openheid in het reflecteren op de eigen ontwikkeling heeft geresulteerd in ingrijpende verhalen. Daarnaast wil ik Karlein Schreurs bedanken voor haar begeleiding en betrokkenheid. Naast haar kritisch-analytische blik heeft ze mij ook gestimuleerd om op zelfwerkzame wijze keuzes te maken in het onderzoek- en schrijfproces. Tevens gaat mijn dank uit naar Gerben Westerhof voor zijn ideeën, het meelesen en het corrigeren van mijn thesis. Hun feedback heeft geresulteerd in boeiende discussies over de interactie tussen de positieve psychologie en narratieve therapie. Dit alles heb ik mogen delen met mijn naasten, die ik wil bedanken voor hun steun en vertrouwen. Op het moment dat ik vastliep en even wilde sparren, waren jullie een luisterend oor of boden de nodige afleiding. Jullie hebben bijgedragen aan de wijze waarop ik mij mocht ontwikkelen als psycholoog in opleiding ten tijde van mijn studieperiode aan de Universiteit Twente. Een ervaring die ik koester.

Enschede, 13 maart 2014

Denise Vrins

Samenvatting

Aanleiding: Chronische pijn is een omvangrijk volksgezondheidsprobleem en kan gepaard gaan met verminderde levenskwaliteit voor de persoon die eraan lijdt. Er is groeiend bewijs voor de effectiviteit van Acceptance & Commitment Therapy (ACT) in de behandeling van chronische pijnpatiënten, wat tot doel heeft de psychologische flexibiliteit (PF) te vergroten. ACT zou chronische pijnpatiënten in staat stellen om te aanvaarden wat onveranderbaar is, zodat de focus verschuift van acties die gericht zijn op pijnvermindering naar gedrag dat in dienst staat van belangrijke levenswaarden. **Doel:** Dit onderzoek heeft tot doel de ontwikkeling in PF van pijnpatiënten gedurende en kort na afloop van een achtweekse ACT-behandeling in kaart te brengen, daarbij lettend op het verloop van acceptatie, toegewijde actie en toepassing van geleerde principes. Aanvullend is onderzocht in hoeverre de ontwikkeling in PF kan worden teruggevonden in het verhaal van retrospectieve evaluatie, ofwel wanneer de patiënt terugblijkt op de eigen ontwikkeling. Tot slot is de ontwikkeling in psychologische flexibiliteit van de deelnemers met elkaar vergeleken.

Methode: Vier gevalsstudies zijn uitgevoerd, waarbij de patiënten tijdens de achtweekse behandelperiode en tot slot zes weken na afloop van de behandeling volgens een semi-gestructureerd format zijn geïnterviewd. De interviews werden middels een driepuntsschaal gescoord op acceptatie, toegewijde actie en toepassing. Het gemiddelde van deze drie subschalen vormde de uitkomstmaat voor PF. **Resultaten:** Eenieder maakt een unieke ontwikkeling door, waarbij de mate van PF bij allen toeneemt gedurende het verblijf in de kliniek en iets afneemt nadat de therapeutische context vervalst. De ACT-principes hebben ertoe bijgedragen dat patiënten zich loskoppelen van het determinerende vertoog, waardoor afstand werd gedaan van de vereenzelviging met pijn. De narratieve reconstructie stemt veelal overeen met de ontwikkeling van PF ten tijde van de behandeling. **Conclusie:** ACT blijkt effectief in de behandeling van mensen met chronische pijn. Hoewel de ontwikkeling van eenieder uniek verloopt en de pijnintensiteit onveranderd aanwezig is, geldt voor allen dat het dagelijks leven minder sterk wordt beïnvloed door pijn dan voorheen. Vervolgonderzoek, waarin eveneens het belevingsperspectief van de patiënt centraal staat, zou zich naast de vraag of ACT werkt tevens kunnen richten op de vraag *hoe* ACT werkt. Daarnaast is interessant te onderzoeken of narratief reconstrueren als een opzichzelfstaande interventie kan worden beschouwd die de PF verder voedt en waardoor mensen wellicht meer meesterschap ervaren in het vormgeven aan het persoonlijke leven.

Abstract

Background: Chronic pain is a major health problem and is associated with reduced quality of life for the person suffering from it. There is growing evidence for the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of chronic pain patients, which aim is to increase psychological flexibility (PF). ACT would enable chronic pain patients to accept the unchangeable by shifting the focus away from pain reduction to behavior that is in the service of important life values. **Objective:** The aim of this study was to examine the development in PF of pain patients during and shortly after an eight week ACT treatment, while observing the progress of acceptance, committed action and the application of learned principles. Supplementary, this study investigated to what extent the development in PF can be found in the patient's story of their own development at time of retrospective evaluation. Finally, the development in PF of the participants was compared. **Method:** Four case studies were conducted, in which the pain patients were interviewed according to a semi-structured format. These interviews took place during the eight- week treatment period and six weeks later at follow-up. The interviews were then scored with a three-point scale on acceptance, committed action and implementation. The measure of PF was computed by taking the mean scores of the subscales. **Results:** All patients went through a unique development. PF increased during their stay in the clinic and decreased slightly after discharge. The ACT-principles helped patients to disconnect from the determining discourse, allowing to distance themselves from the identification with pain. Results showed that the narrative reconstruction is mostly in line with the development of PF at the time of treatment. **Conclusion:** ACT proves to be an effective treatment for patients with chronic pain. Although the development of every person is unique, and the present pain intensity remained unchanged, all patients reported that their everyday life is less influenced by pain then before. Future research on the perception perceptive of the patient, should not only determine *if* ACT works but also should address the question *how* ACT works. In addition, it is interesting to examine whether narrative reconstruction can be regarded as a stand-alone intervention that increases PF and that helps people experiencing mastery in shaping their personal life.

Inhoud

Inleiding	1
1.1 Chronische pijn: van sensitatie tot demoralisatie.....	1
1.2 ACT: van pijnvermijding naar een vitaal leven met pijn.....	3
1.3 De betekenis van therapie voor een leven met pijn.....	6
1.4 Onderzoekslocatie: pijnrevalidatie Roessingh.....	8
1.5 Aanleiding huidig onderzoek.....	9
1.6 Vraagstelling.....	10
Methode	10
2.1 Participanten.....	10
2.2 Procedure.....	11
2.3 Dataverzameling.....	12
2.4 Data-analyse.....	13
Resultaten	15
3.1 Anton: hollen noch stilstaan, de kunst van het aanvaarden.....	15
3.2 Bianca: Heb me lief, ook al ben ik assertief.....	20
3.3 Coby: van overmeesteren naar meesterschap.....	25
3.4 Daan: Ja, maar ik heb pijn.....	31
3.5 Overeenkomsten en verschillen tussen de revalidanten.....	36
Conclusie en discussie	38
4.1 Conclusie.....	38
4.2 Discussie.....	41
4.3 Aanbevelingen.....	42
Referenties	45
Bijlagen	49
Bijlage 1 : Overzicht multidisciplinair behandelprogramma pijnrevalidatie.....	49
Bijlage 2 : Interviewschema algemeen.....	52
Bijlage 3 : Aanvullingen interviewschema eerste interview.....	53
Bijlage 4 : Aanvullingen interviewschema laatste behandelweek.....	54
Bijlage 4A: Waardenformulier.....	55
Bijlage 5 : Interviewschema follow-up interview.....	56
Bijlage 6 : Codering- en scoringsschema.....	58
Bijlage 6A: Voorbeelden van codering en scoring.....	59

Inleiding

Chronische pijn is een omvangrijk volksgezondheidsprobleem. Bijna één op de vijf volwassenen in Nederland wordt beperkt door deze aandoening (Bekkering et al, 2011). Wanneer pijnklachten lang aanhouden, dan kunnen zij ongewild een prominente rol krijgen in het leven van de persoon die het betreft. Pijn kan ervoor zorgen dat mensen zowel lichamelijk als psychosociaal beperkt functioneren, waardoor de kwaliteit van leven afneemt. Zo blijkt dat pijn mensen belemmert in het uitvoeren van activiteiten op sociaal- en werkgerelateerd gebied (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). Tevens vertoont chronische pijn een grote psychiatrische comorbiditeit met depressie en angst (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Pijn lijden is geen geïsoleerd probleem, wat helaas en bovenal het individu het diepst raakt, maar heeft ook sociaaleconomische consequenties voor het gezondheidszorgsysteem en de gemeenschap in het algemeen.

Maar wat kun je doen wanneer pijn je leven bepaalt en het zicht verdwijnt op dat wat er daadwerkelijk voor jou toe doet? Als antwoord hierop wordt in de klinische praktijk onder andere Acceptance and Commitment Therapy (ACT) toegepast in de behandeling van chronisch pijnpatiënten. In deze studie is onderzocht welke ontwikkeling mensen doormaken ten tijde van een dergelijk revalidatietraject in het leren leven met pijn. Daarnaast is in kaart gebracht hoe het proces van acceptatie en toegewijde actie zich voortzet wanneer mensen niet meer op therapeutische basis worden ondersteund. Daarbij gaat aandacht uit naar het door de patiënt zelf geconstrueerde therapieverhaal, waarbij in ogenschouw wordt genomen in hoeverre het verhaal ten tijde van de behandeling overeenstemt dan wel verschilt met het verhaal kort na afloop van de behandeling.

1.1 Chronische pijn: van sensitatie tot demoralisatie

Wanneer pijn langer dan drie maanden aanhoudt, wordt gesproken van chronische pijn (Merskey & Bogduk, 1994). Pijn heeft dan geen alarmfunctie meer, maar is het gevolg van een ontregeling in het pijnmodulerende systeem van het centrale zenuwstelsel. Langdurige blootstelling aan pijnprikkels voedt het proces van breinplasticiteit, met als neveneffect dat er sensitatie kan optreden (Flor&Turk, 2011; Van Wilgen & Keizer, 2004). Het overgevoelig raken voor pijnstimuli hoeft echter niet het gevolg van nociceptie te zijn, ofwel een schadelijke stimulus die feitelijk waarneembaar is (Van Wilgen & Keizer, 2004). Dit klinkt ook door in de definitie van pijn zoals deze door de International Association for the Study of

Pain [IASP] (1986) is geformuleerd: "een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging". In deze definitie is allereerst aandacht voor de psychocognitieve aspecten van pijn, waarmee wordt aangegeven dat pijn een subjectieve beleving betreft. Uit het somatische aspect van deze formulering kan worden opgemaakt dat er geen sprake hoeft te zijn van weefselbeschadiging om te mogen spreken van pijn. Tegelijkertijd is het juist dit ontbreken van een onderliggend somatisch substraat wat de klachten lichamelijk onverklaarbaar maakt, wanneer enkel gekeken vanuit biomedisch perspectief, en waardoor het lastig is om klachtreductie te realiseren.

Om te kunnen begrijpen waarom pijn kan blijven voortbestaan zonder dat de lichamelijke oorzaak traceerbaar is, dient er aandacht te zijn voor een biopsychosociale benadering van pijn. Dit houdt in dat lichamelijke, psychologische en sociale factoren een rol spelen in de kwetsbaarheid voor, het ontstaan van en het in stand blijven of verergeren van pijn en vaak ook daarmee gepaard gaande vermoeidheid (Flor & Turk, 2011; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007). Gevangen worden door psychisch en lichamelijk ongemak dient daarbij niet alleen te worden opgevat als een logisch voortvloeisel van constante blootstelling aan pijn, maar draagt er opzichzelfstaand ook weer toe bij dat pijngewaarwording, pijnbeleving en pijngedrag verder gevoed worden (Loeser, 1980).

Hierbij is onder andere het leertheoretische model van pijn van kracht, wat zich in de klinische praktijk vertaalt in grofweg twee disfunctionele gedragstypen: onderbelasting en overbelasting (Linton, Melin & Göttestam, 1984). Bij onderbelasting zou pijngerelateerde angst een rol spelen in het ontwikkelen van bewegingsvrees, wat kan leiden tot inactiviteit met als mogelijk gevolg dat het lichaam gedeconditioneerd raakt en klachten toenemen (Asmundson, Vlaeyen & Crombez, 2004; Vlaeyen & Linton, 2000). Andersom geredeneerd zijn er ook aanwijzingen dat mensen niet willen toegeven aan pijnsignalen en daarmee ontkennen dat het lichaam om begrenzing van inspanning vraagt, met als keerzijde dat er een patroon van overbelasting ontstaat (Hasenbring et al., 2012; Hasenbring & Verbunt, 2010). Ook dit scenario kan uitmonden in een toename van klachten en waardoor het functioneren uiteindelijk aan nog meer restricties wordt blootgesteld.

Sociale factoren vervullen hierin eveneens een essentiële rol, in die zin dat overbezorgde reacties uit de omgeving of juist het gebrek aan steun de pijnbeleving en het pijngedrag kunnen bestendigen of zelfs versterken (Gatchel et al., 2007; Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs, & Bijlsma, 2003). Tevens blijkt dat wanneer de ervaren klachten niet kunnen worden verklaard door een onderliggend somatisch substraat, mensen geregeld op onbegrip

stuiten en ongerust raken (Houtveen, 2009). Dit doordat medische erkenning uitblijft of doordat het aan betrokkenen in de eigen omgeving vaak moeilijk is uit te leggen wat er mankeert. Dit kan bijdragen aan verdere demoralisatie van de patiënt, waarin gevoelens van hopeloosheid en ontreddeering centraal staan in het vraagstuk ‘hoe nu verder?’

Het mag dan ook als vanzelfsprekend klinken dat mensen met chronische pijn streven naar klachtreductie, wat kan resulteren in een hoge zorgconsumptie. Ondernomen pogingen om de pijn te bestrijden lopen uiteen van biomedische behandelingen waarin pijnstillende medicatie, het inbrengen van pijnblokkades, Transcutane ElectroNeuroStimulatie (TENS) en soms zelfs operaties centraal kunnen staan (Turk, Wilson & Cahana, 2011). Daarnaast zoeken velen hun heil in complementaire geneeswijzen, zoals acupunctuur en natuurgeneeskunde. Ook is het raadplegen van fysio-, ergo-, en psychotherapeuten gebruikelijk of deze worden tezamen gebracht in een multidisciplinaire aanpak bij het werken aan klachtreductie (Turk et al., 2011; Breivik et al., 2006).

Helaas blijkt uit reeds genoemde studies dat ondernomen pogingen om pijn te vermijden of te controleren op lange termijn niet altijd leiden tot vermindering van de pijn. Integendeel, het verzet tegen de pijn kan het leven gaan beheersen, waardoor er beperkt zicht ontstaat op wat voor bestaan iemand diep van binnen wil creëren en leven. Flor en Turk (2011) pleiten dan ook voor een andere benaderingswijze van chronische pijn, waarbij de focus wordt verlegd van pijnvermindering naar het vergroten van zelfeffectiviteit en het ervaren van controle in het vormgeven aan het eigen leven naast de bestaande pijn. Het chronische karakter van pijn maakt de problematiek immers tot een onvermijdelijk gegeven van het dagelijks leven van de patiënt, waarbij acceptatie wellicht meer ‘verlichting’ kan bieden dan dat strijd dat kan (A-Tjak & De Groot, 2008). Als antwoord op deze tendens wordt in de behandeling van pijnproblematiek Acceptance & Commitment Therapy (ACT) ingezet.

1.2 ACT: van pijnvermijding naar een vitaal leven met pijn

ACT is een derde generatie gedragstherapie, waarin gebruik wordt gemaakt van cognitieve-, gedragsmatige- en mindfulness technieken. Doelstelling is niet klachtreductie, maar het vergroten van psychologische flexibiliteit in het leven *met* de klacht. Hierbij wordt getracht de neiging tot experiëntiële vermijding te doorbreken. Experiëntiële vermijding verwijst naar de pogingen van een individu om onaangename innerlijke ervaringen te vermijden, te controleren of te veranderen (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Maar evenals blijdschap, zijn ook angst, dysforie, boosheid, schaamte en walging onlosmakelijk verbonden met het menselijk bestaan, wat experiëntiële vermijding tot een maladaptieve copingstrategie maakt.

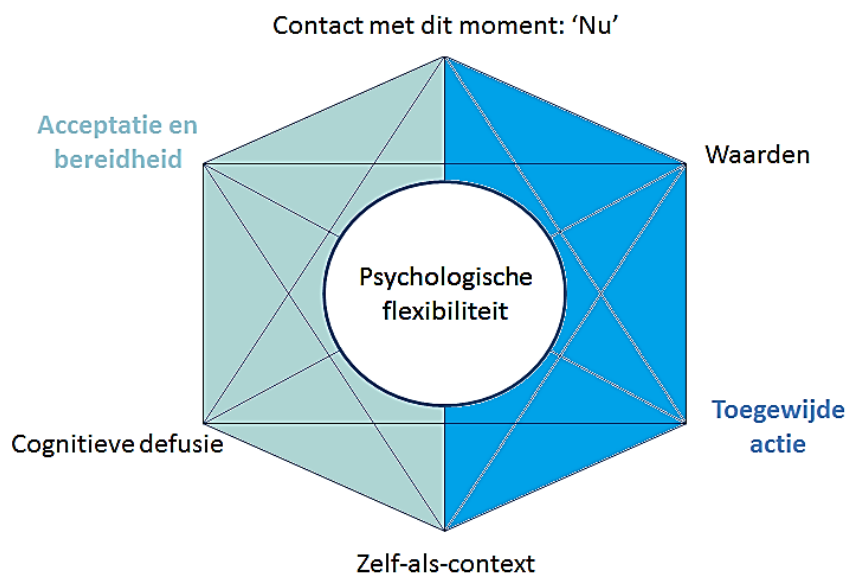
Deze tegenpool van psychologische flexibiliteit blijkt dan ook in verband te staan met diverse psychische klachten, versmalling van het gedragsrepertoire en beperkingen in het functioneren (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Daarentegen zijn er aanwijzingen dat op acceptatie gebaseerde therapieën chronisch pijnpatiënten in staat stelt om te aanvaarden wat onveranderbaar is, zodat de focus verschuift van acties die gericht zijn op pijnvermindering naar gedrag dat in dienst staat van belangrijke levenswaarden (Viane et al., 2003; Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011; Vowles, McCracken & O'Brien, 2011).

Zoals de naam van de therapie onthult vormen acceptatie en toegewijd handelen de twee hoofdprocessen van ACT. Desalniettemin maken zij onderdeel uit van in totaal zes kernprocessen die tezamen voedingsbodem creëren voor psychologische flexibiliteit, zoals de hexagoon afgebeeld in figuur 1 illustreert (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Het lichtblauw gearceerde gedeelte in deze figuur omvat de kernprocessen die toebehoren aan het proces van acceptatie en het donkerblauw gearceerde gedeelte behelst de kernprocessen waarmee het individu startklaar wordt gemaakt voor toegewijde actie. Noemenswaardig is dat het eerste hoofdproces 'acceptatie' niet dient te worden verward met een passieve poging van het individu om pijn simpelweg te tolereren met als doel dat het dan minder hinder oplevert. Clinici waarschuwen voor deze paradox, waarin acceptatie wederom de vorm aanneemt van een vruchteloze poging om pijn te controleren (A-Tjak & De Groot, 2008; Harris, 2009). Met acceptatie wordt daarentegen bedoeld dat men niet langer strijdt tegen hetgeen als onaanvaardbaar wordt beschouwd, maar dat men deze directe ervaring op actieve wijze omarmt (Harris, 2009). Hoewel dit niets verandert aan het onaangename karakter van pijn, draagt acceptatie er op deze manier wel toe bij dat niet langer ongewenste gevoelens en herinneringen iemand bepalen en gevangen houden in de herhaalde verklaring dat de situatie onveranderbaar is (Sandoz, 2011). Het kernproces 'contact met dit moment: nu' vervult dan ook een voorwaarde scheppende rol om dit proces van bereidheid tot acceptatie te voeden. In mindfulness-oefeningen leert de cliënt om op aandachtige wijze in contact te komen en te blijven met het huidige moment, zelfs wanneer de inhoud van deze ervaring negatief affect behelst. Bij het kernproces 'zelf-als-context', ook wel het observerende zelf genoemd, is het zaak dat de cliënt leert om hetgeen hij denkt, voelt en doet ook vanuit het perspectief van de ander te kunnen waarnemen en waarbij deze observatie en ervaring niet worden veroordeeld. In zeker opzicht vormt dit proces dan ook het vertrekpunt voor het volgende kernproces, namelijk 'cognitieve defusie'. Doelstelling hierbij is niet om de inhoud van gedachten en gevoelens die worden waargenomen te veranderen, maar wel de relatie die iemand heeft tot deze binnenwereld. Indien iemand zich niet langer vereenzelvigd met rigide en veelal

destructieve opvattingen, wordt plaatsgemaakt voor autonoom handelen.

