
Masterthesis Psychologie

April 2014

**Non-specifieke factoren bij chronische pijn patiënten tijdens
een multidisciplinaire behandeling.**



Universiteit Twente

Ilhan Altin

Eerste begeleider: Prof. Dr. G.J. Westerhof

Tweede begeleider: Prof. Dr. K.M.G. Schreurs

Voorwoord

“Het is niet het sterkste ras dat overleeft, ook niet het meest intelligente, maar zij die het meest kunnen veranderen” (Charles Darwin). In een breder perspectief geplaatst, geldt dit citaat voor het alledaagse leven. Althans zo zie ik het. Starre patronen van gedachten en gedragingen zorgen vaak voor stagnatie in de ontwikkeling van de mens. Het is opvallend hoe makkelijk de mens grijpt en blijft grijpen naar oplossingen die geen bijdrage leveren aan een oplossing van hun probleem. Een stap terug doen wordt vaak niet als optie gezien, omdat het wordt ervaren als het verder verwijderen van de oplossing. Een stap terug doen om te herevalueren en overzicht te verkrijgen, vergt moed en aansporing.

Dit onderzoek gaat over het verhaal van chronische pijnpatiënten. Het zijn vaak mensen die tevergeefs worstelen met het oplossen van hun klachten, terwijl hun gedrag een onderdeel kan zijn van het probleem. Het is inspirerend en motiverend om deze mensen te zien veranderen. Hoe zij zich volledig inzetten en dagelijks bezig zijn met het “veranderen” van zichzelf. Het zijn niet alleen strategieën en methoden die worden geleerd, maar zij voeren ook een diepere zelfreflectie uit. Misschien is dit moediger dan het nemen van een stap terug. Bij deze zou ik hun willen bedanken voor hun moed en inzicht.

Met dit onderzoek is tevens een einde gekomen aan de opleiding Geestelijke Gezondheidsbevordering. Hierbij zou ik graag Gerben Westerhof en Karlein Schreurs voor hun geduldige, open en inzichtelijke begeleiding willen bedanken.

Enschede, april 2014

Ilhan Altin

Abstract

In recent years, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is used more often as part of a multidisciplinary treatment of chronic pain. In spite of all the research about the effectiveness of ACT, there is little information about which factors outside the treatment plays a role in treatment outcome. The purpose of this study is to identify the non-specific factors, that also play a role in chronic pain patients during a multidisciplinary treatment. In addition, this study examined per pain patient the development of psychological flexibility, and whether there was a link between naming the non-specific factors and the development of psychological flexibility. Four chronic pain patients were weekly interviewed for eight weeks to determine the non-specific factors. The interviews were scored on acceptance, values-based action and application on a scale from 1 to 3. The average of the three scales taken together was taken as measure for psychological flexibility. In the interviews various non-specific factors have been addressed, which are placed in five different themes. During the treatment this can be taken into account. Additionally, decreasing psychological flexibility seems associated with non-specific factors that are negative experienced and vice versa. Non-specific factors may play a greater role in the development of psychological flexibility than imagined.

Samenvatting

De laatste jaren wordt Acceptance en Commitment Therapy (ACT) vaker ingezet bij mensen met chronische pijnklachten als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling. Ondanks dat verschillende studies de effectiviteit van ACT hebben bewezen is er weinig bekend welke factoren naast de behandeling een rol spelen. Het doel van dit onderzoek is te achterhalen welke non-specifieke factoren tevens een rol spelen bij chronische pijnpatiënten tijdens een multidisciplinaire behandeling. Daarnaast is er gekeken naar het verloop van de psychologische flexibiliteit per patiënt en of er een verband bestond tussen het benoemen van de non-specifieke factoren en het verloop van de psychologische flexibiliteit. Vier chronische pijnpatiënt zijn wekelijks geïnterviewd tijdens een behandeling van acht weken om de non-specifieke factoren te achterhalen. De interviews werden op een driepuntsschaal op acceptatie, waarden en toepassing gescoord. Het gemiddelde van de drie schalen werd genomen om de psychologische flexibiliteit te bepalen. Uit de interviews zijn verschillende non-specifieke factoren aan bod gekomen, die ondergebracht zijn in vijf verschillende thema's. Tijdens de behandeling zou hiermee rekening kunnen worden gehouden. Daarnaast lijkt een dalende psychologische flexibiliteit in verband te staan met non-specifieke factoren die negatief worden beleefd en visa versa. Mogelijk spelen non-specifieke factoren een grotere rol op het verloop van de psychologische flexibiliteit dan gedacht.

Inhoudsopgave

Inleiding	6
Chronische pijn	6
ACT Behandeling	7
Onderzoek naar ACT	8
Non-specifieke factoren	10
Huidig onderzoek	11
Onderzoeksvragen	12
Methode	13
- Deelnemers	13
- Interviews	14
- Data-analyse	15
- Psychologische flexibiliteit	17
Resultaten	18
- De non-specifieke factoren	19
- Benoemde thema's door de patiënt in elke week	23
- Verloop psychologische flexibiliteit	26
- Verloop psychologische flexibiliteit met het benoemen van non-specifieke factoren	27
Discussie	
- Sterke en zwakke punten	34
- Aanbevelingen	34
Literatuur	37
Bijlagen	
- Bijlage I	41
- Bijlage II	44

Inleiding

De laatste jaren wordt Acceptance en Commitment Therapy (ACT) vaker ingezet bij mensen met chronische pijnklachten als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling. ACT helpt chronische pijnpatiënten om te gaan met hun lijden door zich te concentreren op een waardevol leven, ondanks de pijn en beperkingen. Een minder goed onderzocht gebied, zijn naast de factoren die tevens een rol spelen bij de behandeling, de werkzame factoren van ACT. Het eerste deel van dit rapport behandelt de achtergrond van chronische pijnpatiënten en de verschillende behandelingen voor chronische pijnklachten. In dit deel worden tevens de onderzoeksvragen voorgelegd. Het daarop volgende onderdeel behandelt de methode van het onderzoek. In hoofdstuk drie worden de onderzoeksresultaten besproken. Het onderzoeksrapport zal tenslotte in hoofdstuk vier de discussie behandelen.

Chronische pijn

Wat is pijn precies? De International Association for the Study of Pain (IASP) definieert pijn als een onplezierige, sensorische en emotionele gewaarwording. Deze wordt geassocieerd met actuele of potentiële weefselbeschadiging of wordt beschreven in termen van beschadiging. Pijn is subjectief, ieder individu leert het woord pijn te associëren op basis van ervaringen met geleden weefselschade (IASP, 1979). Chronische pijn wordt gedefinieerd als pijn die langer bestaat dan drie maanden of langer duurt dan de verwachte tijd voor herstel na beschadiging of ziekte.

De prevalentie van volwassenen met milde tot ernstige chronische pijnklachten in Nederland wordt geschat op 18% (Bekkering et. al., 2011). In een telefonisch onderzoek, dat is gehouden in 15 Europese landen en Israel is het volgende gebleken: de groep met chronische pijnklachten wordt gekenmerkt door het veelvuldig gebruik maken van de zorg. 54% heeft volgens dit onderzoek twee tot zes verschillende artsen benaderd voor hun pijnklachten. Het merendeel van de groep krijgt een vorm van pijnstillers voorgeschreven. Daarnaast is massage de meest voorkomende niet-farmacologische behandeling.

Chronische pijnklachten kunnen grote invloed hebben op de kwaliteit van leven van een persoon die eraan lijdt. Hoewel bij acute pijn vaak de ziekte of beschadiging lichamelijk kan worden achterhaald, is een chronische en terugkerende pijn een geval apart. Psychologische en sociale factoren spelen ook een belangrijke rol bij chronische pijnklachten. Van de onderzochte groep is 21% gediagnosticeerd met depressie en 19% zou zijn of haar werk hebben verloren als gevolg van de pijnklachten (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). De pijnklachten hebben tevens grote invloed op hun persoonlijke leven. Slapen, sporten, lopen en het uitvoeren van huishoudelijke taken lijden hier het meest onder. (Breivik et.al, 2006). De patiënt in kwestie heeft vaak veelvuldig medisch onderzoek gehad, zonder resultaat. Althans, er kan vaak geen lichamelijke oorzaak worden gevonden voor de klachten en interventies gericht op pijnbestrijding, bieden nauwelijks verbetering (Van der Molen, 2007).

