

UNIVERSITEIT TWENTE

# Het perspectief van patiënten op de ACT behandeling van chronische pijn

Een kwalitatief onderzoek

Master these

Auteur: Z. Selda Eroglu

Faculteit: Gedragwetenschappen

Opleiding: Psychologie, Master Geestelijke Gezondheidsbevordering

In opdracht van: Roessingh Revalidatiecentrum

Begeleiders: Prof. Dr. K. M. G. Schreurs & Dr. E. De Kleine

Plaats: Enschede, Nederland

Datum: 3 juni 2014

## Summary

One out of five adults in Europe has in his or her life suffered from long-term (6 months or more) pain. Pain distracts one from daily life and attention to pain can make the pain perception even worse. Annually approximately 800 patients with chronic pain are being treated in the Roessingh revalidation center in Enschede. The Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is applied during the treatment.

This research represents the perspective of the patients on the treatment for chronic pain done by Roessingh. The data is collected by using semi-structured interviews. By using the 'grounded theory' the content analysis showed that patients have different perspectives concerning the ACT treatment and the effectiveness of it.

From the results one can say that it was important for the patients whether they could apply their knowledge about the treatment of the chronic pain in daily life practices, for example taking rest whenever necessary. A stimulating factor here is the acceptance of the present pain. Limiting factors are the characteristics of the patient and how he or she deals with the situation.

The narrative approach contributes to the already existing literature about the effectiveness of the ACT treatment with chronic pain. Furthermore, one gains new insights concerning the mechanisms of the treatment from the perspective of the patient.

The most important conclusion of the research is that a similarity and a difference between the perspectives about the treatments of the participants exists. Both participants have learned that it is important to think more of themselves. Moreover, it proved to be important to improve declaring/defining borders and to learn to be open to others.

## Samenvatting

Een op de vijf volwassenen in Europa heeft in zijn leven langdurig (zes maanden of langer) last van pijnklachten. Pijn leidt de aandacht af van de dagelijkse bezigheden en aandacht voor pijn kan de pijnbeleving erger maken. Jaarlijks worden er in het Roessingh revalidatiecentrum in Enschede zo'n 800 patiënten met chronische pijn behandeld. De Acceptance and Commitment Therapy (ACT) wordt toegepast bij de behandeling.

Dit onderzoek representeert het perspectief van patiënten op de behandeling van het Roessingh bij chronische pijn. De data werd verzameld met behulp van semigestructureerde interviews. Met behulp van de 'grounded theory' liet de inhoudsanalyse zien dat patiënten verschillende perspectieven hebben als het gaat om de ACT behandeling bij chronische pijn in het Roessingh en de effectiviteit ervan.

Uit de resultaten blijkt dat het voor patiënten belangrijk was om de geleerde kennis in de behandeling over chronische pijn toe te kunnen passen in het dagelijks leven, zoals het nemen van rust op de momenten dat dit nodig is. Een bevorderende factor hierbij is het accepteren van de aanwezige pijn. Een belemmerende factor is de karaktertrekken van een persoon en hoe die met situaties omgaat.

De narratieve benadering draagt bij aan de aanwezige literatuur over de effectiviteit van de ACT behandeling bij chronische pijn. Verder worden nieuwe inzichten verkregen in de werkingsmechanismen van de behandeling vanuit de perspectieven van patiënten.

De belangrijkste conclusie van het onderzoek is dat er een overeenkomst en een verschil bestaat tussen het perspectief van de deelnemers op de behandeling. Beide deelnemers hebben geleerd dat het belangrijk is om meer aan zichzelf te denken. Daarnaast blijkt dat het belangrijk was om zich te verbeteren in grenzen aangeven/bepalen en te leren open te zijn naar anderen (masker af doen).

## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1. Chronische pijn</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2. Cognitieve gedragsmodellen</b> .....	<b>6</b>
1.2.1. Fear-avoidance model.....	6
1.2.2. Avoidance-Endurance Model.....	7
<b>1.3. Chronische pijn patiënten, behandeling in het Roessingh</b> .....	<b>9</b>
<b>1.4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</b> .....	<b>9</b>
<b>1.5. Therapieverhalen</b> .....	<b>10</b>
<b>1.6. Het onderzoek</b> .....	<b>11</b>
<b>2. Methode</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1. Procedure</b> .....	<b>12</b>
<b>2.2. Interviews</b> .....	<b>12</b>
<b>2.3. Deelnemers</b> .....	<b>13</b>
<b>2.4 Analyse</b> .....	<b>13</b>
<b>3. Resultaten</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1. Verschil tussen Frank en Tessa</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2. Het geleerde uit de behandeling volgens de patiënt.</b> .....	<b>18</b>
<b>3.3. De geleerde kennis van de behandeling in het dagelijks leven toepassen.</b> .....	<b>18</b>
<b>3.4. De bevorderende factoren</b> .....	<b>20</b>
<b>3.5. De belemmerende factoren</b> .....	<b>21</b>
<b>4. Conclusie en discussie</b> .....	<b>23</b>
<b>4.1. Beperkingen van dit onderzoek</b> .....	<b>24</b>
<b>4.4. Aanbevelingen</b> .....	<b>25</b>
4.4.1. Praktische aanbevelingen.....	26
<b>Literatuur</b> .....	<b>27</b>
<b>Appendix 1</b> .....	<b>30</b>
<b>Appendix 2</b> .....	<b>31</b>
<b>Appendix 3</b> .....	<b>33</b>

## 1. Inleiding

Een op de vijf volwassenen in Europa heeft in zijn leven langdurig (zes maanden of langer) last van pijnklachten (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). De internationale organisatie die pijn bestudeert, heeft pijn gedefinieerd als: 'Een onaangename gewaarwording en emotionele ervaring die gepaard gaat met weefselschade, mogelijke weefselschade of die wordt beschreven in termen van dergelijke schade' (IASP, 1994).

In het Roessingh Revalidatiecentrum worden patiënten met chronische pijnklachten behandeld door middel van een acht weken durende behandeling gebaseerd op Acceptance and Commitment Therapy (ACT). In dit onderzoek wordt er nagegaan hoe het perspectief van de patiënt op de behandeling is door ervaringen gedurende de behandeling te analyseren. Allereerst wordt ingegaan op chronische pijn en Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

### 1.1. Chronische pijn

Volgens de DSM-IV wordt ook wel gesproken van een chronische somatoforme pijnstoornis. Een somatoforme pijnstoornis houdt in dat patiënten pijnklachten ervaren zonder dat er een medische verklaring aan ten grondslag ligt. De DSM-IV beschrijft de diagnostische criteria voor een pijnstoornis waarbij pijn op een of meerdere plaatsen in het lichaam centraal staat en aanzienlijk lijden in het dagelijks functioneren veroorzaakt. Pijn wordt als chronisch geclassificeerd wanneer deze langer dan drie maanden aanhoudt.

Psychische factoren spelen een belangrijke rol in het begin, de ernst of het voortduren van de pijn (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Het blijkt dat de factoren aandacht, gedachten en gevoelens het waarnemen en rapporteren van pijn beïnvloeden. Vooral aandacht voor pijn, catastroferen en angst voor lichamelijke beschadiging, vertonen een duidelijk verband met pijn en aanpassing aan pijn (Leeuw et al., 2006). Pijn leidt de aandacht af van de dagelijkse bezigheden en aandacht kan de pijnbeleving erger maken. Gedachten als 'Dit gaat niet meer over' of 'Dit is niet te verdragen' zorgen ervoor dat mensen de chronische pijnklachten als ramp ervaren. Gevoelens, zoals zich somber voelen, zorgen ervoor dat de pijndrempel lager wordt bij mensen. Al deze factoren zorgen ervoor dat de pijnbeleving hoog blijft.