In het verlengde hiervan kan het tweede hoofdproces ‘toegewijde actie’ worden genoemd, waarin eveneens ‘contact met dit moment’ en ‘zelf-als-context’ een aandeel vervullen. Verder levert het kernproces ‘waarden’ een belangrijke bijdrage, waarbij de kernvraag is of de cliënt het leven voornamelijk ervaart als iets dat hem overkomt of als iets waaraan hij zelf op betekenisvolle wijze richting kan geven. Het daadwerkelijk overgaan op gedragspatronen die in overeenstemming zijn met belangrijke levenswaarden wordt ‘toegewijde actie’ genoemd. Daarbij dient ook te worden vastgesteld of dit handelen door intrinsieke- of extrinsieke motivatie wordt gestuurd. Ofwel, geeft iemand vanuit zichzelf invulling aan hetgeen het leven inspireert en de moeite waard maakt of staat het handelen in dienst van willen voldoen aan sociale verwachtingen of het willen vermijden van iets onaangenaams? (Hayes et al., 1999)

Figuur 1. *Hexaflex: de zes kernprocessen van ACT (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). De lichtblauw gearceerde kernprocessen behoren tot het creëren van acceptatie, de donkerblauw gearceerde kernprocessen behoren tot het realiseren van toegewijde actie.*



De essentie van een ACT-benaderingswijze betreft niet alleen het in contact komen met de directe ervaring en het realiseren van waardeconsistent gedrag. Zo beschrijft Harris (2009) een overstijgende waarde die vanuit deze condities voortvloeit:

The greater our ability to be fully conscious, to be open to our experience, and to act on our values, the greater our quality of life because we can respond far more effectively to the problems and challenges life inevitably brings. Furthermore, through

engaging fully in our life and allowing our values to guide us, we develop a sense of meaning and purpose, and we experience a sense of vitality. (p.12)

1.3 De betekenis van therapie voor een leven met pijn: onbepaaldheid en bepaaldheid

Mensen met chronische pijn kunnen op een bepaald moment in hun leven vastlopen doordat de klachten het leven gaan bepalen, waardoor zij ongewild inleveren op het gebied van gezondheid en persoonlijke groei, werk, vrije tijd en in relaties met anderen. Als antwoord hierop kan men besluiten in therapie te gaan. Een therapeutische behandeling kan worden opgevat als een kernaspect in het menselijk leven, wat van invloed kan zijn op de persoonlijke ontwikkeling en de wijze waarop wordt vormgegeven aan de narratieve identiteit (Adler, Skalina & McAdams, 2008). De verhalen die mensen construeren naar aanleiding van hun therapeutische ervaringen, onthullen de wijze waarop zij terugkijken op situaties waarvan zij deel uitmaakten en de manier waarop deze betekenis dragen in het verdere bestaan. Dit maakt dat het construeren van een therapieverhaal tegelijkertijd ook een belangrijke bijdrage kan leveren aan de wijze waarop behaalde successen ten tijde van de therapie kunnen worden voortgezet wanneer de behandeling is beëindigd (Adler et al., 2008). Logischerwijs geldt dit evenzo voor de betekenisgeving aan ervaren hindernissen ten tijde van de therapie en de wijze waarop hiermee wordt omgesprongen.

Michael White (1997, p. 129), een van de grondleggers van de narratieve therapie, beschrijft de essentie van een therapeutische benadering door weer te geven hoe de methode van deconstructie kan bijdragen aan de beschouwing van ‘onbepaaldheid binnen bepaaldheid’ doordat volgens hem “het leven gevormd wordt doorheen een voortdurend verhalen (storying) en her-verhalen (re-storying) van ervaring”. Wanneer mensen in therapie gaan dan is dit veelal omdat iemand wordt bepaald door hetgeen iemand als problematisch ervaart. Belangrijk is dat men zich loskoppelt van deze gedetermineerdheid, ook wel deconstructie genoemd. Dit kan worden bewerkstelligd door in de therapie aandacht te hebben voor externaliserende conversaties, wat inhoudt dat cliënten vertellen welke impact het probleem op hun leven heeft, hoe dit van invloed is op het interpersoonlijke contact en of ze een discrepantie ervaren tussen het huidige zijn en hoe men graag zou willen zijn (White, 1997). Door op deze manier met afstand te kijken naar het determinerende disfunctionele vertoog, wordt de bepaaldheid ontkracht (de-storying). Op deze manier wordt ruimte gecreëerd voor alternatieve verhalen en daaruit voortvloeiende ziens- en handelwijze. Hierbij kan het ervaren van keuzevrijheid en verantwoordelijkheid iemand vervolgens in de gelegenheid stellen zich opnieuw toe te leggen op een nieuw levensverhaal en waarmee iemand zichzelf opnieuw kan bepalen (Bohlmeijer, 2007).

In zeker opzicht wordt deze visie van ‘onbepaaldheid binnen bepaaldheid’ ook vertolkt door de kernprocessen van ACT in de klinische praktijk van chronisch pijnpatiënten. Wanneer pijn en bijkomende beperkingen een prominente rol toebedeeld krijgen in het dagelijkse leven, dan vertroebelt mogelijk het zicht op het leven dat mensen daadwerkelijk zouden willen leven (Veehof, Schreurs, Hulsbergen en Bohlmeijer, 2010). Een rigide opvatting als “wanneer de pijn niet vermindert is mijn leven waardeloos en kan ik niets meer” kan namelijk bijdragen aan ervaren hopeloosheid en het verlies van controle in het kunnen vormgeven aan het eigen leven. Middels het observerende zelf (zelf-als-context) en het proces van cognitieve defusie wordt getracht iemand te bevrijden van dit geconceptualiseerde zelf, waarin *distressing* inhoud van private ervaringen en fusering met maladaptieve opvattingen over het zelf iemand bepalen. Dit is overeenkomstig met het ontkrachten van bepaaldheid en waardoor ruimte wordt gemaakt voor een alternatief verhaal. Door vervolgens te exploreren hoe iemand zich zou willen presenteren en wat er werkelijk toe doet in het leven, wordt de weg vrijgemaakt voor toewijding aan een nieuwe levenskoers.

Deze ACT- benaderingswijze kenmerkt zich door het willen optimaliseren van psychologische flexibiliteit en waarbij de vraag rijst in hoeverre dit de lading van het concept ‘agency’ dekt, een veelgebruikte uitkomstmaat bij de constructie van therapieverhalen en waarmee betekenis wordt toegekend aan de narratieve identiteit. Wanneer voor een operationalisatie van het concept ‘agency’ wordt gerefereerd aan de publicatie van Adler, Skalina en McAdams (2008), dan verwijst het naar de mate waarin iemand de overtuiging heeft situaties te kunnen overwinnen die een bedreiging vormen voor het zelf, met als gevolg dat het gevoel van macht en zelfsturing verder worden bekrachtigd wanneer iemand wordt blootgesteld aan negativiteit. Deze betekenisgeving is omstreden wanneer dit wordt toegespitst op chronisch pijnpatiënten. Wanneer immers blijkt dat de ontregeling van het pijnmodulerende systeem niet geheel kan worden teruggedraaid en de kans bestaat dat mensen blijvend worden blootgesteld aan dit lichamelijk ongemak, dan is het zaak om in te zien dat bepaalde ervaringen misschien niet kunnen worden overwonnen maar wel aanvaard. In vergelijking met ‘agency’ lijkt er bij psychologische flexibiliteit dan ook meer aandacht uit te gaan naar acceptatie van hetgeen onveranderbaar is. Toch lijkt het misplaatst om een scherpe scheidslijn tussen beide begrippen aan te brengen. Zo beschrijft White (1997, p. 149-150) dat ‘agency’ kan worden opgevat als de mate waarin mensen een gevoel van meesterschap ervaren en waarmee ze zichzelf in staat achten om op actieve wijze het eigen leven vorm te geven door “de capaciteit om ontwikkelingen in het eigen leven te beïnvloeden volgens de eigen doelstellingen en in die mate dat verkozen resultaten voortgebracht kunnen

worden”. Uit dit citaat kan niet worden opgemaakt dat er geen ruimte is voor negatieve private ervaringen, maar wel dat iemand zijn eigen levenskoers kan bepalen. Vanuit deze invalshoek bekeken lijken ‘agency’ en psychologische flexibiliteit elkaars verlengstuk, omdat het mensen in staat stelt ondanks ongemak toch vast te houden aan een waardevol leven.

1.4 Onderzoekslocatie: pijnrevalidatie Roessingh

Sinds 2007 wordt ook in revalidatiecentrum Roessingh (RCR) gewerkt met ACT in de behandeling van patiënten met chronische pijn. Pijnrevalidatie is bedoeld voor mensen die langer dan drie maanden pijn hebben en/of zeer vermoeid zijn en waarbij verdere medische behandeling niet meer mogelijk is. Veelal hebben deze mensen veel verlieservaringen opgedaan in verschillende levensdomeinen en weten ze niet meer hoe invulling te geven aan een waardevol leven. Voor deze mensen biedt pijnrevalidatie uitkomst, aangezien het zich richt op het vergroten van zelfeffectiviteit en het opbouwen van fysieke- en mentale belastbaarheid in het leven met de klacht. Op de afdeling voor pijnrevalidatie wordt uitgegaan van het reeds uitgelegde biopsychosociale model van pijn en vermoeidheid. Klachten worden beschouwd als het resultaat van het samenspel tussen deze verschillende factoren, wat maakt dat gekozen is voor een integratieve aanpak in het streven naar herstel. Herstel dient daarbij niet te worden opgevat als het herstellen van ‘schade’ in termen van pijnreductie of het verminderen van vermoeidheid. Het gaat om het herstellen van capaciteiten en het maken van keuzes, waardoor mensen ‘op eigen kracht’ opnieuw invulling kunnen geven aan een waardevol leven.

Het biopsychosociale model wordt in de klinische praktijk van RCR vertolkt door behandelaars van verschillende disciplines. Een overzicht van het multidisciplinair behandelprogramma is opgenomen in bijlage 1 (Schreurs, 2012). In RCR blijken de effecten van ACT middelgroot tot groot wanneer wordt gekeken naar de voor- en nametingen onder revalidanten die deelnemen aan het driedaagse klinische groepsprogramma (Roessingh, z.d.). Kwantitatief wordt onderbouwd dat het dagelijks leven van revalidanten na de behandeling minder sterk wordt beïnvloed door pijn, dat de stemming wat is verbeterd en dat de stress van het leven beter gehanteerd kan worden. Tevens blijkt de intensiteit van pijn af te nemen, wat een gunstig bijeffect is van een behandeling die in eerste instantie niet is gestoeld op pijnvermindering. Noemenswaardig is het gegeven dat de effecten kleiner zijn, weliswaar nog steeds substantieel, bij de nameting drie tot zes maanden na de behandeling.

1.5 Huidig onderzoek

Tot op heden is het kwalitatieve onderzoek naar de werkzame bestanddelen van ACT gering, doordat slechts enkele studies inzicht geven in de belevingswereld van de patiënt ten aanzien van het leren leven met pijn gedurende en kort na afloop van de behandeling. Dit onderzoek vormt dan ook een aanvulling op de bestaande onderzoekstraditie, met als doel inzicht te krijgen in hoe de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit van de revalidanten verloopt wanneer hen wordt gevraagd naar (leer)ervaringen op het gebied van acceptatie, waardegerichte actie en hoe zij het geleerde toepassen. Toepassing maakt echter geen onderdeel uit van de oorspronkelijk drie hoofdprocessen die in ACT worden onderscheiden, namelijk; mindfulness, acceptatie en toegewijde actie (Harris, 2009). Zoals reeds toegelicht in de beschrijving van de hexagoon, kan mindfulness echter worden opgevat als een voorwaarde scheppende conditie om acceptatie en toegewijde actie te realiseren. Aangezien het in de behandeling gaat om het realiseren van gedragsverandering, waarin al dan niet elementen van acceptatie en toegewijde actie kunnen worden teruggevonden, is er in deze studie voor gekozen om de subschaal toepassing te includeren in het in kaart brengen van de ontwikkeling in psychologische flexibiliteit.

In dit onderzoek wordt stilgestaan bij wat revalidanten leren en ervaren tijdens de acht weken durende therapie. Vervolgens wordt, zes weken na afloop van de behandeling, de revalidanten gevraagd hoe zij hun eigen ontwikkeling tijdens de gehele behandeling vanaf de intake tot aan heden hebben beleefd. Hierdoor kan de constructie van het eigen verhaal ten tijde van de therapie worden vergeleken met de retrospectieve evaluatie. Tijdens dit proces van terugblikken is er ook aandacht voor de contextverschuiving die heeft plaatsgevonden, namelijk van kliniek naar thuis.

Uit eerdere kwalitatieve studies onder pijnrevalidanten in Roessingh is gebleken dat de mate van psychologische flexibiliteit gedurende de therapie toeneemt, maar dat het afneemt tussen de laatste behandelweek en het follow-up interview zes weken later – weliswaar nog steeds met een toename in psychologische flexibiliteit wanneer dit wordt vergeleken met de beginconditie van de revalidant in de eerste behandelweek (Weiss, 2010; Tammes, 2010). Dit maakt het enerzijds interessant om na te gaan of deze bevinding ook kan worden onderbouwd door vervolgonderzoek. Anderzijds is deze vraag van belang om na te gaan hoe het proces van acceptatie en toegewijde actie zich voortzet wanneer mensen niet meer op therapeutische basis worden ondersteund en op welke manier het geconstrueerde therapieverhaal daarbij van kracht is.

Deze studie is beschrijvend van aard en bedoeld als eerste stap in het blootleggen van

de empirische relatie tussen de narratieve reconstructie van de genoten therapie en de ontwikkeling in psychologische flexibiliteit. Een relevant thema voor pijnrevalidatie in de klinische praktijk, waarin naast het werken aan herstel ook het behoud hiervan dient te worden geoptimaliseerd en wat terugvalpreventie tot een onontbeerlijk aandachtspunt maakt.

1.6 Vraagstelling

Hoofdvraag:

Hoe verloopt de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit bij vier patiënten met chronische pijn, daarbij aandacht hebbende voor het proces van acceptatie, toegewijde actie en toepassing van geleerde principes?

Deelvragen:

- 1.)
 - a. Hoe verloopt deze ontwikkeling ten tijde van de acht weken durende semi-klinische behandeling?
 - b. Hoe verloopt deze ontwikkeling tussen de laatste behandelweek en het follow-up interview, wanneer de therapeutische context is komen te vervallen?
- 2.) In hoeverre kan de ontwikkeling in psychologische flexibiliteit ten tijde van de behandeling worden teruggevonden in het verhaal van retrospectieve evaluatie, ofwel wanneer de patiënt terugblijkt op de eigen ontwikkeling?
- 3.) In hoeverre is er sprake van overeenkomsten dan wel verschillen wanneer de ontwikkeling in psychologische flexibiliteit van de revalidanten wordt vergeleken?

Methode

2.1 Participanten

In de pijnkliniek van revalidatiecentrum Roessingh worden semiklinische groepsbehandelingen aangeboden, wat inhoudt dat een groep van zes revalidanten gedurende acht weken van woensdag tot en met vrijdag in de kliniek verblijft. Overdag volgen zij therapieën onder begeleiding van een multidisciplinair team bestaande uit een revalidatiearts, een psycholoog, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een bewegingsagoog, een sociotherapeut, een creatief therapeut en een medewerker van arbeidsrevalidatie. De tussen gelegen dagen dat men thuis verblijft zijn bedoeld om te experimenteren met hetgeen aan leerprincipes is aangereikt. Op deze manier wordt inzichtelijk of gewenste gedragsveranderingen gerealiseerd kunnen worden en welke hindernissen daarbij al dan niet

een belemmerende werking hebben. In het werken aan herstel staat de ACT benaderingswijze centraal en waarbij het boek “Leven met Pijn” leidraad vormt (Veehof, Schreurs, Hulsbergen en Bohlmeijer, 2010).

Vier revalidanten namen deel aan het onderzoek, twee mannen en twee vrouwen. Allen hebben de Nederlandse nationaliteit, waarbij pijnrevalidant C oorspronkelijk afkomstig is uit Polen en sinds haar adolescentie in Nederland woont. Revalidant B is alleenstaand, de overige revalidanten zijn getrouwd en hebben kinderen. De leeftijd van de revalidanten loopt uiteen van 19 jaar tot 48 jaar (gem.: 37; S.D.: 13.29). Ook de aard van de klachten varieert, resulterend in uiteenlopende ICD-9 diagnoses. De revalidanten worden al meerdere jaren beperkt door pijn- en vermoeidheidsklachten voortvloeiend uit deze aandoeningen, uiteenlopend van zes tot elf jaar (gem.: 9.25; S.D.: 2.22). Voor een overzicht zie tabel 1.

De participanten hebben de gehele onderzoeksprocedure doorlopen, waarbij wekelijkse interviews gedurende de behandeling en een follow-up interview centraal stonden. Het derde interview met pijnrevalidant D duurde echter korter dan gepland.

Tabel 1: *Kenmerken van Participanten*

Revalidant	Sekse	Leeftijd	ICD-9 diagnose	Duur van de klacht [jaar]
A	Man	46	Chronisch pijnsyndroom, Carpaal Tunnel Syndroom	10
B	Vrouw	19	Scoliose	11
C	Vrouw	48	Fibromyalgie / myalgie niet gespecificeerd	10
D	Man	35	Lumbago	6

2.2 Procedure

Bij aanvang van de empirische studie is op willekeurige wijze een semiklinische behandelgroep geselecteerd, waarbij de vier deelnemers uit een groep van zes kwamen. Eén revalidant wilde niet deelnemen en de ander zag er kort voorafgaand aan het onderzoek vanaf. De gegevensverzameling vloeit voort uit de interviews die met revalidanten zijn gehouden en die met hun instemming zijn opgenomen met een voicerecorder. Alvorens in gesprek te gaan

met de revalidanten, hebben de onderzoekers zelf geoefend met het afnemen van interviews onder begeleiding van een deskundige op dit gebied. Vervolgens is besloten de interviews te laten starten vanaf de tweede behandelweek, dit vanwege de vele impressies die de eerste behandelweek met zich meebrengt. Revalidanten A en C werden gevolgd door de ene onderzoeker en revalidanten B en D door de andere onderzoeker. De interviews vonden op vaste dagen en tijdstippen plaats, waarbij revalidant A in gesprek ging bij aanvang van iedere nieuwe behandelweek en revalidant D bij afloop van iedere therapieweek. Met de overige twee deelnemers werd tussentijds in de behandelweek teruggeblikt. Deze indeling was afgestemd op het overige behandelprogramma van de deelnemers, opdat een zo goed mogelijke balans werd gevonden tussen mentale en fysieke inspanning. Wegens de beperkte belastbaarheid duurden de interviews gedurende de behandelweken 30 minuten, ze vonden plaats in een rustige gesprekskamer in de kliniek. In de laatste behandelweek duurden de interviews 45 minuten, omdat het reguliere vragenformat tijdens deze sessie werd uitgebreid met aanvullende evaluatieve vragen en verdiepende vragen over de waarden van de revalidant. Het follow-up interview vond bij drie van de vier deelnemers zes weken na afloop van de behandeling plaats en bij één deelnemer (C) na acht weken. Deze gesprekken duurden anderhalf tot twee uur en werden bij revalidanten A, C en D thuis gevoerd en bij revalidant B in een privacy gewaarborgde accommodatie van de Universiteit Twente.

Na afloop van het onderzoek zijn de revalidanten bedankt met een presentje en hebben zij per mail een overzicht toegestuurd gekregen over het verloop van hun eigen ontwikkeling.

2.3 Dataverzameling

Dit onderzoek behelst de beschrijving van vier gevalsstudies, waarin aandacht is voor de subjectieve beleving van de revalidanten ten aanzien van hun eigen ontwikkeling ten tijde en na afloop van de therapie. Om dit te kunnen realiseren is gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interviewformat in navolging van voorgaande onderzoeken (zie bijlage 2). Bij aanvang van ieder interview werd allereerst gevraagd hoe het de revalidant op dat moment verging, zodat inzichtelijk werd wat er op dat moment bij hem of haar speelt en onder welke gemoedstoestand het gesprek werd gevoerd. Vervolgens werd in ieder interview gestreefd naar het concretiseren van ten minste drie situaties waarin iemand reflecteert op wat hij/zij de afgelopen week heeft geleerd en ervaren. Naar aanleiding van hetgeen de revalidant aandroeg aan (leer)ervaringen werden situaties geëxploreerd volgens een aantal verdiepende vragen met als doel informatie te verkrijgen over de mate van acceptatie, toegewijde actie en toepassing van het geleerde.

Per revalidant hadden drie van de in totaal acht interviews een gewijzigd vragenformat, in die zin dat er ook aandacht was voor andere thema's naast de reguliere vragen. Zo was het eerste interview eveneens een eerste kennismaking tussen de onderzoeker en revalidant, werd nogmaals uitleg gegeven over de inhoud en het doel van het onderzoek en werd benoemd welke ethische voorwaarden daarbij van kracht waren (Bijlage 3). Daarnaast vond in het zevende interview een korte evaluatie van het behandelproces plaats, door de revalidant te laten benoemen wat hij/zij heeft geleerd en hoopt vast te houden (Bijlage 4). Gedurende dit gesprek zijn tevens de waarden van de revalidant verder geëxpliciteerd middels het waardenformulier en welke door hen ingevuld werd geretourneerd op de laatste dag van de behandelweek (Bijlage 4A). Tot slot stond het follow-up interview, naast het reguliere vragenformat, in het teken van een retrospectieve evaluatie (Bijlage 5). Dit met als doel om inzichtelijk te krijgen hoe mensen hun eigen ontwikkeling beschrijven en hoe zij de draad weer oppakken nadat de therapeutische ondersteuning is komen te vervallen.