ACT behandeling

Cognitieve Gedragstherapie (CGT) wordt vaak ingezet bij mensen met chronische pijnklachten en er bestaat steeds meer wetenschappelijk bewijs betreft zijn effectiviteit (Morley, Eccleston, & Williams, 1999). Effectonderzoek van CGT bij de groep chronische pijnpatiënten laat gematigde effecten zien (Hoffman, Papas, Chatkoff, & Kerns, 2007). Daarnaast zijn de werkzame factoren van CGT niet helemaal in kaart gebracht (Morley, 2004; Vlaeyen & Morley, 2005). Er bestaan onderzoeken die aantonen dat niet elke chronische pijnpatiënt baat heeft bij een behandeling met CGT (Hoffman, Papas, Chatkoff & Kerns, 2007; Ostelo, Van Tulder, Vlaeyen, Linton, Morley & Assendelft, 2005). Ondanks de effectiviteit van CGT bij chronische pijn patiënten bestaat er ruimte voor verbetering.

Binnen de cognitieve gedragstherapie bestaan benaderingen die streven naar verbetering. Acceptatie en Commitment Therapie (ACT) behoort tot derde generatie gedragstherapieën (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), die steeds meer aandacht krijgt. De theorie achter de acceptatie gebaseerde interventie, zoals ACT, is dat lijden een natuurlijk onderdeel is van het leven. Om die redenen zou lijden moeten worden geaccepteerd. Acceptatie is hier de bereidheid om pijn te ervaren zonder de poging deze te willen overheersen of onder controle te houden (Johnston, Foster, Shennan, Starkey & Johnson, 2010). Dit is vooral relevant voor de

behandeling van chronisch pijn, aangezien het controleren en vermijden van pijn leidt tot meer lijden (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Een ander belangrijk verschil tussen de Acceptatie en Commitment Therapie en de Cognitieve Gedragstherapie, is dat ACT zich niet focust op de inhoud van de gedachten en het veranderen ervan, maar op zijn functie (A-Tjak & de Groot, 2008). In plaats van irrationele gedachten bij chronische pijnpatiënten te beïnvloeden en te veranderen, worden negatieve gedachten eerder gebruikt als doel voor exposure (Dahl, Wilson, Nilsson, 2004).

Het belangrijkste doel van ACT is inzichten bieden dat de keuze bestaat om wel of niet te handelen naar de negatieve gedachten en negatieve gevoelens (McCracken, 2005; Hayes, Strosahl & Wilson, 2006). Wanneer de patiënt een gevoel van keuze ervaart, of onbewust is dat er een keuze bestaat, wordt er gesproken van psychologische flexibiliteit. Psychologische flexibiliteit wordt gedefinieerd als het vermogen om in contact te staan met het huidige moment als een bewust wezen en om gedrag te veranderen en erin te volharden als dat waardevolle doelen dient” (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson, 2004).

Het vermijden van negatieve gevoelens, gedachten en ervaringen wordt “experiëntieële vermijding” genoemd. Experiëntieële vermijding wordt omschreven als: “ongezonde inspanningen om gedachten, gevoelens en emoties uit de weg te gaan” (Hayes, Wilson, Giffoord, Folelette, & Strosahl, 1996). Men probeert ervaringen te veranderen en staat niet open voor nieuwe ervaringen. Tijdens een behandeling met ACT wordt met acceptatie gestreefd naar het behalen van een hogere psychologische flexibiliteit.

Onderzoek naar ACT

Bij chronische pijnklachten hebben cognitieve gedragstherapieën, zoals ACT (Hayes & Strosahl, 1999) de voorkeur, gezien hun bewezen effectiviteit uit verschillende onderzoeken (Johnston, Foster, Shennan, Starkey & Johnson, 2010; Powers, Vording & Emmelkamp, 2009; Vowles, & McCracken, 2008; Lunde & Nordhus, 2009; Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011).

Er moet echter worden vermeld dat de gevonden effecten van de therapie in deze onderzoeken gematigd zijn, vergelijkbaar met de behandel-effecten van CGT.

ACT kan een goed alternatief zijn voor CGT. Ondanks verschillende effectstudies naar ACT en chronisch pijn, bestaan er weinig kwalitatieve studies. Kwalitatieve studies zijn belangrijk om inzicht te krijgen in de processen en inhoud van de therapie. Daarnaast is er weinig bekend over de werkzame factoren van ACT die bijdragen aan de positieve uitkomst van een behandeling.

Wat is er wel bekend over de werking van ACT? In een onderzoek van Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis (2005) komt naar voren dat ACT werkt door zes kernprocessen: Commitment, Waarden, Contact met het nu, Zelf als context, Cognitieve fusie en Experiëntiële vermijding. Hoe dit tot stand komt, is echter nog onduidelijk. Verschillende onderzoeken zijn gedaan naar de werking van deze kernprocessen en hun invloed (McCracken & Gutierrez-Martinez, 2011; Vowles et. al., 2008; Hayes, Orsillo & Roemer, 2010), maar deze hadden geen betrekking op chronische pijnpatiënten of behandelden een aantal kernprocessen van ACT.

Om te kijken hoe en waarom de therapie werkt is het nodig om het perspectief van de patiënt erbij te betrekken. Het is zinvol voor de patiënt om in kaart te brengen hoe ze hebben geleden en hoe ze stressvolle, persoonlijke problemen hebben overwonnen. Op deze manier leren ze wat verkeerd is gegaan in hun leven en hoe ze in de toekomst beter kunnen omgaan met uitdagingen. De patiënten maken hun eigen verhaal om de ervaringen van de therapie betekenis te geven. Volgens Adler en McAdams (2007) zouden deze verhalen bij de patiënten leiden tot beter inzicht in hun behandeling en hen het gevoel geven van een waardevollere leven. Het zou ook helpen om de behandel-effecten na de behandeling in stand te houden of te vergroten. Uit het therapieverhaal kan eveneens worden afgeleid wat de psychologische gezondheid van patiënten is (Adler & McAdams, 2007).

In het onderzoek van Weiss (2011) wordt psychologische flexibiliteit gebruikt om het effect van de ACT bij chronische pijnpatiënten te meten. Daarbij is gebruik gemaakt van een aangepaste schema van agency om psychologische flexibiliteit te meten. Zo is gebleken dat ACT de patiënten helpt om hun pijn en de bijkomende beperkingen beter te accepteren, meer naar hun waarden te handelen en de principes die zij tijdens de behandeling hebben geleerd in hun dagelijkse leven te implementeren (Weiss, 2011).

In het onderzoek van Weiss werd tevens een toename in psychologische flexibiliteit gevonden, waarbij de patiënten een toename lieten zien in acceptatie van pijn en de aan pijn gerelateerde aspecten. Verder toont ACT aan duidelijk invloed te hebben op de psychologische flexibiliteit en toegewijde actie en laat zien dat er sprake kan zijn van een proces van acceptatie zonder dat er sprake hoeft te zijn van toegewijde actie. Andersom komt naar voren dat er geen sprake kan zijn van toegewijde actie, zonder dat er sprake is van een proces van acceptatie (Likoglu, 2013). In de masterthesis van Wendy B. Visscher is er ook een toename in acceptatie zichtbaar, waarbij er sterke individuele verschillen bestaan in de ontwikkeling van acceptatie (Visscher, 2012). Tevens vindt er op alle levensgebieden een toename in acceptatie van pijn en aan pijn gerelateerde aspecten plaats. In de bovenvermelde onderzoeken zijn onderdelen van ACT onderzocht. Het is onbekend welke factoren naast de behandeling tevens een rol spelen. Om een beter beeld te krijgen welke factoren buiten de behandeling mogelijk invloed hebben op het behandelresultaat is onderzoek nodig naar deze factoren.

Non-specifieke factoren

Door de jaren heen zijn er verschillende onderzoeken die aangeven dat er, naast de specifieke factoren, ook moet worden gekeken naar non-specifieke factoren (Butler & Strupp, 1986; Wampold, 2001; Lambert & Barley). Volgens de onderzoekers is het niet alleen belangrijk om te achterhalen welke specifieke factoren van de behandeling bijdragen aan het gewenste behandelresultaat, maar ook welke non-specifieke factoren van belang zijn. Non-specifieke factoren zijn de factoren buiten de therapeutische methode om, die bijdragen aan het verkrijgen van het gewenste behandelresultaat. Uit een onderzoek van Vreeswijk & Schurink, (2009) wordt geschat dat 15% vanuit therapeutische technieken wordt bijgedragen aan het behandelresultaat, 30% vanwege persoonlijke kwaliteiten van de therapeut en de therapeutische relatie en 40% door factoren buiten de therapie (werk, relatie, leefomgeving etc.). Als een groot deel van het behandelresultaat afhangt van factoren buiten de therapie om, is het nodig om deze factoren in kaart te brengen.

