

Universiteit Twente, Enschede

# Masterthese Psychologie

Een onderzoek naar een op ACT gebaseerde  
chronische pijnbehandeling vanuit  
patiëntperspectief

Marianne Zuidema (s1016377)

Onder begeleiding van prof.dr. K.M.G. Schreurs en dr. E. De  
Kleine (Faculteit der Gedragwetenschappen)



'14

## Voorwoord

Voor u ligt een scriptie welke het eindproduct is van een onderzoek naar een op ACT gebaseerde chronische pijnbehandeling van Het Roessingh. Het onderzoek is verricht vanuit patiëntperspectief. Met deze scriptie zal ik de master Geestelijke Gezondheidsbevordering (Psychologie) aan de Universiteit Twente afronden.

Aan de hand van dit voorwoord wil ik mensen bedanken die tijdens mijn afstudeerperiode hulp hebben geboden. Natuurlijk heb ik bij het afronden van deze scriptie begeleiding en advies gekregen. Daarom wil ik mijn begeleiders Karlein Schreurs en Elian de Kleine bedanken voor hun inzet en feedback. Daarnaast wil ik mijn naasten bedanken voor hun begrip en liefdevolle steun tijdens het afstudeerproces.

Enschede, juli 2014

*Marianne Zuidema*

## Inhoudsopgave

|   |    |
|---|----|
| Voorwoord .....   | 2  |
| Samenvatting .....  | 4  |
| Abstract .....  | 5  |
| 1. Inleiding .....  | 6  |
| 1.1 Chronische pijn .....   | 6  |
| 1.2 Chronische pijn behandelingen .....                                   | 8  |
| 1.2.1 Acceptance and Commitment Therapy (ACT) .....                       | 8  |
| 1.2.2 Pijnbehandeling op Het Roessingh .....                              | 11 |
| 1.2.3 Doelen Roessingh .....  | 11 |
| 1.3 Therapieverhalen .....  | 12 |
| 1.4 Onderzoeksvraag .....   | 12 |
| 2. Methode .....  | 14 |
| 2.1 Procedure en opzet .....  | 14 |
| 2.2 De Interviews .....   | 14 |
| 2.3 Data-analyse .....  | 15 |
| 3. Onderzoekresultaten .....  | 19 |
| 3.1 Leerervaringen .....  | 19 |
| 3.2 Leerervaringen vergeleken met ACT-processen en doelen Roessingh ..... | 24 |
| 4. Discussie .....  | 27 |
| 4.1 Bevindingen .....   | 27 |
| 4.2 Vervolgonderzoek .....  | 28 |
| 4.3 Implicaties voor de praktijk .....                                    | 29 |
| 4.4 Slotwoord .....   | 29 |
| Referenties .....   | 30 |
| Bijlagen .....  | 33 |
| Bijlage 1. Interviewschema algemeen .....                                 | 33 |
| Bijlage 2. Afwijkingen in het interviewschema .....                       | 35 |
| Bijlage 3. Overzicht concepten .....                                      | 36 |

## Samenvatting

**Inleiding.** Chronische pijn vormt een serieus probleem; het brengt veel lijden met zich mee voor de patiënt en zijn omgeving. Het is de meest voorkomende chronische aandoening. Een veelbelovende therapie die steeds meer wordt toegepast bij pijnbehandeling is Acceptance & Commitment Therapy. De principes van ACT worden toegepast in Revalidatiecentrum Het Roessingh. Door de therapieverhalen van de pijnpatiënten te bestuderen kan worden vastgesteld wat hun leerervaringen zijn. Huidig onderzoek zoekt antwoord op de vraag in hoeverre deze leerervaringen overeenkomen met de vooropgezette doelen van Het Roessingh en de ACT-processen. Dit is gedaan met als doel de effectiviteit van de behandeling te onderzoeken vanuit de ervaring van de patiënt.

**Methode.** Voor de analyse is gebruik gemaakt van kwalitatieve analyse volgens de *Grounded Theory*. Voor huidig onderzoek is de interviewreeks van een enkele pijnpatiënt bestudeerd. Het gaat in totaal om zeven interviews. Bij de analyse zijn de benoemde leerervaringen uit de interviews gehaald en vervolgens in categorieën ingedeeld. Daarbij wordt een iteratief proces doorlopen van bediscussiëren en data herzien. De leerervaringen zijn vervolgens vergeleken met de ACT-processen en met de doelen opgesteld door Het Roessingh. Daaropvolgend is geconcludeerd in hoeverre de leerervaringen terugkomen in ACT en de doelen van het Roessingh.

**Resultaten.** De leerervaringen zijn onderverdeeld in twaalf categorieën. Van meest naar minst benoemd zijn de volgende categorieën tot stand gekomen: *Omgaan met beperkte belastbaarheid*, *Strategisch prikkels kiezen*, *Stilstaan in het huidige moment*, *Kennis*, *Sociaal/communicatief*, *Accepteren/loslaten*, *Sporten/bewegen*, *Rust nemen*, *Leven naar waarden*, *Bewust kiezen*, *Zelfinzicht* en *Richten op het positieve*. Uit de analyse bleek 42% van de genoemde leerervaringen betrekking te hebben op ACT-processen. Het geheel van ACT-processen komt overeen met het doel *Verbeteren psychisch functioneren* van Het Roessingh. 55% procent van de leerervaringen komt terug in de overige doelen van Het Roessingh. Leerervaringen met betrekking tot *Rust nemen* en *Richten op het positieve* komen niet letterlijk terug in de vooropgestelde doelen. Ook zijn leerervaringen die berusten op *Kennis* niet geheel terug te leiden tot de ACT-processen of doelen van Het Roessingh.

**Conclusies.** Er is vanuit het oog van de patiënt gekeken naar de pijnbehandeling in Het Roessingh. Er kan geconcludeerd worden dat de behandeling veelal zijn doelen behaalt; dat wil zeggen dat door de patiënt genoemde leerervaringen grotendeels overeenkomen met de vooropgezette doelen van de behandeling (83%). Er worden aanwijzingen gegeven dat de behandeling efficiënter kan zijn wanneer er rekening wordt gehouden met de verschillende manieren waarop een patiënt met zijn pijn omgaat. Wanneer de patiënt pijn vermijdt heeft deze belang bij activatie, wanneer de patiënt zichzelf overschat is rust nemen van belang. Verder geeft het onderzoek aanwijzingen voor de bijdrage die wekelijkse interviews tijdens de behandeling kunnen leveren. Het terugblikken op de leerervaringen kan ervoor zorgen dat deze beter worden vastgehouden en kan bovendien het zelfinzicht vergroten. Dit kan vervolgens de bewustwording verder helpen en zo het groeiproces van de patiënt bevorderen.

## Abstract

**Introduction.** Chronic pain is a serious matter. It causes great suffering for both the patient and his environment. Chronic pain is the most common chronic condition. A promising therapy that is increasingly used in treatment of chronic pain patients is the Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Rehabilitation centre Het Roessingh has developed a treatment based on the principles of ACT. By studying the weekly narratives of the pain patients, it can be determined which learning experiences they came across. The current study aims to compare these learning experiences with both the set goals of the treatment at Het Roessingh as well as the ACT processes. The goal is to research the level of effectivity of the treatment, based on the experiences of the patient.

**Method.** A qualitative data analysis was conducted, according to the *Grounded Theory*. For the current study the series of interviews of one pain patient were analyzed, consisting of seven interviews in total. The learning experiences mentioned in the interviews were categorized and compared to both the ACT processes and the goals of the treatment set by Het Roessingh in general. Following, it was concluded to what extent the learning experiences resembled ACT and the goals set by Het Roessingh. Lastly, based on the analysis it was determined which learning experiences did not match the goals.

**Results.** The learning experiences were divided into twelve categories. The following categories were distinguished: *Dealing with restricted capacity, Strategic approach of stimulants, Standing still in the present, Knowledge, Social/Communicative, Accepting/Letting go, Sports/Movement, Taking rest, Living by values, Choosing consciously, Self-understanding, Focusing on the positive*. Based on the results, it appeared that 42% of the learning experiences were related to ACT processes. 55% of the experiences related to the remaining four set goals by Het Roessingh. Learning experiences concerning *Taking rest* and *Directing to the positive* were neither mentioned in the goals of Het Roessingh nor the ACT processes. Learning experiences based on *Knowledge* were also barely in agreement with the set goals by Het Roessingh.

**Conclusions.** From the patient's perspective the treatment appears to be largely in accordance with the set goals by Het Roessingh and the ACT processes (83%). The treatment could possibly increase its effectiveness by taking into account the different ways a patient deals with his pain. A pain-avoiding patient might benefit from treatment that activates him. On the contrary, a patient who overestimates his abilities, might benefit from taking rest to better cope with the pain. Furthermore the research indicates that taking part in weekly interviews may contribute positively to the treatment as a whole. Looking back at the learning experiences could help maintaining learned competences and increase self-understanding. Self-understanding, on its turn, could lead to increased self-awareness and ultimately encourage the development of the patient during treatment.

## 1. Inleiding

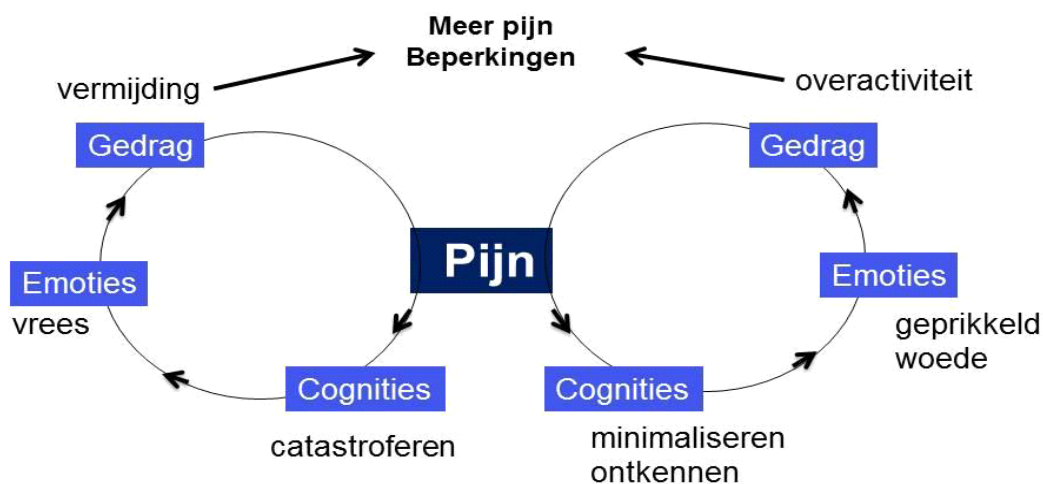
### 1.1 Chronische pijn

Iedereen ervaart wel eens pijn. Wie geen pijn ervaart leert niet wat gevaarlijk is en wanneer het lichaam wordt (over)belast. Pijn is daarom iets wat hoort bij het menselijk bestaan. Pijn kent verschillende definities. Pijn wordt door de International Association for the Study of Pain (IASP) gedefinieerd als: 'een onaangename sensorische en emotionele ervaring die wordt geassocieerd met potentiële of werkelijke weefselschade of die wordt beschreven in termen van dergelijke schade' (IASP, 1986). Uit deze definitie blijkt dat pijn vaak wordt verbonden met weefselschade. Pijn kan echter ook bestaan zonder weefselschade, wat bij chronische pijn vaak het geval is. Het begrip chronische pijn wordt op verschillende manieren gedefinieerd. In de DSM-IV wordt bijvoorbeeld gesproken van chronische pijn wanneer er (naast andere criteria) sprake is van pijn die langer dan zes maanden aanhoudt (American Psychiatric Association, 1994).

Chronische pijn is een veel voorkomend probleem. Uit onderzoek bleek dat maar liefst 18% van de volwassen Nederlanders en 19% van de volwassen Europeanen last heeft van chronische pijn (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). Chronische pijn komt vaker voor dan andere chronische aandoeningen. In 2011 waren er dagelijks twee miljoen Nederlanders die leden aan chronische pijn (Bekkering, Bala, Reid, Kellen, Harjer, Riemsma, Huygen & Kleijen, 2011).