2.4 Data-analyse

In totaal zijn er 32 interviews afgenomen en getranscribeerd en waarna de onderzoekers afzonderlijk van elkaar de ruwe data van alle vier de revalidanten hebben doorgenomen om vervolgens per revalidant de besproken situaties van iedere behandelweek te selecteren. Doordat iedere situatie volgens standaardvragen is uitgediept, bleek het eenvoudig om het begin en einde van een situatie te markeren. Op deze manier is er volledige overeenstemming gekomen over welke tekst wordt opgenomen voor verdere analyse en welke tekst als randtekst wordt beschouwd en niet meeweegt in het bepalen van de mate van psychologische flexibiliteit. Deze randtekst fungeert eerder als achtergrondinformatie en als contextueel kader om hetgeen in de aangehaalde situaties wordt verteld te verduidelijken. Om vervolgens een systematisch overzicht te kunnen krijgen zijn alle situaties voorzien van een code en een naam die refereert aan de essentie van die situatie, ofwel wat hetgeen is dat men heeft geleerd en ervaren.

Oorspronkelijk was de verwachting op deze manier 96 situaties (32x3) te kunnen onderscheiden. Daarentegen zijn er in totaal 97 situaties geselecteerd, dit omdat het aantal geëxploreerde (leer)ervaringen gedurende een gesprek soms meer dan drie situaties behelsde en soms minder wanneer de tijd dit niet toeliet. Bij revalidant A vond er geen uitzondering op de regel plaats. Bij revalidant B zijn er in het vierde interview (vijfde behandelweek) vier situaties besproken, bij revalidant C zijn er in het derde en vijfde interview (respectievelijk behandelweek vier en zes) vier situaties geselecteerd en bij revalidant D is er in het derde

gesprek (behandelweek 4) slechts één leerervaring besproken wegens meneer zijn verlate deelname en in het zevende gesprek (behandelweek 8) waren dit er twee.

De daaropvolgende fase van analyse stond in het teken van het scoren van de geselecteerde situaties, waarbij de drie geoperationaliseerde subschalen van psychologische flexibiliteit (acceptatie, toegewijde actie, toepassing) op een drie-puntsschaal zijn gescoord en waarbij score 1 is toegekend wanneer iemand er niet in slaagde om de ACT concepten in te brengen in de praktijk van alledag en score 3 aangeeft dat iemand hier bijna of volledig in slaagde (zie bijlage 6). Indien er geen score kon worden toegekend aan genoemde subschalen, dan kreeg dit de score 999 en werd dit niet meeberekend in de uiteindelijke uitkomstmaat van de behandeling. Per behandelweek werd de psychologische flexibiliteit namelijk vastgesteld door het gemiddelde van de drie afzonderlijke scores van het totaal aantal situaties te berekenen. Alvorens dit te kunnen realiseren is er een eerste codeerronde georganiseerd, waarin twee complexe interviews zijn uitgekozen en de onderzoekers deze afzonderlijk van elkaar hebben gescoord. Tevens heeft een onafhankelijk deskundige de situaties beoordeeld en waarna er een gezamenlijke discussie plaatsvond over de interpretatie van situaties en welke scores toe te kennen opdat er uiteindelijk overeenstemming werd bereikt. Vervolgens zijn de onderzoekers een eerste officiële ronde afzonderlijk van elkaar gaan coderen door de eerste twee interviews van iedere revalidant te bestuderen. De interbeoordelingsbetrouwbaarheid van deze codeersessie bleek 0.52. Kortom, onvoldoende betrouwbaar om de rest van het codeermateriaal op te splitsen tussen de onderzoekers. Dit heeft ertoe geleid dat uiteindelijk alle interviews door beide onderzoekers afzonderlijk zijn gecodeerd. Bij verschil aan interpretatie werd er al snel overeenstemming bereikt, doordat de toegekende scores van beide onderzoekers op basis van dezelfde argumentatie al vaak dicht bij elkaar lagen en maximaal 1 punt verschilden. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in 100% overeenstemming in de toegekende codering. Tot slot zijn de behaalde scores omgezet in een grafische weergave, waardoor de ontwikkeling van iedere revalidant inzichtelijk wordt op de afzonderlijke subschalen acceptatie, toegewijde actie en toepassing en wat tezamen leidt tot de uiteindelijke weergave van groei in psychologische flexibiliteit.

De kwalitatieve analyse is opgebouwd uit een aantal stappen, wat uiteindelijk heeft geresulteerd in de casusbeschrijvingen. Allereerst zijn de persoonskenmerken en aard van de klachten in kaart gebracht. Daarbij gaat aandacht uit naar factoren die een rol spelen in de kwetsbaarheid voor, het ontstaan van en het in stand blijven van pijn en vaak bijkomende vermoeidheid. Vervolgens is de grafische weergave van de ontwikkeling beschrijvend toegelicht door de behandeling op te splitsen in drie analysemomenten, namelijk: aanvang van

de behandeling bestaande uit behandelweek 1 t/m 3, midden van de behandeling in week 4 t/m 6 en tot slot de laatste twee behandelweken. Bij het selecteren van uitspraken van revalidanten is getracht een representatieve onderbouwing te geven van de progressie, de stagnatie dan wel terugval die zij op dat moment doormaakten en die wordt teruggevonden in de grafische weergave. Daarbij is tevens gelet op terugkerende thema's in de uitspraken van de revalidant, dilemma's die een leven met pijn vaak bemoeilijken en waar zij beter mee willen leren omgaan. Dezelfde werkwijze is ook gehanteerd bij het in kaart brengen van de eindconditie van de revalidant ten tijde van het follow-up. Naar aanleiding van dit slotinterview zijn ook de antwoorden op verdiepende vragen gebruikt om weer te geven hoe de revalidant terugblijkt op de eigen ontwikkeling en wat de therapie daarbij voor hen heeft betekent. Hierdoor kon iedere casus worden besloten met een kort overzicht waarin de verhaallijn ten tijde van de behandeling wordt vergeleken met de retrospectieve evaluatie. Tot slot zijn de individuele verhalen met elkaar vergeleken op verschillen en overeenkomsten.

3. Resultaten

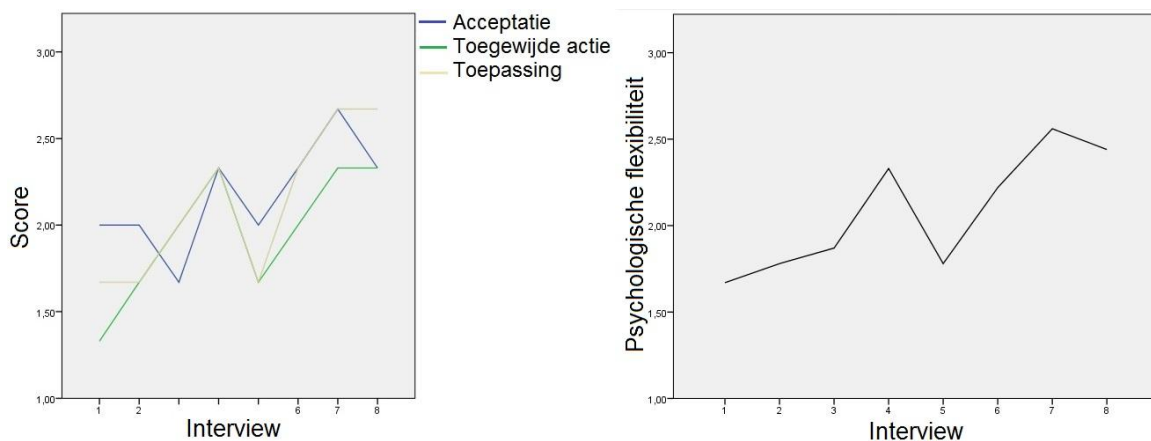
3.1 Aron: hollen noch stilstaan, de kunst van het aanvaarden

Aron is 46 jaar, getrouwd en heeft drie kinderen van 15, 13 en 9 jaar oud. Zijn kinderen zijn bekend met ADHD- en PDD NOS problematiek, waarbij hij aangeeft zelf ook moeite te hebben met een prikkelgevoelige omgeving en de behoefte te hebben aan plannen en structuur. Momenteel vormen de pijnklachten aan met name de polsen en handen als gevolg van het Carpaal Tunnel Syndroom een prominente rol. Tevens heeft meneer last van voortdurend aanwezige vermoeidheid en ook astmatische klachten die al op kinderleeftijd opspeelden. Een operatie en uiteenlopende paramedische therapieën hebben de pijnklachten niet blijvend kunnen verlichten. Momenteel werkt meneer halve dagen bij het bedrijf waar hij ruim 20 jaar werkzaam is en waar handmatig printplaten worden vervaardigd. In 2011 kreeg hij een burn-out, waarna hij in 2012 op therapeutische basis is gaan re-integreren. Het steeds maar moeten inleveren in het functioneren op zijn werk, vormde voor hem hoofdzakelijk de aanleiding om het pijnrevalidatieprogramma in Roessingh te doorlopen.

Wanneer de begin- en eindconditie van meneer met elkaar wordt vergeleken ten tijde van de behandelperiode in de kliniek, dan valt op dat hij op alle drie de subschalen een positieve groei heeft doorgemaakt (Figuur 2). Bij aanvang van de therapie wordt het hoogst gescoord op acceptatie en tegelijkertijd is het deze schaal waarbij de ontwikkeling het meest gedifferentieerd verloopt. Op het gebied van toegewijde actie en toepassing van het geleerde

verloopt de ontwikkeling grotendeels progressief. In tegenstelling tot acceptatie weet Aron de behaalde stevigheid op het gebied van toegewijde actie en toepassing van het geleerde ook na de therapie vast te houden. Gedurende de behandeling waren terugkerende thema's het leren stilstaan bij zichzelf en vroegtijdig leren anticiperen op signalen die aangeven dat het lijf om begrenzing vraagt; het leren begrenzen op zijn werk en bewust keuzes maken in interactie met de omgeving; het leren uiten van emoties.

Figuur 2. Ontwikkeling in psychologische flexibiliteit revalidant A



Beginconditie. Aron beschrijft zichzelf als iemand die “geen rem en zittend gat” heeft. Graag zou hij meer innerlijke rust willen ervaren, wat hij hoopt te bereiken met de aangereikte bewustwordingsoefeningen. Toch blijkt dat het naar binnen richten van de aandacht gepaard gaat met ervaren ongemak en wat hij moeilijk vindt te uiten: “Ja, dan komt toch weer die emotie naar boven. Ik denk dat dat inderdaad een beetje verdriet of droevig is. Ja, je moet wel je ik aan de buitenwereld laten zien om het zomaar te zeggen, en ja, je hebt natuurlijk die trots. [...] Over jezelf praten, dat kan ik absoluut niet. Heel lastig”.

Waarom Aron het lastig vindt om te praten over zijn binnenwereld wordt in het daaropvolgende gesprek inzichtelijk, wanneer wordt gereflecteerd op de dagen thuis voorafgaand aan de derde behandelweek en waarbij hij van de psycholoog de opdracht kreeg om stil te staan bij situaties die hem raken en te kijken hoe deze gevoelens te uiten. Het volgende citaat illustreert het dilemma van meneer, waarin verschillende beweegredenen worden aangevoerd om zijn kwetsbaarheid al dan niet te tonen: “Ik kan niet hebben dat mensen met mij medelijden hebben. Ik ben selfsupportive in bijna alles en de laatste tijd gewoon minder en dat doet me pijn. [...] Dat is voor mij nu een heel belangrijk stuk, dat stukje emotie. Dat leren loslaten, want anders kan het misschien bijdragen aan het opbouwen van meer klachten. Ik ben geneigd alles aan te vechten, maar als het bijvoorbeeld een

stressfactor op kan wekken, dan moet ik het volgens mij juist uit de weg gaan. Een stukje emotie moet ik niet uit de weg gaan.”

Aron geeft op het waardenformulier aan het belangrijk te vinden je naasten lief te hebben, er voor elkaar te zijn en elkaar te steunen opdat er een sterke band van genegenheid en vertrouwen ontstaat. Niet meer met elkaar praten beschrijft meneer als een mogelijke belemmering in het kunnen nastreven van deze waarde. Bovenstaande conversatie onderschrijft daarmee het belang van het kunnen uiten en delen van het gevoelsleven. Tegelijkertijd heeft meneer de gedachte dat wanneer hij deze emoties niet ventileert, dit kan bijdragen aan klachttoename. Deze tweestrijd is kenmerkend voor meneer zijn zienswijze. Hij wil de oplossing voor zijn klachten niet langer extern zoeken, maar meer in de bereidheid om met zichzelf aan de slag te gaan. Toch hoopt hij dat het opvolgen van bepaalde gedragsregels, zoals het uiten van emoties, de ontregeling kan terugdraaien.

Noemenswaardig is dat Aron zich niet laat remmen door de pijn, maar de functie van zijn gedrag is bij aanvang van de behandeling met name extrinsiek gemotiveerd. Dit komt ook tot uiting in de gehoorzame wijze waarop hij de gegevens opdrachten in de behandelweken uitvoert: *“Ik ken eigenlijk alleen maar de tijd en netjes doen wat er gevraagd wordt. [.....] Een beetje stoerheid en van niet laten kennen, doorgaan.”*

Midden van de behandeling. In de vijfde behandelweek beschrijft Aron een periode van persoonlijke groei en waarbij hij op alledrie de subschalen een eerste piek bereikt. Opmerkelijk is dat zijn pijnklachten zijn toegenomen, maar in plaats van hiertegen te vechten lijkt hij op actieve wijze te strijden voor meer kwaliteit van leven door te zoeken naar alternatieve manieren om invulling te geven aan dat wat inspireert. Hij geeft aan de dagelijkse dingen zoveel mogelijk te blijven doen, ondanks pijn en klachten: *“Je wilt graag door met de pijn. [.....] Elke keer verlegde ik die pijn, nu heb ik zoiets van ‘die grens is er, die weet ik nu’. Maar de vraag is nu ‘wat kan ik daar nog mee?’ Dus ik heb een ander baantje geritseld op het werk. Ik had een andere functie kunnen hebben, maar die heb ik laten schieten. Dat had me nog meer stress gegeven.”*

In de zesde behandelweek experimenteert Aron met rusten tussen de activiteiten door, maar hij is nog zoekende naar de juiste balans tussen in- en ontspanning. Hij maakt wederom een terugval in klachten door, maar dit maal lijken zijn acties weer meer gericht op het experimenteren met nieuwe gedragsregels in de hoop dat verergering van klachten kan worden voorkomen: *“Ik hoopte dat door te bewegen, door te volleyballen, het weg zou vloeien. [.....] Ik hoopte daardoor dat ik een betere bloedsomloop in die schouder of arm kreeg en de pijn weg ging en de activiteit mij ontspande. Helaas niet gebeurd, het zit er nu*

nog.”

Einde van de behandeling. De laatste twee behandelweken maakt Aron een periode van groei door, waarbij hij het geleerde in de kliniek ook probeert toe te passen op andere levensdomeinen. Zo is hij weer begonnen met werkhervatting voor twee ochtenden per week. Aron geeft op het waardenformulier aan dat hij op het gebied van werk het belangrijk vindt om mee te doen in de maatschappij, om iets te vervaardigen in samenwerking en in goede omgang met collega's. Uiteindelijk om zich *“nuttig te voelen, een sociale band te delen en trots kunnen zijn”*. Geen goede verhouding hebben tussen arbeid en rust en niet luisteren naar lichaamssignalen, benoemt hij als mogelijke hindernissen in het leven naar deze waarde.

Wanneer Aron in de laatste behandelweek terugblijkt op zijn eigen ontwikkeling dan sluit hij af met onderstaand inzicht. Duidelijk wordt dat hij wil voorkomen dat de pijn opnieuw in zijn leven op de voorgrond treedt. Indien zich hindernissen voordoen dan hoopt hij vast te kunnen houden aan zijn behaalde stevigheid door nieuw aangeleerde gedragspatronen: *“Nou als de pijn maar hetzelfde blijft zoals het nu is, dan zou ik daar heel goed mee kunnen leven denk ik, niet elke dag, maar wel beter dan voorheen. Enne, dit [behandeling Roessingh; DV] was dan zo 'n stop om het zo even te zeggen. Kijk dat ik terugval is al best wel duidelijk en dat het af en toe best even spannend wordt, maar dan hoop ik wel dat ik het in mijn onderbewustzijn heb zitten van oke, gewoon even ademhalen, even rust, even bedenken van wat is de situatie en dan kijk je weer even naar binnen met die mindfulness of weer even stilzitten op die stoel en helemaal niks doen.”*

Follow-up. Zes weken na de behandeling slaagt Aron er nog steeds in om de ergonomisch aangeleerde gedragsregels te blijven implementeren in het dagelijks leven. Hij geeft aan sinds de behandeling bewuster van zichzelf en zijn klachten te zijn geworden en meer aandacht te hebben voor doseren. Dit vertaalt zich op de werkplek in de eigen werkzaamheden af te bakenen door te begrenzen naar anderen of zaken naar hen te delegeren. Hoewel meneer aangeeft te zijn veranderd door het verblijf in de kliniek, lijken collega's weinig zicht te hebben gehad op dit proces. Hij vindt het een moeizame confrontatie steeds te moeten verantwoorden waarom hij vooralsnog op therapeutische basis werkt: *“Ja, het vervelende is eigenlijk dat iedereen [.....] verwacht dat ik gewoon op hetzelfde patroon doorga. Op mijn werk is dat, thuis niet, dat ik mensen echt moet heropvoeden, of in elk geval moet vertellen en laten zien dat ik toch echt anders in elkaar steek dan dat ik ervoor heen ging”*. De vrouw van Aron, die gedurende het follow-up interview ook even kort deelneemt aan het gesprek, geeft te kennen dat het vervallen in oude gedragspatronen op de loer ligt: *“Doorgaan vind je te makkelijk, grenzen stellen te moeilijk”*. Aron erkent deze persoonlijkheidstrek en wat hem nog

geregeld uit evenwicht brengt: *“Eigenlijk val je weer een beetje terug in je patroon en dan moet je er weer uit zien te komen. [.....] Ja, dat vind ik heel lastig. Ja, omdat je toch weer normaal wilt zijn en normaal mee wilt doen en dat wel steeds meer blijkt dat het normale tussen twee haakjes er steeds meer af is.*

Het veilige geruststellende klimaat van de therapeutische context is komen te vervallen en Aron wordt blootgesteld aan het werkelijke leven waarin het een strijd is om vast te houden aan het geleerde en dicht bij zichzelf te blijven. De eisen die hij zichzelf stelt en de verwachtingen die de omgeving van hem heeft, vallen niet naadloos te verenigen met waar hij op het gebied van zelfbehoud goed aan denkt te doen. Hij heeft dan ook veel moeite gehad met het behouden van de fysieke- en mentale stevigheid kort na het verlaten van de kliniek. Hij verklaart dit doordat het revalidatieprogramma voor hem geen representatieve weergave vormt van de dagelijkse praktijk: *“Bij het Roessingh hebben ze het gewoon goed met je voor, maar er is zoveel, dat nu is veranderd. [.....] Ik kwam daar eigenlijk veel fitter uit doordat er zoveel rustpunten waren, veel te lange rustpauzes, maar dat krijg je in je dagelijks leven heel moeilijk voor elkaar.”*

Retrospectieve evaluatie

Meneer heeft zich lange tijd vereenzelvigd met een persoon die dienstbaar en behulpzaam is; iemand die moeilijk nee kan zeggen en anderen niet wil teleurstellen; iemand die altijd maar doorgaat, want iets niet kunnen dat bestaat niet. Hierdoor overvroeg hij zichzelf vaak, waardoor het lichaam ging protesteren middels symptomen als pijn en vermoeidheid. Het werd voor meneer de uitdaging om op zoek te gaan naar een nieuw evenwicht, waarbij de door hem zelf geformuleerde term zelfbehoud centraal stond. Het gevecht met de discrepantie tussen de ‘oude ik’ en ‘nieuwe ik’ vormde leidraad in de ontwikkeling in psychologische flexibiliteit ten tijde van de behandeling. Hoe luister je naar je lichaam door soms noodgedwongen gas te moeten terugnemen en voorkom je tegelijkertijd jezelf te verliezen door alsmaar te moeten inleveren? Deze vraagstelling schetst het dilemma waarmee Aron nog dagelijks in gevecht is en waardoor acceptatie een precair proces blijft. Dit komt met name tot uiting op het gebied van arbeid: *“Stukje acceptatie vind ik nog moeilijk. Dat je toch minder goed inzetbaar bent voor jezelf en minder goed presteert dan je moet. Dat levert frustratie en verdriet op. Het gevoel dingen in te moeten leveren. Ik ben altijd positief ingesteld geweest en ja, toch zie je sommige dagen wel veel donkerder in om het zo maar te zeggen. [Meneer huilt; DV], Ja, dat vind ik wel heel lastig. Ik mag toch graag een stukje vooruit kijken en dat zit er niet in”.* Acceptatie verliep gedurende de behandeling het meest gedifferentieerd. Dit is ook

in de verhaallijn van Aron terug te vinden na afloop van de behandeling. Hij benoemt tijdens het slotinterview het moment, behandelweek drie en vier, dat hij een toename in klachten ervoer en zich destijds afvroeg of hij er wel goed aan deed om de behandeling voort te zetten. Hij besloot door te gaan en hoewel de klachten toenamen, bleek het proces van acceptatie daardoor niet te stagneren. Daarentegen blijkt gedurende de retrospectieve evaluatie dat meneer de chroniciteit van zijn klachten lastig vindt te aanvaarden: *“Het heeft niet de hoofdrol om het zo maar te zeggen, maar het verziekt wel een behoorlijk deel vind ik en nog steeds”*.