In een onderzoek waar een meta-analyse is uitgevoerd, wordt aangegeven dat tussen verschillende therapieën meer overeenkomsten dan verschillen worden gevonden (Drisko, 2004).

Verskillende non-specifieke factoren, die niet refereren aan specifieke behandeltechnieken, lijken een belangrijke rol hierbij te spelen. Deze worden in het onderzoek van Drisko samengevat in de volgende aspecten:

- Hoop
- Verwachtingen
- De therapeutische relatie
- De therapeut
- Klaar zijn om te veranderen
- Vertrouwen en veerkracht
- Motivatie om te veranderen
- Intelligentie van de patiënt
- Support van familie en bekende
- Factoren die aanwezig zijn zodat de patiënt in therapie gaan en blijven (enabling factoren)

Om de effectiviteit van de behandeling bij chronische pijnpatiënten te vergroten, wordt er in een onderzoek van Vlaeyen en Morley (2005) voorgesteld om rekening te houden met de kenmerken van de chronische pijnpatiënten bij het matchen van de behandeling. Volgens deze onderzoekers zou bij het matchen zorgvuldig onderzoek moeten worden gedaan naar kenmerken van de patiënt, componenten van de behandeling en behandeling - patiënt interacties. In de literatuur wordt dit proces van matchen gerefereerd als Aptitude X Treatment Interactions (ATI) (Smith, Sechrest, 1991). Als er meer bekendheid is over specifieke en non-specifieke factoren kan ATI worden gebruikt bij het afstemmen van de behandeling aan chronische pijnpatiënten.

Huidig onderzoek

Studenten van de Universiteit Twente houden onderzoeken met chronische pijnpatiënten vanuit het patiëntperspectief. Op de voorgrond staat hun verhaal en hoe zij de behandelingen ervaren. In het huidige onderzoek zal er worden gekeken welke non-specifieke factoren een rol spelen bij de behandeling van chronische pijnpatiënten en eventuele onbekende non-specifieke factoren. Dit is in eerder onderzoek niet gedaan. Daarnaast biedt het onderzoek inzicht in het verhaal van de

patiënt (patiëntenperspectief) tijdens de behandeling; een kwalitatieve bijdrage aan het heersende kwantitatief onderzoek dat al bestaat. Het onderzoek kan ervoor zorgen dat de huidige ACT behandeling rekening gaat houden met non-specifieke factoren die een belangrijke invloed kunnen hebben op de behandelresultaten en opent daarnaast een deur voor vervolgonderzoek.

In het Roessingh Revalidatiecentrum in Enschede worden jaarlijks honderden chronische pijnpatiënten multidisciplinair behandeld. Het team bestaat uit verschillende disciplines, waaronder een revalidatiearts, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker en een bewegingsagoog. Het Roessingh streeft naar een zo effectief mogelijke behandeling voor chronische pijn patiënten, waarbij sinds 2005 ook gebruik wordt gemaakt van ACT. Aangezien verschillende effectstudies zijn verricht naar ACT is het nodig om meer inzicht te verkrijgen in de non-specifieke factoren van de behandeling. In een multidisciplinair, semiklinische behandeling, die wordt aangeboden in het Roessingh, zijn non-specifieke factoren misschien nog wel belangrijker.

Er worden vier chronische pijnpatiënten, die een acht-weekse ACT gebaseerde behandeling volgen geïnterviewd om onderzoek te doen naar de non-specifieke factoren. Hierbij worden revalidanten zelf aan het woord gelaten. Zij kunnen wekelijks hun verhaal vertellen. Zo wordt achterhaald hoe de ontwikkeling vanuit het patiëntenperspectief wordt ervaren. Hieronder zijn de onderzoeksvragen geformuleerd waarop een antwoord wordt gezocht. Antwoorden op de onderzoeksvragen zouden belangrijke inzichten kunnen leveren aan de huidige behandeling.

Onderzoeksvragen

Hoofdvraag

Welke non-specifieke factoren spelen een rol in de verhalen van chronische pijnpatiënten over de therapie bij een multidisciplinaire ACT behandeling voor chronische pijnpatiënten?

Deelvragen

- Welke non-specifieke factoren worden er genoemd?
- Zijn er verschillen in non-specifieke factoren tussen personen gedurende de behandeling?
- Hoe is het verloop van de psychologische flexibiliteit tijdens de behandeling?
- Is er een verband tussen het verloop van psychologische flexibiliteit en het benoemen van de non-specifieke factoren?

Methode

Deelnemers

In april 2012 hadden acht chronische pijnpatiënten zich aangemeld om aan het onderzoek deel te nemen. Van deze acht meldingen had één patiënt zich voor de start van het onderzoek afgemeld en een tweede patiënt na de derde behandelweek. In totaal hebben 6 pijnpatiënten het onderzoek kunnen afronden. Van de zes pijnpatiënten zijn voor dit onderzoek de data van vier patiënten gebruikt. Ze zijn per toeval geselecteerd en komen allen uit dezelfde groep. De patiënten waren van woensdag tot vrijdagmiddag in behandeling en brachten de gehele dag door in het Roessingh. Tijdens de dagen buiten 't Roessingh werden er opdrachten gegeven om uit te voeren en kon het geleerde worden toegepast. Tabel 1.0 geeft een overzicht van de deelnemers.

Tabel 1.0

Patiënt	Leeftijd	Geslacht	Nationaliteit	Relatie	Diagnose
1	33	V	NL	Ja	724.2C Rugpijn: lumbago (specifiek – aspecifiek)
2	50	V	NL	Ja	729.1D Fybromyalgie/myalgie niet gespecificeerd
3	34	M	NL	Ja	Rugpijn: lumbago (specifiek – aspecifiek)
4	27	V	NL	Ja	Whiplash (distorsie hals)

De groep van vier chronische pijnpatiënten bestond uit drie vrouwen en één man in de leeftijd van 27 t/m 50 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 36 (standaard deviatie 8.51). Zij waren onderverdeeld in twee groepen. De patiënten voor dit onderzoek kwamen allen uit dezelfde groep. De belangrijkste klachten waren pijnklachten. Alle patiënten hebben vijf jaar of langer last van deze pijnklachten. Alle deelnemers hebben een relatie, daarnaast hebben sommige deelnemers ook kinderen.

Interviews

In totaal zijn er 32 interviews gehouden. Aan het begin van het onderzoek is het doel en de procedure van het onderzoek uitgelegd. Nadat de patiënt had aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek ontving hij of zij een toestemmingsformulier, dat hij/zij diende te ondertekenen. De interviews zijn face to face afgenomen en zijn opgenomen. Het interview is semigestructureerd en is ontwikkeld aan de hand van verscheidene onderzoeken die verricht zijn door studenten van de Universiteit Twente (Middelink, 2010; Paplowski 2011; Tammes, 2011; Weiss, 2012). Deze zijn terug te vinden in bijlage I. Aan de hand van de eerste vraag kon informatie worden verkregen over de situatie die de patiënt tijdens de behandeling heeft ervaren: *“Wat heeft u de afgelopen week geleerd en ervaren?”*. De volgende vragen werden gesteld om de ervaringen en dat wat eventueel geleerd was zo helder en concreet mogelijk te krijgen.

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

Aan de hand van de tweede en derde vraag kon worden achterhaald in hoeverre de patiënt het geleerde uit die situatie had aanvaard. De vierde en vijfde vraag gaven informatie over de motivatie van de patiënt in de betreffende situatie. Zo kon achterhaald worden of de patiënt naar waarden of interne/externe/sociale motivaties had gehandeld. Door middel van de laatste vraag kon worden achterhaald in hoeverre de patiënt het geleerde uit deze situatie heeft kunnen toepassen. Het doel van elk interview is te proberen om drie verschillende situaties te behandelen.

Wanneer een patiënt moeite had met het beantwoorden van de vragen, werden zij op weg geholpen door de hoofdvraag op te delen in de volgende (deel)vragen:

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

Het was belangrijk tijdens het interview dat de patiënten antwoordden binnen het kader van de behandeling. Wanneer hier vanaf werd geweken werd er netjes verzocht om de behandeling in 't Roessingh in acht te nemen. Bijvoorbeeld als de patiënt specifieke onderwerpen beschreef, zoals de hond. Het interviewschema werd zo goed mogelijk gevolgd. Wanneer een patiënt eerst begon over zijn gedachten in plaats van zijn gevoelens, werd de eerstvolgende vraag gesteld over zijn gevoelens.