Chronische pijn heeft veel verschillende effecten op het dagelijks leven. Uit het onderzoek van Breivik et. al (2006) blijkt wat de negatieve invloed van pijn op de kwaliteit van leven is; de patiënt wordt beperkt in zijn functioneren en slaapt vaak minder door de pijn. Daarnaast is chronische vermoeidheid een veel voorkomend effect van chronische pijn. Bij chronische vermoeidheid gaat het om een aanhoudende vermoeidheid waarbij rust de klachten niet vermindert. Chronische pijn staat voor de meeste pijnpatiënten gelijk aan chronisch lijden (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008) en heeft een grote impact op zowel het leven van het individu als op de omgeving. Het chronisch lijden komt in elk aspect van het leven terug en brengt behalve het ervaren van de pijn ook sociale gevolgen met zich mee. Zo zorgt het chronisch lijden bijvoorbeeld voor problemen met sociale activiteiten, autorijden en voor problemen in het seksleven. Uit het onderzoek onder chronische pijnpatiënten van Breivik et al. (2006) bleek dat de klachten bij 25% van de patiënten invloed op het werk hadden. Daarnaast bleek dat maar liefst 21% gediagnosticeerd was met een depressie. Naast de bovengenoemde effecten op het sociale, werkgerelateerde en emotionele vlak, heeft chronische pijn vaak ook financiële gevolgen. Chronische pijn brengt veel kosten met zich mee, onder meer door hoge medische consumptie en enorme indirecte kosten aan arbeidsverzuim en productiviteitsverlies. Artsenbezoek bij ernstige pijn is drie keer zo hoog als het gemiddelde van de bevolking zonder pijnklachten (Langley, 2011).

In huidig onderzoek wordt uitgegaan van twee modellen die verklaren hoe patiënten omgaan met chronische pijn. Ten eerste het Fear-Avoidance Model van Vlaeyen en Linton (2000). Dit model geeft weer dat patiënten de pijn als te bedreigend ervaren en hierdoor een patroon van angst en vermijding ontwikkelen. De pijngerelateerde angst wordt vaak veroorzaakt door catastroferen en het uitvergroten van de situatie. Die angst leidt vervolgens tot ontwijkgedrag en een overgevoeligheid voor prikkels. Deze mensen geven steeds meer aandacht aan de pijn. Uiteindelijk leidt dit gedragspatroon tot inactiviteit, depressie en beperking, en dit versterkt de pijnervaring. Patiënten bevinden zich dan in een vicieuze cirkel waar ze zonder hulp niet meer uit kunnen komen. Ten tweede is er het Avoidance-Endurance Model van Hasenbring (1999). Dit model beschrijft dat patiënten soms niet willen of kunnen erkennen in welke mate de pijn het leven beïnvloedt. Deze patiënten hebben de neiging zichzelf te overschatten en putten zich fysiek en emotioneel uit. Net zoals bij het Fear-Avoidance Model hebben deze patiënten niet in de gaten dat hun eigen gedrag de pijn verergert. Uiteindelijk komt de patiënt bij zowel de Fear-Avoidance als de Avoidance-Endurance copingstrategieën in een vicieuze cirkel terecht die leidt tot meer pijn en meer beperkingen (zie Figuur 1). Het is voor veel patiënten moeilijk of onmogelijk om hier zelf uit te komen en daarom is het belang van een behandeling erg hoog.



Vlaeyen & Linton, 2000; Hasenbring e.a., 2001

Figuur 1. Verklaringsmodel omgaan met pijn

Concluderend kan gezegd worden dat chronische pijn een serieus probleem vormt. Het brengt veel lijden voor de patiënt zelf evenals voor zijn omgeving. Er is gebleken dat het de meest voorkomende chronische aandoening is. Chronische pijn heeft zowel fysieke als mentale en sociale gevolgen en patiënten komen in een vicieuze cirkel terecht waar ze zonder hulp niet uitkomen. De ernst en omvang van het probleem roept de vraag op welke behandelingen er tot nu toe zijn ontwikkeld om het lijden van chronische pijnpatiënten te verlichten. De verschillende behandelingen zullen in de volgende paragraaf beschreven worden.

## 1.2 Chronische pijn behandelingen

Er zijn verschillende methodes ontwikkeld om chronische pijn te behandelen. In het artikel van Turk, Wilson en Cahana (2011) is een overzicht gegeven van verschillende behandelingen voor chronische pijn. De meeste behandelingen richten zich op het reduceren ofwel wegnemen van de pijn. Dit zijn vooral medicamenteuze behandelingen en operaties. Ook is oefen- en fysiotherapie een voor de hand liggende behandeling. Invasieve technieken zoals zenuwblokkades en stimulatie van de wervelkolom kunnen in bepaalde gevallen ook pijn wegnemen. Naast de fysieke behandelingen zijn er de psychologische interventies; gericht op de mentale omgang met de pijn. In het artikel worden verder nog interdisciplinaire behandelingen, complementaire behandelingen en alternatieve behandelingen besproken. Het merendeel van deze behandelingen toont een minimaal effect op pijnklachten en minimale verbetering van fysiek en psychisch functioneren. Er is in behandelingen steeds meer aandacht voor het functioneren van de patiënt in tegenstelling tot de focus op het reduceren van de pijn. Één van de psychologische behandelingen voor chronische pijnpatiënten is de Acceptance and Commitment Therapy, welke in de volgende paragraaf beschreven zal worden.

### 1.2.1 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Een veelbelovende therapie voor chronische pijnpatiënten die de laatste jaren steeds meer wordt toegepast is ACT: Acceptance & Commitment Therapy. Deze behandeling richt zich op het vergroten van de psychische flexibiliteit. Psychische flexibiliteit wordt gedefinieerd als: “het vermogen om meer in contact te staan met het huidige moment als een bewust menselijk wezen en om gedrag te veranderen en erin te volharden als dat waardevolle doelen dient” (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). In ACT wordt aan dit vermogen gewerkt zodat de patiënten zich kunnen aanpassen aan een voortdurend veranderende omgeving en de aandacht kunnen richten op het leiden van een waardevol leven. ACT richt zich op de manier waarop mensen omgaan met negatieve emoties, gedachten en ervaringen. Het voortdurende streven naar vermindering van lijden zorgt uiteindelijk voor meer lijden. Dit wordt onderbouwd vanuit de twee besproken pijnmodellen (zie Figuur 1). Omdat het vermijden niet werkt zal het uiteindelijk tot frustratie leiden. ACT richt zich op het accepteren van gedachten en gevoelens, dus ook de negatieve die bij chronische pijn horen (Hayes et al., 2006).

Acceptance & Commitment Therapy bestaat uit twee hoofdaspecten: acceptatie en commitment. Het gaat hier om de acceptatie van de pijn zonder de poging deze te willen overheersen of onder controle te houden. Door middel van acceptatie wordt vermindering tegengegaan waardoor de pijn niet steeds een grotere plaats inneemt in het leven en ruimte wordt gecreëerd voor waarden. Bij commitment gaat het om de bereidheid stappen te ondernemen naar gedrag dat past bij die individuele waarden (A-Tjak & de Groot, 2008).

ACT is een derde generatie gedragstherapie. De eerste generatie richtte zich op gedrag, de tweede op cognitie en gedrag en de derde op functie en samenhang van psychologische verschijnselen (Hayes et al., 2006). Inzichten uit de cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie en mindfulness-based therapie worden in ACT samengebracht. In vergelijking met de cognitieve gedragstherapie richt ACT zich niet zozeer op de inhoud van gedachten, maar meer op de functie van gedachten. Er wordt geleerd te kijken naar gedachten

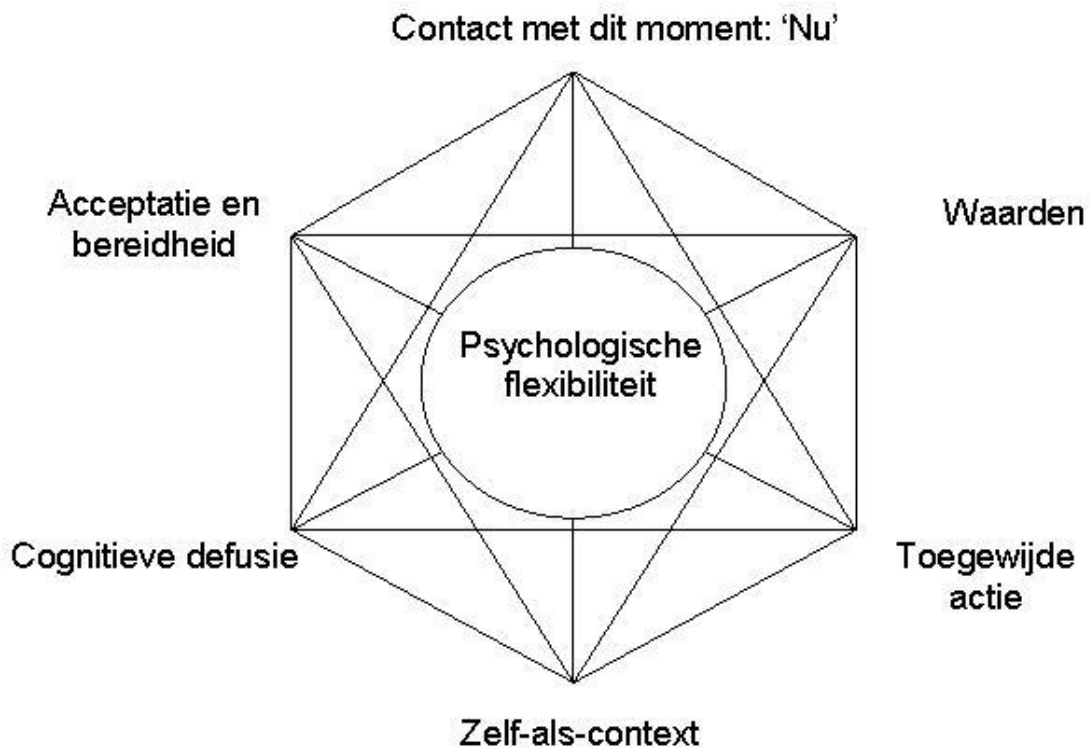


als gedachten (A-Tjak & de Groot, 2008). Soms kunnen gedachten te letterlijk worden genomen en worden ze gezien als de waarheid. Dit gebeurt doorgaans onbewust. McCracken (2005) beschrijft hoe mensen kunnen fuseren met hun gedachten en percepties in het geval van chronische pijn:

*“.. hun leven staat volledig in het teken van die pijn. Omdat ze er zo op gericht zijn, leggen ze een verband tussen hun pijn en de gedachten aan pijn. Echter kan het op een gegeven moment ook zo zijn dat men alleen al bij de gedachten aan pijn, zelf pijn gaat ervaren. Of dat bij het zien van iemand anders die pijn heeft, men zelf ook weer pijn ervaart. Patiënten hebben een netwerk gecreëerd..”*

ACT is niet gericht op het beïnvloeden van zulke gedachten of gevoelens, ACT is gericht op het beïnvloeden van het eigen gedrag. Pogingen om gedachten en gevoelens te beïnvloeden moeten volgens ACT worden losgelaten. Gedachten en gevoelens kunnen niet worden veranderd, maar er is wel een keuze om ernaar te handelen (Hayes, Strosahl & Wilson, 2006; A-Tjak & de Groot, 2008).

Nu is besproken hoe het proces en doel van ACT eruit zien, kan er wat dieper ingegaan worden op de praktische implementatie van ACT. Een ACT behandeling begint met het bespreken van alles wat iemand in het verleden heeft geprobeerd om van de klachten af te komen. Er wordt besproken welke korte en lange termijn effecten de patiënt van die pogingen heeft ervaren. Er wordt zo ruimte gecreëerd voor het besef dat het allemaal niet heeft gewerkt en de patiënt zo bij deze behandeling terecht is gekomen. Dit proces wordt ook wel de fase van de creatieve hopeloosheid genoemd: hopeloos omdat de patiënt inziet dat zijn vermijdingspogingen hopeloos zijn en creatief omdat hij kan inzien dat er een alternatieve weg is (Schreurs, 2013). Na deze beginfase komen de ACT-interventies aan bod, deze zijn samen te vatten in zes processen die met elkaar samenhangen en in wisselende volgorde aan bod kunnen komen. De twee hoofdaspecten acceptatie en commitment zijn te splitsen in deze zes onderliggende processen. De zes kernprocessen zijn: *Acceptatie en bereidheid, Cognitieve defusie, Contact met het nu, Toegewijde actie, Waarden en Zelf-als-context*. De zes kernprocessen worden weergegeven in het ‘Hexaflexmodel’ in Figuur 2 op de volgende pagina.