Hoewel pijn en vermoeidheid nog altijd een prominente rol vervullen in het dagelijks leven van Aron, heeft de therapie ertoe bijgedragen dat hij hier nu op een andere manier mee omgaat. Hoewel de angst voor baanverlies zowel gedurende als na afloop van de behandeling een belangrijk thema voor meneer is, laat hij zich in zijn handelen minder leiden door deze angst. De therapie heeft volgens Aron dan ook hoofdzakelijk zijn *“zelfvertrouwen”* gevoed. In interactie met collega's durft hij te begrenzen ter behoud van zichzelf. Hij heeft het gevecht tegen de pijn losgelaten, waardoor hij niet langer wordt bepaald door hetgeen hij bij aanvang van de therapie als problematisch ervoer (*de-storying*). Hij bevindt zich echter nog in het proces van aanvaarding en de strijd om de kwaliteit van zijn leven te optimaliseren, waarmee invulling wordt gegeven aan nieuwe bepaaldheid. Hij is nog zoekende naar waar goed aan te doen, wanneer hij waar op moet inleveren zodat dit zich in winst uitbetaalt op een ander vlak. Dit maakt dat zijn gedrag deels gericht blijft op het vermijden of minimaliseren van iets onaangenaams. Desalniettemin beschouwt Aron de therapie als een periode van bewustwording en bezinning. Hij heeft zijn prioriteit in het nastreven van waarden verlegd naar een ander levensdomein: *“Ik stond nooit stil bij mezelf, alleen maar bij anderen eigenlijk.[.....].Eerst was het alleen maar het werk hè, het werk ging altijd voor zei ik altijd hè en dan kwam het gezin en daarna pas mezelf. En ja, het is nu eigenlijk mezelf, het is omgekeerd. Het is nu mijn gezin en dan pas mijn werk eigenlijk.”*

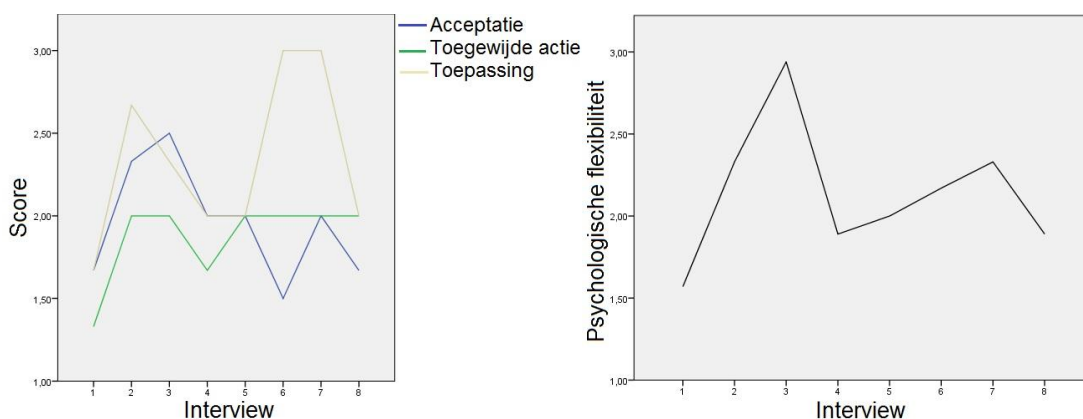
3.2 Bianca: heb me lief, ook al ben ik assertief

Bianca is 19 jaar en alleenstaand. Op 8-jarige leeftijd werd scoliose ontdekt. Er heeft nooit een operatieve ingreep plaatsgevonden, maar wel is zij altijd onder behandeling geweest bij uiteenlopende houding- en bewegingstherapeuten. De pijnklachten en vermoeidheid verergerden tijdens de stageperiode van haar MBO-opleiding maatschappij en zorg. Dit mondde uit in studievertraging. Bianca hoopt met het pijnrevalidatieprogramma te leren omgaan met de rol van pijn in haar leven, zodat zij zich weer kan richten op haar studieloopbaan.

Hoewel de klachten deels kunnen worden verklaard door een onderliggend somatisch substraat, spelen er ook klachtonderhoudende factoren op psychosociaal vlak en in persoonskenmerken gelegen. Bianca's jeugd was niet zorgeloos, wat haar meer kwetsbaar heeft gemaakt in het omgaan met stressvolle situaties. Ze werd gepest en had weinig vrienden. Thuis was zij enig kind en maakte zij zich zorgen om de zorgen van haar ouders, waarbij moeder psychische problemen had. Bianca kreeg psychosomatische klachten waarna zij begeleiding ontving van de KOP-groep, Kinderen van Ouders met Psychische klachten. Een beschermende factor vormde haar hobby wedstrijd ponyrijden. In haar leven heeft ze altijd veel gedaan op wilskracht en vanwege het verlangen om gezien te worden. Haar handelen heeft een perfectionistische inslag, waarbij ze geneigd is in een activiteit door te gaan terwijl het lijf om begrenzing vraagt. Aandachtspunten gedurende de behandeling waren dan ook een goede energieverdeling zodat zowel onder- als overbelasting werd voorkomen; de communicatie met de omgeving over pijnklachten; assertief zijn, waarbij zowel eigen behoeften als grenzen worden aangegeven in de interactie met ouders en vrienden.

Uit de grafische weergave in figuur 3 kan worden opgemaakt dat de begin- en eindconditie van revalidante nagenoeg gelijk is, terwijl er gedurende de behandelweken veel differentiatie plaatsvindt tussen de subschalen. Bij aanvang van de therapie doet mevrouw meer uitspraken die duiden op acceptatie, en de bereidheid daartoe, dan dat er sprake is van toegewijd handelen. Al gauw komt er een kink in de kabel, met als dieptepunt de voorlaatste behandelweek. Daarentegen blijft het verloop op de subschaal toegewijde actie vrijwel constant gedurende het verblijf in de kliniek. Daarnaast lukt het mevrouw in eerste instantie gedeeltelijk het geleerde toe te passen en later volledig, maar wanneer zij de kliniek verlaat daalt deze score tot overeenkomstig met de beginconditie.

Figuur 3. Ontwikkeling in psychologische flexibiliteit revalidant B



Beginconditie. Bianca is gevoelig voor een mogelijk kritisch oordeel van haar omgeving, waardoor ze wil voldoen aan de verwachtingen van anderen en ze geneigd is zichzelf te overvragen. Het in behandeling zijn bij Roessingh vormt een legitiem excuus om te experimenteren met nieuw gedrag. Ze vindt het namelijk lastig om haar grenzen aan te geven aan vrienden. Ze wil er voor hen zijn en hecht waarde aan wederkerigheid in de relatie, maar dit vereist dat ook zij investeert ondanks klachten: *“Je kunt er ook niet voor je vrienden zijn, je wilt gewoon alles kunnen wat hun ook kunnen. Ja, frustratie en machteloos. [.....]Ik kan moeilijk iedereen afbellen en dan verwachten dat ze mij steunen”*. Toch blijkt dat het oefenen met een assertieve opstelling niet onmiddellijk leidt tot begrip en waardoor zowel de omgeving als zichzelf ontregelt: *“Ze flipte totaal en er knapte gewoon iets in mij. Ik was ook helemaal boos en daar schrok zij wel van. [.....] Ik ben ook overspannen geweest, dus dan wordt mij dat allemaal teveel. Alsof alles en iedereen aan mij trekt [.....] Dan voel ik me heel leeg.”* Bianca is bang afgewezen te worden en waardoor zij geneigd is zich in haar keuzes te laten leiden door deze angst en daarbij komende gevoelens van schuld, schaamte, boosheid en verdriet. Toch lukte het in deze situatie om voet bij stuk te houden en zich vast te houden aan het voornemen om naar haar pony te gaan. Door de klachten heeft zij het dier niet de zorg kunnen bieden die het nodig heeft, terwijl haar bestaan veel betekenis voor haar heeft en op sommige momenten zelfs de waarde van contact met vrienden overstijgt: *“Zo ’n zaterdagavond verspil ik eigenlijk een beetje door in de stad te staan. Terwijl ik ook op de zondag met volle energie naar mijn pony kan. Ik wil daar gewoon wedstrijdmatig mee bezig, daar heb ik nog gewoon de energie niet voor. Ik ben er mee opgegroeid, toen ik helemaal geen vrienden meer had niks. Ik heb het beestje zelf beleerd, samen met mijn vader nog uiteindelijk voor de koets beleerd.”*

Midden van de behandeling. Naarmate de behandeling vordert ervaart Bianca meer pijn, waardoor voor haar de noodzaak stijgt om ermee te leren omgaan. In haar uitspraken klinkt door dat ze aansluiting vindt bij de theoretische grondslag van de ACT-behandelvisie en welke ze ook probeert uit te dragen in de interactie met haar omgeving. Haar eigen situatie zou analoog zijn aan die van haar moeder en waardoor ze de confrontatie met haar ouders aangaat middels de uitspraak *“Pijn heb je , maar je moet ook verder, waar leef je eigenlijk voor?”* Opnieuw schiet ze in de zorgrol en kijkt ze met lede ogen aan hoe de leefwereld van haar moeder inkrimpt, die ook de nodige fysieke en psychische beperkingen heeft. Bianca hoopt dat wanneer haar moeder een brommobiel krijgt, ze er samen meer op uit kunnen gaan. In een confrontatie met vader wordt inzichtelijk hoe graag Bianca wil dat haar moeder leuke dingen met haar doet, dat er enerzijds de angst is om haar te verliezen en anderzijds er

boosheid is om het gemis van dat wat niet is geweest: *“Mijn vader maakte zo ’n opmerking van ja, als je [moeder; DV] zo ’n brommobiel hebt, doe je bijna nooit meer wat aan beweging en dan knap je straks zowat uit elkaar. [.....] Ik zei, heb je liever dat ze dan sterft van overgewicht, maar dat ze wel alle kanten op komt met die auto, dat ze wel een keer met mij wat kon doen of heb je liever dat ze hartstikke dun overlijdt, maar nooit wat kon doen?[.....] Ik wil ook gewoon een moeder-dochter band. Dat wil iedereen toch?”*

Bianca ervaart weliswaar ongemak door de lichamelijke pijn, maar het is voornamelijk de psychische lijdensdruk die voor ontregeling zorgt. Daar waar mevrouw de ACT-visie de eerste helft van de behandeling voornamelijk verbaliseert, merkt ze vanaf de vijfde behandelweek dat het daadwerkelijk handelen hiernaar moeilijkheden met zich meebrengt en waardoor acceptatie een precair proces blijkt: *“Ik ben daar nog lang niet, omdat ik me nu pas realiseer wat ik allemaal wel en niet kan en anders moet doen. Nu ik hier ben, word je echt met de neus op de feiten gedrukt en dat kan ik nog even niet handelen, ik zal ook nog steeds boos worden.”* Bij haar *“jongensvrienden”* en eigen *“krakkemikkige familie”* vindt ze het makkelijker haar eigen wensen en behoeften aan te geven dan richting haar vriendinnen. Ze wil haar gezondheid bewaken door te streven naar een verantwoorde energieverdeling, maar dit betekent dat ze op het gebied van vrije tijd en relaties zal moeten begrenzen. Uitgaan met vrienden of gezamenlijk een avondje kaarten zijn geen zorgeloze activiteiten die enkel plezier voortbrengen, maar constant is er de angst voor de mogelijk negatieve consequentie wanneer bekend wordt dat ze omwille van pijn vroegtijdig zal afhaken. Haar gedrag wordt bepaald door de vermoedelijke angst om niet meer door anderen gewaardeerd te worden in geval van toegenomen assertiviteit.

Einde van de behandeling. De laatste twee behandelweken kan Bianca weinig nieuwe leerervaringen benoemen, maar ze past wel steeds vaker en in meerdere situaties het geleerde toe. Dit geldt voor zowel ergonomische belastbaarheidsprincipes als het oefenen met een assertieve opstelling. Ze zou meer autonomie en keuzevrijheid ervaren, door vaker te doen wat haar goed dunkt los van een mogelijk oordeel van haar omgeving: *“Toch zeggen wat je wil, gewoon afwachten wat de ander zegt, niet invullen. Dus eh, ja, uiteindelijk is gewoon een keer de knop omgegaan van, nou ja, dan krijg ik maar een keer ruzie. Zo weet je ook wie je echte vrienden zijn.”* Hoewel mevrouw experimenteert met het geleerde en meer acties onderneemt in het verlengde van haar waarden, betekent dit niet vanzelfsprekend dat er gesproken kan worden van acceptatie in voltooid verleden tijd. Dit proces van aanvaarding is actueel en fluctueert, waarbij ze in de voorlaatste behandelweek gedachten en gevoelens schetst die zij moeilijk kan verkroppen: *“Ik word er wel ziek van, ik word ook echt misselijk*

en krijg hoofdpijn als ik last van mijn rug heb.[.....] Daar word ik wel echt heel boos van. [.....] Dan krijg je gelijk van die bliken en ook dat mensen zeggen van “wat ben jij saai”. Ja hallo, ik sta hier te vergaan!”

Follow-up. Bianca is zich sinds de behandeling meer bewust geworden van lichaamssignalen en dus ook van pijn. De pijnintensiteit is toegenomen, maar het interfereert minder met haar dagelijkse bezigheden en in het contact met anderen. Bianca heeft sinds kort weer haar studie hervat, waarbij ze zich nu pas realiseert dat dat veel van haar vergt. Ze is nog aan het experimenteren met het toepassen van een assertieve opstelling in deze omgeving, maar ze heeft er vertrouwen in dat het vasthouden aan de ergonomische belastbaarheidsprincipes geleerd in Roessingh haar helpt om uiteindelijk zichzelf startklaar te maken voor de overstap van het MBO naar het HBO: *“Omdat je het in een veilige wereld oefent, lukt het je ook in de ‘boze’ buitenwereld”*. Nu de behandeling is afgerond en de studie nog niet volledig van start is gegaan, ontbreekt echter een zinvolle daginvulling waardoor innerlijke onrust toeneemt. Mevrouw heeft dan ook weer een nieuwe afspraak gemaakt bij de maatschappelijk werker in de kliniek, want ze weet niet goed hoe hiermee om te gaan: *“Het neigt haast naar depressief worden of zo. Ik laat nu wel gaan hoe ik me voel, maar ik verveel me de hele dag en ik word gek. Als ik dat er continu uitlaat, kom ik echt in een spiraal. Dus nu heb ik zoiets van, voel het maar even niet, want dat is echt omdat ik niks te doen heb. Zometeen is dat weg!”* In eerste instantie lijkt het door mevrouw behaalde evenwicht in fysieke- en mentale belastbaarheid nog fragiel, aangezien ze de neiging heeft negatieve emoties te onderdrukken die er wel degelijk zijn. Tegelijkertijd getuigt het van flexibiliteit dat zij het ervaren ongemak beschouwt als een tijdelijke conditie die uiteindelijk van voorbijgaande aard zal zijn. Ze staat toe dat het er is, zonder dat het bepaalt wie ze is.

Retrospectieve evaluatie

Een terugkerend thema in het verhaal van Bianca is haar angst om niet meer door anderen gewaardeerd te worden in geval van toegenomen assertiviteit. Gedurende de behandeling heeft Bianca geleerd meer op te komen voor haar eigen behoeften en ook communiceert ze duidelijker. Weliswaar vindt ze het soms nog lastig en vreest ze een aansteller te worden genoemd door de omgeving. Terugblikkend heeft een ervaring bij de psychologieles rond behandelweek 5 veel indruk op haar gemaakt, waarna zij milder naar zichzelf en de mensen om haar heen is geworden. Er werd gesproken over belangrijke waarden en mevrouw gaf aan in de toekomst een goede moeder te willen zijn ondanks haar klachten. Wanneer de psycholoog vervolgens vraagt wat voor dochter ze wil zijn ontstaat een heftige reactie: *“Toen*

ben ik weggelopen, want ik kon niet meer. Ik begon echt te hyperventileren. Ik snapte ook niet waar het vandaan kwam. Toen heeft de maatschappelijk werker me ook leren huilen, dat was wel grappig. Ja, nee, maar gewoon, misschien ook dat. Het laten gaan, het is goed. Niet zo kritisch zijn.” Vanaf dit moment zag Bianca in dat haar lichamelijke pijn vaak een symptoom is van iets onderliggends, namelijk de pijn om het gemis van dat wat niet is geweest. Zoals reeds uiteengezet is dit overeenkomstig met uitspraken ten tijde van de behandeling in week 5. Vanaf die behandelweek ervaart ze dat acceptatie van onaangename private ervaringen moeilijker is dan gedacht. Op dat moment zou ze niet langer in verzet zijn, maar staat ze ongemakkelijke gevoelens meer toe. Opmerkelijk is dat revalidante deze ingrijpende gebeurtenis niet als een opzichzelfstaand keerpunt noemt in de aangehaalde situaties ten tijde van de therapie. Tevens lijkt er sprake te zijn van een terugval in acceptatie in de voorlaatste behandelweek, maar terugblikkend zou er volgens mevrouw juist een stijgende lijn hierin op te merken zijn vanaf het moment van haar paniekaanval. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de behaalde eindscore op de diverse subschalen is gebaseerd op de codering van situaties en niet op de informatie die vrijkomt uit de randtekst. In haar antwoorden op overige evaluatievragen, waarin wordt teruggeblikt op de ontwikkeling, wordt duidelijk dat mevrouw de ACT-visie wel degelijk heeft opgepikt en hier ook naar handelt: *“Doen wat je wilt doen, wat je belangrijk vindt, ondanks dat je pijn hebt. [.....] Ik vind het nog steeds wel heel moeilijk, maar ik kan er nu wel beter mee omgaan. Ik kan het accepteren”*.

3.3 Coby: van overmeesteren naar meesterschap

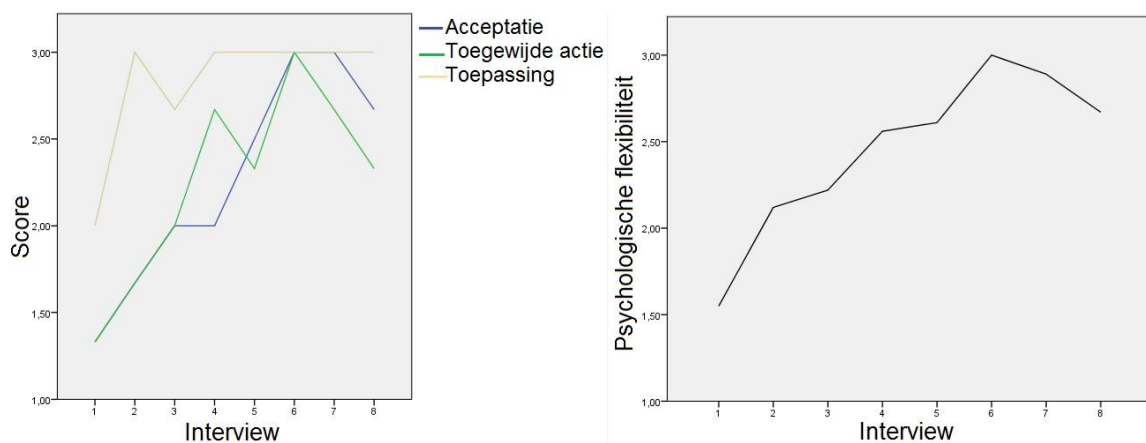
Coby is 48 jaar, getrouwd en heeft twee uitwonende dochters. In het dagelijks leven wordt ze gehinderd door diffuse pijnklachten en moeheid, geduid als fibromyalgie. Mevrouw is in 2011 ook al in behandeling geweest bij Roessingh, maar na afloop lukte het haar niet om de nieuw aangeleerde gedragsregels te blijven toepassen. De klachten en daaruit voortkomende beperkingen kregen opnieuw steeds meer invloed op het dagelijks leven. Als antwoord hierop is mevrouw in een intensiever behandeltraject ingestroomd, opdat er meer aandacht uitgaat naar klachtonderhoudende factoren op psychosociaal vlak en in persoonskenmerken gelegen.