Het interview werd telkens op dezelfde manier afgesloten, door te vragen of de patiënt nog vragen of opmerkingen had. Tenslotte werd de patiënt bedankt voor zijn of haar deelname. De eerste en de laatste twee interviews verschilden op een aantal punten van de rest. In het eerste interview stelde de onderzoeker zichzelf voor, gaf een korte uitleg over het onderzoek en legde de opzet van elke interview uit. Daarna werd de patiënt gevraagd om een korte introductie van zichzelf te geven. In het interview van de laatste behandelweek werd gevraagd wat de patiënt van de interviews vond. Het follow up interview, ongeveer vier tot zes weken na de behandeling, stelde een tweede hoofdvraag: ‘Kunt u beschrijven hoe u uw eigen ontwikkeling tijdens de gehele behandeling vanaf de intake tot nu heeft beleefd?’.

Daarnaast bestond er nog een belangrijke vraag, namelijk of er terugval had plaats gevonden. Het interview werd afgesloten met dank betuigingen.

De interviews zijn gehouden in een kamer in het Roessingh. Hiervoor is een vaste dag afgesproken met een vast tijdstip voor elke patiënt. De duur van het interview is 30 minuten. Het follow-up interview is tussen vier en zes weken na de behandeling telefonisch uitgevoerd.

Vanwege feestdagen hebben de patiënten een vrije week gehad na de vijfde behandelweek en het vierde interview. In totaal zijn er acht interviews per patiënt gehouden.

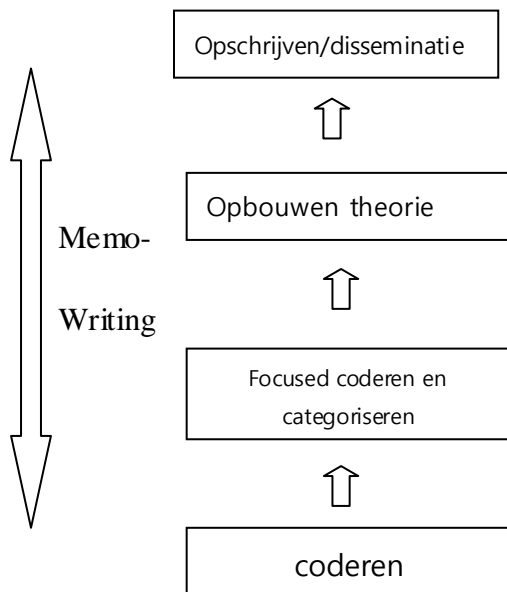
Data analyse

Grounded Theory. Voor het analyseren en interpreteren van de ruwe data werd gebruik gemaakt van de Grounded Theory (GT). GT is ontwikkeld door de sociologen Barney G. Glaser en Anselm L. Strauss (Glaser & Strauss, 1967). De GT biedt strategieën voor het verzamelen en analyseren van kwalitatieve data met als doel een inductief gedreven theorie te ontwikkelen van sociale of psychologische processen uit het onderzoeksmateriaal. Het onderzoeksmateriaal bestaat veelal uit tekst, zoals interview transcripten, geschreven documenten en dagboeken. GT kan worden gevisualiseerd als een piramide, waarvan de ruwe data en beschreven basis codes die aan de ruwe data zijn toegekend, als basiseenheden dienen waarop wordt gebouwd.

Vanuit deze basiseenheden wordt er gebouwd naar een piek, waarbij elke laag een hogere abstractie en interpretatie kent. Uiteindelijk bestaat de piek uit een nauw omschreven concept of een theoretische conceptualisatie geïnterpreteerd uit de data.

Memo-writing behoort tot een van de strategieën binnen de GT waarmee data kan worden geanalyseerd. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van memo-writing. Een visuele weergave van het proces memo-writing staat in figuur 1.0.

fig. 1.0 visuele representatie memo-writing



Nadat alle interviews zijn gehouden zijn deze getranscribeerd, behalve week 3 van patiënt 1. Deze raakte beschadigd en de data kon niet meer worden achterhaald. Dit onderzoek behandelt de data van patiënt 1,2,3 en 4. Na het transcriberen zijn de data ingevoerd in het programma MAXQDA10 (software voor het verwerken van kwalitatieve data). In de data is gekeken welke situaties door de patiënten werden beschreven waarmee ze in het dagelijkse leven oefenen met principes die zij in 't Roessingh hebben geleerd. Elke situatie die door de patiënt werd beschreven werd behandeld als één fragment. Daarna werd bepaald of het een non-specifieke factor betrof of niet. Als het geen onderdeel van de behandeling betrof is het behandeld als een

non-specifieke factor. Deze fragmenten werden vervolgens gecodeerd: het opbreken van de data om het te kunnen analyseren door deze te benoemen. Het benoemen van een code gebeurde in eerste instantie intuïtief, waarbij rekening werd gehouden met de letterlijke beschrijvingen van de patiënt zelf. Er werd gekeken welke code het beste weergaf wat er in de stuk data werd verteld. Dit proces van coderen werd herhaald bij alle interviews. Op deze manier ontstonden er verschillende codes. Door middel van constante vergelijking binnen en tussen de interviews werd het aantal codes tot het minimum gebracht waarmee alle fragmenten werden beschreven. Soortgelijke codes werden vervolgens samengevoegd tot categorieën. Op die manier ontstonden er verschillende categorieën. Elke categorie kreeg een label die de verschillende codes het beste weergaf. De categorieën werden weer samengevoegd tot thema's. Vervolgens werd elke thema met de begeleiders van het onderzoek bediscussieerd om tot een consensus te komen over de naam van het thema. De naam van het thema kon hierdoor hetzelfde blijven, of worden aangepast. Daarna is geteld hoe vaak een thema voorkwam in alle interviews, zodat de frequentie van een thema kon worden gemeld. Hierdoor werd overzichtelijk gemaakt welke thema's het meeste spelen bij chronische pijnpatiënten. Daarnaast zijn de thema's opgedeeld in bevorderende en belemmerende factoren. Dit was nodig om onderscheid te maken binnen het thema zelf, omdat een situatie door een patiënt als positief of als negatief kon worden aangegeven.

Psychologische flexibiliteit

Om de deelvragen te kunnen beantwoorden is de psychologische flexibiliteit van elke chronische pijnpatiënt per week gecodeerd. Om de psychologische flexibiliteit te coderen is er gebruik gemaakt van het scoringsschema van Weiss (2011) en Tammes (2011). Op het scoringsschema kon er worden gescoord op de subschalen acceptatie, functie van gedrag en toepassing. Per situatie kregen de processen een score op een schaal van één tot en met drie, waarbij één de laagste score is en drie de hoogste. De subschaal 'Acceptatie' meet in hoeverre de patiënt de negatieve gebeurtenissen en ervaringen aanvaardt. De subschaal 'Functie van gedrag' meet in hoeverre het gedrag van de patiënt wordt bepaald door interne motivaties, externe motivaties of externe sociale motivaties. De subschaal 'Toepassing' meet in hoeverre de ervaring of het geleerde tijdens de therapie daadwerkelijk wordt toegepast.

Per week is er een score op psychologische flexibiliteit berekend als het gemiddelde over acceptatie, functie van gedrag en toepassing over de situaties heen. Volledige weergave van een voorbeeld van een scoringsschema is te vinden in bijlage II.

Samenhang thema's en psychologische flexibiliteit

Voor het analyseren van de psychologische flexibiliteit bij elke thema werd er gekeken naar welke thema's aan bod komen in de desbetreffende week. Vervolgens werd er bij de patiënt gekeken naar zijn score op psychologische flexibiliteit. Er werd gekeken of het benoemen van een thema (positief of negatief) overeenkomsten vertoont met de psychologische flexibiliteit van die week. Op deze manier kan er eventueel een uitspraak worden gedaan over de mogelijke verband tussen het verloop van de psychologische flexibiliteit met het benoemen van de non-specifieke factoren.

Resultaten

Dit hoofdstuk geeft een overzicht weer van de verkregen resultaten. De resultaten worden in de volgorde van de onderzoeksvragen weergegeven. De non-specifieke factoren worden weergegeven als thema's die door de patiënt worden benoemd. Voor een concreter begrip van elke thema, wordt elke thema beschreven door middel van één of meer citaten van de patiënten. In het tweede onderdeel wordt er schematisch weergegeven welke thema's door de patiënt in elke week wordt benoemd. In het volgende onderdeel wordt de ontwikkeling van de psychologische flexibiliteit van de chronische pijnpatiënt weergegeven. Als laatste wordt er gekeken naar het verband tussen het verloop van de psychologische flexibiliteit met het benoemen van de non-specifieke factoren.