Figuur 2. Hexaflexmodel

Het proces *Acceptatie en bereidheid* heeft betrekking op de *acceptatie* van negatieve gebeurtenissen en de *bereidheid* om controle los te laten (A-Tjak & de Groot, 2008). *Cognitieve fusie* wordt omschreven als het proces waarbij gedachten over een gebeurtenis één worden met de gebeurtenis. Gedachten aan een gebeurtenis roepen emoties op en die leiden tot gedrag alsof de gebeurtenis plaatsvindt (Wicksell, Renofalt, Olsson, Bond & Melin, 2008). Iemand kan bijvoorbeeld zeggen: “door mijn pijn ga ik de deur niet uit”. In dit geval is de persoon gefuseerd met zijn pijn. Alsof pijn de keuze maakt en niet de persoon zelf. Mensen die fuseren met hun cognitie zijn zich eerder onbewust van omgevingsinvloeden. Door *cognitieve defusie* in ACT kunnen mensen deze gedachten loskoppelen van de feitelijke gebeurtenis en daardoor ruimte krijgen om zich meer te gedragen in overeenstemming met hun doelen en waarden. *Waarden* bepalen de richting van handelen, wat de persoon wil bereiken in zijn leven. (Hayes et al, 2006). In het proces *zelf-als-context* wordt de persoon los gemaakt van de identificatie met het zelfbeeld van de persoon (A-Tjak & de Groot, 2008). Van: “Ik ben depressief”, naar: “Ik ben iemand met depressieve gedachten.” Op deze manier kan de psychologische flexibiliteit verder versterkt worden. *Contact met het nu* kan met mindfulness versterkt worden. Hierdoor kan de pijnpatiënt leren niet te oordelen over gedachten en gevoelens die er op dat moment zijn (Lundgren et al. 2008). In *Toegewijde actie* wordt de bereidheid om te handelen in de richting van gekozen waarden omgezet in daadwerkelijk actie in concrete haalbare doelen (Hayes et al, 2006). De zes processen komen allen aan bod in een pijnbehandeling gebaseerd op ACT.

### 1.2.2 Pijnbehandeling op Het Roessingh

De principes van ACT worden toegepast door Het Roessingh. Het Roessingh is een revalidatiecentrum in Enschede dat een behandelprogramma ontwikkeld heeft voor chronische pijnpatiënten. In dit behandelprogramma zijn onder andere de aspecten van ACT verwerkt. ACT is effectief gebleken uit een meta-analyse van Veehof, Oskam, Schreurs en Bohlmeijer (2011), waar werd geconstateerd dat ACT even goed werkt als andere cognitief gedragsmatige behandelingen van chronische pijn. Bovendien kwam uit een andere studie naar voren dat patiënten meer tevreden zijn met ACT behandelingen in vergelijking met andere therapieën (Thorsell, Finnes, Dahl, Lundgren, Gybrant, Gordh & Buhrman, 2011).

Gedurende de pijnbehandeling op Het Roessingh wordt het zelfhulpboek 'Leven met pijn' (Veehof, Schreurs, Hulsbergen & Bohlmeijer, 2010) doorgewerkt. Tijdens de behandeling volgen de patiënten verschillende modules die zich richten op fysieke, psychische en sociale factoren. De behandeling bestaat uit de modules: *Psychologie, Maatschappelijk werk, Groepsleiding, Fysiotherapie, Ergotherapie, Bewegingsagogie* en *Activiteitentherapie*.

Vanuit de Universiteit Twente zijn in samenwerking met Het Roessingh Revalidatiecentrum reeds verscheidene studies verricht naar de werkingsmechanismen van ACT bij chronische pijnpatiënten (Tammes, 2011; Weiss, 2011). Die studies richtten zich met nadruk op de ontwikkeling van psychologische flexibiliteit gedurende de behandeling. Uit het onderzoek kwam naar voren dat iedere patiënt zijn of haar unieke ontwikkelingspatroon liet zien en de behandeling er inderdaad in slaagde om de psychologische flexibiliteit te verhogen.

Om te kunnen vaststellen in hoeverre de vooropgezette doelen vanuit de behandeling behaald zijn, is het van belang deze doelen eerst uiteen te zetten. De doelen worden in de volgende paragraaf besproken.

### 1.2.3 Doelen Roessingh

Wanneer er wordt onderzocht in hoeverre een behandeling zijn doelen bereikt is het van belang wat deze doelen zijn. Een overzicht van alle doelen en modules van het behandelprogramma staan in het behandelplan van Het Roessingh (Schreurs, 2012). Daar wordt toegelicht dat het programma zich richt op fysieke, psychische en sociale factoren. Deze factoren spelen allen een rol bij het in stand houden van de klachten en beïnvloeden de kwaliteit van leven. In Tabel 1 is opgenomen welke doelen door Het Roessingh worden nagestreefd.

Tabel 1

*Doelen Roessingh*

- 
1. Verbeteren psychisch functioneren
  2. Evenwichtige fysieke belasting
  3. Adequate communicatie over mogelijkheden en beperkingen
  4. Bewustworden van en handelen naar lichaamssignalen
  5. Verhogen en structureren activiteitsniveau
-

De behandeling op Het Roessingh is opgezet om de kwaliteit van leven van de patiënten te bevorderen. Om te kunnen vaststellen of de doelen van Het Roessingh worden behaald wordt gekeken naar de doelen die zijn opgesteld door de behandelaars. Deze doelen zullen worden vergeleken met therapieverhalen waaruit blijkt hoe de patiënten zelf de behandeling hebben ervaren. Wat de relevantie is van onderzoek vanuit patiëntperspectief en hoe dit wordt toegepast wordt besproken in de volgende paragraaf.

### **1.3 Therapieverhalen**

Vanuit de Universiteit Twente wordt door middel van therapieverhalen onderzoek gedaan naar de pijnbehandeling op Het Roessingh. Het nagaan van de verhalen die patiënten construeren tijdens of na afloop van een therapie is een manier om inzicht te verkrijgen in de werkzaamheid van therapieën, aldus Adler, Skalina en McAdams (2008). Patiënten construeren een verhaal dat de ervaringen van de therapie beschrijft. Voor behandelaren en onderzoekers draagt zo'n verhaal bij aan het begrip van de therapie; hoe werkt het en waarom werkt het? Om inzicht te krijgen in de pijnbehandeling op Het Roessingh zijn daarom patiënten gevraagd of zij tijdens de behandeling wekelijks een interview willen geven waarin zij vertellen wat zij de afgelopen week hebben ervaren en geleerd.

Vanuit de narratieve psychologie wordt therapie gezien als een ervaring waarin iemand betekenis verleent vanuit gebeurtenissen en deze integreert in zijn levensverhaal (Adler & McAdams, 2007). Door de ervaringen tijdens de therapie in verhaalvorm te uiten, helpt het de patiënt zelf ook zijn proces te begrijpen en zorgt het zo voor behoud van het succes van de therapie. De patiënten maken op die manier een eigen verhaal over de gevolgde therapie om deze ervaring betekenis te geven. Voor patiënten is het zinvol om overzicht te creëren van hoe ze hebben geleden en hoe ze hun persoonlijke problemen hebben overwonnen. Patiënten leren van wat verkeerd is gegaan in hun leven en hoe ze in de toekomst beter om kunnen gaan met uitdagingen. De constructie van een goed therapieverhaal draagt bij aan het vormen van een narratieve identiteit (Adler, Skalina & McAdams, 2008) en kan als basis dienen om het behaalde succes van een behandeling te behouden wanneer de therapie is afgerond (Adler & McAdams, 2007; Adler, Skalina & McAdams, 2008).

Dus los van het uiteindelijke doel van de interviews, namelijk inzicht in de werking van de therapie, kan het proces van het vormen van een therapieverhaal zelf helpen het geleerde te evalueren en beter vast te houden. De nadruk in dit onderzoek wordt gelegd op de leerervaringen die bij de therapieverhalen naar voren komen om zo het geleerde te kunnen vergelijken met de vooropgezette doelen. Wat geven de patiënten in deze verhalen aan dat ze geleerd en ervaren hebben?

### **1.4 Onderzoeksvraag**

Uit de diverse onderzoeken blijkt dat ACT een effectieve behandeling is voor chronische pijnpatiënten. In dit onderzoek zal de behandeling worden bekeken vanuit de ogen van de chronische pijnpatiënt. Huidig onderzoek is er ten eerste op gericht meer inzicht te krijgen in de leerervaringen van pijnpatiënten gedurende de behandeling op Het Roessingh, vanuit het oogpunt van de patiënt zelf. Ten tweede zal het onderzoek zich richten op in hoeverre de benoemde leerervaringen overeenkomen met de vooropgezette doelen van de behandeling.

Welke doelen worden behaald en welke niet? Wat ervaart de patiënt als nuttig tijdens de behandeling en in hoeverre sluit de behandeling hierop aan? Dit onderzoek biedt mogelijkheden voor een betere implementatie van ACT-principes en het ontwikkelen van effectieve chronische pijnbehandelingen.

De volgende onderzoeksvraag is opgesteld:

***Welke leerervaringen gedurende de ACT-behandeling worden door de pijnpatiënt benoemd en in hoeverre komen deze leerervaringen overeen met de doelen opgezet door Het Roessingh?***

De onderzoeksvraag zal beantwoord worden aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Welke leerervaringen beschrijft de pijnpatiënt tijdens een ACT behandeling?
2. In hoeverre komen de genoemde leerervaringen overeen met de ACT-processen?
3. In hoeverre komen de genoemde leerervaringen overeen met de vooropgezette doelen door Het Roessingh?

## 2. Methode

### 2.1 Procedure en opzet

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek naar therapieprocessen bij een ACT-behandeling. Deze ACT-behandeling heeft plaatsgevonden in Het Roessingh Revalidatiecentrum in Enschede. Het Roessingh is een revalidatiecentrum voor zowel kinderen als volwassenen. Het gaat om een klinische deeltijdbehandeling van drie dagen per week, acht weken lang. Een behandelgroep bestaat uit zes pijnpatiënten.

Een deel van de patiënten die de ACT-behandeling in 2011 hebben gevolgd is gevraagd of zij mee wilden werken aan onderzoek vanuit de Universiteit Twente en daarvoor wekelijks interviews wilden geven over de behandeling. Voor huidig onderzoek zijn de interviews van één van deze revalidanten onderzocht. In totaal wordt er gebruik gemaakt van zeven interviews. De interviews zijn afgenomen door een masterstudent aan de Universiteit Twente (M. Tammes). Om privacy redenen zal een fictieve naam voor de patiënt worden gebruikt (Andy). De gegevens van de respondent zijn weergegeven in Tabel 2. De respondent heeft toestemming gegeven voor het gebruik van zijn interviews voor onderzoek.

Tabel 2

*Gegevens Pijnpatiënt “Andy”*

|             | <b>Sekse</b> | <b>Leeftijd</b> | <b>Code</b> | <b>Diagnose<br/>(volgens ICD-9)</b> | <b>Duur van de<br/>pijnklachten<br/>[jaar]</b> |
|-------------|--------------|-----------------|-------------|-------------------------------------|--|
| <b>Andy</b> | Man          | 27              | 847.0       | Whiplash (distorsie<br>hals)        | 1  |

### 2.2 De Interviews

Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews zodat er enige controle is geweest over de thema's tijdens de interviews. Belangrijke vragen tijdens de interviews waren:

- 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?

Voor een compleet overzicht van de interviews, zie Bijlage 1. De interviews werden wekelijks in Het Roessingh gehouden gedurende de behandeling. Het interview nam maximaal een half uur in beslag en werd, met toestemming van de patiënt, opgenomen en vervolgens letterlijk uitgetypt.

### 2.3 Data-analyse

Nadat alle interviews waren afgenomen zijn de interviews letterlijk uitgeschreven door de interviewers. Hierna zijn de interviews gecodeerd met behulp van het kwalitatief software programma ATLAS.ti 6.2, waarin codes aan de data kunnen worden gelinkt.