Coby heeft een kwetsbare dispositie, ze kan moeilijk met stress omgaan en is geneigd zich dusdanig inschikkelijk en met zorg voor de ander op te stellen dat zij hier zelf aan onderdoor gaat. Tien jaar geleden ontstond langzaamaan een toename van klachten, nadat zij werd blootgesteld aan een ingrijpende gebeurtenis die haar lichamelijke integriteit aantastte. Vervolgens was haar strategie: ontkennen dat het lijf om begrenzing vraagt. Ze wilde zich niet klein laten krijgen. Dit gevecht mondde uiteindelijk uit in een periode waarin het lichaam

noodgedwongen bewegingsrestrictie oplegde. Coby kwam letterlijk stil te staan, waarna een depressieve episode volgde. Deze levensgebeurtenis vormde voor haar het vertrekpunt voor een andere levenskoers, waarbij zij het als noodzaak zag om te kiezen voor het bewaken van de eigen gezondheid in het contact met anderen. Leren zichzelf centraal te stellen en assertief zijn in de interactie met anderen vormen dan ook terugkerende thema's gedurende de behandeling.

Wanneer de begin- en eindconditie van Coby met elkaar wordt vergeleken ten tijde van de behandelperiode in de kliniek, dan valt op dat ze op alle drie de subschalen een positieve groei heeft doorgemaakt (Figuur 4). Bij aanvang van de therapie wordt het hoogst gescoord op toepassing van het geleerde en zowel gedurende als na afloop van de behandeling bereikt dit een maximale score. Daarentegen groeit de mate van acceptatie progressief gedurende de behandeling en waarbij deze groei kort stagneert halverwege en aan het einde van de behandeling. Een meervoudig patroon van terugval en weer oprabbelen komt tot uiting wanneer toegewijd handelen in ogenschouw wordt genomen. De voorlaatste behandelweek bereikt ze echter een piek op deze subschaal en lijkt doen wat ertoe doet hoofdzakelijk gestuurd te worden door intrinsieke motivatoren. Het lukt Coby echter niet deze stevigheid vast te houden tot in de laatste behandelweek en wanneer zij de kliniek heeft verlaten neemt het zelfs nog iets verder af.

Figuur 4. Ontwikkeling in psychologische flexibiliteit van revalidant C



Aanvang van de behandeling

“Ik voel aan mezelf dat ik me eigenlijk ook heel schuldig voel tegenover mijn eigen lichaam. Dat ik mijn lichaam ook een beetje heb verknoeid. Ik heb te veel gevegd van mezelf en natuurlijk die stressvolle situaties, ja, dat kun je niet voorkomen. Dat is mede de oorzaak wat

tot mijn ziek zijn heeft geleid. Absoluut, daar ben ik van overtuigd. Nare ervaringen met leidinggevend en zo hè, [mevrouw noemt ingrijpende gebeurtenis; DV], noem maar op, dat heeft me zo ziek gemaakt. Dat is ook de reden dat ik mensen een beetje op afstand hou. Dat ik zeg tot zover en niet verder. Vooral mannen. [.....] Ik ben daar zo kwiek in geworden. Om situaties te voorkomen en mijn grens te bepalen en dat ik nou zoiets heb van, eigenlijk heb ik zoveel gedaan. Ik wil totaal wat anders, waar ik gewoon gelukkig van wordt. Waar ik een steentje kan bijdragen aan de mensen die dus het zelf niet kunnen. Die minder bedeed zijn op wat voor manier dan ook. Ik wil mij gewoon waardevol voelen, op die manier. [.....] Ja, en dat is het laatste jaar denk ik niet zo geweest. Dat is een beetje door de ziekte weggeëbd en ja, je wordt niet voor vol aangezien op een gegeven moment hè”.

Bij aanvang van de behandeling vormt bovenstaand citaat het vertrekpunt voor verandering. Coby wil loskomen van dat wat haar in het verleden heeft bepaald en wil vormgeven aan dat wat er voor haar toe doet. Ze vereenzelvigd zichzelf met een ziekte-identiteit, mede als uitkomst van eerder doorleefde traumatische gebeurtenissen. Bij aanvang van de therapie geeft zij aan dat wanneer zij een andere koers wil varen, het noodzaak is zichzelf centraal te stellen. Ze kan heel goed haar rug rechten voor de ander, maar heeft niet geleerd hoe voor zichzelf op te komen: *“Ik ben altijd gewend om voor dingen te vluchten. [.....] Het gekke is dat als ik anderen moet verdedigen dan ben ik er wel en dat zegt X [maatschappelijk werker] ook, dan ben je net een terriër. Ik zeg ja, dan laat ik niet los. Maar voor mezelf, ik denk ook door vroegere ervaringen en zo uit het verleden en trauma's, heb ik me altijd heel bescheiden opgesteld en weggedrukt en gedacht van toe maar het is goed zo. Nee, het is niet goed zo. Het erge is dat ik me door de omgeving ook niet serieus voel genomen.”*

Coby ervaart het invoelend vermogen van haar omgeving als teleurstellend en zij ziet het als haar taak om een andere positie in te nemen in de interactie met anderen. De inschikkelijke opstelling van voorheen, waarin mevrouw wordt overmeesterd door verzoekjes van anderen, wordt bij aanvang van de behandeling op resolute wijze ingeruild voor begrenzen ter behoud van zichzelf. Opvallend is dat dit begrenzen volgens Coby niet gepaard zou gaan met bijkomend ongemak zoals schuldgevoelens. Dit terwijl mevrouw voorafgaand aan de behandeling zich in haar handelen geregeld liet leiden door deze gevoelens en waardoor ze vaak over haar grens ging. In het verloop van de behandelweken wordt dan ook duidelijk dat gevoelens als schuld, boosheid, verdriet en schaamte er wel degelijk zijn, maar dat mevrouw ze pas in een later stadium ook toestaat. Dit verklaart mogelijk waarom het proces van acceptatie in het begin stagneert en vanaf halverwege de behandeling een

progressieve vlucht neemt.

Bij aanvang van de behandeling is het gedrag van Coby hoofdzakelijk gericht op het voorkomen van nog meer schade aan het lijf met als consequentie dat ze nog meer zal moeten inleveren aan bewegingsvrijheid. Resoluut begrenzen richting de omgeving en het voorkomen van situaties die stress veroorzaken zijn hiervan het gevolg. Mevrouw wordt in haar handelen namelijk geleid door angstige gedachten *“hoe is de prognose hè, is het zo dat ik in een rolstoel terecht kom ofzo?”*, waardoor het risico ontstaat dat een voor haar belangrijke waarde ‘onafhankelijkheid’ noodgedwongen wordt ingeperkt.

Midden van de behandeling. Naarmate de behandeling vordert, wordt Coby zich ervan bewust dat haar assertieve opstelling ongewild gepaard gaat met een agressieve uitstraling. Wanneer zij wordt blootgesteld aan een moeilijke gebeurtenis en waarin haar welzijn in het gering raakt, is mevrouw geneigd innerlijk ervaren ongemak ook in de interactie met de ander te laten opspelen. Zij handelt vaak ongewild vanuit emoties als boosheid en verdriet. Enerzijds kost haar dit heel veel energie, anderzijds wil zij graag niet zo overkomen op anderen: *“Ik kan dus non-verbaal gedrag uitstralen dat soms niet prettig is bij een ander. En dat is ook zo. Als je over bepaalde zaken begint die mij ontzettend raken, dan kan ik heel kwaad worden. En dat straal ik dan ook uit. Mensen die mij kennen, die kunnen ook aan mijn gezicht zien wanneer ik pijn heb, maar ook wanneer ik heel boos ben. [.....] Mijn man zegt ook “je bent net zo ’n kemma soms, zo zit je dan in een gesprek met iemand die minderwaardig tegen je doet overkomen”. Ja, dan word ik echt heel boos. [.....]. Ja, dan schijnt mijn gezicht zo te betrekken en dat ben ik dus aan het trainen om dat anders te doen”*.

Opmerkelijk is dat Coby gedurende de behandelperiode opnieuw wordt blootgesteld aan ingrijpende gebeurtenissen. Tegelijkertijd lijkt mevrouw meer weerbaar om met deze stressvolle situaties om te gaan. Inmiddels heeft mevrouw geleerd om stil te staan bij lichaamssignalen en van een afstand te kijken naar de gedachten en gevoelens die haar op dat moment in gevangenschap nemen, waardoor ze zich niet langer in beslag laat nemen door de vrijgekomen spanning in het lichaam resulterend in een toename van pijnklachten: *“[.....] Hier moet ik gewoon even wat mee doen, want ik voelde gewoon het bloed koken door mijn lichaam. Volgens mij kwam de stoom werkelijk gewoon mijn oren uit. [.....] Nou, en op een gegeven moment was het bij mij zo van ‘he, ik ga hier niet verder op in’, want dat was ik in het verleden wel geneigd. [.....] Ik voelde me even machteloos en boos. Maar meteen daarop ook van ‘je moet je nu even terugtrekken. Je moet je even ontspannen. [.....]. Ik ben even naar mijn kamer gegaan en ik heb me even ontspant en daarna weer naar beneden, waarna ik de onenigheid heb kunnen afronden.”*

Einde van de behandeling. De leermomenten en ervaringen die mevrouw de laatste twee behandelweken opdoet, getuigen van psychologische flexibiliteit. Het ervaren van meer fysieke en mentale stevigheid gaat gepaard met het realiseren van de dingen die mevrouw goed doen. Zo heeft Coby zich op aangepast tempo bezig gehouden met het organiseren van een kerstcruise voor verstandelijk beperkten. Tevens heeft zij ervaren dat pijn en vermoeidheid niet perse een belemmering hoeven te vormen in het ondernemen van iets leuks. Het kan naast elkaar bestaan, waarbij het verleggen van de aandacht op datgene wat voldoening geeft de rol van ongemak naar de achtergrond verplaatst. De volgende situatie illustreert dat, waarin een verschuiving plaatsvindt van pijnvermijding naar pijnaanvaarding: “ [.....] Voorheen ging ik denken “als ik maar niet hoef”, omdat ik dan pijn heb. Toen gaf ik meer toe aan mijn lichaam. Zo van “ach, ik heb pijn, ik ga nog even het bed in, of ik kruip nog even lekker op de bank en dan zie ik het tegen de middag weer”. En dat leverde mij op een gewoonte van “ik moet het iedere keer doen, je lichaam snakt ernaar, je moet gaan liggen”. Maar daar word ik niet beter van. Je hebt dan zo weinig energie op een gegeven moment en je ziet geen leuke dingen meer. Dat verwatert. En dat is bij mij eigenlijk de laatste weken absoluut niet aan de orde. “

Bovenstaand citaat illustreert de gedragsverandering die heeft plaatsgevonden. Coby wil deze behaalde fysieke- en mentale stevigheid ook vasthouden wanneer zij de kliniek verlaat en is ervan overtuigd dat ze het geleerde ook zal continueren in het dagelijks leven. Een voorwaarde hiervoor is dat zijzelf duidelijk blijft communiceren met haar omgeving en dat deze ook begrip opbrengt. Wat betreft dit laatste ervaart ze nog onzekerheid: “Ik moet wel erover blijven praten, in gesprek blijven. Duidelijk kenbaar maken van ‘wat kan ik, wat wil ik en wat kunnen we hiermee?’ [.....] Een hindernis daarbij is als ik dus geen begrip krijg. Als ik dus zelf dingen moet doen waarvan de ander denkt ‘ah, dat kan ze wel’. [.....] Dus een stukje acceptatie voor mezelf, maar ook wat de ander daarin meedeelt. Een stukje begrip. Ja, daar valt heel veel in te doen.”

Follow-up. Mevrouw ervaart na afloop van de behandeling nog steeds veel stevigheid in het realiseren van een assertieve opstelling. Wat betreft haar re-integratie in het arbeidsproces is dit lastiger. Ze wil verantwoord opbouwen, waarbij ze hoopt op een werkplek waarin ze naar vermogen kan deelnemen. Vroegtijdig de eigen behoeften en verlangens kenbaar maken is daarbij een vereiste, omdat ze vreest anders weer in situaties te verzeilen die met stress gepaard gaan en wat niet bijdraagt aan persoonlijke groei en welzijn: “Hoe meer stresssituaties, dat heb ik gemerkt, dat steekt de kop op, dan neemt de pijn ook toe. Dat wil ik niet. [.....] Ik heb geleerd dat ik nog waardevol ben en dat ik nog best dingen kan presteren,

waar er de ruimte voor is en waar mij een veilige werkplek wordt geboden. Ja, daar wil ik in meegaan, maar wel op mijn manier. Niet ten koste van mijzelf.”

Coby denkt dat het leven naar waarden belemmerd kan worden wanneer anderen geen begrip tonen. Daar waar zij gedurende de behandeling het als haar eigen verantwoordelijkheid beschouwde om een andere opstelling aan te nemen in de interactie met anderen, lijkt zij na afloop van de behandeling meer zaken buiten zichzelf te leggen. Dit vormt een mogelijke verklaring voor de kleine afname in acceptatie en waardegerichte actie.

Retrospectieve evaluatie

Bij aanvang van de behandeling kwam uit het verhaal van Coby naar voren dat zij zich vereenzelvigde met een ziekte-identiteit, mede als uitkomst van eerder doorleefde traumatische gebeurtenissen. In de door haar aangehaalde (leer)ervaringen ten tijde van de therapie klinkt door dat zij met haar inschikkelijke opstelling niet alleen zelf werd overmeesterd, later ging ze met haar uitstraling ook anderen overmeesteren. Gaandeweg de behandeling, slaagt zij erin om haar emoties dusdanig te reguleren dat zij haar welzijn heeft leren bewaken met respect voor de ander. Hierdoor lukt het haar om vast te houden aan hoe ze zich wil presenteren, waardoor het overmeesteren plaats maakt voor meesterschap (*agency*). Ook tijdens de retrospectieve evaluatie klinkt deze verandering door, waarin ze anders omgaat met gevoelens en gedachten veroorzaakt door pijn en bijkomende vermoeidheid: *“in het begin was het een strijd. Zo van er tegen in en drie dagen uitgeschakeld bij wijze van. En dat is nu eigenlijk niet meer zo. Ik ben nu een beetje meer de baas erover. Ik bepaal nu zelf wat wel en niet kan. [.....]Ik ben heel ontspannen. Ondanks dat ik zo nu en dan veel pijn heb [.....].”*

Na afloop van de behandeling zijn de klachten onverminderd aanwezig, maar de invloed ervan op het dagelijks leven is verminderd. Mevrouw geeft hier uitdrukking aan middels de uitspraak *“ik laat mij door pijn het leven niet bepalen”*. Hiermee koppelt mevrouw zich los van een determinerende vertoog, waarin het worden bepaald door klachten wordt ontkracht (*de-storying*) en waardoor ruimte wordt gemaakt voor een alternatief verhaal (*re-storying*). Het autonoom handelen gaat gepaard met het ervaren van keuzevrijheid, zelfs wanneer dit betekent dat doen wat ertoe doet gepaard gaat met een toename in pijn. De therapie heeft haar laten inzien dat het denken in onmogelijkheden ertoe heeft geleid dat zij veel heeft ingeleverd op het gebied van werk, relaties, vrije tijd, gezondheid en persoonlijke groei. Hoewel mevrouw het proces van acceptatie als meest moeizaam heeft ervaren, is zij dit gaandeweg wel meer gaan doen. Als gevolg hiervan beschrijft mevrouw een persoonsverandering, waarin zij in de omgang met haar naasten meer geduld ervaart, minder

dominant en oplossingsgericht is.

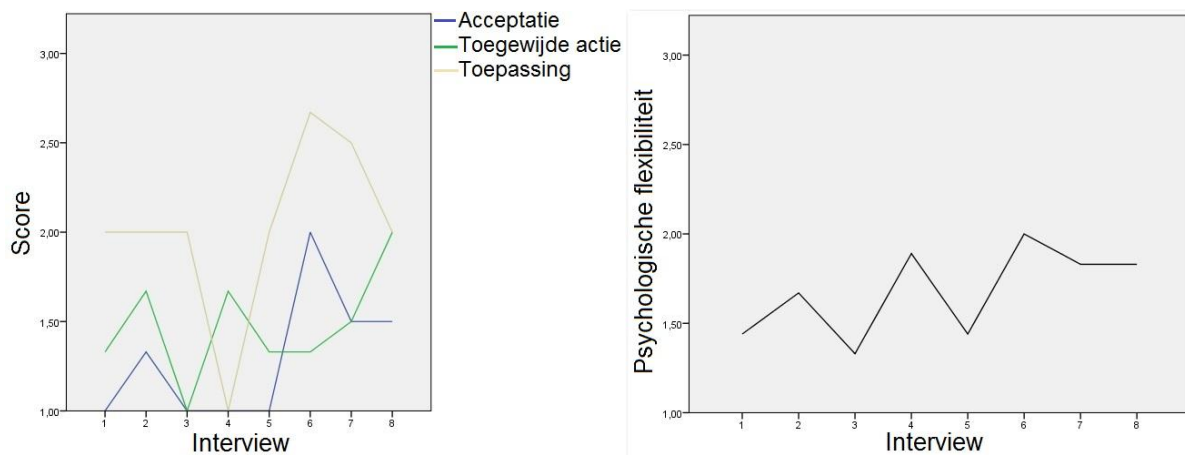
Wanneer afsluitend wordt ingezoomd op wat de therapie voor Coby heeft betekend, dan wordt duidelijk dat zij zich bewust is geworden van haar gevecht. Het aanvaarden wordt als een keuze beschouwd en waardoor ze heeft kunnen verkennen wat er voor haar toe doet: *“Nou, het heeft me veel sterker gemaakt. Het heeft me dus eerst helemaal losgeschud en duidelijk gemaakt van ‘ja, je hebt het, en wat wil je nou, wil je die kant of wil je die kant? Je kunt onderaan blijven, maar je kunt ook een stukje hoger voor jezelf. Je kunt je blijven ontwikkelen [.....]. Het heeft mij weer positief beïnvloed, van ik kan nog zoveel meer, en er is nog zoveel meer.”*

3.4 Daan: Ja, maar ik heb pijn

Daan is 35 jaar en samen met zijn vriendin heeft hij een pasgeboren dochter. In het dagelijks leven wordt hij gehinderd door chronische lage rug- en nekklachten. Eind 2007 kreeg hij last van zijn been en hij herstelde steeds minder vlot na inspanning. Pas na een jaar zocht hij hulp en werden na vele orthopedische en neurologische onderzoeken meerdere hernia's gedetecteerd. De daaropvolgende medische interventies in de vorm van pijnblokkades, injecties en zelfs een operatie eind 2008 bleken niet effectief. De pijn is inmiddels ook uitgestraald naar nek en armen. De klachten interfereerden dusdanig met de fysiek intensieve werkzaamheden in de bouw, dat hij kantoorwerk ging doen. Uiteindelijk lukte ook dit niet meer, waardoor meneer momenteel in de ziektewet zit en zichzelf huisvader noemt.

Voorafgaand aan de behandeling heeft Daan deelgenomen aan een observatieperiode in de kliniek, waarbij hij gedurende drie weken deel nam aan het pijnrevalidatietraject en waarna bleek dat de mogelijkheid tot gedragsverandering aanwezig was. Uit de grafische weergave kan echter worden opgemaakt dat meneer geen progressieve ontwikkeling heeft doorgemaakt gedurende de daaropvolgende behandeling. Wanneer de begin- en eindconditie van meneer met elkaar wordt vergeleken dan valt op dat er nauwelijks sprake is van een toename in acceptatie. Meneer scoort het hoogst op de schaal toepassing gedurende het gehele revalidatietraject. Dat meneer de chroniciteit van zijn klachten niet aanvaardt kan ook worden teruggezien in zijn gedrag. Zijn acties staan grotendeels in het teken van het willen minimaliseren van iets onaangenaams, zoals pijn en vermoeidheid. Gedurende de behandeling waren terugkerende thema's het vroegtijdig leren anticiperen op signalen die aangeven dat het lijf om begrenzing vraagt; betere energieverdeling; zowel mentaal als fysiek in beweging komen vanwege het inzien van de noodzaak om te veranderen; de communicatie met zijn vrouw over het 'hoe nu verder?'

Figuur 5. Ontwikkeling in psychologische flexibiliteit revalidant D



Beginconditie. Als Daan zichzelf voorstelt vertelt hij hoofdzakelijk over zijn klachten en de beperkingen die hij heeft. Bij aanvang van de behandeling worden situaties aangehaald waarin hij heeft ervaren dat hij geneigd is zichzelf te overvragen in een activiteit en waardoor hij wil leren hoe dit in de toekomst te voorkomen. Hij is bezig met het aanleren van de spelregels van gezond (herstel)gedrag. Hoofdzakelijk doet hij dit om een toename in pijn en vermoeidheid te voorkomen. Hij is weliswaar niet bang om zijn lichaam nog meer schade aan te richten, maar hij vindt het vervelend dat bij overmatige inspanning de terugslag achteraf groot is. *“Thuis, ik ga gewoon door mijn pijnklachten heen. Weet je, als je moe bezig bent dan valt het wel mee, maar zodra je stopt, dan loop je heel hard tegen die lamp aan want dan kom je niet meer van die bank af.”* Een belangrijk leerdoel is dan ook om gedurende een activiteit verantwoord om te gaan met zijn energieverdeling, zodat hij ook later op de dag nog wat waard kan zijn wanneer hij tijd met zijn vrouw wil doorbrengen.