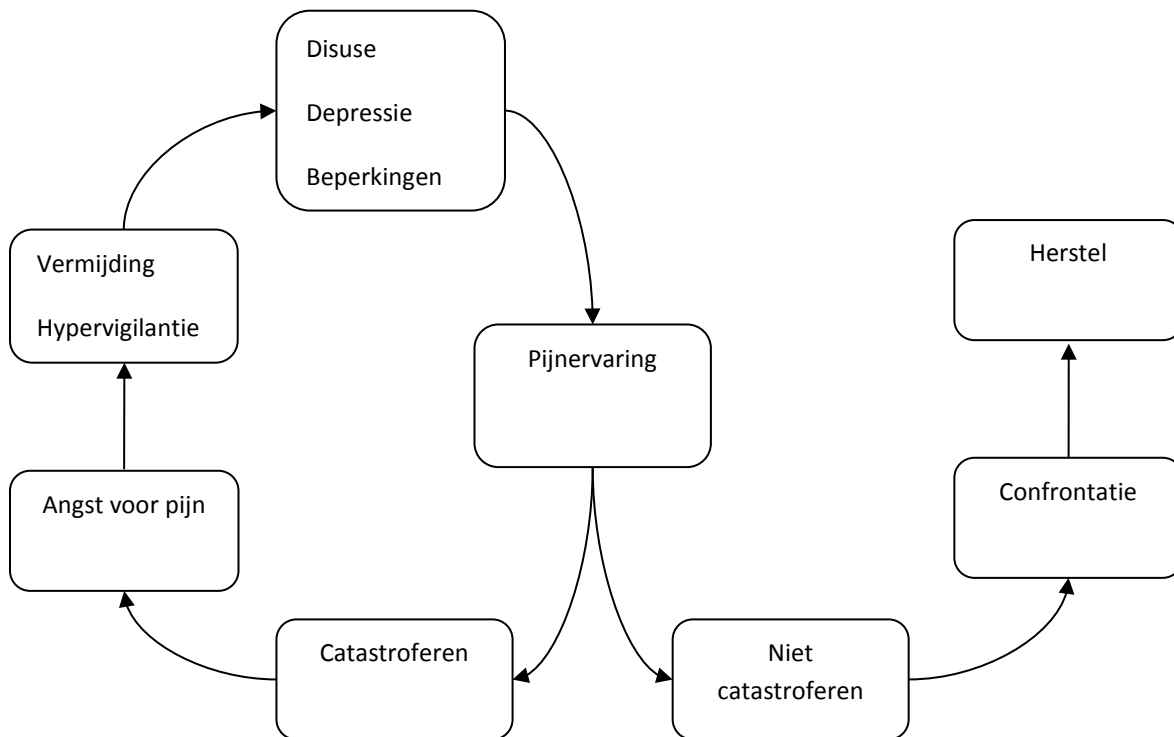
## **1.2. Cognitieve gedragsmodellen**

Voor de verklaring van het ontstaan van chronische pijn worden er twee modellen beschreven, namelijk het fear-avoidance model en het avoidance-endurance model. Beide modellen worden hieronder toegelicht.

### **1.2.1. Fear-avoidance model**

Vlaeyen et al. (1995a) ontwikkelden het fear-avoidance model als uitbreiding op het gelijknamige model van Lethem, Slade, Troup en Bentley (1983) om het ontstaan en de instandhouding van chronische pijn te verklaren (Figuur 1). De aanname van het model is dat een pijnervaring wordt gevolgd door een catastroferende (overwaardering van de negatieve aspecten van pijn) of een adaptieve cognitie. Een catastroferende cognitie versterkt de angst om te bewegen en pijn te veroorzaken. Chronische pijn wordt ontwikkeld als gevolg van het vermijden van activiteiten op basis van angst. Patiënten met chronische pijn blijven in een vicieuze cirkel zitten. Wanneer iemand een acute pijn ervaart en in die situatie de pijn onder controle houdt met vermijdingsgedrag, dan zorgt het verminderen van pijn voor het versterken van dit vermijdingsgedrag (Vlaeyen & Linton, 2000). Dit vermijdingsgedrag leidt vervolgens tot disuse, toenemende depressiviteit en beperkingen in het dagelijks leven. Dit laatste verhoogt de pijngevoeligheid waardoor een negatieve spiraal kan ontstaan en een chronisch pijnsyndroom (Susan et al, 2002). Bij patiënten die niet catastroferen maar een confrontatie aangaan met hun angsten treedt herstel op.

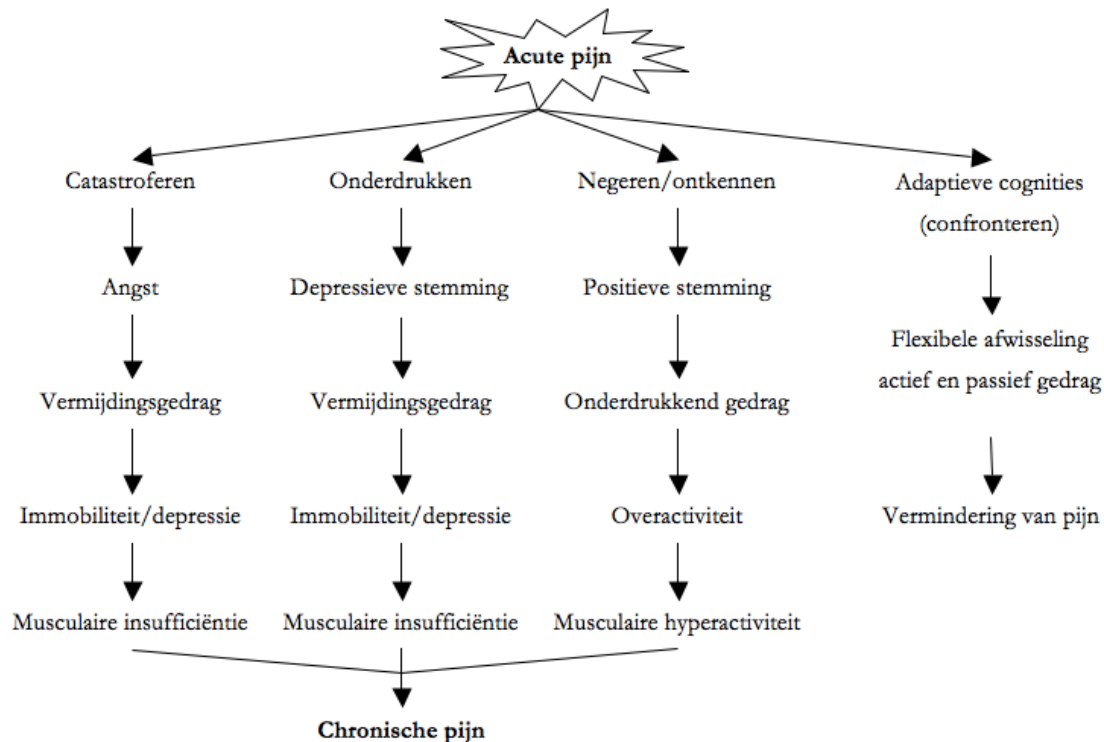
Fig. 1. Fear-avoidance model voor chronische pijn (Vlaeyen, 1995).



### 1.2.2. Avoidance-Endurance Model

Hasenbring (1999) heeft het avoidance-endurance model ontwikkeld (Figuur 2) dat een uitbreiding vormt op het fear-avoidance model. Dit model legt eveneens de nadruk op maladaptieve cognities en angst voor pijn als verklarende factoren voor het chronisch worden van acute pijn. Deze maladaptieve cognities omvatten naast het catastroferen van pijn eveneens het onderdrukken en negeren van de pijn (Hasenbring, 1999; Hasenbring, Hallner & Klasen, 2001; Hasenbring, Marienfeld, Kuhlendahl & Soyka, 1994). Patiënten die zich richten op de schadelijke en verontrustende aspecten van acute pijn, vertonen vaak meer catastroferende cognities. Deze catastroferende cognities leiden tot angst en vermijding van fysieke activiteit en uiteindelijk tot het chronisch worden van de pijn. Patiënten die aan de andere kant de acute pijn onderdrukken, verleggen hun aandacht continu van de pijn naar hun dagelijkse activiteiten. Omdat zij geen goede balans ontwikkelen tussen de twee aandachtsgebieden, en dus geen evenwicht vinden tussen inspanning en ontspanning, kunnen zij niet effectief met de pijn omgaan. Daarnaast bevindt zich een groep patiënten die de pijn onderdrukken. Zij vertonen een depressieve stemming waarmee ze de pijn vermijden. Uiteindelijk lijdt deze methode ook tot het niet effectief om kunnen gaan met pijn. Eveneens onderscheidt het avoidance-endurance model een derde groep patiënten met maladaptieve

cognities die de pijn ontkent en negeert en zich volledig richt op de dagelijkse activiteiten. Deze patiënten “grit their teeth” (Hasenbring et al., 1994, p.2763) vertonen geen depressieve maar juist positieve gevoelens, uiteindelijk leidend tot een te zware lichamelijke belasting. De chronische pijn persisteert vervolgens op basis van overbelasting.