De non-specifieke factoren

Patiënten geven over het algemeen grofweg twee situaties aan. Ten eerste situaties tijdens de therapie, ten tweede hun persoonlijke situatie buiten de therapie. Wanneer deze worden benoemd kunnen ze als positief of als negatief waargenomen door de patiënt. Het aantal positieve ervaringen behorend bij een thema wordt weergegeven als **frequentie** + en een negatieve ervaring

als **frequentie** -. Een samenvatting van alle thema's is te vinden in tabel 1.1. In bijlage III is de subcategorie te vinden van de thema's in de vorm van een codeboom.

tabel 1.1 non-specifieke factoren

Non-specifieke factoren		Freg. +	Freq.-
<i>Thema 1</i>	<i>Invloeden vanuit de persoon zelf</i>	<i>13</i>	<i>15</i>
<i>Thema 2</i>	<i>Invloed multidisciplinaire behandeling</i>	<i>3</i>	<i>1</i>
<i>Thema 3</i>	<i>Contact met hulpverlener</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
<i>Thema 4</i>	<i>Invloeden vanuit behandelgroep</i>	<i>0</i>	<i>8</i>
<i>Thema 5</i>	<i>Invloeden vanuit omgeving buiten behandeling</i>	<i>11</i>	<i>2</i>

Thema 1: Invloeden vanuit de persoon zelf. Binnen dit thema is de verdeling van positieve en negatieve non-specifieke factoren vrijwel gelijk, met iets meer negatieve. Verschillende non-specifieke factoren spelen hierin een rol. Het kan gebeuren dat een patiënt soortgelijke literatuur heeft gelezen over de behandeling, of een uitgesproken mening heeft over de behandeling zelf. Zij laten duidelijk weten wat zij van de behandeling denken en hoe zij het vinden. Zij ontwikkelen of hebben een **persoonlijke attitude** tegenover de behandeling wat ervoor zorgt dat ze open gaan staan voor de behandeling of juist niet:

“Ik ben wel. Ja, met dit soort dingen. Soms vind ik het allemaal een beetje zweverig en dan denk ik wat moet ik hiermee en ik ben meer van het duidelijke” (patiënt 6)

“Nee dat had ik niet, want ik heb daar al best wel veel over gelezen en kennis over (Mindfulness), denk ik. Dat merk ik ook in de groep wel, dat het voor mij niet nieuw is. Dat ik er ook anders in sta” (patiënt 2)

“Teleurgesteld. Ik ben altijd teleurgesteld dat, het duurt me allemaal te lang. Het gaat me te langzaam en dat is altijd nog wel een beetje teleurstellend en teleurstelling moet ik ook mee leren leven, dat het niet zo snel gaat als ik zou willen” (patiënt 3)

Tijdens de behandeling bij 't Roessingh speelt het **gebruiken of afbouwen van middelen** ook een rol. Dit hoort bij de persoonlijke situatie waarin de patiënt zich bevindt. Uit de onderzoeksdata is gebleken dat twee patiënten cannabis gebruiken en van plan waren dit af te

bouwen, terwijl ze het traject volgden bij 't Roessingh. Er waren ook pogingen gedaan om te stoppen of te minderen. Daarnaast speelt het regelmatig gebruiken van pijnstillers ook een rol en niet elke patiënt wilt deze regelmatig slikken. Hierdoor zijn er pogingen ondernomen om te minderen of te stoppen:

“Ik moet ook zeggen, ik ben een jointroker, ik ben een blower, al 16 jaar dus en dat ben ik nu ook aan het afbouwen en vreet pijnstillers en dat ben ik ook aan het minderen en heb zweethanden van hier tot Tokio. ik kan zomaar ineens gaan zweten en dat is de afkickverschijnselen en dat maakt het ook niet veel makkelijk voor mijzelf, maar ik wil al die rotzooi wel afbouwen.” (patiënt 3)

Tenslotte krijgen de patiënten regelmatig **feedback** van de hulpverleners, of opmerkingen vanuit de groep. De ene patiënt kan hier beter mee omgaan dan de ander. Er is ook een verschil te zien tussen de patiënten wanneer ze feedback krijgen. De ene blijft gesloten reageren, ondanks dat hun gedrag wordt benoemd, terwijl een andere patiënt zijn gedrag aanpast, wanneer zij dit als belemmering ervaren. Hieronder volgt twee situaties waarbij de eerste openstaat voor feedback en de andere patiënt niet:

“Ja het zijn wel allemaal eyeopeners. Dus het is wel gewoon, aan de ene kant ben je wel heel blij dat dat soort dingen je nu inzichtelijk worden gemaakt. Want dan kun je er ook wat mee doen. Als je het niet weet van jezelf, kun je het ook niet veranderen” (patiënt 1)

“Nou als bijvoorbeeld iemand iets aardigs tegen me zegt, dan neem ik dat niet aan. Dan wil ik dat compliment niet. Dat zeiden ze bij ergotherapie ook. Mensen geven je iets, dat neem je dan niet eens aan. Of jij gooit het gelijk aan de kant. Dat soort dingen” (patiënt 2)

Thema 2: Invloed multidisciplinaire behandeling. Deze non-specifieke factoren worden voornamelijk positief genoemd door de patiënten. De patiënten komen met verschillende disciplines in aanraking tijdens de behandeling. Het kan gebeuren dat de onderdelen van de therapie als positief worden ervaren, of dat de patiënt voor het onderdeel al een voorkeur had. Uit de onderzoeksdata komt niet naar voren dat sportonderdelen als negatief werden ervaren of dat de patiënt er niks mee had. Er werd juist door verschillende patiënten aangegeven het sportonderdeel graag uit te voeren:

“o yes we gaan straks zwemmen, had ik helemaal zin in. Ik heb drie zwemdiploma’s en was wel gewend van duiken in het water” (patiënt 1)

Een ander onderdeel van de therapie was het rollenspel. Dit onderdeel werd door één patiënt negatief ervaren. Er dient te worden vermeld dat rollenspellen haar niet aanspreken, maar later in de behandeling toen ze erop terug keek, leek het rollenspel een grote bijdrage te hebben geleverd aan haar behandeling:

“Ja, en ik heb een hekel aan rollenspellen. Sowieso als ik er instap merk ik van getverderrie” (patiënt 6)

Thema 3: Contact met hulpverlener. De verdeling van negatieve en positieve non-specifieke factoren binnen dit thema zijn gelijk verdeeld. Patiënten hebben ook continue te maken met de hulpverleners. Zij dragen vaak op een actieve manier de informatie over naar de patiënt. Hun gedrag of aanpak die los staat van de therapie heeft ook invloed op de beleving van de patiënt. Sommige van hen konden geen contact maken met de hulpverlener waardoor ze tegen de begeleiding op gingen zien:

“Ik weet niet. Soms heb je dat, dat je mensen aankijkt en dat je hebt, ja nee ik heb met jou helemaal niets. En ik heb dat een beetje bij de dokter. Maar dat is volgens mij iets persoonlijk iets” (patiënt 3)

Hulpverleners kunnen ook positief worden beoordeeld, waardoor de patiënt juist graag contact met de hulpverlener heeft en juist bij deze persoon zijn verhaal kwijt kan. Een andere kant hiervan is dat er een afhankelijke relatie ontstaat, waardoor de patiënt niet de juiste ondersteuning kan vinden in diens afwezigheid:

“En ik weet niet goed hoe ik er in moet springen, want mijn fysio is ziek en mijn maatschappelijk werker is ziek. Dus degene die van mijn lichaam verstand heeft is er niet en degene die verstand heeft tussen mijn oren is er niet. Dat vind ik wel een beetje jammer” (patiënt 3)

Thema 4: Invloeden vanuit behandelgroep. Het is opmerkelijk dat de non-specifieke factoren binnen dit thema negatief worden genoemd. Vooral het werken binnen een groep speelt een grote

rol. Ze konden beïnvloed worden door een groepslid, of moeite hebben met het vragen van aandacht binnen de groep:

“Dat ik het heel zwaar vind om in een groep te zitten. Om met een groep mensen te zijn, heel veel met een groep mensen te zijn en waarin ik mijn weg moet vinden...(patiënt 2)

“Ik heb soms wel een beetje met de groep. Dat had ik niet zo verwacht omdat ik een groepsmens ben, maar er zitten wat negatieve personen in en daar baal ik wel een beetje van, dat heb ik al aangegeven dat ik het vervelend vind. Ik probeer er me niets van aan te trekken maar dat gaat nog lastig (patiënt 6)