Midden van de behandeling. In dit stadium van de behandeling wordt kenbaar dat het hoofdzakelijk de omgeving van Daan is die de noodzaak van verandering inziet: *“Het belangrijkste volgens mijn vrouw is uit het verroeste patroon komen waar ik in zit. Niet iedere keer wegduiken in mijn oude patroon, en euh, terug naar het loopgraafje waar ik in woon. Euh, dat ik toch meer opener word en dingen ga doen.”* Zelf reageert meneer met weerstand op alles wat hem in beweging zou kunnen brengen en is hij geneigd om te vermijden: *“Nou ja, goh, volgens hier [therapeuten in Roessingh; DV] ben ik heel handig in het ontwijken van dingen, dat klopt ook wel. Op zich ben ik daar vrij slim in, om dat niet te doen, dan verzijn ik wel wat anders. Dat moet juist niet, want ik kruip dan weer terug in mijn tentje zeg maar. Ik blijf in mijn tentje zitten en dat is het.”* Daan is zich ervan bewust dat hij zich isoleert, maar hij kan niet benoemen wat hem ervan weerhoudt om zijn leven weer op te pakken. Hoewel

pijn en vermoeidheid ongewild een prominente rol in het leven van meneer zijn gaan vervullen, laat hij zijn leven bepalen door de klachten en gebruikt hij ze soms zelfs als excuus om niet in beweging te hoeven komen.

In de vijfde en zesde behandelweek blijft de bereidheid tot aanvaarding een moeizaam proces. Er volgen veel gesprekken met zijn vrouw, thuis en in de kliniek onder begeleiding van de maatschappelijk werker. Beide zijn op hun eigen manier geketend door dezelfde situatie. Mevrouw zou voornamelijk willen dat haar man zich losmaakt van de gedachte dat de situatie onveranderbaar en onaanvaardbaar is. Daarentegen ziet meneer in dat hij het over een andere boeg moet gooien, maar hij wordt vooralsnog in beslag genomen door de ervaren discrepantie tussen zijn leven *voor* en *met* de klachten. Hij is nog veel bezig met dat wat niet is en is op zoek naar verklaringen: *“Ik vond het verschrikkelijk om mijn vrouw zo te zien, die heeft er heel veel moeite mee. En dat vind ik natuurlijk niet leuk dat zij zo verdrietig is, en boos en kwaad. Dat maakte mij ook boos en kwaad en verdrietig. Zij wil dat het verandert, ik ook, maar als je niet weet hoe, kan je het ook niet veranderen. Ik wil dat mijn vrouw ook weer gelukkig wordt. Kijk het moet wel veranderen, ik kan natuurlijk niet eeuwig huisvader blijven. Je wilt ook verder met je leven. Ik moet ook verder met mijn leven, mijn leven staat op dit moment stil.”* [...] *“Wat is het nu precies waarom ik zo in een keer zo omgedraaid ben van vroeger? Vroeger was ik heel anders, altijd leuk weg, ondernemen, van alles. Het is nu compleet andersom gedraaid en ik spring nu meteen in de verdediging en dat had ik eerder nooit. Dat is er nu langzaam ingeslopen, dat is gebeurd, maar wat?, ik weet het echt niet.”* Meneer spreekt voornamelijk in termen van moeten en niet in willen. Hij verkeert in de fase van veranderingsbereidheid, maar daadwerkelijke gedragsverandering wordt belemmerd. Hij is in zijn uitspraken oordelend en gefuseerd met zijn gedachten. Hij is nog altijd in gevecht met de pijn en zijn verzet tegen aanvaarding komt ook naar voren in hoe hij de behandeling beleeft. Hij vindt weinig aansluiting bij de groep: *“Het is de bedoeling dat ik er uiteindelijk beter van word. En wat de rest dan eigenlijk doet zal me eerlijk gezegd een worst wezen, die moeten ook maar met zichzelf bezig gaan.”* Daarnaast ervaart hij ook onvrede over de psychologielessen en het boek wat als lesmateriaal dient.

Daan geeft aan dat hij op het fysieke vlak wel dingen heeft geleerd en zowel in de kliniek als thuis toepast. Zo geeft hij grenzen aan en vraagt hij sneller om hulp. Daarentegen onderkent hij ook dat er op het psychologische vlak nog heel wat gesleuteld dient te worden. Meneer lijkt de horizon ver te leggen, maar opmakend uit kleine zinsneden lijkt hij al wel degelijk kleine stapjes te hebben gezet. *“Ik heb gesolliciteerd op een functie, mijn sollicitatiebrief geschreven, ik wacht nog op een antwoord. Dat is een klein stapje. Zaterdag*

zijn we bij vrienden langs geweest op bezoek, toen heb ik niet meteen gezegd van nee, ik heb er geen zin in. Het zijn op het moment kleine stapjes.”

Einde van de behandeling. De voorlaatste behandelweek is sprake van een toename in acceptatie. Daan ziet in dat hij ook iets moet veranderen aan zijn eigen houding en dat ongemakkelijke gevoelens voortvloeiend uit confronterende gesprekken met zijn vrouw niet dienen te worden vermeden. Meneer vindt het belangrijk leuke dingen met elkaar te ondernemen en meer zicht te krijgen op elkaars binnenwereld. Regelmatig met elkaar in gesprek gaan, praten vanuit de ‘ik-boodschap’ en voorkomen in verwijten te vervallen worden benoemd als voorwaarden om tot elkaar te kunnen groeien. Hij is meer bereid om kritisch naar zichzelf te kijken in het ondernemen van acties in het verlengde van deze waarde. Zo doet zich een situatie voor waarin hij samen met zijn vrouw thuis erwtensoep gaat maken. Daar waar hij normaal geneigd is de controle te behouden en niets uit handen te geven, laat hij zijn vrouw nu haar gang gaan terwijl hij op betrokken afstand blijft: *“Ik moet mijn vrouw ook maar leren vertrouwen met koken, dat het wel goed gaat. [.....] Bij mij ziet koken er heel netjes uit, als mijn vrouw dat doet, is de hele keuken geëxplodeerd. [.....] Ik moet dat loslaten. Als ik erover nadenk, ik bemoei me er al teveel mee. Dan voelt zij zich op de huid gezeten, dan wordt zij weer geïrriteerd, dan word ik weer geïrriteerd dat het niet volgens mijn ding gaat. Ik weet het, het is heel fout. Maar ik moet het loslaten en dat scheelt me een hoop energie als ik dat loslaat. [.....] Het was nu niet zo vermoeiend. Als ik me er teveel mee bemoei, dan krijg je een stressige situatie en dat was het nu niet. Het was gewoon gezellig.”* De door zijn vrouw gecreëerde onrust in de keuken staat klaarblijkelijk het genieten van dit moment niet in de weg. De ervaring leert hem dat het verhaal van zijn verstand niet klopt en waardoor ‘loslaten’ een andere betekenis krijgt.

De toename in acceptatie en toepassing resulteert echter niet in een toename in toegewijd handelen. Daan zijn handelen blijft grotendeels gebaseerd op een interne motivator, namelijk pijnvermindering. In de laatste behandelweek wordt duidelijk dat pijn een hindernis vormt in het nastreven van zijn waarden en dat hij bij het verlaten van de kliniek ervoor moet waken dat hieraan gekoppelde gedachten hem blijven sturen in de keuzes die hij maakt. Een belemmerende gedachte in het ondernemend zijn met het gezin luidt *“dan krijg ik veel pijn en dan moet ik in die stomme rolstoel”*. Op het gebied van werk, gezondheid en persoonlijke groei wil hij voorkomen te vervallen in *“ja-maren, dat ik weer op mijn eilandje ga zitten. Dat ik weer ga denken van ojee, dat gaat niet voor mijn rug, dat kan ik niet. [.....] dat ik me weer ga ingraven of verdedigen.”*

Follow-up. Daan verliet de kliniek met het voornemen om pijngedachten zo min mogelijk te laten interfereren met zijn dagelijkse bezigheden en in het contact met anderen. Doordat gedurende de behandeling veel van zijn acties in het teken stonden van het willen voorkomen of minimaliseren van iets onaangenaams, was er nauwelijks ruimte voor toegewijd handelen. Inmiddels lijkt daar verandering in te zijn gekomen. De pijn vormt niet langer een excuus in relatie met anderen en waardoor zijn leefwereld weer wat groter wordt. Meneer zijn verblijf in de kliniek heeft hem geleerd bewust keuzes te maken en zichzelf daarbij de vraag te stellen waartoe hij iets doet. Ook gaat hij nog iedere week in gesprek met zijn vrouw over wat hun bezighoudt: *“Ik doe steeds meer dingen die het leven waardevol maken. Eerder had ik zoiets van , mwah geen zin, dat levert toch meer pijn op. Tegenwoordig denk ik van, ga nou maar een half uurtje mee. Ga nou maar even mee een stukje wandelen of zwemmen, dat is toch wel leuk.”* Ook op het gebied van arbeid blijft meneer in beweging en reageert hij nog iedere week op vacatures. Helaas vooralsnog zonder resultaat, maar hij hoopt in samenwerking met het UWV hier iets aan te kunnen veranderen.

Hoewel toegewijd handelen toeneemt, lukt het meneer niet om de geleerde ergonomische belastbaarheidprincipes toe te passen in de praktijk van alledag en waardoor de score op deze schaal afneemt. Nadat hij de kliniek verliet was hij druk met zijn verhuizing en wat hij aandraagt als verklaring waarom hij willens en wetens weer is teruggevallen in zijn oude gedragspatroon van doorgaan en geen hulp vragen: *“Je weet in je achterhoofd wel dat het dom is, maar toch doe je het. Ik wil niet alles een ander laten doen. Kijk en dat gaat nu aankomende weken alleen maar erger worden, ik moet vaak klussen. Dan moet ik helemaal zien los te laten, want klussen wordt helmaal funest voor mij.”*

Retrospectieve evaluatie

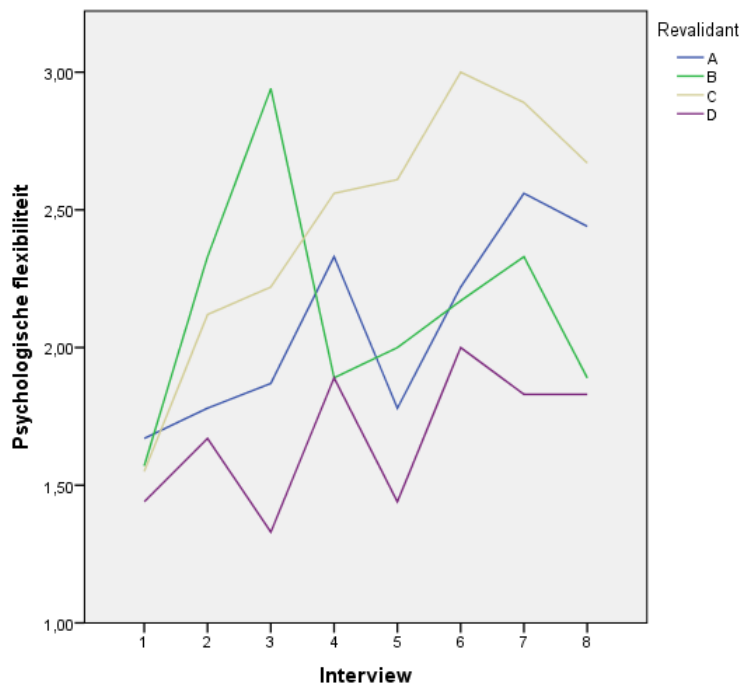
Terugkijkend op de behandeling ervaart Daan de gesprekken bij de maatschappelijk werker met zijn vrouw als bepalend in zijn ontwikkeling, daardoor zag hij de noodzaak van verandering in. Vanaf de zesde behandelweek zou er volgens hem daadwerkelijk sprake zijn van gedragsverandering. Dit keerpunt kan ook worden teruggezien in de grafische weergave ten tijde van de behandeling. Sindsdien denkt meneer meer na over hoe hij iets doet en welke alternatieven er zijn. Tevens heeft hij ervaren dat het uitleggen van je situatie aan anderen meer begrip oplevert en waardoor het voor de omgeving ook duidelijk wordt wat het voor hem betekent om pijn te hebben. In het slotinterview geeft Daan aan pijn niet als grootste hindernis te beschouwen, maar accepteren dat pijn onlosmakelijk verbonden lijkt te zijn met het verdere bestaan wel: *“[.....] dat frustrereert mij, als ik iets gewoon niet meer kan, hoewel ik*

het wel heel graag wil. En daar weet ik nog steeds niet zo goed mee om te gaan [wrijft traan uit ogen; DV]”. Ook in de verhaallijn ten tijde van de behandeling staat dit gevecht centraal, waardoor het proces van aanvaarding moeizaam van de grond komt.

3.5 Verschillen en overeenkomsten tussen revalidanten

Wanneer de revalidanten met elkaar worden vergeleken dan valt op dat eenieder een unieke ontwikkeling doormaakt. Figuur 6 visualiseert dat er bij aanvang van de behandeling minder verschil valt op te merken tussen de beginconditie tussen revalidanten, waarbij de mate van psychologische flexibiliteit nihil is. Door allen worden veel uitspraken gedaan waarbij onaangename private ervaringen worden vermeden en ook staat het handelen grotendeels in het teken van het willen minimaliseren van iets onaangenaams, zoals pijn en vermoeidheid. In de loop van het behandeltraject verloopt de ontwikkeling tussen de revalidanten echter meer divergent. In meer en minder sterke mate vertonen zij een patroon van terugval en weer opkrabbelen.

Figuur 6. De ontwikkeling in psychologische flexibiliteit van alle vier de revalidanten



Het verhaal van Revalidant Aron kenschetst zich door de sterke vereenzelviging met een persoon die dienstbaar en behulpzaam is en tot in perfectie doorgaat. Voor hem vormde de therapie een “stop”, waardoor hij tot bezinning kwam en bewust werd van de roofoverval die hij pleegde. Hij heeft geleerd grenzen te stellen. Toch blijft acceptatie voor hem een precair proces, aangezien hij bang is voor gezichtsverlies in interactie met anderen door

noodgedwongen gas terug te moeten nemen. Anton geeft aan een terugval door te maken in de periode tussen behandelweek 5 en 6. Dit vormt voor hem ook tijdens de retrospectieve evaluatie een bepalend moment in de behandeling. Uit het verhaal van Bianca kan worden opgemaakt dat zij weliswaar ongemak ervaart door de lichamelijke pijn, maar dat het voornamelijk de psychische lijdensdruk is die voor ontregeling zorgt. Bij haar speelt de angst om niet meer door anderen gewaardeerd te worden in geval van toegenomen assertiviteit. Bij Bianca vindt een tegenslag plaats tussen behandelweek 4 en 5 en later, in de voorlaatste behandelweek, op het gebied van acceptatie. Zij refereert tijdens het follow-up interview aan een situatie in behandelweek 5 die veranderingsbepalend zou zijn geweest, maar die tijdens haar verblijf in de kliniek niet in de verhaallijn kan worden teruggevonden. Voor revalidant Coby heeft de therapie ertoe bijgedragen dat het overmeesteren plaatsmaakte voor meesterschap, waarbij het reguleren van emoties en het bewaken van de eigen gezondheid met respect voor de ander winstpunten zijn. In haar ontwikkelingscurve kan geen crisis worden teruggevonden en lijkt er hoofdzakelijk sprake van progressiviteit. Wel kan bij haar een meer gedifferentieerd patroon in groei worden opgemerkt betreffende de subschaal toegewijd handelen. Tot slot reflecteert Daan op een minder progressieve ontwikkeling. In zijn ontwikkeling is sprake van stagnatie van de fragiele beginconditie tot behandelweek 6. In zijn verhaal ten tijde en na afloop van de behandeling, komt tot uiting dat hij langdurig in gevecht bleef met de pijn. Niet hijzelf, maar voornamelijk zijn omgeving bleek gedemoraliseerd in het vraagstuk ‘hoe nu verder?’ De laatste behandelweken zou er langzaam opwaartse beweging zijn gekomen op het gebied van acceptatie en toegewijd handelen.

Alle revalidanten ervaren rond behandelweek 3 en 4 een toename in pijn, maar de manier waarop zij hiermee omgaan verschilt naar gelang de bereikte mate van acceptatie op dat moment. Op dat moment komt in de (leer)ervaring eveneens naar voren dat pijn niet enkel lichamelijke lijdensdruk voortbrengt, maar dat het hoofdzakelijk de psychische draaglast is die voor gevoelens van ontredning en hopeloosheid zorgt. Op dit moment in de behandeling verbaliseren revalidanten de ervaren discrepantie tussen wie zij willen zijn en hoe zij zich daadwerkelijk presenteren. Hierbij speelt het thema “pijn heb je niet alleen”, waarbij revalidanten ook bewust worden van de rol van communicatie met hun omgeving en in het bijzonder belangrijke naasten.

Bij het verlaten van de kliniek geldt voor iedereen dat het bereikte niveau op alle drie de subschalen afneemt, weliswaar nog steeds met een toename in psychologische flexibiliteit wanneer dit wordt vergeleken met de beginconditie van de revalidanten. Uitzondering hierop

vormt de ontwikkeling van Daan, want hij maakt een kleine toename in toegewijd handelen door op het moment dat de therapeutische context is komen te vervallen. Verder komt de retrospectieve evaluatie van de revalidanten veelal overeen met de geleerde en ervaren situaties ten tijde van de therapie. Zij werden voorheen bepaald door pijn en de invloed daarvan op het dagelijks leven. De therapie heeft hen handreikingen gegeven waardoor zij bezig zijn gegaan met het loskoppelen van het determinerende vertoog, waardoor afstand werd gedaan van de vereenzelviging met pijn en daaruit voortvloeiend ongemak. Afhankelijk van het bereikte niveau van acceptatie, slaagt de één (Anton, Bianca en Coby) hier weliswaar beter in dan de ander (Daan). Hierdoor verschilt ook de mate van ervaren meesterschap en/of psychologische flexibiliteit in het vormgeven aan een waardevol leven.

Conclusie en discussie

4.1 Conclusie

In deze studie is onderzocht welke ontwikkeling chronisch pijnpatiënten doormaken ten tijde en kort na afloop van een behandeling die is gestoeld op Acceptance and Commitment Therapy. In het verlengde daarvan is nagegaan in hoeverre de ontwikkeling in psychologische flexibiliteit kan worden teruggevonden in het verhaal van retrospectieve evaluatie, ofwel wanneer de patiënt terugblijkt op de eigen ontwikkeling. Tot slot is de ontwikkeling in psychologische flexibiliteit van de deelnemers met elkaar vergeleken.

Allereerst is gebleken dat alle vier de revalidanten een positieve groei hebben doorgemaakt in psychologische flexibiliteit gedurende de acht weken semiklinische behandeling. Bij aanvang van de behandeling is nauwelijks sprake van acceptatie, in die zin dat de revalidanten nog veel uitspraken doen waarbij onaangename private ervaringen worden vermeden. Dit geldt evenzo voor toegewijd handelen, waarbij ondernomen acties veelal in het teken stonden van het willen voldoen aan sociale verwachtingen of het willen minimaliseren van iets onaangenaams zoals pijn en vermoeidheid. In de loop van de behandeling wordt door revalidanten echter aanvaard wat onveranderbaar is, weliswaar in meer of mindere mate. Daardoor verschoof de focus van acties die gericht zijn op pijnvermindering naar intrinsiek gestuurd gedrag in het leven naar waarden. Deze bevinding, waarin het belevingsperspectief van de revalidant centraal staat, sluit aan bij voorgaand onderzoek waaruit kwantitatief bleek dat ACT effectief is in de behandeling van mensen met chronische pijn (Veehof et al., 2011; Vowles et al., 2011). Een eveneens veelbelovende bevinding is dat revalidanten de geleerde

principes zijn gaan toepassen, zowel de frequentie als reikwijdte daarvan zijn gedurende het verblijf in de kliniek toegenomen. Opmerkelijk is dat de doorgemaakte ontwikkeling op deze subschaal meer stabiliteit vertoonde, zelfs in tijden wanneer de scores op acceptatie en toegewijd handelen afnamen. Terugkerende thema's in aangehaalde leerervaringen zijn emotieregulatie, het richten van de aandacht (*mindfulness*), assertiviteit en communicatie in interactie met de omgeving, stressmanagement bij actuele spanningsbronnen en het omgaan met belasting en belastbaarheid in bewegingsactiviteiten.

Wanneer de ontwikkeling in psychologische flexibiliteit van revalidanten met elkaar wordt vergeleken, dan valt op dat eenieder een unieke ontwikkeling doormaakt, zoals: een meervoudig patroon van terugval en opkrabbelen, één bepalende crisis of juist enkel een gradueel verloop. Daarentegen nam bij allen op een bepaald moment in de behandeling de pijnintensiteit toe. Dit kan verklaard worden doordat de behandeling de fysieke belasting vergrootte van het gedeconditioneerde lichaam als gevolg van bewegingsangst (Vlaeyen & Linton, 2000), dan wel doordat het de bewustwording voedde van langdurige ontkenning van pijnsignalen (Hasenbring et al., 2012; Hasenbring & Verbunt, 2010). Desalniettemin bleek deze toename in pijn niet gepaard te gaan met een toename in pijninterferentie. Integendeel, het dagelijks leven van revalidanten werd zowel gedurende als na de behandeling minder sterk beïnvloed door pijn. Deze uitkomst stemt overeen met onderzoek dat het RRC zelf uitvoerde onder haar patiëntpopulatie (Roessingh, z.d.).