Figuur 2. Avoidance-Endurance Model (Hasenbring, 1999)

Het Avoidance-Endurance Model onderscheidt zich van het Fear-Avoidance Model door de twee middelste wegen in het model. In het Fear-Avoidance Model komt geen stemming aan bod. In het Avoidance-Endurance Model is er sprake van een depressieve stemming en een positieve stemming wat beide invloed hebben op het in stand houden van chronische pijn. De catastroferende cognities die de angst verhogen voor pijn waardoor juist de pijn in stand blijft komt in beide modellen overeen. Ook het confronteren met pijn wat leidt tot vermindering van pijn komt overeen. Het Avoidance-Endurance Model kan als een uitbreiding van het Fear-Avoidance Model gezien worden.



### **1.3. Chronische pijn patiënten, behandeling in het Roessingh**

Het Roessingh revalidatiecentrum is een centrum voor volwassenen, kinderen en pijnrevalidatie. Pijnrevalidatie is erop gericht om het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren te verbeteren en de invloed van de klachten op het leven terug te dringen. Het doel van de behandeling bij pijnrevalidatie is herstel. Het gaat om het herstellen van capaciteiten en het maken van keuzes, waardoor de klachten kunnen afnemen. Dat is een belangrijke ontwikkeling, want onderzoek toont aan dat kwaliteit van leven van patiënten met chronische pijn zeer laag is in vergelijking met andere chronische aandoeningen (Sprangers, 2000).

Jaarlijks worden er in het Roessingh revalidatiecentrum in Enschede zo'n 800 patiënten met chronische pijn behandeld. Het Roessingh heeft een speciale afdeling waar chronische pijn patiënten multidisciplinair worden behandeld. Hierin zijn de volgende disciplines opgenomen: revalidatiearts, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker en de bewegingsagoog. Vanaf 2005 is men begonnen om delen van de ACT therapie te integreren in het behandelproces van chronische pijn patiënten.

### **1.4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)**

Acceptance and Commitment Therapy is een derde generatie gedragstherapie, gebaseerd op inzichten uit de cognitieve therapie, gedragstherapie en mindfulness-based therapieën. Het ACT-therapie model bestaat uit 6 kernprocessen, deze zijn acceptatie en bereidheid, cognitieve fusie, zelf-als-context, toegewijde actie, waarden en het contact met dit moment: 'Nu'. De interactie tussen acceptatie, mindfulness en waardegerichte gedrag wordt psychologische flexibiliteit genoemd (Hayes, et al., 2006). Psychologische flexibiliteit is het uiteindelijke doel van ACT; de patiënt gaat het contact aan met het huidige moment en past het gedrag zo aan dat het waarde gericht is (Hayes, et al., 2012). Volgens Harris (2009) bevat psychologische flexibiliteit de mogelijkheid om met volledig bewustzijn in het huidige moment aanwezig te zijn en om acties uit te voeren die gestuurd zijn door onze waarden. Blackledge en Hayes (2001) zien ACT als een therapievorm die niet de gedachten van een persoon verandert, maar waar iemand de problematische gedachten gaat ervaren en toch zijn leven zodanig invult dat dit voor hem waardevol is.

Voor chronische pijn is ACT een belangrijke therapievorm. De centrale boodschap binnen ACT bij chronische pijn is dat de pijn er gewoon is, waarschijnlijk niet meer weggaat, niet te controleren is en niet te vermijden, hoe hard je ook vecht (A-Tjak & De Groot, 2008:

blz 81). Mensen met chronische pijn neigen om activiteiten die voor pijn zorgen te ontwijken of te vermijden (McCracken & Eccleston, 2005). ACT verschilt van andere therapievormen doordat het niet gericht is op het verminderen van pijn, maar op het accepteren van pijn (McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004).

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat ACT een effectieve behandelvorm is voor chronische pijn patiënten (Vowles & McCracken, 2008; Wicksell, Ahlqvist, Bring, Melin & Olsson, 2008; Dahl, Wilson & Nilsson, 2004). Uit een meta-analyse van Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer (2011) blijkt dat ACT vergelijkbare resultaten heeft als cognitieve gedragstherapie.

McCracken en Velleman (2009) toonde aan dat door het vergroten van de psychologische flexibiliteit, de impact van chronisch pijn op het leven van patiënten kleiner wordt. Deze positieve resultaten lijken vooral het resultaat te zijn van de kernprocessen „acceptatie“ en „waarden gerichte actie“ (Vowles & McCracken, 2008).

### **1.5. Therapieverhalen**

Therapieverhalen laten vertellen door patiënten is een manier om inzicht te krijgen in de werkzaamheid van therapieën. Patiënten vertellen over hun ervaringen tijdens de therapie en eventueel erna. Het vertellen van een verhaal draagt bij aan het inzicht in de werkingsmechanismen van een behandeling; hoe werkt de therapie en waarom werkt het (Adler, Skalina & McAdams, 2008). De retrospectieve reconstructie van een goed therapie verhaal draagt tevens bij aan het vormen van een narratieve identiteit (Jørgensen, 2004; Adler, Skalina & McAdams, 2008) en kan als grondslag dienen om het behaalde succes van een behandeling te behouden wanneer de therapie afgerond is (Adler & McAdams, 2007a; Adler, Skaline & McAdams, 2008).

Een bijkomend voordeel voor patiënten is dat therapieverhalen bijdragen aan het betekenis geven aan zijn of haar ervaringen. Binnen de therapie verhalen werd steeds gezien dat de grip die mensen hadden op hun eigen leven langzaam maar zeker omhoog ging en dat ze hun leven steeds meer in eigen hand kregen (Adler & McAdams, 2007a).

## 1.6. Het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is inzicht in de werkingsmechanismen van de behandeling krijgen vanuit het perspectief van de patiënt door ervaringen gedurende de behandeling te analyseren. Na het analyseren van de therapieverhalen van patiënten zal het duidelijk worden hoe de patiënten de behandeling ervaren hebben, wat de patiënten geleerd hebben van de behandeling en of ze de geleerde kennis hebben kunnen toepassen in het dagelijks leven.

In dit onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

- I. Wat is het verschil tussen de perspectieven van de deelnemers op de behandeling?
- II. Wat vindt de patiënt dat hij geleerd heeft van de behandeling?
- III. In hoeverre is het de patiënt gelukt om de geleerde kennis van de behandeling toe te passen in het dagelijks leven?
- IV. Wat waren de bevorderende factoren bij het toepassen van de kennis van de behandeling?
- V. Wat waren de belemmerende factoren bij het toepassen van de kennis van de behandeling?

## 2. Methode

### 2.1. Procedure

Er heeft een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden bij patiënten die een ACT groepsbehandeling van acht weken hebben gevolgd in het Roessingh Revalidatiecentrum.

De behandeling die de patiënten hebben ondervonden is een acht weken durende groepsbehandeling, met 6 patiënten per groep. De ACT behandeling is een klinische ACT behandeling, waarbij de patiënten drie dagen per week klinisch zijn opgenomen. De rest van de week past de patiënt de geleerde oefeningen en principes toe in de thuis- en werksituatie. Enige tijd na de behandeling volgt een terugkomdag om het geleerde nogmaals met de patiënt door te nemen en eventueel bij te sturen. Het programma volgt de opbouw zoals beschreven in het boek “Leven met pijn” (Veehof, Schreurs, Hulsbergen & Bohlmeijer, 2010). Tijdens de behandeling komen er onderwerpen van ACT langs, beginnend met acceptatie en gaat verder met de andere processen. In de vierde week komt het onderwerp acceptatie terug.