Voor de analyse van de therapieverhalen is gebruik gemaakt van kwalitatieve analyse volgens de *Grounded Theory*. De *Grounded Theory* leent zich bij uitstek voor het onderzoeken van onbekende gebieden, zoals in dit geval het patiëntperspectief van chronische pijn en de ACT-behandeling op Het Roessingh. De *Grounded Theory* tracht op inductieve wijze tot een theorie te komen wanneer er nog geen theorie is die getoetst kan worden. Een concept wordt op explorerende wijze onderzocht. Er wordt gewerkt vanuit het specifieke naar het generaliseerbare en er wordt een specifieke casus als een soort openingszet voor het onderzoek gebruikt. Deze casus wordt, zo zeggen Strauss en Corbin (1998); “gebruikt om je open te stellen voor alle mogelijke betekenissen, eigenschappen, dimensies en relaties die er in de data aanwezig kunnen zijn.” Onderzoekers worden in deze eerste casus gevoelig gemaakt voor de mogelijkheden en al wat een nieuwe casus hen kan leren omtrent het vraagstuk dat zij onderzoeken. Binnen de *Grounded Theory* worden de verzamelde data vervolgens constant met elkaar vergeleken, zoekend naar verschillen, overeenkomsten en connecties. In huidig onderzoek betreft het te onderzoeken concept de leerervaringen vanuit patiëntperspectief. De fases van de *Grounded Theory* zijn weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3  
*Fases Grounded Theory*

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

Ten eerste is elk interview doorgenomen en zijn de leerervaringen gemarkeerd. Deze fragmenten hebben vervolgens allen een ‘code’ gekregen die de leerervaring het beste samenvat. De lengte van een fragment kan variëren van een enkele zin tot een paar zinnen. De codes zijn vervolgens herzien en soortgelijke codes zijn ondergebracht in concepten. Situaties die een bijna identieke leerervaring verwoorden worden onder één concept ondergebracht. Zo vallen de uitspraken: “*Je bent aan het kijken, nou, hoe, hoe staat het ervoor? En dan niet om daar speciaal iets mee te gaan doen, maar gewoon eventjes te, jezelf eventjes te bekijken*”, en “*gewoon regelmatig eventjes een stukje zelfreflectie te nemen.. om even, heel even afstand te nemen, om te kijken hoe gaat met me*” beiden onder het concept ‘zelfreflectie’. Beide

leerervaringen verwoorden zelfreflectie; het kijken naar het eigen functioneren en het eigen gevoel van een afstand.

De concepten zijn tot slot in categorieën ingedeeld om het mogelijk te maken de verschillende leerervaringen te groeperen en daarmee een theorie te kunnen vormen. De concepten *strategisch prikkels kiezen, even weg van de prikkels, op tijd stoppen met een prikkelende activiteit en leren afzonderen binnen een groep* komen bijvoorbeeld samen in de categorie *Strategisch prikkels kiezen*.

Het coderen van de verschillende fragmenten is tot stand gekomen in samenwerking met een synchronopend onderzoek van mede-onderzoeker L. Van der Scheer. Er is eerst een pilot-analyse gedaan waarbij beide onderzoekers hetzelfde interview hebben gecodeerd. Hierbij werd een iteratief proces doorlopen van codes bediscussiëren en data herzien, om samen tot een codeerschema te komen. Na de pilot-analyse werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend. Deze bleek bij de pilot-analyse niet aanzienlijk hoog waardoor er voor is gekozen om voor huidig onderzoek beiden de interviews afzonderlijk van elkaar te analyseren en individueel een codeerschema op te stellen. Na het analyseproces kunnen de uitkomsten van de onderzoeken met elkaar worden vergeleken.

In Tabel 4 staat een overzicht van de opgestelde codes, daarbij wordt ook een definitie per code gegeven, geïllustreerd met een voorbeeld uit de analyse.

Tabel 4  
*Definities Categorieën*

| <b>Categorie</b>                   | <b>Definitie</b>  | <b>Quote</b>  |
|------------------------------------|---|---|
| Omgaan met beperkte belastbaarheid | De patiënt ondervindt welke dingen nog goed mogelijk zijn en welke dingen moeilijk gaan. De patiënt leert op een nieuwe manier hier mee om te gaan. | <i>“Dus toen heb ik ja het allemaal goed kunnen bekijken en kwam ik wel tot de pijnlijke conclusie dat het helemaal niet ging, en daar heb ik wel eventjes met mezelf aan moeten werken.”</i> |
| Strategisch prikkels kiezen        | Het gaat hier om het bewust omgaan met welke prikkels de patiënt binnen laat komen, of juist even niet.   | <i>“Ja, ik ben regelmatig eventjes naar buiten gegaan even sigaretje roken, of even met de rokers mee of gewoon even naar de keuken toe of iets dergelijks.”</i>                              |
| Stilstaan in het huidige moment    | De patiënt leert om in het moment stil te staan en te evalueren hoe het met hem gaat.   | <i>“Dan denk ik hé wacht, ik moet eventjes, ik moet er even bij stilstaan, anders dan denk ik over een uur van mhah had ik wel anders kunnen doen. Dat is eigenlijk de eerste gedachte</i>    |



---

|                       |  |   |
|-----------------------|--|---|
|                       |  | <i>die in mij opkomt en dan, ja dan kijk ik gewoon even om mij heen en dan is het snel duidelijk wat ik kan doen."</i>  |
| Kennis                | De patiënt doet kennis op over verschillende aspecten met betrekking tot pijn, bijvoorbeeld over de relatie tussen lichaam en geest. | <i>"Het fysieke kan mentaal iets laten gebeuren of mentaal iets fysiek, of allebei, of dat is nooit helemaal duidelijk voor mij. En, en dat begin ik nu een beetje te leren."</i>   |
| Sociaal/communicatief | De patiënt leert in zijn omgeving beter communiceren over zijn beperkingen en hoe hier mee om te gaan.                               | <i>"Dan zou ik al snel zeggen: 'nou ja als je het echt heel druk hebt dan hoeft het niet hoor'. En ik heb nu zoiets van 'Ja, maar je komt toch wel'?? En dat is wel, ja dat is voor mij een ongelofelijke omschakeling is dat."</i> |
| Accepteren/loslaten   | De patiënt leert de chronische pijn accepteren, en strategieën die niet werken los te laten.   | <i>"Dat je accepteert dat je hier last van hebt en dat je je leven anders moet gaan indelen en, en, eventueel als dat nodig is. En. Ja, daar ben ik al aardig druk mee bezig geweest."</i>  |
| Sporten/bewegen       | Ervaringen die de patiënt opdoet bij de sportoefeningen.   | <i>"Ik begin te merken, dat het bewegen heel goed voor me is. Geeft me meer balans, zeg maar. Voor mijn gevoel."</i>  |
| Rust nemen            | De patiënt leert wanneer het nodig is om rust te nemen:  | <i>"Nou, dat ik daar dus wel het een en ander in veranderd heb zeg maar, dat ik gewoon even rust heb genomen, rust heb gekregen hier ook."</i>  |
| Leven naar waarden    | De patiënt krijgt inzicht in wat hij zelf belangrijk vindt en hoe hier naar te leven.  | <i>"Alles wat om me heen gebeurt dat is er voor mijn eigen geluk. Dus als ik dingen doe, die die dat direct beïnvloeden, dan ben ik heel dom bezig eigenlijk."</i>  |

---

---

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| Bewust kiezen            | De patiënt leert bewust te kiezen en prioriteiten te stellen.     | <i>"Ik laat dingen ook soms gewoon rusten om er dan later nog weer eens op terug te komen. Om er voor te zorgen dat ik weloverwogen beslissing kan nemen, want, ja ik doe heel vaak, dat je toch achteraf denkt, bepaalde dingen een beetje, vanuit een irrationele gevoel zijn besloten."</i> |
| Zelfinzicht              | De patiënt krijgt inzicht in de eigen ontwikkeling.               | <i>"Inventariseren wat ik de laatste tijd heb gedaan en hoe ik mij heb ontwikkeld en nou ja wat een beetje mijn unique selling points zijn."</i>   |
| Richten op het positieve | De patiënt richt zich op positieve dingen, naast de ervaren pijn. | <i>"Ja, maar ik heb hier veel meer rust en ik kan veel meer genieten van, van alle andere dingen om mij heen nu."</i>  |

---

Aan de hand van bovenstaande analyse is duidelijk geworden welke leerervaringen door de patiënt zijn benoemd. Vervolgens zijn de genoemde leerervaringen vergeleken met de in de inleiding genoemde doelen van Het Roessingh en de zes ACT-processen. De resultaten zullen hierna besproken worden.

### 3. Onderzoeksresultaten

#### 3.1 Leerervaringen

Uit zeven interviews met Andy zijn uiteindelijk 162 situaties gecodeerd. De 162 situaties zijn ondergebracht onder 68 concepten. In Bijlage 3 is een overzicht weergegeven van alle 68 concepten en een voorbeeld ervan in de woorden van Andy. In Tabel 5 is te zien welke concepten onder welke categorieën zijn geplaatst en hoe vaak de concepten en categorieën worden benoemd door Andy.

Tabel 5

*Leerervaringen Andy*

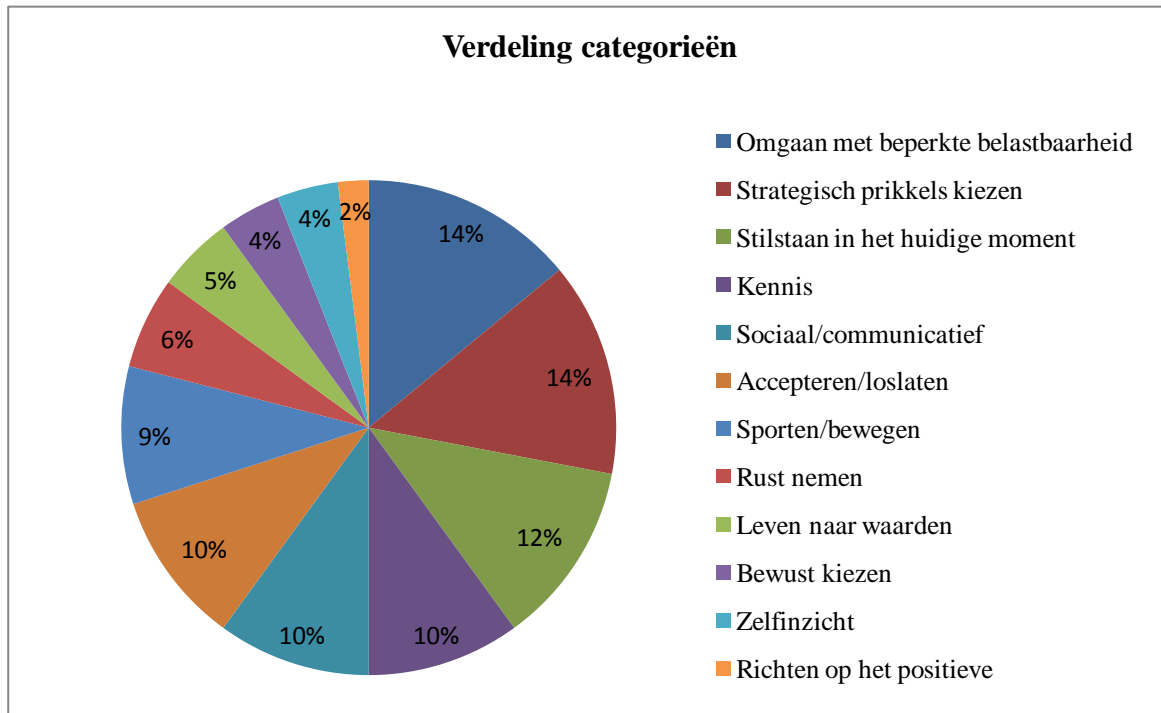
| <b>Categorieën</b>                 | <b>Concepten</b>                                 | <b>Aantal</b> | <b>Totaal</b> |
|------------------------------------|--|---------------|---------------|
| Omgaan met beperkte belastbaarheid | Activiteiten doseren                             | 8             | 23 (14%)      |
|                                    | Omgaan met tegenslag                             | 4             |               |
|                                    | Dingen uitproberen                               | 2             |               |
|                                    | Bewustworden eigen beperkingen                   | 2             |               |
|                                    | Inzicht in wat wel kan en wat extra belastend is | 1             |               |
|                                    | Kan moeilijk tegen drukte en lawaai              | 1             |               |
|                                    | Zoeken wat werkt                                 | 1             |               |
|                                    | Thuis oefenen met activiteiten doseren           | 1             |               |
|                                    | Eigen weg in ontwikkeling vinden                 | 1             |               |
|                                    | Dagschema gemaakt, niet aan gehouden             | 1             |               |
|                                    | Energie sparen                                   | 1             |               |
| Strategisch prikkels kiezen        | Strategisch prikkels kiezen                      | 7             | 22 (14%)      |
|                                    | Even weg van de prikkels                         | 6             |               |
|                                    | Inzichten in de invloed van prikkels             | 6             |               |
|                                    | Op tijd stoppen met een prikkelende activiteit   | 1             |               |
|                                    | Strategisch prikkels kiezen niet gelukt          | 1             |               |
|                                    | Niet gelukt even weg te gaan van de prikkels     | 1             |               |
|                                    |  |               |               |