Thema 5: Invloeden vanuit omgeving buiten behandeling. Non-specifieke factoren binnen dit thema worden bijna alleen positief aangehaald. Vooral het **contact met de partner** speelt een grote rol. Als de patiënten per week de behandelingen hebben doorlopen bespreken ze dit allemaal met hun partner. Het kan ook gebeuren dat ze ondersteuning vanuit de omgeving, zoals vrienden, krijgen. Dit zijn de invloeden vanuit de omgeving waarmee de chronische pijnpatiënten in aanraking komen. Dit wordt als positief en fijn ervaren. Dit is een thema dat het meest door de patiënten is aangehaald. Uit hun verhaal wordt opgemerkt dat het bespreken van hun behandeling als belangrijk wordt gezien en dat bijvoorbeeld een openstaand en luisterende partner als prettig wordt ervaren. Dit speelt zeker tijdens de eerste behandelingen, wanneer ze zoveel over zich heen krijgen en hier emotioneel op kunnen reageren:

“Maar, toen ik vrijdag thuis was heb ik wel even heel hard gehuild, ja. Toen kwam alles eruit, toen ging ik aan mijn vriend vertellen wat er allemaal gebeurt was en toen...”
(patiënt 1)

“Ja, ik heb het mijn partner over gepraat, heel lang. En dat was heel fijn.” (patiënt 3)

Vanuit de omgeving kunnen ook negatieve invloeden komen. Dit kwam echter maar twee keer voor, wat laag is in verhouding met de positieve invloed. Zich niet serieus genomen voelen of een bagatelliserende houding tegenover hun aandoening kunnen een negatieve invloed zijn. De patiënten geven aan zich hierdoor boos of verdrietig te voelen:

“Enige wat ik vraag af en toe een beetje begrip en dat soort dingen. En mijn vader is van, 'dat doe je toch. Stel je niet zo aan'. Vanuit die mentaliteit kom ik dan. Man hoort niet te huilen en dat soort dingen” (patiënt 3)

Begrip daarentegen kan de patiënten veel ondersteuning bieden. Bij sommige patiënten zorgde begrip juist voor bijvoorbeeld een actievere rol in het huishouden. Respectievelijk een voorbeeld van onbegrip en begrip:

“En gister ook even, maar mijn vrouw toont nou heel veel begrip ook en dat is wel fijn. En dat helpt absoluut” (patiënt 3)

Benoemde thema's door de patiënt in elke week

Hieronder wordt binnen elk thema de code weergegeven van elke patiënt in elke week, waarbij cursieve codes een negatieve ervaring weergeven.

Patiënt 1

Tabel 1.2

	<i>Thema 1 Invloeden vanuit de persoon zelf</i>	<i>Thema 2 Invloed multidisciplinaire behandeling</i>	<i>Thema 3 Contact met hulpverlener</i>	<i>Thema 4 Invloeden vanuit behandelgroep</i>	<i>Thema 5 Invloeden vanuit omgeving buiten behandeling</i>
Week 1	Geeft aan open te staan voor behandeling	Kijkt uit naar zwemmen		<i>Geeft aan zich gesloten op te stellen in groep</i>	Nabespreken behandeling met partner
Week 2	Staat open voor feedback	Vindt fietsen en aquajoggen leuk			Nabespreken behandeling met partner
Week 4					
Week 5	<i>Door ontsteking terughoudende houding</i>				
Week 6					Vrienden geven ondersteuning
Week 7				Waardeert begrip van groep	Vond fijn behandeling met vrienden bespreken
Follow up					Vindt ondersteuning bij partner

Noot: week 3 data defect

Patiënt 2

Tabel 1.3

	<i>Thema 1 Invloeden vanuit de persoon zelf</i>	<i>Thema 2 Invloed multidisciplinaire behandeling</i>	<i>Thema 3 Contact met hulpverlener</i>	<i>Thema 4 Invloeden vanuit behandelgroep</i>	<i>Thema 5 Invloeden vanuit omgeving buiten behandeling</i>
Week 1	Staat open voor feedback en heeft voorkennis			<i>Vindt in groep zijn zwaar en ervaart onbegrip</i>	Nabespreken behandeling met partner
Week 2	Waardeert feedback			<i>Vindt in groep zijn zwaar; staat iets meer open</i>	Nabespreken behandeling met partner
Week 3	<i>Waardeert compliment niet</i>			<i>Groepsactiviteit maakt onzeker</i>	
Week 4	<i>Moeite met keuze maken en nemen van beslissingen</i>				Nabespreken behandeling met partner
Week 5					
Week 6	<i>Staat deels open voor behandeling</i>				
Week 7	<i>Moeite met keuze maken en beslissingen nemen</i>				Vindt ondersteuning bij partner
Follow up	<i>Onzeker over toekomst/vindt oefeningen niet werken</i>				

Patiënt 3

Tabel 1.4

	<i>Thema 1 Invloeden vanuit de persoon zelf</i>	<i>Thema 2 Invloed multidisciplinaire behandeling</i>	<i>Thema 3 Contact met hulpverlener</i>	<i>Thema 4 Invloeden vanuit behandelgroep</i>	<i>Thema 5 Invloeden vanuit omgeving buiten behandeling</i>
Week 1	<i>Wilt cannabisgebruik verminderen</i>				Nabespreken behandeling met partner
Week 2	<i>Waardeert feedback Vermindert pijnstillers Moeite verminderen joint</i>				Vindt ondersteuning bij partner/ <i>onbegrip bij vader</i>
Week 3	<i>Geen pijnstillers meer; wel joint Verwacht meer van effect behandeling</i>	<i>Vond hardlopen leuk</i>	<i>Onprettig contact met hulpverlener</i>		<i>Onbegrip bij familie voor behandeling; ondersteuning van partner</i>
Week 4	<i>Maakt overhaaste beslissing; spirituele zijde behandeling spreekt aan</i>		<i>Prettig contact met hulpverlener</i>		Nabespreken behandeling met partner
Week 5	<i>Vindt tempo behandeling te traag en is teleurgesteld</i>				
Week 6	<i>Vertrouwen werking behandeling</i>				Rit op motor heeft ontspanning gebracht
Week 7			<i>Moeite met afwezigheid hulpverleners</i>		Vindt ondersteuning bij partner
Follow up	<i>Vindt werking behandeling te traag</i>		<i>Onprettig contact met hulpverlener</i>		<i>Onbegrip omgeving</i>

Patiënt 4

Tabel 1.5

	<i>Thema 1 Invloeden vanuit de persoon zelf</i>	<i>Thema 2 Invloed multidisciplinaire behandeling</i>	<i>Thema 3 Contact met hulpverlener</i>	<i>Thema 4 Invloeden vanuit behandelgroep</i>	<i>Thema 5 Invloeden vanuit omgeving buiten behandeling</i>
<i>Week 1</i>				<i>Moeite met groep</i>	
<i>Week 2</i>					
<i>Week 3</i>	<i>Wordt gestoord thuis tijdens uitvoeren opdrachten</i>				
<i>Week 4</i>	<i>Negatieve houding van groepslid beïnvloed haar</i>				<i>Vindt lastig om hulp te vragen</i>
<i>Week 5</i>	<i>Onbegrip van moeder</i>		<i>Onprettig contact met hulpverlener</i>	<i>Moeite met groep</i>	<i>Vindt behandeling zweverig; oneens over feedback</i>
<i>Week 6</i>		<i>Houdt niet van rollenspellen</i>			
<i>Week 7</i>	<i>Vindt tillen van kind steeds zwaarder worden</i>				<i>Waardeert feedback en advies/ ontevreden eigen conditie en kracht</i>
<i>Follow up</i>					<i>Waardeert feedback en advies</i>

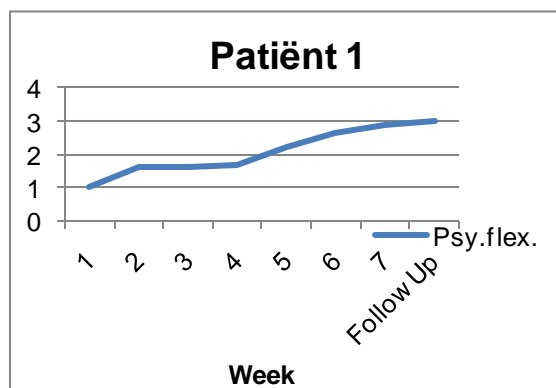
In de schema's van verschillende patiënten is te zien dat thema 1 en thema 5 de grootse rollen spelen, oftewel de “invloeden vanuit de persoon zelf” en “invloeden vanuit omgeving buiten behandeling”. De twee thema's worden door elke patiënt in bijna elke week genoemd. Opvallend is dat thema 1 en 5 veelal binnen een positief context wordt genoemd. Thema 2,3 en 4 worden afwisselend door elke patiënt genoemd. Thema 2 en 4 lijken vooral een rol te spelen aan het begin van de behandeling. Vooral het werken binnen een groep wordt door de vrouwelijke patiënten in de eerste paar weken negatief aan bod gebracht. Verder in de behandeling wordt het niet meer genoemd. Opvallend is dat de mannelijke patiënt het werken in een groep tijdens de behandeling niet ter sprake brengt. Thema 3 vaker wordt genoemd aan het einde van de behandeling. Het contact met een hulpverlener wordt als positief ervaren. Echter als het contact positief is, maar de patiënt kan om een of andere redenen niet in contact komen met de hulpverlener dan wordt dit als negatief ervaren beoordeeld.