### 2.2. Interviews

De interviews zijn afgenomen door een masterstudent (L. Weiss) aan de Universiteit Twente in 2011. De locaties voor het afnemen van de interviews zijn de pijnkliniek van het Roessingh Revalidatiecentrum. Het eerste interview is in de tweede week van de ACT behandeling afgenomen. De patiënten zijn vanaf toen wekelijks geïnterviewd. Zes weken na de behandeling is een follow-up interview afgenomen. De interviews duurden maximaal 30 minuten om de patiënt niet teveel te belasten.

De interviews hebben een semigestructureerde opzet. In de bijlagen (appendix 1) is het interviewschema opgenomen. Het doel van het interview is dat de patiënt beschrijft wat hij heeft geleerd de afgelopen week. Dit gebeurde door middel van een begin vraag: ‘Wat heeft u afgelopen week geleerd en ervaren?’. Er is gevraagd of de patiënt dit met voorbeelden kon aangeven. Ook is er gevraagd naar situaties die niet goed gelukt zijn, naar de gevoelens en gedachten. Dit is gevraagd om in te zien wat de patiënten meemaken. Patiënten gaven met een cijfer aan in hoeverre het gelukt of niet gelukt was. Zes weken na het einde van de behandeling, tijdens het follow-up interview, is gevraagd door de interviewers naar hoe de hele behandeling is ervaren en hoe de interviews ervaren zijn.

### 2.3. Deelnemers

In dit onderzoek zijn interviews van twee patiënten gebruikt. Er zijn twee patiënten gekozen op basis van leeftijd, geslacht en diagnose. Er is gekozen voor een man van 42 jaar en een vrouw van 19, beide hadden ze rugklachten (zie tabel 1). Er is gekozen voor patiënten met dezelfde klachten om te kijken of de werkingsmechanismen van de behandeling voor hetzelfde perspectief zorgen bij patiënten met zelfde klachten in andere contexten. De patiënten zijn in overleg met de andere onderzoeker waarmee de interviews geanalyseerd worden gekozen. Bij de ene patiënt zijn 8 interviews afgenomen, bij de andere patiënt zijn er 5 afgenomen. In totaal is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van 13 interviews. Voor het gemak zijn de patiënten benoemd met fictieve namen om zo de privacy te behouden. De patiënten zijn Frank en Tessa genoemd.

*Tabel 1. Gegevens patiënten*

<b>Deelnemer</b>	<b>Sekse</b>	<b>Leeftijd</b>	<b>Klachten</b>
<b>Frank</b>	Man	42	Rugklachten
<b>Tessa</b>	Vrouw	19	Rugklachten

### 2.4 Analyse

De analyse is aan de hand van letterlijke transcripten van de interviews uitgevoerd met behulp van het programma Atlas.Ti. De analyse van de interviews is gedaan met behulp van de gefundeerde theoriebenadering (grounded theory) (Glaser & Strauss, 1967). Het is belangrijk dat de onderzoeker openstaat voor wat de deelnemers vertellen over hun eigen ervaringen en meningen. Door constante vergelijkingen van de codes is er een codeschema ontwikkeld dat vervolgens leidde tot begrip- of theorieontwikkeling. De vergelijkingen tussen de interviews en de codes is door 2 codeurs gedaan. Beide codeurs hebben hetzelfde proces uitgevoerd en zijn uiteindelijk tot consensus gekomen over de codeschema. Er is gewerkt met 2 codeurs om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zo hoog mogelijk te houden. De aanpak van de analyse is hieronder verder toegelicht.

Ten eerste zijn tekstfragmenten geselecteerd die belangrijk zijn voor beantwoording van de onderzoeksvragen. De tekstfragmenten hebben de codeurs afzonderlijk geselecteerd. Ten tweede is er door ‘open coderen’ (Strauss & Corbin, 1990) de tekstfragmenten gecodeerd.

De relevante tekstfragmenten die geselecteerd zijn krijgen een code. Een code is een tekstfragment samengevat in één of enkele woorden. De codes bleven zo dicht mogelijk bij de inhoud van de tekstfragmenten, bijvoorbeeld 'Als ik denk ik heb rust nodig, dan ga ik even stoppen. Hieraan is de code *stoppen als rust nodig is* toegewezen. Bij het coderen is er voor de duidelijkheid van het verschil tussen de 2 deelnemers gewerkt met getallen. De codes kregen een 1 (Frank) of een 2 (Tessa) voor de code. Ook is het interviewnummer (1 t/m 8) erbij gezet om de ontwikkeling van de deelnemers duidelijk in beeld te hebben. De uiteindelijke code kwam er dan als volgt uit te zien: '1.1. *stoppen bij benodigde rustmomenten*. Dit is de code van Frank in de eerste interview, dat wil zeggen de tweede behandelweek. Daarnaast zijn er aan de deelnemers ook doelen gevraagd en of deze behaald waren. Dit is ook in de code verwerkt. De code kreeg een G (gelukt) of een NG (niet gelukt), ook is het cijfer dat aan het behalen van het doel werd gegeven in de code gezet. De deelnemer zei bijvoorbeeld: 'Maar dat ik hem van mezelf herken, ja dan denk ik, ja is wel een aardig leermoment, ja. Dus, hangt er weer tussen, een zes of een zeven'. Hieraan is dan de code '1.3. *G doel herkennen van niet opkomen voor jezelf, 6/7*' toegewezen. Dit is weer een code van Frank in de derde interviewweek, waarbij hij heeft aangegeven dat zijn doel gelukt is en hij heeft hier een 6/7 voor gegeven als cijfer. Er is op deze manier een lijst met codes ontwikkeld.

Ten derde zijn de codes en tekstfragmenten vergeleken met de andere codeur. De codes en tekstfragmenten zijn met codes van het interview vergeleken, maar ook met andere interviews is er een vergelijking gemaakt om overeenstemmende codes te kunnen ontwikkelen. Er werd teruggekeken naar de andere interviews of de nieuwe ontwikkelde codes ook in de voorgaande interviews gebruikt konden worden. Deze manier van coderen wordt volgens Strauss & Corbin (1990) 'axiaal coderen' genoemd, dit leidde tot nieuwe codes. Er is een lange lijst met codes ontwikkeld waar beide codeurs het eens waren. Beide codeurs hadden dezelfde lijst met codes aan het eind van het overleg. Deze codes moesten samengevoegd worden tot groepen, categorieën. De lijst met categorieën is door de twee codeurs samen opgesteld. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zo hoog mogelijk te krijgen is er gekozen om de categorieën samen op te stellen. Op deze manier is het niet een geheel eigen interpretatie van een codeur geworden, maar een consensus van twee codeurs.

Categorieën zijn op de volgende manier ontwikkeld: onder de categorie *grenzen aangeven/bepalen* is bijvoorbeeld de codes *grenzen herkennen*, *grenzen aangeven*, *op grenzen stellen* samengevoegd. Al deze codes zijn een onderdeel van het antwoord op de eerste onderzoeksvraag over wat de deelnemers geleerd hebben van de therapie. De categorie *grenzen aangeven/bepalen* geeft een overzicht van de codes, dus ook een antwoord op de eerste onderzoeksvraag. Op deze manier zijn alle codes ondergebracht onder categorieën die weer gekoppeld zijn aan de onderzoeksvragen. Bij elk categorie is dan gekeken welke codes hieronder hangen en naar de frequentie van de codes. Hierbij is wel gekeken naar de inhoud van de codes en of de codes te vergelijken zijn.

Om de verschillende meningen en ervaringen van patiënten in kaart te brengen zijn er percentages uitgerekend aan de hand van de antwoorden die gegeven werden. De percentages zijn berekend door het aantal antwoorden dat een deelnemer gaf gedeeld door het totaal aantal van zijn antwoorden. Er zijn in totaal 226 antwoorden van Frank en 159 antwoorden van Tessa, het totaal antwoorden van beide deelnemers is 385. Bijvoorbeeld bij *grenzen bepalen/aangeven* heeft Frank 36 keer een antwoord gegeven wat gecodeerd is en Tessa 6 keer.

## 3. Resultaten

### 3.1. Verschil tussen Frank en Tessa

Voor de beantwoording van de onderzoeksvraag, wat is het verschil tussen de perspectieven van de deelnemers op de behandeling, kijken we naar het totaal overzicht van de categorieën (zie tabel 2). In de hierna volgende onderzoeksvragen wordt er dieper ingegaan op de resultaten van de categorieën.