|                                 |  |   |          |
|---------------------------------|--|---|----------|
| Stilstaan in het huidige moment | Naar zichzelf kijken; een momentopname         | 9 | 19 (12%) |
|                                 | Het bewustworden van lichaamssignalen          | 7 |          |
|                                 | Niet gelukt in het moment te staan             | 2 |          |
|                                 | Stilstaan in het moment                        | 1 |          |
| Kennis                          | De relatie lichaam en geest                    | 4 | 17 (10%) |
|                                 | Manieren van pijnvermijding                    | 3 |          |
|                                 | De invloed van piekeren                        | 3 |          |
|                                 | Automatische processen                         | 2 |          |
|                                 | De invloed van vermoeidheid op prikkelbaarheid | 1 |          |
|                                 | Werkingsmechanisme chronische pijn             | 1 |          |
|                                 | Dat patiënt dingen te serieus neemt            | 1 |          |
|                                 | Belang van ritme inzien                        | 1 |          |
|                                 | Groeiproces; gaat gradueel                     | 1 |          |
| Sociaal/communicatief           | Communiceren over beperkingen                  | 4 | 17 (10%) |
|                                 | Steunen op anderen                             | 3 |          |
|                                 | Anderen nodig hebben                           | 3 |          |
|                                 | Hulp vragen                                    | 2 |          |
|                                 | Omgaan met sociale situaties                   | 2 |          |
|                                 | Leren afzonderen binnen een groep              | 1 |          |
|                                 | Gedrag aanpassen op chronische pijn            | 1 |          |
|                                 | Opkomen voor eigen belangen                    | 1 |          |
| Accepteren/loslaten             | Verwachtingen van jezelf verlagen              | 3 | 16 (10%) |
|                                 | Accepteren van chronische pijn                 | 3 |          |
|                                 | Accepteren van beperkingen                     | 2 |          |
|                                 | Moeite met accepteren van beperkingen          | 1 |          |
|                                 | Teleurstelling bij te hoge verwachtingen       | 1 |          |
|                                 | Confrontatie met accepteerproces               | 1 |          |
|                                 | Loslaten van controledrang                     | 1 |          |
|                                 | Loslaten zichzelf te willen bewijzen           | 1 |          |

|                          |  |   |                              |
|--------------------------|--|---|------------------------------|
|                          | Niet alles zelf willen doen                          | 1 |                              |
|                          | Het meedenken laten varen                            | 1 |                              |
|                          | Mild zijn voor zichzelf                              | 1 |                              |
| Sporten/bewegen          | Groter uithoudingsvermogen                           | 4 | 14 (9%)                      |
|                          | Voordelen van bewegen                                | 3 |                              |
|                          | Bewegen brengt balans                                | 2 |                              |
|                          | Sporten doseren                                      | 2 |                              |
|                          | Energieker voelen door sport                         | 2 |                              |
|                          | Bewust met sporten omgaan                            | 1 |                              |
| Rust nemen               | Rust nemen   | 6 | 10 (6%)                      |
|                          | Niet gelukt om rust te nemen                         | 4 |                              |
| Leven naar waarden       | Inzicht in eigen waarden                             | 4 | 8 (5%)                       |
|                          | Inzicht hoe te leven naar waarden                    | 2 |                              |
|                          | Integratie pijn en waarden                           | 1 |                              |
|                          | Leven naar waarden niet gelukt                       | 1 |                              |
| Bewust kiezen            | Bewust beslissingen nemen                            | 4 | 7 (4%)                       |
|                          | Prioriteiten stellen                                 | 3 |                              |
| Zelfinzicht              | Bewust stilstaan bij eigen functioneren/ontwikkeling | 3 | 6 (4%)                       |
|                          | Bewustworden van het meedenken met anderen           | 1 |                              |
|                          | Naar eigen gedachten kijken                          | 1 |                              |
|                          | Functie van zelfreflectie                            | 1 |                              |
| Richten op het positieve | Leren ontspannen                                     | 2 | 3 (2%)                       |
|                          | Leren genieten                                       | 1 |                              |
| Totaal: (12 categorieën) | (68 concepten)                                       |   | 162 (100%)<br>leerervaringen |

In Tabel 5 is te zien dat leerervaringen in de categorie *Strategisch prikkels kiezen* en *Omgaan met beperkte belastbaarheid* het meeste worden genoemd. Beide categorieën omvatten 14% van de genoemde leerervaringen. Het gaat hier om leerervaringen die betrekking hebben op een balans vinden in wat de patiënt wel en niet meer kan. *Omgaan met beperkte belastbaarheid* is de grootste categorie en omvat ook de meeste concepten. Het gaat om leerervaringen waarbij Andy zich bewust wordt van de eigen beperkingen en de activiteiten hierop probeert aan te passen. De patiënt is op zoek naar wat werkt door inzicht te krijgen in wat extra belastend is en waarmee hij extra energie kan sparen.

Situaties betreffende *Richten op het positieve* worden het minste genoemd (2%), gevolgd door *Zelfinzicht* en *Bewust kiezen* (beide 4%). Het verschil tussen de kleinste en grootste categorie betreft een verschil van 12% (14%-2%). De verscheidenheid in de verdeling tussen de verschillende categorieën is niet groot. Er is geen sprake van een duidelijk dominerende of subdominerende categorie.



Figuur 3. Verdeling gecategoriseerde leerervaringen

Wanneer in Tabel 5 naar de concepten wordt gekeken zijn er een paar uitschieters die door deze pijnpatiënt meerdere malen worden benoemd. De concepten die vaker dan vijf keer worden benoemd zijn:

- Naar zichzelf kijken; momentopname (9x)
- Activiteiten doseren (8x)
- Het bewustworden van lichaamssignalen (7x)
- Strategisch prikkels kiezen (7x)
- Even weg van de prikkels (6x)
- Inzicht in de invloed van prikkels (6x)
- Rust nemen (6x)

Deze patiënt benoemt relatief vaak het *Naar zichzelf kijken* en *Het bewustworden van lichaamssignalen*. Concluderend benoemt hij de meeste leerervaringen die betrekking hebben op het bewustworden van zijn lichaam en hoe hij zich situeert in een bepaalde situatie. Ook de concepten *Strategisch prikkels kiezen*, *Inzicht in de invloed van prikkels* en *Even weg van de prikkels* worden relatief vaak genoemd. Hij wordt zich bewust van zijn situatie en omgeving en leert op basis daarvan keuzes te maken met betrekking tot het laten binnenkomen van verschillende prikkels.

De patiënt heeft relatief vaak het *Activiteiten doseren* benoemd. Uit zijn therapieverhalen blijkt ook dat hij veel bezig is met zoveel mogelijk activiteiten kunnen blijven doen. Daarnaast geeft hij aan de nodige rustmomenten te leren pakken. Wat opvallend is, is dat *Rust nemen* relatief vaak benoemd wordt als leerervaring. Deze wordt daarnaast ook vier maal benoemd als niet gelukte leerervaring.

Er zijn nog een aantal leerervaringen benoemd door Andy waarbij het niet gelukt is ze toe te passen. Zo geeft hij aan dat het niet gelukt is om zijn *beperkingen te accepteren*. Het is hem eenmaal niet gelukt om *strategisch prikkels te kiezen* of even *weg te gaan van prikkels*. Verder is *stilstaan in het moment* tweemaal niet gelukt, na het wel geprobeerd te hebben. Sommige doelen bereikt de patiënt misschien niet meteen, maar het bewust worden van dingen die niet lukken lijken ook inzicht te bieden. Pijnpatiënt Andy geeft dit meerdere malen aan. Zo vertelt hij zelf:

*“Dat het dan op dat moment eventjes niet is gelukt, is dat wel vervelend, maar ik heb mezelf wel uiteindelijk herpakt en nou ja, het zijn geen weggegooiden dagen, omdat het me wel een inzicht geeft.”*

Wanneer Andy in het laatste interview wordt gevraagd hoe hij is veranderd en wat de grootste verandering de afgelopen weken is geweest antwoordt hij als volgt:

*“Nou, ik ben natuurlijk mezelf gebleven. Hoe ik met mezelf omga is veranderd en dat, dat is, heeft wel heel erg duidelijk, dat is me eigenlijk heel erg duidelijk gemaakt ook hier, dat, zeg maar, wat ik zeg maar in essentie ben en wat ik, wat mijn karakter is en wat mijn talenten zijn en, en wat ik leuk vind, dat is nooit veranderd, alleen, zeg maar, de hele wereld om mij heen is veranderd en ik ben niet echt mee veranderd. Dat ik gewoon af en toe eens eventjes helemaal terug moet gaan, naar mezelf en dat dat eigenlijk iets is, waar ik heel veel aan kan afmeten en, en kijk van nou ja goed, waar ik nu mee bezig ben, wil ik dat doen? Of niet. En dat heeft niet alleen te maken met mijn klachten, maar ook met de richting, die ik wil geven aan mijn, mijn leven en mijn carrière. Heb ik het ook veel over gehad hier. hmhm En, ja, heeft me veel duidelijkheid gegeven ook, weet je wel. Ook gewoon te kijken naar mijn waarden en.. .. ja heb ik heel erg geleerd om te doseren. Om te gaan kijken naar de hele grote lijnen en niet naar hoe, hoe het op dit moment gaat en zo meteen gaat. Om te kijken als ik iets doe, wat levert mij dat op? Op de lange termijn. Wat levert mij dat op als ik gewoon sterke structuur in mijn leven bouw, ook al voel ik mij niet lekker, ga ik toch wat doen. Ja, pieken en dalen zeg maar, eruit halen. Ja, daar durf zit erin en daar goed mee om te gaan, energie goed te verdelen, ja..”*

Concluderend kan gezegd worden dat Andy in de interviews 162 keer iets benoemd wat hij heeft geleerd. Deze uitingen zijn samengevat in 68 verschillende concepten van leerervaringen en ondergebracht in twaalf verschillende categorieën. De meeste leerervaringen vallen in de categorie *Omgaan met beperkte belastbaarheid* en *Strategisch prikkels kiezen*. Ook *Stilstaan in het huidige moment* wordt vaak als geleerde benoemd.

### 3.2 Leerervaringen vergeleken met ACT-processen en doelen Roessingh

In de inleiding is besproken wat de doelen van Het Roessingh zijn (zie Tabel 1). Ook is besproken wat de zes processen inhouden waar ACT op is gebaseerd (zie Figuur 2). Uit de analyse blijkt dat alle genoemde leerervaringen die overeenkomen met het eerstgenoemde doel van Het Roessingh *Verbeteren psychisch functioneren*, eveneens terugkomen in ACT-processen. Er kan van worden uitgegaan dat ACT is gericht op het verbeteren van het psychisch functioneren. Derhalve zal in de eerstvolgende tabel (Tabel 6) worden uiteengezet welke leerervaringen terug te leiden zijn naar de doelen van Het Roessingh. Voor de inhoud van het doel *Verbeteren psychisch functioneren* wordt er verwezen naar Tabel 7. In Tabel 7 worden vervolgens alle ACT-processen op zich nog eens vergeleken met de genoemde leerervaringen.

Tabel 6

*Doelen Roessingh die terugkomen in leerervaringen*

| <b>Doelen Roessingh</b>                                 | <b>Leerervaringen</b>  | <b>Aantal keren dat de leerervaring wordt benoemd</b> |
|---|--|---|
| Verbeteren psychisch functioneren                       | (Zie tabel 3.3)  | 68 (42%)  |
| Evenwichtige fysieke belasting                          | Categorie <i>Sporten/bewegen</i>   | 14 (9%)   |
| Adequate communicatie over mogelijkheden en beperkingen | Categorie <i>Sociaal/communicatief</i>   | 17 (10%)  |
| Bewustworden van en handelen naar lichaamssignalen      | Categorie <i>Stilstaan in het huidige moment</i> ,<br>Categorie <i>Strategisch prikkels kiezen</i> ,<br>Inzicht in wat wel kan en wat extra belastend is,<br>Kan moeilijk tegen drukte en lawaai,<br>Zoeken wat werkt, | 44 (27%)  |
| Verhogen en structureren activiteitsniveau              | Dingen uitproberen,<br>Activiteiten doseren,<br>Sporten doseren,<br>Thuis oefenen met activiteiten doseren,<br>Energie sparen,   | 14 (9%)   |
| <b>Totaal</b>   |  | <b>89 (55%)</b>                                       |



Verschillende leerervaringen zijn duidelijk terug te leiden naar ACT-processen. Als er naar de categorieën *Accepteren/loslaten* en *Waarden* wordt gekeken blijkt dat deze in zijn geheel kunnen worden herleid tot de ACT-processen *Waarden* en *Acceptatie en bereidheid*. Wanneer er echter naar de leerervaringen op basis van de concepten wordt gekeken, blijkt dat meer leerervaringen bij ACT-processen passen, terwijl dit niet per sé voor de gehele categorie geldt. Derhalve zijn enkele leerervaringen ook op basis van de concepten vergeleken met de ACT-processen.