Het gevonden positieve effect van de ACT-behandeling dient echter ook met enige nuance te worden benaderd. De doorgemaakte groei centreert zich namelijk rondom het revalidatieproces *in* de kliniek. Daarbij geldt eveneens dat de ontwikkeling voor slechts twee van de vier revalidanten substantieel progressief valt te noemen. Voor de andere twee deelnemers geldt dat het verschil tussen de begin- en eindconditie nihil is. Verder blijkt dat hoewel de mate van psychologische flexibiliteit bij allen toeneemt gedurende de therapie, deze afneemt tussen de laatste behandelweek en het follow-up interview - weliswaar nog steeds met een toename in psychologische flexibiliteit wanneer dit wordt vergeleken met de beginconditie van de revalidanten in de eerste behandelweek. Dit is in lijn met de onderzoeksresultaten uit eerdere kwalitatieve studies (Weiss, 2010; Tammes, 2010) en de al eerder aangehaalde kwantitatieve studie onder pijnrevalidanten in Roessingh (Roessingh, z.d.).

Wanneer in ogeschouw wordt genomen hoe revalidanten hun eigen ontwikkeling beschrijven na afloop van de behandeling, dan valt op dat de ontwikkeling in psychologische flexibiliteit ten tijde van de behandeling kan worden teruggevonden in dit verhaal van

retrospectieve evaluatie. Wanneer de externaliserende conversaties met patiënten wordt vergeleken, dan is er sprake van een overeenkomstig kernthema dat de lijdensdruk beïnvloedt. In alle verhalen is het gepresenteerde probleem pijn, maar de consequenties daarvan voor het dagelijks functioneren vormen het eigenlijke probleem en waardoor men ontredderd en hulpeloos is. Een veelgehoord dilemma is het noodgedwongen gas terug moeten nemen om de gezondheid te bewaken en tegelijkertijd willen voorkomen jezelf te verliezen door alsmaar te moeten inleveren. Dit kan interactionele consequenties hebben, waarbij de patiënt vreest dat het bereiken van het gestelde revalidatiedoel zal leiden tot devaluatie in andermans ogen. *Devaluatie van het zelfbeeld* vormt in alle vier de verhalen dan ook het dilemma van verandering (Stoffer, 2006).

Desalniettemin kan uit de verhalen worden opgemaakt dat op enig moment in de therapie, deze vrees (groten)deels wordt losgelaten en waardoor men experimenteert met gewenste gedragsveranderingen. Het blijft voor velen weliswaar een hindernis die zo nu en dan de kop op steekt, maar het beïnvloedt mensen minder sterk in de keuzes die zij maken. In de loop van de behandeling zijn mensen dus met meer afstand gaan kijken naar het determinerende disfunctionele vertoog, waardoor de bepalende invloed van pijn en het daaruit voortvloeiende ongemak wordt ontkracht (White, 1997). De kernprocessen van ACT lijken een intermedieërende rol te vervullen in dit proces van het ontkrachten van destructieve bepaaldheid naar nieuwe bepaaldheid, in die zin dat mensen naast ervaren ongemak exploreren wat er voor hen werkelijk toe doet en waarmee zij richting en betekenis geven aan het persoonlijke leven (Harris, 2009). Toch verschilt de wijze waarop revalidanten betekenis geven aan de rol van pijn in hun leven na het revalidatietraject. In het verhaal van overmeesteren naar meesterschap wordt de uitspraak “*ik laat mij door pijn het leven niet bepalen*” gedaan, waarmee Coby pretendeert dat zij zich heeft weten los te koppelen van hetgeen zij voorafgaand aan de behandeling als problematisch ervoer. Deze zienswijze wekt de indruk dat het probleem (pijn) is overwonnen en niet langer een bedreiging vormt voor het zelf, waarmee uitdrukking lijkt te worden gegeven aan het concept ‘agency’ (Adler & McAdams, 2007; Adler & McAdams, 2007a). In het merendeel van de uitspraken die revalidanten doen vormt pijn echter niet zozeer het probleem dat getackeld moet worden, maar is er meer aandacht voor acceptatie dat pijn onlosmakelijk verbonden lijkt te zijn met het verdere bestaan. Dit is in lijn met wat wordt bedoeld met psychologische flexibiliteit, de uitkomstmaat van ACT, waarin ruimte mag zijn voor weerstand tegen hetgeen we liever niet in ons leven omarmen, maar waarvan we eveneens weten dat het gevecht ertegen het zicht vertroebelt op hetgeen er werkelijk toe doet.

4.2 Discussie

Dit onderzoek behelst vier gevalsstudies, waarbij revalidanten intensief en langdurig zijn gevolgd en waarbij geen sprake is geweest van tussentijdse uitval. Revalidanten werd de keuze gelaten welke (leer)ervaringen zij de desbetreffende week inbrachten in het interview. Deze studie is immers uitgevoerd met de intentie om het belevingsperspectief van de patiënt in kaart te brengen. Juist doordat de onderzoekers niet hebben geïntervenieerd op het gebied van situatieselectie, blijft de weergave van de ontwikkeling zo veel mogelijk de constructie van de patiënt zelf. Dit is eveneens wat de narratieve psychologie beoogt te realiseren (Adler & McAdams, 2007).

Een methodologische beperking gedurende het proces van data-analyse, waarbij geselecteerde (leer)ervaringen gecodeerd dienden te worden, was dat de interbeoordeling tussen de twee onderzoekers in eerste instantie onvoldoende betrouwbaar bleek. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de onderzoekers gekleurd waren in het toedichten van scores aan de revalidanten die zij zelf hadden geïnterviewd, doordat zij de uitspraken niet als een opzichzelfstaande entiteit beschouwden maar als uitingsvormen die in een breder contextueel kader geïnterpreteerd dienden te worden. Bijvoorbeeld door ook oog te hebben voor de non-verbale aspecten in de communicatie met de revalidant, diens beschouwende toon en/of eerdere gedragingen die werden geobserveerd. Het zou echter discutabel zijn wanneer de interpretatie van de onderzoeker artificiële betekenis toevoegt aan uitspraken van de respondenten, waarbij de toegedichte betekenis van die uitspraken niet in de uitspraken zelf besloten ligt (Nijhof, 2003). Het probleem van interpretatiedrift is getracht te ondervangen door de onderzoekers alle interviews te laten scoren en bij verschil aan interpretatie middels discussie tot overeenstemming te laten komen.

Een andere kritische kanttekening is de wijze waarop de uitkomstmaat psychologische flexibiliteit is vastgesteld, waarbij is getracht een verantwoorde afstemming tussen wetenschappelijke wenselijkheid en praktische haalbaarheid te realiseren. Zo is besloten de interviews te laten starten vanaf de tweede behandelweek, dit vanwege de vele impressies die revalidanten opdoen in de eerste behandelweek en waardoor deelname aan het onderzoek als een niet op te brengen belasting zou kunnen worden beschouwd. Keerzijde is dat een nulmeting ontbreekt, terwijl revalidanten aangeven juist in de eerste behandelweek veel nieuwe inzichten te hebben opgedaan. Verder wordt een zuivere meting bemoeilijkt doordat niet duidelijk is in hoeverre de leercurve is beïnvloed doordat twee van de vier revalidanten ook een voorafgaand behandeltraject hebben doorlopen in Roessingh.

In het verlengde hiervan dient opgemerkt te worden dat het therapeutisch effect niet

enkel kan worden toegedicht aan de intermediërende werking van de kernprocessen van ACT. Andere factoren die van invloed kunnen zijn geweest op de ontwikkeling van revalidanten, zijn: individuele kenmerken zoals leeftijd, behandelvoorgeschiedenis en medische en psychopathologische comorbiditeit, de therapeutische relatie, groepsdynamiek, de stimulerende dan wel belemmerende werking die het systeem uitoefent op de ontwikkeling van de revalidant.

4.3 Aanbevelingen

Op basis van huidig onderzoek kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk.

De reeds uiteengezette methodologische beperkingen zouden in vervolgonderzoek onder andere kunnen worden ondervangen door de interviews toch van start te laten gaan in de eerste behandelweek. Gedurende deze week staat onder andere het ACT- thema “creatieve hopeloosheid” centraal. Doelstelling hiervan is om men in te laten zien dat de vruchteloze pogingen van een individu om pijn te vermijden of te controleren op lange termijn vaak niet effectief blijken, doordat het verzet tegen de pijn uiteindelijk kan resulteren in verlies van kwaliteit van leven (Veehof et al., 2010). Dit vormt een essentieel vertrekpunt voor de bereidheid tot aanvaarding, wat maakt dat de ontwikkelingscurve van revalidanten op de subschaal acceptatie met een nulmeting kan resulteren in meer differentiatie tussen de begin- en eindconditie. In het verlengde daarvan kan ervoor worden gekozen om de follow-up meting op een later tijdstip te voltooien, waardoor revalidanten meer tijd en ruimte krijgen om los te komen van het therapeutische klimaat en om te stabiliseren in het alledaagse leven. Dit geeft wellicht meer inzicht in de wijze waarop geleerde principes beklijven als vertolking van de ACT-visie.

Daarnaast kan de betrouwbaarheid in het toekennen van scores aan de te coderen situaties worden vergroot, door deze taak uit te besteden aan onafhankelijke deskundigen op het gebied van ACT en die vrij zijn van toe te dichten eigenschappen en interpretaties aan revalidanten door gebrek aan contactgroei. Tevens kan ervoor worden gekozen om de kwalitatieve bevindingen van dit onderzoek verder te valideren door het uitvoeren van aanvullend kwantitatief onderzoek. Hierdoor kan de door de revalidant zelf geconstrueerde ontwikkelingscurve worden vergeleken met de uitkomsten van uiteenlopende zelfrapportagevragenlijsten, die overigens al op verschillende meetmomenten bij revalidanten worden afgenomen in het RRC.

Middels deze studie is een eerste stap gezet in het blootleggen van de empirische

relatie tussen de narratieve reconstructie van de genoten therapie en de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de vraag of er een dialectische werking voortvloeit uit deze relatie. Ofwel, wordt het therapeutisch effect van een ACT-behandeling vergroot door mensen te laten reflecteren op de eigen doorgemaakte ontwikkeling? De revalidanten uit dit onderzoek beschouwden de interviews als *“een goede aanvulling op het programma”*; *“goed voor je verwerkingsproces, dat je alles weer opsomt en weer oprakelt.”*. Het stelde hen in de gelegenheid om los van therapeutische invloeden te reflecteren op het eigen proces. Dit doet vermoeden dat een narratieve reconstructie als een opzichzelfstaande interventie kan worden beschouwd die de psychologische flexibiliteit verder voedt en waardoor mensen wellicht meer meesterschap ervaren in het vormgeven aan het persoonlijke leven. Het is dus niet alleen interessant om te onderzoeken *of* ACT werkt, maar vooral ook *hoe* ACT werkt wanneer het belevingsperspectief van de patiënt in ogenschouw wordt genomen.

Deze studie wijst uit dat een dergelijk uitgangspunt eveneens relevante inzichten oplevert voor de klinische praktijk. Hulpverleners in het RRC wordt dan ook aanbevolen om patiënten niet alleen in de laatste behandelweek, wanneer het thema terugvalpreventie leidraad vormt, maar ook tussentijds te laten evalueren op de eigen ontwikkeling. Deze aanbeveling is tweeledig. Enerzijds wordt de patiënt hiermee in de gelegenheid gesteld om stil te staan bij de eigen ontwikkeling, wat het inzicht vergroot in (leer)ervaringen waarin groei schuilt dan wel zicht geeft op gedachten, gevoelens en gedragingen die belemmerend werken in het herstelproces. Het kneden van een eigen verhaal kan in die zin op zichzelf ook therapeutisch werken, misschien zelfs wel helend. Uit eerdere onderzoeken is immers al gebleken dat het streven naar coherentie in het vormgeven aan de narratieve identiteit, en waarbij mag worden aangenomen dat het in therapie gaan kan worden beschouwd als een vormende ervaring, in relatie staat tot de geestelijke gezondheid (Adler, Harmeling & Walder-Biesanz, 2013; Baerger & McAdams, 1999). Tevens stelt het mensen in de gelegenheid om los van de groepssessies iets op schrift te stellen en wat ook na de therapie een tastbaar handvat kan bieden. Anderzijds kan retrospectief evalueren een graadmeter voor de therapeut zijn. Ten eerste omdat hierdoor interventies kunnen worden afgestemd op hetgeen de patiënt nodig lijkt te hebben. Wanneer dit wordt toegespitst op casus Daan, dan had kunnen worden overwogen om deelname aan het groepsprogramma aan te vullen of te vervangen door individuele begeleiding. Volgens hem zou er hierdoor meer tijd en individuele afstemming komen met onderliggende problemen naast het gepresenteerde pijnprobleem. Meneer zelf was dus wel bereid om de diepte in te gaan en te onderzoeken wat nodig was voor verandering,

maar doordat zorg op maat ontbrak werd zijn weerstand verder gevoed. Ten tweede omdat het als voorspeller kan dienen voor hoe het de patiënten na de therapie zal vergaan (Adler et al., 2008). De resultaten in deze studie wijzen uit dat dit van essentieel belang is, aangezien de revalidanten niet in staat bleken om de behaalde fysieke en mentale stevigheid ook vast te houden na de contextverschuiving van kliniek naar thuis. Uit citaten van revalidanten kan worden opgemaakt dat zij de therapeutische setting Roessingh als veilige thuishaven ervoeren. Deze context werd veelal een excuuswoord om zichzelf te verantwoorden bij het toepassen van nieuw gedrag, wat resulteerde in begrip bij betrokkenen in de eigen omgeving. Bij het verlaten van de kliniek blijkt het echter een strubbeling om de gekozen koers te blijven varen en tegelijkertijd de oude status quo te willen blijven handhaven. Willen voldoen aan verwachtingen van de omgeving en tegelijkertijd stressoren minimaliseren blijkt dan ook wel eens een dilemma. Wellicht dat in de behandeling eerder aandacht kan zijn voor het vormgeven van deze nieuwe 'leefkoers'. Daarbij kan gedacht worden aan het vroegtijdig betrekken van arbeidsrevalidatie in de therapie. Daarnaast blijkt dat het veranderingsproces van de revalidant interactionele consequenties heeft, wat maakt dat eveneens kan worden overwogen om vroegtijdig in de behandeling het systeem actief te betrekken. Uiteraard mits dit aansluit bij de hulpvraag van de patiënt. Op deze manier krijgen partners, kinderen en/of vrienden de ruimte om mee te bewegen.

Tot slot blijkt uit de retrospectieve evaluatie met de revalidanten dat zij behoefte hadden aan meer aandacht voor nazorg, zodat er bij terugval opnieuw een beroep kan worden gedaan op professionele ondersteuning. Vooralsnog organiseert het RRC eenmalig een terugkomdag na drie maanden, waarop wordt geëvalueerd hoe het mensen op dat moment vergaat en in hoeverre zij er in slagen om de bereikte psychologische flexibiliteit te continueren. Het gegeven dat het RRC momenteel werkt aan de implementatie van eHealth interventies, zodat patiënten ook na ontslag hun functioneren onder professionele begeleiding kunnen blijven monitoren, is een veelbelovend vooruitzicht.

Referenties

- Adler, J.M., Harmeling, L.H., & Walder-Biesanz, I. (2013). Narrative meaning making is associated with sudden gains in psychotherapy clients' mental health under routine clinical conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81* (5), 839-845.
- Adler, J.M., Skalina, L.M., & McAdams, D.P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy research, 18*, 719-734.
- Asmundson, G.J.G., Vlaeyen, J.W.S., & Crombez, G. (eds) (2004). *Understanding and treating fear of pain*. Oxford: University Press.
- A-Tjak, J., & De Groot, F. (2008). *Acceptance and Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Baerger, D.R., & McAdams, D.P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry, 9*, 69-96.
- 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*: 141-153.
- Bohlmeijer, E.T. (2007). *De verhalen die we leven, narratieve psychologie als methode*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- 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.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W. G., & Bijlsma, J. W. J. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy, 41*(11), 1295-1310.
- Flor, H., & Turk, D.C. (2011). *Chronic Pain. An integrated biobehavioral approach*. Seattle: IASP Press.
- Gatchel, R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N., & Turk, D.C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin, 133*(4), 581-624.
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.

- Hasenbring, M.I., & Verbunt, J.A. (2010). Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clinical Journal of Pain*, 26: 747-753.
- Hasenbring, M.I., Hallner, A.D., & Klasen, B. (2001). Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung. Unter- oder überbewertet? *Schmerz*, 15, 442-447.
- Hasenbring, M.I., Hallner, D., Klasen, B., Steitlein-Böhme, I., Willburger, R., & Rusche, H. (2012). Pain-related fear avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: Psychological characteristics and outcome at 6-month follow-up. *Pain*, 153: 211-217.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behaviour disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 1152-1168.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research & Therapy*, 44: 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York London: The Guilford Press.
- Houtveen, J. (2009). *De dokter kan niets vinden. Het raadsel van medisch onverklaarde klachten*. Amsterdam: Bert Bakker.
- International Association for the Study of Pain subcommittee on Taxonomy (1986). Classification of chronic pain. *Pain (suppl)*, 1-226.
- Linton, S. J., Melin, L., & Götestam, K. G. (1984). Behavioral analysis of chronic pain and its management. *Progressive Behavior Modification*, 18, 1-42.
- Loeser, J.D. (1980). A definition of pain. *Medicine*, Washington, 7, 3-4.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Classification of Chronic Pain: description of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. IASP Press.
- Nijhof, G. (2003). *Tekstsociologie: over de talige constructie van de sociale werkelijkheid*. Amsterdam: Aksant.
- Roessingh (z.d.). Resultaten chronische pijn. Verkregen op 10 maart, 2013, via <http://rcr.roessingh.nl/pijnrevalidatie/chronische-pijn/resultaten.html>.
- Sandoz, E.K. (2011). Case Formulation – Listening with ACT Ears, Seeing with ACT Eyes. In: Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (pp. 103-140)., 2nd ed. New

- York: The Guilford Press.
- Schreurs, K. (2012). *Klinische behandelingen van chronische pijn*. Roessingh Revalidatiecentrum: Interne publicatie.
- Schreurs, K., & Hulsbergen, M. (2011). *Leven met pijn. Praktijkboek voor behandelaars*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Stoffer, R. (2006). *Het vijf-gesprekkenmodel. Een handleiding*. Delft: Eburon.
- Tammes, M. (2011). *Agency ontwikkeling tijdens een behandeling op basis van ACT bij chronische pijnrevalidanten* (niet gepubliceerde masterthesis). Universiteit Twente, Enschede, Nederland.
- Turk, D.C., Wilson, H.D., & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*, 377: 2226-2235.
- Van Wilgen, C.P., & Keizer, D. (2004). Het sensitisiemodell: een methode om een patiënt uit te leggen wat chronische pijn is. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 148 (51), 2535-2538.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek Psychopathologie: Deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Veehof, M.M., Schreurs, K.M.G., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E.T. (2010). *Leven met pijn. De kunst van het aanvaarden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M.G., Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152: 533-542.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., van Houdenhove, B., & De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106, 65–72.
- Vlaeyen, J.W.S., & Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 80: 317-332.
- 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 (11), 748-755.
- Weiss, L. A. (2011). *The Development of Psychological Flexibility in Chronic Pain Patients during Acceptance and Commitment Therapy. How do acceptance, values-based action and application of learned principles develop during an eight-week inpatient treatment in five patients?* (Unpublished master's thesis) University of Twente, Enschede, the Netherlands.

White, M. (1997). Deconstructie en therapie. In: L. Migerode & P. Rober (Red.).

Conversaties en verhalen. Op zoek naar een nieuwe taal voor gezinstherapie (pp. 113-151). Antwerpen: Garant.