De categorie meer aan jezelf denken is als hoogst gescoord door Frank (18,1 %). Tessa heeft het hier minder over gehad in haar interviews (11,3 %). Het meest opvallende verschil tussen de deelnemers is dat Frank zeer hoog scoort op *grenzen bepalen/aangeven* en dat Tessa hier laag op scoort.

Tessa scoort zeer hoog op *open zijn naar anderen (masker af)*, terwijl Frank hier 0 scoort. Ze negeerde haar pijn en ging zo actief door met haar werk (knippen van haar bij klanten) dat ze na de tijd extra veel pijn had. Ze nam daarna een lange rustpauze wat niet hielp om de pijn te verminderen, omdat de balans tussen inspanning en ontspanning verstoord is. Tessa verwoordt dit als het open zijn naar anderen (masker af doen). Ze wilde niet dat haar omgeving wist dat ze door haar pijn werd verhinderd en deed net alsof er niets aan de hand was. Voor Tessa is het belangrijkste wat zij uit de behandeling geleerd heeft open te zijn naar andere en aan kunnen geven dat ze pijn heeft, zodat ze haar rust kan pakken op het moment dat ze dit nodig heeft. We zien dat de categorieën *tweestrijd* en *onwetendheid omgeving* het minst scoren bij beide deelnemers.

Tessa heeft 3 interviews niet meegedaan, omdat het voor haar moeilijk was om te zien dat er geen verandering plaatsvond. Ze wilde graag een pauze inlasten en een paar interviews niet deelnemen. De laatste twee interviews heeft ze weer deelgenomen. Bij de follow-up interview heeft ze aangegeven dat het voor haar prettig was om mee te doen aan de interviews ondanks het missen van een paar interviews.

Tabel 2. Totaal overzicht categorieën.

Concepten	Categorieën	Frank	Tessa	Totaal
Geleerde	Grenzen bepalen/aangeven	36 (15,9 %)*	6 (3, 8 %)*	42 (10,9 %)
	Grenzen overschrijden	11 (4,9 %)	8 (5 %)	19 (4,9 %)



	Lat lager leggen	6 (2,7 %)	10 (6,3 %)	16 (4,2 %)
Toepassing in het dagelijks leven	Meer aan jezelf denken	41 (18,1 %)	18 (11,3 %)	59 (15,3 %)
	Tijd indelen/vooraf plannen	27 (11,9 %)	7 (4,4 %)	34 (8,8 %)
	Toepassing van geleerde uit therapie (ACT)	25 (11 %)	8 (5 %)	33 (8,6 %)
	Nadenken over eigen gedrag	18 (8 %)	11 (6,9 %)	29 (7,5 %)
	Balans in rust pakken/op tijd stoppen	17 (7,5 %)	8 (5 %)	25 (6,5 %)
	Automatisme gedrag	6 (2,7 %)	7 (4,4 %)	13 (3,4 %)
	Dingen van je afschuiven	7 (3,1 %)	2 (1,3 %)	9 (2,3 %)
	Naar lichaam luisteren	4 (1,8 %)	5 (3,1 %)	9 (2,3 %)
Bevorderende factoren	Open zijn naar anderen (masker af)	0	19 (11,9 %)	19 (4,9 %)
	Toegeven aan pijn (acceptatie)	8 (3,5 %)	6 (3,8 %)	14 (3,6 %)
	Motivatie om te veranderen	7 (3,1 %)	5 (3,1 %)	12 (3,1 %)
	Acceptatie en steun omgeving	5 (2,2 %)	5 (3,1 %)	10 (2,6 %)
	Nieuwe hobby's gekregen	0	10 (6,3 %)	10 (2,6 %)
	Belemmerende factoren	Karaktertrekken	0	10 (6,3 %)
Verlieservaring activiteiten vroeger/teleurstelling om beperking		0	8 (5 %)	8 (2,1 %)
Tweestrijd		6 (2,7 %)	1 (0,6 %)	7 (1,8 %)
Onwetendheid omgeving		2 (0,9 %)	5 (3,1 %)	7 (1,8 %)
Totaal		226 (100 %)	159 (100%)	385 (100%)

\* gebaseerd op het totaal aantal van zijn/haar antwoorden.

### 3.2. Het geleerde uit de behandeling volgens de patiënt.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvraag, wat vindt de patiënt dat hij geleerd heeft van de behandeling, zijn er drie categorieën opgesteld: *grenzen bepalen/aangeven*, *grenzen wel/niet overschrijden* en *de lat lager leggen*. De resultaten van deze categorieën worden weergegeven in tabel 2 onder het concept geleerde. Hieronder worden de belangrijkste resultaten beschreven.

Er werd gevraagd wat de deelnemers als geleerd ervaren in de behandeling. Grenzen bepalen/aangeven (10,9%) was het meest genoemde antwoord. Frank heeft dit vaker benoemd dan Tessa. Frank gaf aan dat hij als eerst had geleerd om grenzen te bepalen en hoe belangrijk dit is. Hij vertelde het volgende:

“Ja, het is wel, voor mij het belangrijkste geef je grenzen aan en stap daar af en toe tussenuit als dat nodig is.”

Ten tweede werd veel het dilemma van wel of niet de grens overschrijden benoemd. De grenzen bepalen was gedaan, de tweede stap was aan de grens houden. Het is de deelnemers twee van de negentien keer gelukt om niet de grens te overschrijden. Er is geen verschil tussen Frank en Tessa. Beide lukt het niet om steeds aan de grenzen te houden en niet de grenzen te overschrijden. Hierover vertelde Tessa het volgende:

“Als er iets gedaan moet worden, dan doe ik ook net zo lang of ik nou pijn heb of niet, tot dat het klaar is. En dat zijn gewoon dingen, daar moet je gewoon op letten maar ik ga dus wel over mijn grenzen heen dan.”

### 3.3. De geleerde kennis van de behandeling in het dagelijks leven toepassen.

Een interessant punt is wat deelnemers hebben meegenomen van de behandeling. Dit is als tweede onderzoeksvraag gesteld; in hoeverre is het de patiënt gelukt om de geleerde kennis van de behandeling toe te passen in het dagelijks leven. De resultaten van de tweede onderzoeksvraag worden weergegeven in tabel 2 onder het concept toepassing in het dagelijks leven. Hieronder worden een paar categorieën als voorbeeld gegeven.

De categorieën *meer aan jezelf denken*, *nadenken over eigen gedrag* en *naar lichaam luisteren* komen veel op hetzelfde neer. Er is gekozen om ze als aparte categorieën te

behouden om zo dicht mogelijk bij de interpretatie van de deelnemers te blijven. Bij de categorie *meer aan jezelf denken* valt het op dat er twee kanten meespelen. Aan de ene kant vinden de deelnemers het heel moeilijk om aan zichzelf te denken, omdat ze zich dan niet prettig voelen. Aan de andere kant gaven ze aan dat het wel prettig is om aan jezelf te denken omdat je dan de benodigde rust te pakken hebt. Frank verwoordt dat als volgt:

“Ja, aan de ene kant wel rot. Want ik was in overleg met een collega en die moest nog meerdere dingen van mij weten. En dan zeg ik ze: "Ja sorry jongens, ik heb van tevoren gezegd, uiterlijk tien over negen ben ik weg. Dus alles wat we doen, moeten we in die tijd doen." En die collega die had nog wel: "Ja, maar ik moet nog een aantal dingen van je weten." Ik zeg: "Ja, dan bel me vanmiddag maar op. Maar nu eventjes niet meer." En ja, aan de ene kant voelt dat wel minder om... ja dat voelt eigenlijk wel als iemand in de steek laten. En dat is minder prettig. Maar aan de andere kant dank denk ik: "Ja, kies toch voor jezelf." En dat gaat, opeens gaat dat gewoon voor. En dat voelt wel min of meer als een overwinning.”