Tabel 7

*ACT-processen die terugkomen in leerervaringen*

| <b>ACT-processen</b>     | <b>Benoemde leerervaringen categorieën en concepten</b>  | <b>Aantal keren dat de leerervaring wordt benoemd</b> |
|--------------------------|--|---|
| Acceptatie en bereidheid | Categorie <i>Accepteren/loslaten</i> ,   | 16 (10%)  |
| Cognitieve defusie       | Categorie <i>Zelfinzicht</i>   | 6 (4%)  |
| Contact met het nu       | Categorie <i>Stilstaan in het huidige moment</i>   | 19 (12%)  |
| Toegewijde actie         | Categorie <i>Bewust kiezen</i> ,<br>Opkomen voor eigen belangen,   | 8 (5%)  |
| Waarden                  | Categorie <i>Leven naar waarden</i>  | 8 (5%)  |
| Zelf-als-context         | Kennis van automatische processen,<br>De invloed van vermoeidheid op prikkelbaarheid,<br>Dat patiënt dingen te serieus neemt,<br>De invloed van piekeren,<br>De relatie lichaam en geest | 11 (7%)   |
| <b>Totaal:</b>           |  | <b>68 (42%)</b>                                       |

Uit Tabel 7 blijkt dat 42 procent van de leerervaringen genoemd door de pijnpatiënt overeenkomen met de ACT-processen in de behandeling. De meeste leerervaringen hebben daarbij betrekking op *Contact met het nu* en *Acceptatie en bereidheid*. Er is gebleken dat ACT overeenkomt met het eerstgenoemde doel van Het Roessingh *Verbeteren psychisch functioneren*. De leerervaringen laten een overeenstemming van 55% met de overige vier doelen van Het Roessingh zien. De overige doelen die de patiënt het meest benoemd zijn leerervaringen die betrekking hebben op *Bewustworden van en handelen naar lichaamssignalen* en *Sociaal/communicatief*.

Bij elkaar opgeteld zou de totale overeenstemming met de leerervaringen 97% bevatten. Uit de analyse blijkt dat er sprake is van enige overlap. Er zijn 22 leerervaringen die zowel naar ACT-processen als de doelen van Het Roessingh terug te leiden zijn, danwel betrekking hebben op meer dan één afzonderlijk doel. Dit betreft bijvoorbeeld de categorie *Stilstaan in het huidige moment*. Deze categorie heeft zowel betrekking op ACT-proces *Contact met het nu* als met het doel *Bewustworden van en handelen naar lichaamssignalen*. Als deze overlap wordt gecorrigeerd blijkt dat 135 van de 162 leerervaringen (83%) in lijn liggen met de gestelde doelen vanuit Het Roessingh en ACT.

In totaal zijn 27 van de 162 leerervaringen (17%) niet direct te koppelen aan de gestelde doelen. Dit betreft de categorieën *Richten op het positieve* en *Rust nemen*. Verder resteren enkele losse leerervaringen die niet onder een specifiek doel konden worden ingedeeld. Deze leerervaringen betreffen leerervaringen rond bewustwording en vergaarde kennis.

## 4. Discussie

### 4.1 Bevindingen

Er is onderzoek gedaan naar een op ACT-gebaseerde behandeling voor chronische pijnpatiënten vanuit patiëntperspectief. De patiënt benoemde de volgende leerervaringen: *Omgaan met beperkte belastbaarheid, Strategisch prikkels kiezen, Stilstaan in het huidige moment, Kennis, Sociaal/communicatief, Accepteren/loslaten, Sporten/bewegen, Rust nemen, Leven naar waarden, Bewust kiezen, Zelfinzicht en Richten op het positieve*. *Omgaan met beperkte belastbaarheid (14%)* en *Strategisch prikkels kiezen (14%)* werden het meeste genoemd. *Leven naar waarden* en het *Richten op het positieve* het minste. Een mogelijke interpretatie is dat de patiënt eerst wil leren omgaan met zijn pijnklachten, zodat hij zich daarna kan richten op zijn persoonlijke doelen en waarden en het positieve.

Verder is gebleken dat 42% van de leerervaringen zijn terug te leiden naar ACT-processen. Deze ACT-processen vallen onder het eerstgenoemde doel van Het Roessingh, namelijk *Verbeteren psychisch functioneren*. 55% van de leerervaringen zijn vervolgens terug te leiden naar de overige vier doelen van Het Roessingh. Er kan geconcludeerd worden dat de leerervaringen grotendeels overeenkomen met zowel ACT-processen als doelen van Het Roessingh (83%). Echter kwamen er ook resultaten naar voren die niet overeenkwamen (17%). Een opmerkelijk resultaat was het feit dat *Rust nemen* meerdere malen werd genoemd als leerervaring, en tevens ook de meest genoemde niet gelukte leerervaring was. Hieruit kan worden opgemaakt dat dit thema voor deze patiënt sterk meespeelt. Bovendien kan er geconcludeerd worden dat dit thema voor de patiënt een worsteling vormt en er dus ruimte voor verbetering is in de behandeling. *Rust nemen* komt momenteel niet specifiek terug in de vooropgezette doelen, terwijl het voor deze patiënt een belangrijk verbeterpunt is in zijn omgang met chronische pijn. Dit brengt ons terug bij de verschillende manieren van omgaan met de chronische pijn die genoemd zijn in het theoretisch kader. Twee manieren werden verklaard door twee modellen. Dit zijn het Fear-Avoidance Model van Vlayen en Linton (2000) en het Avoidance-Endurance Model van Hasenbring (2000). Bij het eerstgenoemde model is de patiënt erbij gebaat zichzelf te leren activeren. Bij het tweede model is de patiënt juist gebaat bij leren rust te nemen. Huidig onderzoek bevestigt deze modellen. De pijnpatiënt onderzocht bij huidig onderzoek is een goed voorbeeld van een patiënt die het lastig vindt rust te nemen op gepaste tijden. Hij heeft de neiging zichzelf te overschatten en te veel willen doen. Dit past binnen het Avoidance-Endurance model. Bij beide modellen hebben patiënten niet in de gaten dat hun eigen gedrag de pijn verergert. Huidig onderzoek laat eveneens zien dat de behandeling helpt bij het bewust worden van het eigen gedrag en de gevolgen van dat gedrag op de pijn. Deze leerervaring wordt bevestigd in de woorden van deze pijnpatiënt:

*“ik heb regelmatig gewoon even rust nodig, gewoon echt eventjes helemaal stoppen. Als ik al teveel gedaan heb eigenlijk en ik dus al overprikkeld ben, dan zijn mijn hersenen gewoon volop aan het verwerken en dan kan ik niet zo makkelijk effentjes rustig blijven zitten. Dan merk ik toch dat ik snel wel iets ga doen. Ik denk om een beetje afleiding te hebben.”*

In eerder onderzoek werd al geconcludeerd dat ACT effectief is bij de behandeling van chronische pijn (Veehof et al., 2011). Huidig onderzoek bevestigt de effectiviteit vanuit het perspectief van de pijnpatiënt; het laat zien dat de behandeling veel van zijn vooropgezette doelen behaalt. Het biedt eveneens inzicht in de specifieke leerervaringen die een patiënt tijdens de behandeling opdoet.

Uit de literatuur bleek al dat het nagaan van de verhalen die patiënten construeren tijdens of na afloop van een therapie een manier is om inzicht te verkrijgen in de werkzaamheid van therapieën, aldus Adler, Skalina & McAdams (2008). Huidig onderzoek bevestigt deze theorie doordat de patiënt dit letterlijk benoemt en laat bovendien een werkzame methode zien om de therapieverhalen van pijnpatiënten te bestuderen. Daarnaast bleek uit de literatuur dat het construeren van een therapieverhaal de patiënt helpt om zijn ervaringen betekenis te geven (Adler & McAdams, 2007), het helpt zijn proces te begrijpen en zorgt zo voor behoud van het geleerde en het succes van de therapie. De interviews die voor huidig onderzoek zijn bestudeerd zijn afgenomen met het doel inzicht te geven in de werkzaamheid van de behandeling. Dit blijkt succesvol; de analyse heeft geleid tot een overzicht van al het geleerde. Daarnaast is bevestigd dat het proces van de interviews de patiënt helpt het geleerde te begrijpen en vast te houden, hetgeen aanknopingspunten geeft voor integratie van interviews in de behandeling.

Vanuit de Universiteit Twente zijn reeds soortgelijke studies verricht naar de pijnbehandeling op Het Roessingh (Tammes, 2011; Weiss, 2012). Huidig onderzoek onderscheidt zich van die studies doordat het niet wordt geleid door vooraanname van verschillende theorieën of concepten. Tammes en Weiss richtten hun studies bijvoorbeeld op de groei van 'psychologische flexibiliteit' of 'agency' tijdens de behandeling. Huidig onderzoek gaat uit van wat de patiënt zelf als leerervaring benoemt en welke factoren daarbij een rol hebben gespeeld. Op deze manier biedt de analyse een ander perspectief op toegepaste vaardigheden. De effectiviteit van de behandeling wordt niet afgemeten aan door de onderzoeker vooraf bepaalde maatstaven, maar door wat de patiënt zelf als succesvolle ervaringen benoemt.

#### 4.2 Vervolgonderzoek

Een eerste aandachtspunt is dat de interviews berusten op één momentopname in de week. Een interview zal anders uitpakken op vrijdag dan op maandag. Ook kan data verschillen wanneer de afname in de ochtend of avond plaatsvindt, deze factoren zijn niet meegenomen in de analyse. Bij vervolgonderzoek kan contextuele informatie worden meegenomen in de analyse. Ook wordt voor vervolgonderzoek aangeraden de interviews op vaste tijdstippen af te nemen, bij voorkeur op vrijdag zodat elke patiënt dezelfde week kan evalueren.

Een ander aandachtspunt van dit onderzoek is dat de analyse berust op een enkele patiënt. Hier is echter bewust voor gekozen daar de analyse van een enkele patiënt ruimte biedt voor een diepgaande analyse, waardoor dit onderzoek een goede basis vormt voor verbreding naar onderzoek van meerdere pijnpatiënten. Naast verder onderzoek naar de pijnbehandeling op Het Roessingh biedt dit onderzoek ook een werkzame methode om inzicht te verkrijgen in andere therapieën.

Huidig onderzoek bevestigt vanuit patiëntperspectief dat het vertellen van therapieverhalen kan bijdragen aan het evalueren en vasthouden van leerervaringen. Er zou een

vervolgonderzoek kunnen plaatsvinden waarbij de leerervaringen van patiënten die de interviews hebben gegeven worden vergeleken met patiënten die dit niet hebben gedaan. Dit zou kunnen worden bewerkstelligd door follow-up interviews van beide groepen met elkaar te vergelijken. Er kan dan worden onderzocht of het wekelijks evalueren van leerervaringen ervoor zorgt dat ze beter worden vastgehouden.

Tot slot is het alleen op basis van huidig onderzoek al nuttig om te kijken in hoeverre de genoemde leerervaringen na een bepaalde tijd (bijvoorbeeld een half jaar) nog worden toegepast door de patiënten.

#### 4.3 Implicaties voor de praktijk

Praktisch gezien bieden de resultaten aanknopingspunten om de modules van Het Roessingh nog eens te evalueren en te bepalen hoe de doelen concreet worden nagestreefd. Zo geeft huidig onderzoek aanleiding om nader te bekijken in hoeverre de modules zijn afgestemd op de verschillende manieren waarmee patiënten met hun pijn omgaan. In hoeverre wordt bijvoorbeeld afgestemd op de individuele leerdoelen van de patiënten? Leren de patiënten rust nemen wanneer zij dit nodig hebben, en leren ze zichzelf te activeren wanneer dit voor hen meer van belang lijkt?