Bijlagen

Bijlage 1. Overzicht multidisciplinair behandelprogramma pijnrevalidatie Roessingh : acht weken durende semiklinische groepsbehandeling (Schreurs, 2012)

Discipline	Behandeldoelen	Activiteiten	Beoogde resultaten	Frequentie/Tijdseenheid
Revalidatiearts	Behandeling richt zich niet op pijnbestrijding, niettemin wordt ervan uitgegaan dat de last van pijn vermindert. Pijnintensiteit kan afnemen en ook komt het incidenteel voor dat de pijn verdwijnt na de behandeling.	Uitleg van de visie op pijn en vermoeidheid Uitleg van de behandeling Educatie over neurofysiologische achtergronden van klachten en medicatie Nader lichamelijk/neurologisch onderzoek Spreekuur: bespreking tussentijdse voortgang, eventueel in bijzijn van partner van patiënt Aansturen behandelteam ten tijde van voortgangsproces patiënt	Patiënt heeft inzicht in werking van pijnmodulerende systeem en herstelbelemmerende factoren Afname van interferentie van klachten in het dagelijks leven	Doorgaans 3x 30 min consult, (aanvang, midden en einde behandeling)
Psychologie	Zelf de regie over het leven nemen Ontwikkelen en verbeteren van vaardigheden in emotieregulatie Aandacht richten Cognitieve defusie Actieve coping	Groepsgesprekken Oefeningen uit “leven met pijn” (Schreurs & Hulsbergen, 2011)	Toename van psychologische flexibiliteit Toename van waardegerichte acties Afname van interferentie van klachten in het dagelijks leven	Drie uur per week
Maatschappelijk werk	Assertiviteit en communicatie Stress-management bij actuele spanningsbronnen Doorbreken van invloed van vroegere traumata op huidig functioneren Ondersteuning bij de generalisatie van nieuw gedrag in de eigen omgeving Optimaliseren van sociale ondersteuning, vermindering	Individuele gesprekken Gesprekken met partners	Toename van psychologische flexibiliteit Toename van waardegerichte acties Afname van interferentie van klachten in het dagelijks leven	Half uur per week

	ongewenste sociale responsen (met partner)			
Fysiotherapie	Training van specifieke basisfuncties Verhogen van het activiteitsniveau Leren waarnemen van lichaamssignalen en daarnaar te handelen in houding en beweging, basisfuncties en basisactiviteiten Spanningsregulatie	Mindfulness training, Oefentherapie, (adem-) en ontspanningstherapie, Haptonomie	toename in souplesse; verdeling van kracht; verbeterde fysieke conditie toename van houdings- en bewegingsgevoel bewustzijn van lichaamssignalen en bereidheid hiernaar te handelen afname van pijnvermijdend- en grensoverschrijdend gedrag bij interne spanningswisseling toename van vertrouwen in het zelfregulerend vermogen van het lichaam	Drie uur per week
Ergotherapie	Verhogen van het dagelijkse activiteitsniveau Structureren van het activiteitenpatroon Handelen op geleide van lichaamssignalen tijdens doelgerichte activiteiten Optimaal uitvoeren van specifieke activiteiten	Oefenen in groep en individueel; maken en bespreken van video-opnames tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten	Toegenomen energie Toegenomen participatie in werk (betaald of onbetaald) Bewustzijn van lichaamssignalen en bereidheid hiernaar te handelen Afname van pijnvermijdend gedrag	Drie uur per week
Bewegingsagogie	Leren omgaan met belasting/belastbaarheid in bewegingsactiviteiten Het aanpassen van een levensstijl, gezond bewegen Stimuleren van gedragsmatige, normale interactie bij bewegingsactiviteiten Vinden van balans tussen lichaam en geest Opbouwen van fysieke belastbaarheid Sportgerichte participatie	Diverse zandsporten, zwemmen, fitness-training	verbeterde fysieke conditie bewustzijn van lichaamssignalen en bereidheid hiernaar te handelen afname van pijnvermijdend gedrag, toename van sportactiviteiten	Drie uur per week
Groepsleiding	Generalisatie van nieuw geleerde vaardigheden Adequaat functioneren in sociale situaties	Vrije tijdsactiviteiten Sauna Assertiviteit en communicatietraining		Half uur per week individueel, vier uur per week avondprogramma

Activiteitentherapie	<p>Oriëntatie op vrije tijdsmogelijkheden</p> <p>Ervaren dat men stap voor stap kan leren iets te maken waarvan men voorheen dacht dat dit niet mogelijk was (succeservaring)</p> <p>Plezier beleven aan het creatief bezig zijn</p> <p>Initiatieven ontplooien om in eigen situatie creatieve activiteiten op te pakken</p> <p>Leren energie te doseren tijdens creatieve activiteit</p>	Tekencursus		Gedurende zes weken één uur per week
Arbeidsrevalidatie	Begeleiden bij het leren toepassen van principes van belasting en belastbaarheid in arbeid (arbeidstraining).	<p>Perspectiefontwikkeling</p> <p>Beroepskeuzeonderzoek</p> <p>Inschatting arbeidsmogelijkheden en beleidsvorming met betrekking tot werkhervatting (intake).</p> <p>Voorlichting / informatie geven op het gebied van opleidingen, scholingsfaciliteiten, beroepen, sociale wetgeving, financiële aspecten etc.</p> <p>Coaching / counseling</p> <p>Casemanagement</p>	Toegenomen participatie op de arbeidsmarkt	Doorgaans één uur per week, doorlooptijd varieert per revalidant

Bijlage 2: Interviewschema algemeen

Introductie

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

Openingsvraag

Kunt u vertellen hoe het met u gaat?

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

Hoofdvraag:

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

Wat heeft u afgelopen week geleerd en ervaren?

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

Specifieke vragen om antwoorden op de hoofdvraag te krijgen:

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

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

Indien een patiënt veel vertelt wat niet binnen de onderzoeksvraag valt, deze respectvol herinneren aan de onderzoeksvraag:

“Ik begrijp dat ... belangrijk voor u is. We kunnen daar aan het eind op terugkomen. Vindt u het goed dat we nu verder gaan met de situaties die u afgelopen week ervaren heeft?”.

Per situatie doorvragen (bij voorkeur ten minste 3 situaties beschrijven)

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

Afsluiting

Heeft u zelf nog vragen of opmerkingen over het interview?

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

Bijlage 3: Aanvullingen interviewschema eerste interview

Kennismaking en uitleg

Welkom bij dit eerste interview. Mijn naam is Denise Vrins/Harmke Petter en ik ben student Psychologie aan de Universiteit Twente. Voor mijn afstudeeronderzoek houd ik deze interviews. Het doel van het onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de behandeling en factoren die deze beïnvloeden. Dit kan helpen de behandeling te verbeteren door meer inzicht te krijgen in het behandelproces.

Ik zou u graag gedurende uw behandeling in Roessingh wekelijks willen blijven volgen en ongeveer zes weken na de behandeling een laatste interview afnemen. Het laatste interview kan eventueel telefonisch. Voor de andere interviews staat dit tijdstip en deze locatie gepland. We hebben elke week maximaal 30 minuten. Hierbij is het voor mij heel handig als ik dit opneem, zodat ik later alles nog eens rustig terug kan luisteren. Uw gegevens worden uiteraard anoniem verwerkt. Vindt u dat goed?

De interviews kunnen u helpen alles nog een keer op een rijtje te zetten, wat u allemaal geleerd en ervaren heeft tijdens de behandeling hier. Deze interviews zijn al eens eerder gedaan met pijnrevalidanten in Roessingh en zij vonden het een waardevolle ervaring die hen hielp.

Uw beleving van de behandeling staat centraal bij dit interview. Wij willen iets weten over de ervaringen vanuit de revalidanten en zien u dus als expert. De interviews staan in zoverre los van de behandeling, dat wat u vertelt geen invloed op de behandeling zal hebben. De behandelaars krijgen geen informatie over wat u hier vertelt. Als er iets is wat voor u onduidelijk is, of waar u het niet mee eens bent, dan kunt u mij dat gewoon laten weten.

Revalidant leren kennen

Ik heb net een heleboel verteld. Kunt u mij iets over uzelf vertellen, zodat ik een indruk kan krijgen van wie u bent? Daarbij kunt u bijvoorbeeld denken aan leeftijd, woon-/gezinssituatie, de aandoening waarvoor u in behandeling bent, of u nog werkt en waar u werkt of gewerkt heeft etc.

Bijlage 4: Aanvullingen interviewschema laatste behandelweek

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

Aanvullende vragen

- 1.) Wat heeft u in deze behandeling geleerd wat u ook na de therapie hoopt vast te kunnen houden/mee te nemen?
- 2.) Gedurende de behandeling is aandacht geweest voor wat u belangrijk vindt in het leven en wat u hoopt na te streven. Dit worden de waarden genoemd, die uiteen kunnen lopen op verschillende levensgebieden.
 - Wat zijn voor u belangrijke waarden op het gebied van werk en opleiding? Hoe verrijkt het leven naar deze waarde uw leven, dus wat levert het u op?
 - Wat zijn voor u belangrijke waarden op het gebied van relaties? Hoe verrijkt het leven naar deze waarde uw leven, dus wat levert het u op?
 - Wat zijn voor u belangrijke waarden op het gebied van vrije tijd? Hoe verrijkt het leven naar deze waarde uw leven, dus wat levert het u op?
 - Wat zijn voor u belangrijke waarden op het gebied van gezondheid en persoonlijke groei? Hoe verrijkt het leven naar deze waarde uw leven, dus wat levert het u op?
- 3.) Soms kan een mens belemmerd worden in het leven naar deze waarden. Waardoor zou u gehinderd kunnen worden in het nastreven van uw waarden?

Zojuist hebben we uw waarden op een aantal levensdomeinen doorgenomen. Ik zou u willen vragen om op dezelfde manier de overige levensdomeinen te doorlopen in het formuleren van uw waarden, waarom deze waarden belangrijk voor u zijn en welke hindernissen u vreest in het nastreven van deze waarden. Hiervoor geef ik u het waardenformulier mee (zie bijlage 3A). Op een later moment in deze laatste behandelweek zal ik het ingevulde formulier komen ophalen.

Afsluiten

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

Graag zou ik u over zes weken weer willen benaderen om te kijken hoe het met u gaat.

Afspraak maken voor follow-up interview, waarbij locatie en datum/tijdstip nader bepaald worden.

Bijlage 4A: Waardenformulier

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

Bijlage 5: Interviewschema follow-up interview

Inleiding

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

- Hoe gaat het nu met u?

Hoofdvraag 1

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

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

Specifieke vragen om antwoorden op de hoofdvraag te krijgen:

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

Per gegeven situatie doorvragen conform algemene interviewschema, zie volgende blok. Na het uitwerken van de situatie wordt naar een volgende situatie gevraagd. Wij streven naar tenminste drie situaties. Aan de hand van wat revalidant een bepaalde dag gedaan heeft antwoorden genereren. Indien een revalidant veel vertelt wat niet binnen de onderzoeksvraag valt, deze respectvol herinneren aan de onderzoeksvraag:

“Ik begrijp dat [...] belangrijk voor u is. We kunnen aan het eind daarop terugkomen. Vindt u het goed dat we nu verder gaan met situaties die u afgelopen weken ervaren heeft?”

Per situatie doorvragen (bij voorkeur tenminste 3 situaties beschrijven)

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

Hoofdvraag 2

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

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

Doorvragen, meer open interview

- Wat was de grootste/belangrijkste verandering tussen nu en voor de behandeling?
- Op welke manier uit deze verandering zich?
(Richten op alternatieve gedachten, gevoelens en gedragingen)
- Wanneer heeft deze verandering plaatsgevonden?
- Is er in de behandeling één moment bepalend geweest in de door u doormaakte ontwikkeling?
- Wat is het belangrijkste wat u geleerd heeft?
- Is er een terugval tijdens de behandeling geweest?

Aanvullende vragen

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

Bijlage 6: Coderings- en scoringschema

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

Bijlage 6A: Voorbeelden van codering en scoring

*N.B. Onderstaande citaten zijn voorzien van een titel, welke verwijst naar het beoogde leerdoel in de desbetreffende situatie. Voorafgaand aan de titel staat welke revalidant de uitspraak deed (A=1; B=2; C=3; D=4), gevolgd door hoeveelste interview en hoeveelste situatie.

Acceptatie

Score 1; 4.5.2. Voor jezelf kiezen, terugtrekken uit drukte “[.....] wat ik gisteren wel gedaan heb, tijdens de ergo, we moesten met elkaar appeltaart bakken. Nouja, dat was dus een grote ongecontroleerde zoot. Nou ja, we waren met zes man een taart aan het bakken, iedereen wil de leiding over de appeltaart en niemand neemt eigenlijk de leiding. Iedereen schreeuwt door elkaar; van ik doe dit en ik doe dat. Niemand let op. Iedereen doet van alles door elkaar. Ik heb gezegd; nee ik heb er geen zin meer in, je zoekt het maar uit met de appeltaart. Ik ben er toen uitgegaan, ik ben toen in de woonkamer gaan zitten. Ik vond het weer niet prettig, het was een ongeregeld zootje, iedereen schreeuwde door elkaar. Dat heb ik hier al zoveel weken gehad, dat hoeft voor mij niet meer. Daar loop ik gewoon bij weg nu. Omdat ik daar geen energie meer aan wil verspillen, dat is zonde van mijn tijd, zonde van de ruimte in mijn hoofd. Want je zuigt het toch altijd wel weer op, nee dat moet je loslaten.”

Score 2; 2.2.1. Grenzen aangeven tegenover vriendin: “Ik had helemaal geen zin om uit te gaan, terwijl ik dat wel had afgesproken. Dus ik denk nou, dan zeg ik mooi af. Dat doe ik wel eventjes. Waarna ik vervolgens een hysterisch en huilende vriendin aan de telefoon heb, haar vriendje heeft het net uitgemaakt en die heeft zoiets van; “je laat me vallen, dit was het enige waar ik naar uit keek en nu heb ik niks meer te doen” en waardoor ik mij weer heel schuldig voel. [.....] Daarna werd ik gewoon echt boos. Echt zo boos, dat ik dacht van, ik kan het nu bij mijn ouders aangeven, ik kan het bij mijn andere vrienden aangeven. Dat zijn gewoon jongens, die doen er veel makkelijker over. En bij mijn eigen beste vriendin kan ik het niet aangeven, die flipte totaal. En er knapte gewoon iets in mij. [.....] dan voel ik me heel leeg. Dan gaat het alsof ik op uit ga. [.....] Het moest even knappen. Het was in eerste instantie, werd het dus niet zo geaccepteerd door haar, toen werd ik ook echt boos. En toen later had ik zoiets, het is ook wel een beetje sneu want zij zat helemaal met zichzelf in de knoop dus ik dacht, zullen we anders maandag even wat doen. Gewoon even een uurtje de stad in of wat?” [Interpretatie DV: mevrouw staat ongemakkelijke gevoelens toe. Tevens houdt zij zich op die dag vast aan het voornemen om het uitgaan af te zeggen en energie te sparen voor afspraak volgende dag. Toch ervaart mevrouw gevoelens van schuld, wat maakt dat zij op een later moment in de week alsnog afspreekt. Deels worden gevoelens toegestaan, maar deels sturen zij ook het handelen. Dit resulteert in score 2]

Score 3; 3.7.2. Ondanks pijn vasthouden aan voornemen om iets leuks te doen; “Voorheen ging ik denken ‘als ik maar niet hoeft’, omdat ik dan pijn heb. Nu was het dan ook nog koud en glad. Toen gaf ik meer toe aan mijn lichaam. Zo van ‘ach, ik heb pijn, ik ga nog even het bed in, of ik kruip nog even lekker op de bank en dan zie ik het tegen de middag weer’. En dat leverde mij op een gewoonte van ‘ik moet het iedere keer doen, je lichaam snakt ernaar, je moet gaan liggen’. Maar daar word ik niet beter van. Je hebt dan zo weinig energie op een gegeven moment en je ziet geen leuke dingen meer. Dat verwatert. En dat is bij mij eigenlijk de laatste weken absoluut niet aan de orde. [.....] Bij de koffie heb ik nog wel 1 pijnstillert ingenomen, want het was echt ondraaglijk hoor de pijn in mijn armen en nek. Maar op een gegeven moment is het ook zo van ‘het wordt iets anders, je vult het ook anders in, je doet leuke dingen, kijkt naar leuke dingen’. Dan wordt de pijn als het ware een beetje naar de achtergrond geduwd.”

Functie van gedrag

Score 1; 1.5.3.: Afwegen en bewuste keuze maken tussen stoppen of doorgaan met activiteit: *“Ik hoopte dat door te bewegen, door te volleyballen, het [pijn; DV] weg zou vloeien. [.....] Ik hoopte daardoor dat ik een betere bloedsomloop in die schouder of arm kreeg en de pijn weg ging en de activiteit mij ontspande. Helaas niet gebeurd, het zit er nu nog.”*

Score 2; 2.5.3. Doen wat je leuk en belangrijk vindt ondanks de pijn:

“Ik weet het niet, lastig, thuis dacht ik al van ‘ik ga afzeggen, ik moet rusten’ [mevrouw heeft pijn in rug; DV]. [.....] Maar ik had dat moment thuis dat ik dacht van, nu doet het geen zeer meer en ik wil naar mijn pony, en dat schrijf ik ook continu bij de psycholoog op, en nu dacht ik, dan ga ik ook.[.....] kan ik beter wat leuks doen met pijn dan thuis zitten met pijn.[.....] ik heb dat beestje helemaal beleerd van nul naar dit, en dat takelt gewoon af, dat is gewoon jammer. En ook mijn vader die zegt van ja, we moeten eigenlijk echt weer gaan trainen anders zijn we nooit meer op tijd in vorm. Dat weet ik wel maar ja.[.....] als je een hond een paar weken niet ziet dan hecht hij zich ook minder aan je, dat gebeurt met de pony’s ook gewoon dus als ik die een tijdje niet zie en mijn vader komt er wel drie keer in de week. Dan hecht hij zich meer aan mijn vader, dat zie ik nu al gebeuren dus.. ja dat vind ik ok gewoon jammer. [.....] ik kan ook echt een uur lang bij het hek van het weiland staan, gewoon om te kijken hoe die beestjes met elkaar omgaan. Heel ontspannend, maakt echt je hoofd effe leeg dus dat is wel fijn.”

Score 3; 1.7.2. Quality-time met dochter ondanks klachten: *“Ik had nog voorgelezen aan haar [dochter; DV], gisteravond nog. Ik had haar ook naar bed gebracht en dan pak ik zo ’n dik boek van Pinkeltje, maar ja dat is natuurlijk helemaal lastig vasthouden. Enne ik zeg van eh, als we nu eens, en dan ging ik naast haar liggen zo. Als jij nu eens het boek vasthoudt? “Dat wil ik liever ook niet papa, ik vind het ook een zwaar boek.” Toen heb ik het boek op het nachtkastje gezet en gezegd van “als jij nou eens bladert dan zal ik wel voorlezen.” [...] Ja, gewoon de dingen doen die leuk zijn en die je moet doen vind ik eigenlijk als ouder. [...] Je kunt dan ook naar een manier zoeken die ik dan prettig vind en die zij prettig vindt en ja dan kom je er ook uit. Ja, kan ook zeggen ‘dat doe ik niet, ik heb zere handen’, nou dat kan ik niet. [...] Ik vind het leuk en het is niet omdat mijn dochter het moet vragen, dat ik het dan moet doen. Want als ik een keer echt geen zin heb dan doe ik het ook echt niet. Dan moet ze zelf maar even lezen.*

Toepassing

Score 1; 4.8.1: Grenzen behouden, verantwoorde inspanning leveren: *“Het heeft een beetje met de verhuizing te maken. Ik heb op het moment gewoon drukte in mijn hoofd met verhuizen, dingen regelen, zorgen dat er dingen zijn, maak tekeningen, dus, ik cijfer mezelf op het moment een beetje naar de tweede plaats. [.....] Dat je toch weer net iets over je grenzen heen gaat zeg maar, in ieder geval, laatst de schuur ingepakt en dan doe je net iets te veel van wat eigenlijk zou moeten. Toch ff weer snel een doos oppakken en even weer verzetten terwijl ik eigenlijk mijn vrouw even had moeten vragen van, “kan jij die zware doos even pakken?” [...] kijk en dat is gewoon helemaal het stomme, je weet, je hebt het nu geleerd en dan pas je het nog niet toe.”*

Score 2; 1.1.3.: In activiteit rustiger aan doen: *“Euh, ja ik heb uiteraard wel gewandeld inderdaad, ik heb wel een klusje gedaan, maar alles wel met meer rust gedaan. Maar ik heb wel het klusje afgemaakt eigenlijk, ik ben niet gestopt. En dat vind ik dus heel lastig. Wanneer*

stop je met iets en laat je de spullen allemaal liggen. Dan moet je het weer opruimen en later weer pakken. Ja, ik laat niet snel wat liggen. Er zit nog wel wat dwangneurose in om het zomaar te zeggen. Ja, dus ik moet nog meer zelfdiscipline vinden om daar een weg in te vinden.

Score 3; 3.7.3: Leren emoties te controleren tijdens conflict met persoon: *“Ik wilde er [invullen schadeformulier auto-aanrijding; DV] gewoon niet langer op ingaan, het was goed zo. Ik zeg “jij hebt jouw deel, wij [revalidante en haar man; DV] hebben ons deel, het is afgesloten”. En toen keek mijn man zo naar mij van “goh, dat je zo kalm en bedeesd bent [revalidante lacht; DV]”. Wat eigenlijk niet voor mij normaal is, want ik heb best veel temperament. Maar juist door die temperament en alles, dat maakt mijn lichaam ziek. Dat wil ik niet meer. Ik wil eerst even nadenken, iets meer rust inpassen, en niet bam, die aanslag, en dat ik daarna helemaal zoiets heb van ooh, nee hè”. Dat wil ik niet meer. En dit keer is dat heel goed gegaan.*