De deelnemers hadden geleerd in de behandeling dat het belangrijk was om van te voren een planning te maken en daar ook rusttijd in te plannen om de kans op teveel doorgaan tegen te houden. Vooral Frank (11,9 %) zag hier de voordelen van in. Hij vertelde het volgende:

“Ja, op het moment dat je dus wat meer verdeelt, kun je veel effectiever met je tijd. Want anders, als je ergens bent geweest, en je bent ergens lang geweest en je komt weer thuis, dan moet ik plat. Dan moet ik liggen. Op moment dat je dus wat korter bent, hoef ik niet zo noodzakelijk echt te rusten. Dus dan kun je daar ook weer andere dingen bij doen. Ja, het is ook veel efficiënter indelen van je uren.”

Bij de categorie *nadenken over eigen gedrag* is er geen verschil in geslacht. Zowel bij Frank als bij Tessa is er sprake van nadenken over het gedrag. Hierover vertelde Tessa het volgende:

“Ik denk meer na bij activiteiten, zoals ik tegen je zei. Voor die tijd stoppen dat ik daar echt in zit, en nu wil ik tussentijds nog wel eens denken van: "Tessa, dit gaat niet goed. Ga maar even weg of stop daar even mee." Maar het kan ook zijn dat ik denk van: "Nou, het gaat lekker, ik ga nog even door.", weet je? Dus dat je het wel weet. Ik wil niet zeggen dat het altijd goed gaat, want soms merk ik het ook achteraf op.”

### 3.4. De bevorderende factoren

De derde onderzoeksvraag, wat waren de bevorderende factoren bij het toepassen van de kennis van de behandeling, bevatten vijf categorieën. De resultaten van de derde onderzoeksvraag staan in tabel 2 onder het concept bevorderende factoren verwerkt. Hieronder wordt van een aantal categorieën een voorbeeld gegeven.

De categorie *open zijn naar anderen (masker af)* is alleen door Tessa besproken (11,9%). Dit was voor haar een belangrijk punt in de behandeling. Ze liep hier steeds tegen aan. Het af kunnen doen van haar masker heeft uiteindelijk als bevorderend gewerkt voor de behandeling. Zij vertelde dat op deze manier:

“Maar dat heb ik ervaren dat er inderdaad wel degelijk wat aan de hand is en dat ik niet altijd maar mijn masker op moet laten. Want ik heb altijd een masker op naar de buitenwereld toe. Je wordt echt met de neus op de feiten gedrukt, wel heel zwaar vond ik het. Wat ik ook geleerd heb is, dat moeten we hier maar ook in de thuissituatie, dat je meer aan je zelf denkt en niet altijd rekening houdt met een ander.”

Het *toegeven aan pijn (acceptatie)* is als bevorderende factor gezien door de deelnemers. Tessa vertelde dat ze de pijn accepteerde en wist dat het nooit weg zou gaan. Ze leerde er anders tegen aan kijken en er beter mee om te gaan:

“Ja, op zich heb ik het idee dat ik wat rustiger ben geworden. Ja, en makkelijker, of makkelijker niet, ik vind het nog steeds moeilijk, maar toch wel iets sneller daaraan toegeeft zeg maar. Dat je niet meer zo hard vecht constant. Niet meer door, door, door. En dat doet mij wel zeer om daaraan toe te geven, om te denken van ja, ik kan gewoon niet meer, klaar. Maar ja, dat doe je wel. Je geeft er wel aan toe. En dat is wel een ontwikkeling.”

*Acceptatie en steun van de omgeving* wordt als een bevorderende factor gezien door de deelnemers. Wanneer de omgeving weet van de situatie heeft de omgeving er ook meer begrip voor en wordt er ook meer rekening ermee gehouden. Dit vergemakkelijkt het werk van de deelnemers. Frank vertelde hoe het was om naar een feestje te gaan waar iedereen van zijn situatie weet:

“Oh, vind ik ook wat. Maar dat is ook wel iedereen in mijn omgeving weet wel wat de situatie is. En in het verleden zeiden ze dus: van 'God, kom je nou pas.' of 'Ga je nu al na huis?'. En nu zegt men eerder van: 'God, leuk dat je toch geweest bent.' En voor

hetzelfde geld zeg je dus van... Als je min of meer niet geaccepteerd wordt dan ben je eerder geneigd om te zeggen ik ga helemaal niet. En nu zeggen ze gewoon van 'Goh, toch leuk dat je er geweest bent.' Ondanks is het maar een korte periode.”

Een ander bevorderende factor wat alleen door Tessa is benoemd is het *krijgen van nieuwe hobby's*. Door de pijn zijn oude gewoontes niet altijd uit te voeren. Om vrije tijd op te vullen moeten andere dingen gevonden worden. Tessa heeft dit opgelost door nieuwe creatieve hobby's te vinden:

“Ja, ik ben heel veel uit mezelf, met mijn, zeg maar nieuwe hobby's bezig gegaan. Omdat ik gewoon niet meer zo heel veel plezier had in dingen, wat ik deed. En daardoor deed ik het ook niet meer. En ja, op een gegeven moment dan val je een beetje stil, hè. En dat is nu, is het eigenlijk wel beter. Gewoon een beetje op de creatieve tour, zeg maar, creatief bezig. En dat vind ik gewoon heel fijn. En daar ben ik wel aardig druk mee. Vooral nou, als ik vakantie heb, vind ik heerlijk.”

### 3.5. De belemmerende factoren

De laatste onderzoeksvraag, wat waren de belemmerende factoren bij het toepassen van de kennis van de behandeling, bevat 4 categorieën. De resultaten van de onderzoeksvraag staan in tabel 2 onder het concept belemmerende factoren. Hieronder staan per categorie korte voorbeelden.

Opvallend bij de resultaten van de vierde onderzoeksvraag is dat Frank weinig belemmerende factoren op genoemd heeft. Tessa heeft meerdere factoren opgenoemd. Zo is de factor *karaktertrekken* en de factor *verlieservaring activiteiten vroeger/teleurstelling om beperking* alleen door Tessa aangegeven. Over de karaktertrekken zei ze het volgende:

“Dat kan ik voor mezelf niet hebben. Ik ben een hele, iemand die heel perfectionistisch is en alles moet met een goed eind aflopen. En ja, ja gevoelens, hoe zeg je dat dan? Ja, teleurgesteld in mezelf dat ik het allemaal niet trek. Terwijl ik dat eerder altijd wel deed.”

De *tweestrijd* was een factor die Frank veel als belemmerende factor zag. Hij voelde steeds bij elke keuze een tweestrijd in zich, deze strijd verwoordde hij zo:

“Ja, jawel. Mijn eigen ik zegt eigenlijk, aan de ene kant ga door, en aan de andere kant zegt het is niet zo verstandig om te doen. Dat voelt eigenlijk wel heel goed. Want eigenlijk heeft toch die slimme kant gewonnen.”

De *onwetendheid van de omgeving* was volgens Tessa een belemmerende factor. Steeds opnieuw de situatie moeten uitleggen, of het niet begrijpen van de situatie door de omgeving zijn vermoedende factoren. Over de relatie met haar vriendinnen vertelde Tessa het volgende:

“Want het is eigenlijk met onze vriendinnengroep, is het eigenlijk niet zo goed gegaan. Mede door mijn rug en zo, dat ik ze eigenlijk bijna nooit meer zag. Dat heb ik gezegd van: 'Ja, misschien moet ik het dan toch alles maar eens helemaal uitleggen.' Want ik had altijd ook een beetje het idee dat ze niet helemaal geïnteresseerd waren.”

## 4. Conclusie en discussie

In dit onderzoek is inzicht verkregen in de werkingsmechanismen van de behandeling vanuit het perspectief van de patiënt door ervaringen gedurende de behandeling te analyseren. De belangrijkste conclusie van het onderzoek is dat er overeenkomsten en verschillen bestaan tussen het perspectief van de deelnemers op de behandeling. Beide deelnemers hebben geleerd dat het belangrijk is om meer aan zichzelf te denken. Daarnaast blijkt dat het voor Frank belangrijk was om zich te verbeteren in grenzen aangeven/bepalen, terwijl het voor Tessa er om ging om te leren open te zijn naar anderen (masker af doen). Bij Frank is een meer toepassingsgerichte houding zichtbaar, hij zit voornamelijk nog in de commitment fase. Bij Tessa is een ontwikkeling zichtbaar van commitment gericht naar waardegericht handelen. Zij is begonnen met nieuwe hobby's in plaats van oude bezigheden die ze niet meer kon doen door de pijn. Zij heeft meer de kern van ACT te pakken. Het verschil tussen de deelnemers is te verklaren aan de hand van cognitieve gedragsmodellen.