Dit onderzoek geeft aanwijzingen voor de bijdrage van wekelijkse interviews aan het behoud van het geleerde. Aanbevolen wordt om de wekelijkse interviews in de behandeling te integreren om het behoud van het succes van de therapie te vergroten. Een optie is een extra module toe te voegen waarin aan het einde van de week wordt teruggeblikt op de leerervaringen. Een andere optie kan zijn een kwartier aan een bestaande module toe te voegen om terug te blikken. Gezien het persoonlijke karakter van leerervaringen lijkt het van belang de behandeling individueel te evalueren.

#### 4.4 Slotwoord

Zoals aan het begin van deze these werd gezegd: (chronische) pijn is iets wat hoort bij het menselijk bestaan. Echter is (mede door voorliggend onderzoek) bewezen dat chronische pijn door middel van een op ACT-gebaseerde behandeling een stuk draaglijker kan worden. Op basis van therapieverhalen gedurende het leerproces kan geconcludeerd worden dat de behandeling de psychische flexibiliteit van de patiënt verhoogt en handvatten biedt waardoor de patiënt beter met zijn pijn kan omgaan. De concrete leerervaringen (zoals *Omgaan met beperkte belastbaarheid* en *Strategisch prikkels kiezen*) die de patiënten tijdens een op ACT gebaseerde behandeling ervaren komen grotendeels overeen met de vooropgezette doelen. Echter laat dit onderzoek ook zien dat sommige leerervaringen niet terug te vinden waren in de vooropgezette doelen. Een advies voor de toekomst zou zijn om te bekijken in hoeverre de leerervaringen toepasbaar zijn op alle patiënten. Ondanks dat zij individueel heel anders omgaan met hun chronische pijn, kan dit toch handvatten bieden de behandeling zo efficiënt mogelijk te maken.

## Referenties

- Adler, J. M., Skalina, L. M., & McAdams, D. P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy Research, 18*(6), 719-734.
- Adler, J. M. & McAdams, D. P. (2007a). Telling Stories About Therapy: Ego Development, Well-Being, and the Therapeutic Relationship.
- Adler, J. M., & McAdams, D. P. (2007b). The narrative reconstruction of psychotherapy. *Narrative Inquiry, 17*(2).
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of 'mental disorders*, 4th, 493–518. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- A-Tjak, J. & de Groot, F. (2008). Acceptance & Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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.
- 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*(4), 287-287.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006) Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* , 44, 1-25. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hasenbring, M. (1999). Attentional control of pain and the process of chronification. *Progress in brain research, 129*, 525-534.
- 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
- Houtkoop-Steenstra, H. (2002) *Interaction and the Standardized Survey Interview: the living questionnaire*. Cambridge: Cambridge University Press.
- International Association for the Study of Pain, subcommittee on Taxonomy (1986). Classification of chronic pain, descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, supplement 3, 1-226.
- Langley, P.C., (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Current Medical Research & Opinion, 27*, 463-480.

Lundgren, T., Dahl, J., Yardi, N., & Melin, L. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior*, *13*(1), 102-108.

McCracken, L.M. (2005). Contextual cognitive-behavioral therapy for chronic pain, progress in pain research and management, vol. 33. IASP Press, Seattle.

Schreurs, K. M. G. (2013) Chronisch pijn en toch vitaal-een uitdaging voor de patiënt en de gezondheidszorg. Universiteit Twente, Enschede.

Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology. *Handbook of qualitative research*, 273-285.

Tammes, M. (2011). Agency ontwikkeling tijdens een behandeling op basis van ACT bij chronische pijnrevalidanten. (Ongepubliceerde masterthesis). Universiteit Twente, Enschede.

Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T., & Buhrman, M. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *The Clinical journal of pain*, *27*(8), 716-723.

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

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

Vlaeyen, J. W. S. & Linton, S. J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, *85*, 317-332.  
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0\(2000\)](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0(2000))

Weiss, L.A. (2011). The development of psychological flexibility in chronic pain patients during acceptance and commitment therapy. (Ongepubliceerde masterthesis). Universiteit Twente, Enschede.

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

Wicksell, R.K., Renöfält, J., Olsson, G.L., Bond, F.W., & Melin, L. (2008). Avoidance and cognitive fusion—central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). *European Journal of Pain*, *12*, 491–500. doi:10.1016/j.ejpain.2007.08.003.

Wilson, H.D., Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*, 377: 2226-2235.



## Bijlagen

### Bijlage 1. Interviewschema algemeen

|  |
|--|
| <p><u>Introductie</u><br/>Ik ben blij dat u er bent en wil graag beginnen.</p>   |
| <p><u>Openingsvraag</u><br/>Kunt u vertellen hoe het met u gaat?<br/><i>Deze vraag is vooral bedoeld om de patiënt te laten vertellen wat bij hem op dat moment speelt.</i></p>  |
| <p><u>Hoofdvraag:</u><br/><i>Ik wil graag beginnen met de hoofdvraag. U mag hierop alles antwoorden wat in u opkomt en wat u belangrijk vindt.</i></p> <p>Wat heeft u afgelopen week geleerd en ervaren?</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Specifieke vragen om antwoorden op de hoofdvraag te krijgen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. Wat was nieuw voor u de afgelopen week?</li><li>B. Waren er dingen die u tijdens de therapie hebt geleerd maar waar het u niet gelukt is om die toe te passen?</li><li>C. Wat is er gebeurd waar u na de behandeling aan terug zult denken?</li><li>D. Wat was er anders afgelopen week in vergelijking met daarvoor?</li></ul> <p><i>Aan de hand van wat revalidant een bepaalde dag gedaan heeft antwoorden genereren.</i></p> <p><i>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?”</i></p> |
| <p><u>Per situatie doorvragen. (bij voorkeur tenminste 3 situaties beschrijven)</u></p> <p>Kunt u een concreet voorbeeld geven?/Kunt u de situatie beschrijven?<br/>Kunt u vertellen welke gedachten u daarbij had?<br/>Kunt u vertellen welke gevoelens u daarbij had?<br/>Wat maakte dat het belangrijk voor u was dat te doen/ niet te doen?<br/>Wat maakt dat het wel/niet deed? → hier goed doorvragen.<br/>Kunt u aangeven in hoeverre het gelukt is het geleerde toe te passen op een schaal van 1 tot 10.</p>  |

Bent u een dergelijke situatie ook op andere momenten tegengekomen?

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

Afsluiting:

Hebt u zelf nog vragen of opmerkingen over het interview?

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

## **Bijlage 2. Afwijkingen in het interviewschema**

### **Eerste interview:**

#### Kennismaking en uitleg

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

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

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

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

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

Vindt u het goed als het interview wordt opgenomen?

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

#### Patiënt leren kennen

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

### **Interview in 8<sup>e</sup> behandelweek**

#### Afsluiten

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

Afspraak voor follow up interview. (wanneer en hoe)

### Bijlage 3. Overzicht concepten

---

|  |  |
|--|--|
| Naar zichzelf kijken; een momentopname               | <i>“Om gewoon regelmatig eventjes een stukje zelfreflectie te nemen.. om even, heel even afstand te nemen, om te kijken hoe gaat met me.”</i>  |
| Het bewust worden van lichaamssignalen               | <i>“Ik begin dus steeds meer dingen te merken, wat er met mijn lichaam gebeurt.”</i>   |
| Bewust beslissingen nemen                            | <i>“Ik laat dingen ook soms gewoon rusten om er dan later nog weer eens op terug te komen. Om er voor te zorgen dat ik weloverwogen beslissing kan nemen, want, ja ik doe heel vaak, dat je toch achteraf denkt, bepaalde dingen een beetje, vanuit een irrationele gevoel zijn besloten.”</i>                                 |
| Prioriteiten stellen                                 | <i>“Doe het gewoon als het leuk is, of als je het de moeite waard vindt, maar als dat niet, als je daar niet over uit bent, waarom zou je je er dan mee bezig houden? Je hoeft niet alles een kans te geven.”</i>  |
| Bewust stilstaan bij eigen functioneren/ontwikkeling | <i>“Inventariseren wat ik de laatste tijd heb gedaan en hoe ik mij heb ontwikkeld en nou ja wat een beetje mijn, mijn USP zijn, eigenlijk. US, unique selling points.”</i>   |
| Stilstaan in het moment                              | <i>“Dan denk ik hé wacht, ik moet eventjes, ik moet er even bij stilstaan, anders dan denk ik over een uur van mhah had ik wel anders kunnen doen. Dat is eigenlijk de eerste gedachte die in mij opkomt en dan, ja dan kijk ik gewoon even om mij heen en dan is het snel duidelijk wat ik kan doen.”</i>                     |
| Bewustworden van het meedenken met anderen           | <i>“Wat ik uh ja ik analyseer met iedereen mee daar en soms zou ik dat niet moeten doen, denk ik... daar moet ik, dat zijn wel dingen daar kan je, kan ik wel bewust bij stilstaan. En daar ook daadwerkelijk wat mee doen, zeg maar.”</i>   |
| Naar gedachten kijken                                | <i>“Waar ben ik nou over aan het nadenken, hoe reëel is het, kan ik er iets aan doen en ik kan wel ergens anders aan denken, ik kan me ergens anders mee bezig houden en het komt ook allemaal wel goed.”</i>  |
| Functie zelfreflectie                                | <i>“Op dit moment ben ik daar, blijf ik, ben ik daar nog best wel op gefocust van nou ja hoe ik het allemaal doe en hoe ik ermee omga. Als het, als ik straks weer overal weer in de molen zit dan zal dat wel veel minder zijn, maar ik denk dat, dat altijd belangrijk is, hoe het ook met me gaat, om het wel te doen.”</i> |
| Inzichten in de invloed van                          | <i>“Dan ga je wel eventjes het dorp in en gaan we, nou ja,</i>   |

---

---

|  |   |
|--|---|
| prikkels                                       | <i>naar het strand toe. Dat is hartstikke leuk. En dat is ook hartstikke ontspannen, maar tegelijkertijd prikkelt me dat toch wel zoveel.</i>   |
| Connectie lichaam en geest                     | <i>“Het fysieke kan mentaal iets laten gebeuren of mentaal iets fysiek, of allebei, of dat is nooit helemaal duidelijk voor mij. En, en dat begin ik nu een beetje te leren.”</i>   |
| Manieren van pijnvermijding                    | <i>“Dan merk ik toch dat ik snel wel iets ga doen. Ja, wat is dat? Ja, ik denk om een beetje, toch een beetje afleiding te hebben.”</i>   |
| Invloed piekeren                               | <i>“Op het moment dat ik, bijvoorbeeld teveel pieker, krijg ik te weinig tijd om te herstellen, om mijn hersen rust te geven, dus krijg ik nog meer hoofdpijn, dus ga ik nog sneller piekeren.”</i>   |
| Inzicht in automatische processen              | <i>“Het is meer eventjes opnieuw realiseren of ik iets op een automatisch manier doe, of automatische wijze niet doe, dan dat ik erover nadenk van over mijn eigen gedachte of iets dergelijks.”</i>  |
| Invloed vermoeidheid op prikkelbaarheid        | <i>“Gewoon vermoeidheid, zoals het, dat ook heel erg beïnvloed als je normaal gesproken moe bent Ja, dan ben je toch sneller prikkelbaar en sneller vatbaar voor dingen.”</i>   |
| Werkingsmechanisme chronische pijn             | <i>“Een beetje over de achtergronden, hoe bepaalde dingen in elkaar zitten ook en ja om een beetje perspectief te geven eigenlijk.”</i>   |
| Inzicht dat patiënt dingen te serieus neemt    | <i>“Omdat ik het wel heel serieus neem, wat er nou allemaal gebeurd. en het ook serieus is, dat ik het soms moeilijk vind om een beetje in het nu te staan.”</i>  |
| Vervelend van confrontatie met accepteerproces | <i>“Ja, dat gevoel ben ik allang overheen eigenlijk. Dan moet je dat gaan lezen. Overheen? Ja, dat, dat kantelpunt heb ik al gehad, zeg maar. ok Ja. Ja. En ja, als je dan weer dat allemaal weer er doorheen moet, dat moet gaan lezen enzo, dan, zwaarmoedige tekening bij tussen staat. Werd ik helemaal vervelend van.”</i> |
| Belang van ritme inzien                        | <i>“Als je, een beetje weer uit het, uit het ritme raakt, wat je hier, ja, dat je hier wordt aangeboden, dat je dat zelf moet doen en dat je dat toch wel heel snel daar, ja, daar uit raakt.”</i>  |
| Teleurstelling bij te hoge verwachtingen       | <i>“Je doelen stellen die te hoog zijn. En die kom je niet na. Ja, dan heeft dat dus niet resultaat wat je, wat ik van te voren had gehoopt. Dus ja, dat is dan wel een teleurstelling.”</i>  |
| Groeiproces gaat gradueel                      | <i>“Het is met alle onderdelen, die ik geleidelijk, ja gewoon gradueel beter, beter leer kunnen doen.”</i>  |