Verloop psychologische flexibiliteit

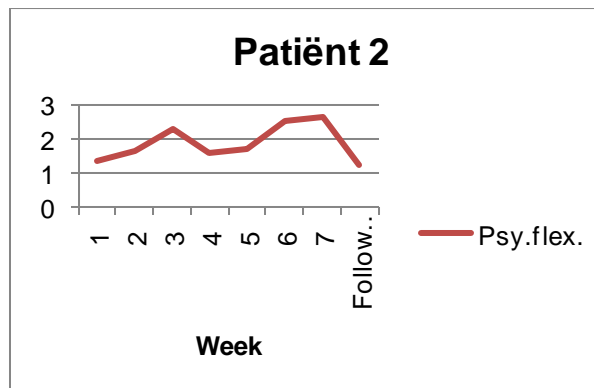
In dit deel wordt een grafische weergave gegeven van de psychologische flexibiliteit per patiënt per week. In de grafieken is te zien dat de ontwikkeling van de psychologische flexibiliteit per patiënt sterk verschilt. Bij patiënt 1 is de sterkste toename te zien. Aan het einde van de behandeling en er is te zien dat er een hoge mate van psychologische flexibiliteit bestaat en dat deze in de follow up nog steeds blijft gehandhaafd. Bij patiënt 2 is er vooral een hoge stijging te zien aan het begin van de behandeling en in de 6^e en 7^e week. Aan het einde van de behandeling is er een sterke daling te zien. In de follow up is de psychologische flexibiliteit lager dan aan het begin van de behandeling. Bij patiënt 3 is de psychologische flexibiliteit over de gehele behandeling vrij stabiel gebleven, met een lichte stijging in week 6, om vervolgens weer te dalen. In de follow up is de psychologische flexibiliteit hetzelfde als aan het begin van de behandeling gescoord.

Patiënt 4 laat de sterkste ontwikkeling in psychologische flexibiliteit zien aan het begin van de behandeling, waarna deze vervolgens daalt. Aan het einde van de behandeling is er weer een stijging te zien en deze wordt in de follow up gehandhaafd.

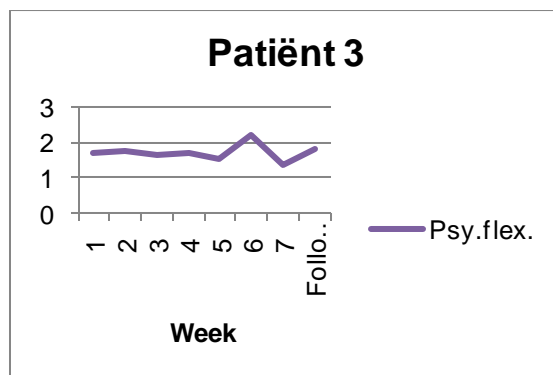
figuur 1.1 Ontwikkeling psychologische flexibiliteit



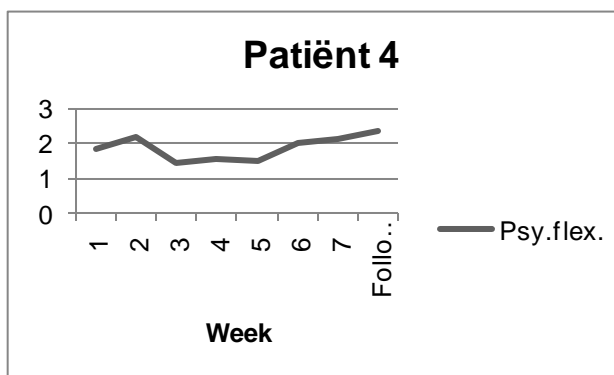
Figuur 1.2 Ontwikkeling psychologische flexibiliteit



Figuur 1.3 Ontwikkeling psychologische flexibiliteit



Figuur 1.4 Ontwikkeling psychologische flexibiliteit



Verloop psychologische flexibiliteit met het benoemen van non-specifieke factoren

Als laatste wordt er gekeken naar het verband tussen verloop van de psychologische flexibiliteit met het benoemen van de non-specifieke factoren en zijn positieve of negatieve ervaring binnen een thema. Van elke patiënt apart zal het verloop van zijn psychologische flexibiliteit worden bekeken, om vervolgens naar elke thema te kijken voor de desbetreffende week. Er zal worden gekeken of het melden van positieve ervaringen ook een hoge mate van psychologische flexibiliteit laat zien bij de patiënt en visa versa. Vermeld moet worden dat niet elke patiënt bij elke thema een ervaring heeft.

PATIËNT 1

De psychologische flexibiliteit van patiënt 1 is in de eerste weken lager dan aan het einde van de behandeling. In de follow up interview is te zien dat een hoge psychologische flexibiliteit blijft bestaan.

In de eerste week worden voornamelijk non-specifieke factoren genoemd die negatief worden beleefd door patiënt 1. Zelfs wanneer de behandeling wordt nabesproken met de partner gebeurt dit in tranen. Daarnaast staat ze wel open voor de behandeling maar stelt ze zich gesloten op binnen de groep. Ze keek uit naar het onderdeel zwemmen. Tijdens het zwemmen werd echter aangegeven rustig aan te doen. Ze gaf aan zich hierdoor begrensd te voelen waardoor ze geen plezier meer ervoer in dit onderdeel. In week 2 geeft ze aan open te staan voor de feedback die ze krijgt van de hulpverleners en vindt de onderdelen aquajoggen en fietsen leuk. Daarnaast ging het naspreken van de behandeling met de partner zonder tranen.

Tot en met week 5 laat zij een contante verloop van psychologische flexibiliteit zien. In de data is er naast de ontsteking aan het tandvles geen informatie beschikbaar. In de laatste weken en de follow up vertelde ze vooral dat haar naaste vrienden meer begrip en ondersteuning toonden. Daarnaast was er een belangrijke positieve ontwikkeling in het contact met de schoonouders. Deze was in het verleden stroef, waar vele gesprekken abrupt eindigden in een discussie of ruzie.

In het verhaal van de patiënt is het opvallend dat aan het begin van de behandeling de genoemde non-specifieke factoren voornamelijk negatief worden beleefd. In deze weken is de psychologische flexibiliteit ook lager. In de laatste weken en de follow up worden de non-specifieke factoren voornamelijk positief beleefd. Vrienden hebben meer begrip en ze ontwikkelt een positieve band met de schoonfamilie. Haar psychologische flexibiliteit in de laatste weken laat een stijging zien. Mogelijk is deze stijging het gevolg van de positief beleefde non-specifieke factoren.

PATIËNT 2

Het verloop van de psychologische flexibiliteit van patiënt 2 laat in de eerste drie weken een stijging zien, om vervolgens in de weken 4 en 5 te dalen. Haar psychologische flexibiliteit is het hoogst in de weken 6 en 7. In de follow up is haar psychologische flexibiliteit lager dan aan het begin van de behandeling.

In de eerste drie weken van het interview geeft ze aan enigszins bekend te zijn met ACT en Mindfulness en kijkt hier positief tegen aan. In deze weken heeft ze thuis fijne gesprekken met haar partner over de behandeling. Ze geeft aan dat vooral werken binnen een groep zwaar is voor haar. Ze heeft moeite met zich te uiten en ervaart onbegrip. Vergeleken met haar groepsleden is zij ouder en kan de tempo van andere groepsleden tijdens de activiteiten niet bijhouden. Ze geeft aan zich hierdoor onzeker te voelen. In week 4 geeft ze aan moeite te hebben met het nemen van beslissingen in het dagelijkse leven. Ze worstelt vooral met de vraag of ze moet stoppen met haar baan en kijkt wat onzeker tegen de toekomst aan. Het naspreken met de partner zou vaker in een discussie eindigen, waarbij ze aangeeft soms onbegrip te ervaren. In de weken 6 en 7 geeft ze aan op één lijn te liggen met haar partner en vindt ondersteuning bij haar. Verder geeft ze aan nog moeite te hebben met het nemen van beslissingen. In het gesprek geeft ze aan erg onzeker te zijn over de toekomst. Ze weet ook niet hoe ze verder moet gaan met haar

baan. In de follow up geeft ze aan zich niet meer te kunnen vinden in haar huidige werk.