Uit dit onderzoek blijkt dat wanneer de vermijding van pijn verminderd wordt en de confrontatie met pijn toeneemt, patiënten uit de vicieuze cirkel van pijn stappen. Dit komt overeen met het Fear-avoidance model van Vlaeyen et al. (1995a). Wanneer iemand een acute pijn ervaart en in die situatie de pijn onder controle houdt met vermijdingsgedrag, dan zorgt het verminderen van pijn voor het versterken van het vermijdingsgedrag. Met deze behandeling is het doorbreken van de vermijding gelukt. We zien dat beide deelnemers uit de vicieuze cirkel zijn gestapt. Deelnemers gingen de confrontatie aan door eerst aan zichzelf te denken en dan aan de omgeving. Wanneer ze toe zijn aan rust, pakken ze dat moment van rust ook. Hierdoor zien we herstel bij deelnemers optreden.

Uit dit onderzoek blijkt dat deelnemers hebben geleerd om hun dagelijks leven in te delen en rustmomenten in te plannen om de grens van actief zijn en geen pijn ervaren te bewaken. We zien herstel optreden bij de deelnemers nadat ze de confrontatie aangaan om én actief én geen pijn te voelen. Dit komt overeen met het Avoidance-Endurance model van Hasenbring (1999). Volgens Hasenbring treedt er vermindering van pijn op wanneer er sprake is van flexibele afwisseling tussen actief en passief gedrag.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat een goede balans tussen inspanning en ontspanning nodig is om effectief om te kunnen gaan met de pijn. Een goede tijdsindeling

maken met op de juiste momenten een rustmoment inlassen zijn belangrijke punten om de pijnbeleving te verminderen. Daarnaast blijkt dat het belangrijk is dat de patiënt als eerst de pijn accepteert zoals die is en dat de pijn waarschijnlijk niet zal verdwijnen. Dit wordt door de literatuur ondersteund door Hayes et al. (2012).

Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten door middel van de ACT behandeling de problematische gedachten over de pijn zijn gaan ervaren en het leven zodanig in zijn gaan vullen dat het toch waardevol is, ondanks de pijn. We zien dat Tessa nieuwe hobby's krijgt wanneer ze de oude niet meer kan waarmaken en er op deze manier toch voor zorgt dat ze een waardevol leven heeft. Dit komt overeen met het onderzoek van Blackledge en Hayes (2001).

Dit onderzoek sluit aan bij de bevindingen van Vowles & McCracken (2008), die in hun onderzoek effectiviteit hebben gevonden van ACT binnen de behandeling van chronische pijn. Deze auteurs constateerden een positieve ontwikkeling op het gebied van acceptatie en waarde gerichte actie, welke in dit onderzoek wordt ondersteund. Patiënten die hebben deelgenomen aan de behandeling zijn in staat de pijn te accepteren en hun leven zo in te delen dat het waardevol is. Ook de uitkomsten van Veehof et al. (2011), waarin zij stellen dat patiënten met chronische pijn positief reageren op acceptatiegerichte behandelingen, worden in dit onderzoek ondersteund. Patiënten hebben positief gereageerd op de behandeling.

Patiënten die mee hebben gedaan aan dit onderzoek evalueerden de deelname veelal als positief. Uit de literatuur blijkt ook dat het genereren en het vertellen van het therapieverhaal positieve resultaten opleveren voor het begrip en het vormen van een narratieve identiteit (Jørgensen, 2004; Adler, Skalina & McAdams, 2008). Voor Tessa was de confrontatie met de behandelweken zo groot dat ze een aantal weken geen deel heeft genomen aan de interviews. Bij de laatste interview gaf ze wel aan dat het zinvol was om deel te nemen aan de interviews, omdat ze haar belevenissen beter kon verwerken. Het kan zijn dat ze weer deel is gaan nemen aan de interviews omdat ze succesvoller werd in de therapie.

#### **4.1. Beperkingen van dit onderzoek**

In dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign door middel van semigestructureerde interviews. Hoewel deze manier van onderzoek veel aanvullende informatie geeft ten opzichte van kwantitatief onderzoek, kent het zijn beperkingen. Allereerst is er sprake van een kleine onderzoeksgroep van twee deelnemers. Eén van de deelnemers



heeft een aantal weken niet meegedaan aan de interviews, waardoor er geen gelijk aantal interviews per deelnemer beschikbaar is. Om meer gefundeerde uitspraken te kunnen doen naar de ontwikkeling en het perspectief van de deelnemers op de behandeling dienen meer deelnemers te worden onderzocht.

Ten tweede zijn de deelnemers door het gebruik van het semigestructureerde interview geleid door de interviewer. Daardoor wordt de deelnemers beperkt en beïnvloedt in het geven van zijn antwoorden. Belangrijke belevenissen kunnen hierdoor gemist worden. Toch is het zo dat de vragen van het interview wel veel belangrijke dingen beantwoorden. Aan het begin van het interview wordt ook vermeldt dat de deelnemer zelf ook dingen mag vertellen die niet gevraagd worden.

Ten derde kan de rol van de interviewer ook een effect hebben gehad. Dit aangezien de interviews zijn afgenomen door 2 onderzoekers die elk een eigen stijl hebben. Daarnaast zijn de interpretaties van de interviews door 2 andere onderzoekers gedaan. Het categorieschema is gebaseerd op de interpretatie van de 2 beoordelaars die de analyse voor dit onderzoek hebben uitgevoerd. De interpretatie kan verschillen van de interpretaties van de 2 onderzoekers die eerder de interviews hebben afgenomen. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zo hoog mogelijk te krijgen is een goede coderingstraining een optie.

#### **4.4. Aanbevelingen**

Een aanbeveling voor nader onderzoek is het uitvoeren van een toetsend onderzoek. Dit onderzoek is een hypothese vormend onderzoek, de volgende stap is een toetsend onderzoek om de hypothesen te meten. Als startmeting kan de MPI en SCL-90 afgenomen worden. Het beste zou tevens zijn een vragenlijst af te nemen die alle kern processen van ACT omvat. Aangezien zo'n vragenlijst nog niet bestaat, maar veelal losse onderdelen worden gemeten, zou vervolgonderzoek zich ook op de ontwikkeling van een dergelijke vragenlijst kunnen richten. In die vragenlijsten kan dan de werkingsmechanismen van de behandeling verwerkt worden zodat de deelnemers hun perspectief kunnen aangeven.

Ten tweede zou het interessant zijn om een soortgelijk onderzoek uit te voeren met meerdere leeftijden erin. In dit onderzoek is er gekozen voor een man en een vrouw en voor leeftijdsverschil tussen de deelnemers om een zo breed mogelijk beeld te krijgen. Het

onderzoek kan juist uitgevoerd worden bij deelnemers van dezelfde leeftijdsklassen van verschillende levensfasen om te kijken of de patiënten dezelfde waarden hebben. Zo komen in de acht verschillende levensfasen van Erikson (1977) aan bod dat een mens in elke fase andere levenstaken, patronen en rollen heeft wat invloed heeft op de psychosociale ontwikkeling van de mens. Een onderzoek waarin de ACT resultaten van patiënten in de laatste drie fasen (vroeg volwassenheid t/m late volwassenheid) van Erikson (1977) met elkaar worden vergeleken zou interessante informatie kunnen opleveren over de interactie tussen leeftijd en het perspectief op de behandeling.

#### **4.4.1. Praktische aanbevelingen**

Dit onderzoek bevestigt dat ondanks de invloed van ACT op het leren omgaan met chronische pijn, het belangrijk is dat de therapeut in de praktijk rekening moet houden met de individuele verschillen. Vooral bij interventies waarin het gaat om groepsbehandelingen zullen deze individuele verschillen aan bod komen. Ieder patiënt maakt zijn eigen ontwikkeling mee. Een therapeut moet hierop voorbereid zijn.