---

---

|  |   |
|--|---|
| Activiteiten doseren                             | <i>“Dat er dingen, dat er heel wat meer nuance inzit in, in hoe je activiteiten kan invullen. Ik kan iets uitproberen en op dat moment denken: 'oh, dat gaat even niet zo lekker' of ik kan, ik kan dat gaan doen en het de, het hele fitnesstraject gaan afmaken.”</i>   |
| Dingen uitproberen                               | <i>“En ik heb zoiets laten we maar eens kijken hoe dat gaat. Toch een beetje dingen uitproberen, he. En, nou ik heb daar wel enorm veel last van de volgende dag, maar, maar ja goed, ik heb het wel geprobeerd.”</i>   |
| Bewustworden eigen beperkingen                   | <i>“Dus toen heb ik ja het allemaal goed kunnen bekijken en kwam ik wel tot de pijnlijke conclusie dat het helemaal niet ging. en daar heb ik wel eventjes met mezelf aan moeten werken.”</i>   |
| Inzicht in wat wel kan en wat extra belastend is | <i>“Ik heb ja eigenlijk wel weer veel geleerd over mezelf. Over, over wat ik wel kan en wat dingen zijn die extra belastend voor me zijn en combinaties daarvan ook.”</i>   |
| Kan moeilijk tegen drukte en lawaai              | <i>“Dat ik niet zo goed in de drukte kan zijn met lawaai en dat er dan ook nog gecoördineerd wordt.”</i>  |
| Zoeken wat werkt                                 | <i>“Dus waar ik aan een tafel ga zitten bijvoorbeeld, of waar ik ga staan, of misschien moet ik even oordopjes in doen. Dat ik daar nog iets, dat ik daar nog iets meer mee bezig moet. Dat is een beetje zoeken van wat, uh wat goed voor mij werkt.”</i>  |
| Thuis oefenen met activiteiten doseren           | <i>“Ik heb de werkwijze van hier overgenomen voor thuis, als het ware mezelf toch op bepaalde dingen, toch bepaalde dingen doen, waarvan ik het gevoel heb, van nou is dit eigenlijk zo goed voor mij, maar dat niet te lang te doen en dan gewoon proberen tijdig te stoppen en, en daar weer van herstellen.”</i> |
| Eigen weg in ontwikkeling vinden                 | <i>“Ik ben heel druk bezig met de juiste manier mijn leven in te vullen hmhm en dat is niet door gewoon, ik, ik weet niet op wat voor, krampachtige manier een opdracht uit te gaan zitten voeren.”</i>   |
| Energie sparen                                   | <i>“Omdat ik gewoon niet zoveel zin had om daar, om me daar me bezig te houden om ook mijn energie een beetje te sparen.”</i>   |
| Communiceren over beperkingen                    | <i>“Daar hebben we het over gehad, dat we dat bij elkaar iets meer, toch wel iets opener over kunnen zijn tegen elkaar. Dat niet zo, dat we daar niet over hoeven in te houden.”</i>  |
| Steunen op anderen                               | <i>“Een tijd waarin ik moet gaan vertrouwen op iedereen op mij heen, omdat ik zelf een aantal dingen niet kan.”</i>   |

---

---

|  |   |
|--|---|
| Anderen nodig hebben                     | <i>“Dan kan ik het niet alleen, heb ik jullie gewoon nodig. En ja, dat heeft wel heel veel nodig gehad om dat niet te zeggen, maar ook om dat zo te voelen.”</i>  |
| Hulp vragen                              | <i>“Mijn moeder die ik even wat kattenbelletjes toespeel, gewoon om, om ervoor te zorgen, dat ik zelf niet heel druk bezig ben om allerlei dingen te onthouden.”</i>  |
| Omgaan met sociale situaties             | <i>“Ja past je natuurlijk ook wel een beetje in de situatie... Alleen de volgende keer zou ik zeggen, zou ik daar iets beter op in willen spelen.”</i>  |
| Gedrag aanpassen op chronische pijn      | <i>“Gevoel heb dat ik een beetje abnormale positie sta. Anders dan andere mensen om mij heen. Dat ik me daar ook tuurlijk anders naar moet kunnen gedragen.”</i>  |
| Opkomen voor eigen belangen              | <i>“Dan zou ik al snel zeggen: ‘nou ja als je het echt heel druk hebt dan hoeft het niet hoor’. En ik heb nu zoiets van ‘Ja, maar je komt toch wel’?? En dat is wel, ja dat is voor mij een ongelofelijke omschakeling is dat.”</i>   |
| Rust nemen(niet gelukt)                  | <i>“Dat ik het soms toch wel heel moeilijk vind om echt die complete rust te nemen, zeg maar omdat als er, als ik al teveel gedaan eigenlijk en ik dus al overprikkeld ben, dan zijn mijn hersen gewoon volop dit aan het verwerken en dan kan ik niet zo makkelijk effentjes rustig blijven zitten.”</i> |
| Omgaan met tegenslag                     | <i>“Dat het dan niet op dat moment eventjes niet is gelukt, is dat wel vervelend, maar ik heb mezelf wel uiteindelijk herpakt en nou ja, het zijn geen weggegooide dagen, omdat het me wel een inzicht geeft.”</i>  |
| In het nu staan(niet gelukt)             | <i>“Hé, wacht eens even, wat kan ik hier nou aan doen. Dat gebeurt wel een beetje, maar dat blijft teveel op de achtergrond. Dat druk ik zelf denk ik toch wel een beetje weg.”</i>   |
| Accepteren beperkingen(niet gelukt)      | <i>“Minder intensief iets kan doen. Minder uitbundig. Dat vind ik wel jammer. Dus dat zou ik een beetje meer kunnen accepteren op zich, en dat dat het is gewoon nou eenmaal zo, maar ik vind het toch, ik heb daar soms toch wel moeite mee.”</i>  |
| Strategisch prikkels kiezen(niet gelukt) | <i>“Een beetje meegesleept in het momentum. Ik kwam al die mensen tegen en ik wil iedereen heel graag spreken en iedereen wil mij heel graag spreken..en dan blijf ik te lang aan de gang.”</i>   |
| Even weg van de prikkels (niet gelukt)   | <i>“Ai, ik had dat toch, ik had eigenlijk toch wat eerder moeten stoppen’, denk ik..stap ik er eventjes uit.”</i>   |
| Leven naar waarden (niet gelukt)         | <i>“De waarden in je leven, die wil je nastreven en sta je op een bepaalde afstand vanaf altijd en hoe je daar</i>  |

---

---

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Dagschema gemaakt, niet gelukt    | <i>dichter bij komen..maar dat is er niet van gekomen.”<br/>“Een mooie schema gemaakt voor mezelf, wat ik elke dag ongeveer wou gaan doen. Maar daar was niet zoveel van terecht gekomen.”</i>  |
| Strategisch prikkels kiezen       | <i>“Ja een beetje, een beetje strategisch zijn in bijvoorbeeld hoe ik prikkels binnen laat komen.”</i>  |
| Even weg van de prikkels          | <i>“Ja, ik ben regelmatig eventjes naar buiten gegaan even sigaretje roken, of even met de rokers mee of gewoon even naar de keuken toe of iets dergelijks.”</i>                                |
| Op tijd stoppen                   | <i>“Toen ben ik ermee gestopt. Denk, heb ik geen zin in. Klaar. Vroeger zou ik mij met, zou ik mij met alle geweld er doorheen werken.”</i>   |
| Leren afzonderen                  | <i>“Dat komt dat ik gewoon ik krijg wel aardig wat input van de groep natuurlijk ook, waar je toch de hele dag al bij in de buurt bent en ik moet daarin echt leren mezelf af te zonderen.”</i> |
| Groter uithoudingsvermogen        | <i>“Ik heb nou geleerd dat als ik dingen wel doe, dat ik dat moet trainen eigenlijk en dat mijn zenuwstelsel daar sterker van wordt.”</i>   |
| Voordelen van bewegen             | <i>“Toch gaan sporten en dat soort dingen.. omdat ik dan weet dat dat me toch wel weer wat oplevert. Toch energie oplevert, bijvoorbeeld.”</i>  |
| Bewegen brengt balans             | <i>“Ik begin te merken, dat het bewegen heel goed voor me is. Geeft me meer balans, zeg maar. Voor mijn gevoel.”</i>  |
| Sporten doseren                   | <i>“Dus dat is blijven uitproberen en, en als ik dat, als ik daar een beetje vriendelijk mee omga voor mezelf, dan zal die grens steeds hoger gaan liggen.”</i>                                 |
| Energieker voelen                 | <i>“Voel me een stuk energieker. Dat is, dat is een heel duidelijk verschil.”</i>   |
| Bewust met sporten omgaan         | <i>“Dus als ik nou, thuis naar de fitness zou gaan of ik noem maar iets, in dit voorbeeld. Dan zou ik wel even een tweede keer over nadenken hoe ik dat zou gaan doen.”</i>                     |
| Verwachtingen van jezelf verlagen | <i>“Dat het niet stopt bij "Nou, het is niet gelukt" Dat ik kan zeggen: "Ok, het is niet gelukt omdat ik wel een beetje veel van mezelf verwacht.”</i>  |
| Accepteren chronische pijn        | <i>“Dat je accepteert dat je hier last van hebt en dat je je leven anders moet gaan indelen en, en, eventueel als dat nodig is. En. Ja, daar ben ik al aardig druk mee bezig geweest.”</i>      |
| Accepteren beperkingen            | <i>“En dat dat lastig is, maar ook wel, dat ik wel dat herken, nu en zeg ok, dat is. Dat heb ik nou eventjes, maar je kan het ook gewoon eventjes, de boel weer</i>                             |

---



---

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Loslaten van controledrang           | <i>“Oppakken en dan gaat het weer stukken beter.”</i><br><i>“Om ervoor te zorgen, dat ik zelf niet heel druk bezig ben om allerlei dingen te onthouden.. maar, ja, dat heb ik wel een beetje, beetje bij neer gelegd en ben ik wel redelijk in omgeschakeld eigenlijk..”</i> |
| Loslaten zichzelf te willen bewijzen | <i>“Heeft heel veel te maken met vertrouwen in mijn eigen, om mijzelf helemaal uit handen te geven en nou ik had eerder toch een, ‘waarom had ik daar zo veel moeite mee’? Omdat ik mijzelf graag wou bewijzen.”</i>   |
| Het meedenken laten varen            | <i>“Ja ik analyseer met iedereen mee daar en soms zou ik dat niet moeten doen, denk ik. Zou ik het een beetje moeten laten varen.”</i>   |
| Mild zijn voor jezelf                | <i>“Mild voor mezelf te zijn, zodat ik gewoon me kan focussen op herstellen en dat dat ook lukt.”</i>  |
| Inzicht in eigen waarden             | <i>“Dat is eigenlijk het perspectief van wat vind ik nou echt belangrijk.. en echt belangrijk is, wat mij betreft mijn eigen geluk.”</i>   |
| Inzicht hoe te leven naar waarden    | <i>“Alles wat om me heen gebeurt dat is er voor mijn eigen geluk..Dus als ik dingen doe, die die dat direct beïnvloeden, dan ben ik heel dom bezig eigenlijk.”</i>   |
| Integratie pijn en waarden           | <i>“Nou heb ik zoiets van ok, ik doe alles gewoon, ik doe gewoon wat ik kan en wat ik wil en in combinatie met, met mijn probleem eigenlijk.”</i>  |
| Rust nemen                           | <i>“Nou, dat ik daar dus wel het een en ander in veranderd heb zeg maar, dat ik gewoon even rust heb genomen, rust heb gekregen hier ook.”</i>   |
| Leren ontspannen                     | <i>“Waar het om gaat je het, dat je er een beetje relaxt instaat hier, dus dacht ik van, daar maak ik mooi gebruik van.”</i>   |
| Leren genieten                       | <i>“Ja, maar ik heb hier veel meer rust en ik kan veel meer genieten van, van alle andere dingen om mij heen nu.”</i>  |

---