Om het effect van de behandeling te vergroten, zou het tevens goed zijn dat iedere patiënt een samenvatting maakt van het geleerde van de desbetreffende week. De patiënten vonden de interviews prettig omdat ze een samenvatting gaven van de week. Dit kan standaard opgenomen worden in het behandelprogramma door middel van therapieverhalen te schrijven per week.

Een ander punt wat duidelijk naar voren kwam is dat de twee patiënten het erg lastig vonden om de draad weer op te pakken na afronding van de behandeling. Het gevoel er nu helemaal alleen voor te staan werd soms als heel moeilijk ervaren. Een aanbeveling op dit vlak is dat na afronding van de behandeling, in de eerste paar weken nog enkele (bijvoorbeeld 2) terugkomdagen ingepland worden. Met het team kunnen dan mogelijke obstakels besproken worden die men tegen komt nu men niet meer fulltime in behandeling is. Ook zou het goed zijn te inventariseren wat patiënten nog nodig hebben na de behandeling om de draad weer op te kunnen pakken.

## Literatuur

- Adler, J.M., Skalina, L.M., & McAdams, D.P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy research*, 18, 719-734.
- Adler, J.M., & McAdams, D.P. (2007a). Telling stories about therapy: ego development, well-being, and the therapeutic relationship. In R.Josselson, A. Lieblich, D.P. McAdams (Eds), *The meaning of others, narrative studies of relationships* (pp. 213-230). Washington DC: American Psychological Association:
- A-tjak, J. & De Groot, F. (2008). *Acceptance and commitment therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Blackledge, J.T. & Hayes, S.C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *In session: Psychotherapy in Practice*, 57(2), 243-255.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Pain* 10(4):287-333
- Dahl, J., Wilson, K.G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behavior therapy* 35, 785-801.
- Erikson, E. H. (1977). *Toys and reasons*. New York: Norton.
- Hayes, S.C. & Wilson, K.G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the Verbal support for Experiential Avoidance. *The behavior analyst*, 17: 289-303.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: model, processes and outcomes. *Behavioral Research Therapy*, 44:1-25
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change*. Second Edition. New York, London: The Guilford Press
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. (2012). *Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist*, 40, 976-1002.

- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-to-Road Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: Raincoast Books.
- Hasenbring, M.I. (1999). Wenn die Seele of die Bandscheiben drückt. *Rubin*, 1/99.
- Hasenbring, M.I., Hallner, A.D., & Klasen, B. (2001). Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung. Unter- oder überbewertet? *Schmerz*, 15 (6), 442-447.
- Hasenbring, M.I., Marienfeld, G., Kuhlendahl, D., & Soyka, D. (1994). Risk factors of chronicity in lumbar disc patients. *Spine*, 19 (24), 2759-2765.
- International Association for the Study of Pain (IASP) Task Force on Taxonomy (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. Classification of Chronic Pain, 2: 209-214 <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/>.
- Jørgenson, C.R. (2004). Active ingredients in individual psychotherapy, searching for common factors. *Psychoanalytic Psychology*, 2004, 21,4,516-540.
- Leeuw, M., Goossens, M. L. E. J. B., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K. & Vlaeyen, J. W. S., (2006). "The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence". *Journal of Behavioral Medicine* 30 (1): 77–94. [doi:10.1007/s10865-006-9085-0](https://doi.org/10.1007/s10865-006-9085-0). [PMID 17180640](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17180640/)
- Lethem, J., Slade, P.D., Troup, J.D.G., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception-I. *Behaviour Research and Therapy*, 21 (4), 401-408.
- McCracken, L.M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164-169.
- McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleston, C., & Keefe, F. J. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109, 4-7
- McCracken, L.M., & Velleman, S.C. (2009). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and valued-based action in primary care. *Pain*, 148, 141-147.
- Sprangers, M.A., (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol*. Sep;53(9):895-907
- Susan. H., Picavet J., Vlaeyen J.W.S. & Schouten J.S.A.G., (2002). 'Pain catastrophizing and kinesiophobia: Predictors of chronic low back pain.' *American Journal of Epidemiology*, 2002; vol. 156, no. 11.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek*

- Psychopathologie: Deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Veehof, M.M., Oskam, M., Schreurs, K.M.G. & Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533-542, Doi: 10.1016/j.pain.2010.11.002.
- Veehof, M.M., Schreurs, K.M.G., Hulsbergen, M.L. & Bohlmeijer, E.T. (2010). *Leven met pijn: de kunst van het aanvaarden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Boeren, R.G.B., & Eek, H. van. (1995a). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62 (3), 363-372.
- Vlaeyen, J.W. & Linton, S.J., (2000). "Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art". *Pain* 85 (3): 317–332. [PMID 10781906](#) .
- Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 397-407. Doi: 10.1037/0022-006X.76.3.397.
- Wicksell, R.K., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L., & Olsson, L.G., (2008). Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 169-182.

## Appendix 1

### Interviewschema algemeen

#### Introductie

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

[OB]

#### Openingsvraag

Kunt u vertellen hoe het met u gaat?

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

[OB]

#### Hoofdvraag:

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

Wat heeft u afgelopen week geleerd en ervaren?

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

Specifieke vragen om antwoorden op de hoofdvraag te krijgen:

A. Wat was nieuw voor u de afgelopen week?

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

C. Wat is er gebeurd waar u na de behandeling aan terug zult denken? D. Wat was er anders afgelopen week in vergelijking met daarvoor?

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

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

[OB]

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

Kunt u een concreet voorbeeld geven?/Kunt u de situatie beschrijven? Kunt u vertellen welke gedachten u daarbij had?

Kunt u vertellen welke gevoelens u daarbij had?

Wat maakte dat het belangrijk voor u was dat te doen/ niet te doen? Wat maakt dat het wel/niet deed?  hier goed doorvragen.

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

Bent u een dergelijke situatie ook op andere momenten tegengekomen?

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

[OB]

#### Afsluiting:

Hebt u zelf nog vragen of opmerkingen over het interview?

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

## Appendix 2

### Afwijkingen in het interviewschema

#### **Eerste interview:**

Kennismaking en uitleg

Ik ben Laura Weiss. Welkom bij dit eerste interview.

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

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

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

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

Vindt u het goed als het interview wordt opgenomen?

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

Patiënt leren kennen

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

#### **Interview in 8e behandelweek**

Afsluiten

Mag ik u tenslotte vragen hoe het voor u was deze interviews te doen? Afspraak voor follow up interview. (wanneer en hoe)

## **Follow up interview**

Inleiding:

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

Openingsvraag

Hoe gaat het nu met u?

Hoofdvraag 1

Eerst wil ik graag een vraag stellen op dezelfde manier als de andere interviews: Wat heeft u sinds de behandeling is beëindigd geleerd en ervaren?

Doorvragen conform algemene interviewschema

Hoofdvraag 2

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

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

Doorvragen, meer open interview

Is er een terugval tijdens de behandeling geweest?

Als u zichzelf vergelijkt tussen nu en het moment van de intake, bent u dan veranderd? Wat is het belangrijkste wat u geleerd heeft?

Wanneer heeft deze verandering plaatsgevonden?

Is een moment bepalend geweest in de behandeling?

## **Afsluiting**

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

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

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



## Appendix 3

### Codeerschema (Categorieën)

Geleerde:

1. Grenzen bepalen / aangeven
2. Grenzen wel/niet overschrijden
3. Lat lager leggen

Toepassing in dagelijks leven:

4. Balans in rust pakken/ op tijd stoppen
5. Tijd indelen/vooraf plannen
6. Dingen van je afschuiven
7. Nadenken over eigen gedrag
8. Naar lichaam luisteren
9. Meer aan jezelf denken
10. Aan anderen denken i.p.v. aan zelf
11. Toepassing van geleerde therapie (ACT)
12. Automatische in gedrag

Bevorderende factoren:

13. Acceptatie en steun omgeving
14. Open zijn naar anderen (masker af)
15. Motivatie om te veranderen
16. Nieuwe hobby's gekregen
17. Toegeven aan pijn (acceptatie)

Belemmerende factoren:

18. Karaktertrekken
19. Tweestrijd
20. Onwetendheid omgeving
21. Verlieservaring activiteiten vroeger/ teleurstelling om beperking