Daarnaast geeft ze aan dat de behandeling mogelijk meer slecht heeft gedaan dan goed en dat de oefeningen niet zouden werken.

De psychologische flexibiliteit van patiënt 2 verloopt wisselend over de gehele behandeling.

Wanneer non-specifieke factoren negatief worden beleefd is er een daling van de psychologische flexibiliteit waarneembaar. In de follow up gelooft ze dat de behandeling meer schade zou hebben aangericht. Daarbij is ze onzeker over de toekomst en heeft ze nog steeds moeite met het nemen van beslissingen in het dagelijkse leven. Haar psychologische flexibiliteit is in deze periode het laagst.

PATIËNT 3

Het verloop van de psychologische flexibiliteit van patiënt 3 blijft het hele behandeling vrij gelijk. In week 6 is zijn psychologische flexibiliteit het hoogst. In week 7 is er een daling te zien in het verloop van de psychologische flexibiliteit. In de follow op is er weer een stijging waar te nemen in de psychologische flexibiliteit

In de eerste vijf weken geeft hij aan regelmatig bezig te zijn met het afbouwen van middelengebruik zoals pijnstillers en cannabis. Hij geeft aan hier moeite mee te hebben en toch blijft terug grijpen naar deze middelen. In deze weken geeft hij aan steun van zijn partner te ervaren en zij liggen volgens hem op één lijn. Volgens patiënt 3 zou zijn familie, vooral zijn moeder en zijn oom, weinig begrip en inlevingsvermogen hebben betreft zijn chronische pijnklachten. Zij zouden zijn klachten bagatelliseren. Over het algemeen kijkt hij positief tegen de behandeling aan en geeft aan “wel wat te hebben met het spirituele”. Het tempo van de behandeling zou volgens hem te laag zijn. In week 6 geeft hij aan zich meer te kunnen ontspannen en dat een rit op de motor hem goed heeft gedaan. Daarnaast heeft hij regelmatig stapjes gemaakt met zijn zoon tijdens het uitlaten van de honden. Hij geeft aan vertrouwen te hebben in de werking van de behandeling. Intussen is hij weer begonnen met het oppakken van zijn werk en draait nu zo'n 16 uur per week mee. Hij geeft aan dat zijn collega's begripvol en ondersteunend reageren. In week 7 geeft hij aan nog steeds waardevolle ondersteuning van zijn partner te ontvangen. Met de afwezigheid van de maatschappelijke werkster zou hij moeite hebben gehad. De gesprekken met haar ervoer hij namelijk zinvol en ondersteunend.

In de follow up geeft hij aan dat de behandeling volgens hem te traag was. Daarnaast vond hij dat de arts hem niet begreep, waardoor het contact onprettig voor hem was. Als laatste geeft hij aan onbegrip te ervaren vanuit zijn omgeving.

Non-specifieke factoren worden in de eerste weken afwisselend beleefd. De ene keer kan het contact met een hulpverlener positief worden beleefd, de andere week weer negatief. In de ene week lukt het om pijnstillers te verminderen om vervolgens in de week daarop weer te beginnen. In week 5 gaat de behandeling volgens hem te traag, waarna de patiënt in week 6 vervolgens aangeeft vertrouwen te hebben in de behandeling. Het verloop van zijn psychologische flexibiliteit lijkt hierdoor rond het gemiddelde te blijven. Bij patiënt 3 is het opvallend dat de non-specifieke factoren in de follow up voornamelijk negatief werden beleefd, ondanks een stijgende psychologische flexibiliteit.

PATIËNT 4

Patiënt 4 laat in de eerste twee weken van de behandeling een hogere mate van psychologische flexibiliteit zien. In de weken 3,4 en 5 is er een constante verloop van de psychologische flexibiliteit waar te nemen, om vervolgens in week 6 te stijgen. In de follow up heeft ze een hogere psychologische flexibiliteit dan aan het begin van de behandeling.

Uit de interviews is in de eerste twee weken alleen op te maken dat ze moeite had met het werken binnen een groep. In de weken 3, 4 en 5 laat de patiënt zich vooral negatief uit over de non-specifieke factoren. Zij geeft aan dat de houding van een groepslid haar stoort en het lastig vindt om hulp te vragen aan de hulpverlener. Met een andere hulpverlener vindt ze het contact onprettig. Verder geeft ze aan de behandeling zweverig te vinden en daarnaast onbegrip van haar moeder ervaart. Naast het feit dat ze niet houdt van rollenspellen in week 6 is er verder geen informatie bekend. In week 7 geeft ze aan het tillen van haar kind lichamelijk steeds zwaarder te ervaren. Daarnaast had ze in week 7 feedback gekregen van haar hulpverlener. Zij gaf aan dat de patiënte veel te streng was tegenover zichzelf. De patiënte was het niet eens met deze feedback. In de follow up gaf ze aan hierover te hebben nagedacht en tot de conclusie was gekomen dat zij inderdaad streng was voor zichzelf. Ze gaf aan minder streng te zijn tegenover haarzelf, waardoor ze meer kon ontspannen.

Opvallend bij patiënt 4 is dat in de weken waar de non-specifieke factoren negatief worden beleefd ook een lagere psychologische flexibiliteit waar te nemen is. Pas in de follow up geeft ze aan veel te hebben nagedacht over de feedback van haar hulpverlener. In eerste instantie kon zij zich niet vinden in haar feedback. Na enige overpeinzingen zag ze toch waarheid in de gegeven feedback, waar ze vervolgens mee aan de slag ging. In deze periode is er ook een stijging waar te nemen in de psychologische flexibiliteit.

Er lijkt een verband te bestaan tussen het verloop van de psychologische flexibiliteit en het noemen van non-specifieke factoren. Opvallend is dat tijdens een negatieve beleving van non-specifieke factoren een verlaagde psychologische flexibiliteit lijkt waar te nemen, terwijl tijdens een positieve beleving van non-specifieke factoren een verhoogde psychologische flexibiliteit is waar te nemen. Echter over de causaliteit tussen non-specifieke factoren en psychologische flexibiliteit is geen uitspraak mogelijk.

Discussie

Het voornaamste doel van dit onderzoek is het achterhalen welke non-specifieke factoren een rol spelen bij chronische pijnpatiënt tijdens een multidisciplinaire behandeling vanuit het patiëntperspectief. Onderzoek naar non-specifieke factoren heeft vijf thema's aan het licht gebracht. Hieruit is gebleken dat verschillende non-specifieke factoren een belangrijke rol spelen bij de patiënt die tijdens de behandeling niet aan de orde komen. Daarnaast kan elke non-specifieke factor per patiënt positief of negatief worden beleefd. De negatieve of positieve belevingen van non-specifieke factoren verschillen per patiënt. In een meta-analyse van Drisko (2004) worden verschillende non-specifieke factoren samengevat in tien aspecten. In het huidige onderzoek zijn verschillende non-specifieke factoren ondergebracht in vijf thema's. De verschillende aspecten in de meta-analyse van Drisko kunnen worden ondergebracht in de vijf thema's van het huidige onderzoek. Daarnaast vult het huidige onderzoek de bestaande non-specifieke factoren aan met non-specifieke factoren die een rol spelen bij chronische pijnpatiënten.

In het figuur 1.5 onder zal een schematische weergave worden getoond hoe de bestaande non-specifieke factoren worden ondergebracht onder de non-specifieke factoren, die zijn gevonden met het huidige onderzoek.

Figuur 1.5

Non-specifieke thema's huidig onderzoek	10 aspecten meta-analyse Drisko (2004)
<i>Invloeden vanuit de persoon zelf</i>	<i>Hoop/verwachtingen/klaar om te veranderen/vertrouwen en veerkracht/motivatie om te veranderen/IQ van patiënt</i>
<i>Invloed multidisciplinaire behandeling</i>	<i>Niet genoemd</i>
<i>Contact met hulpverlener</i>	<i>De therapeut/ de therapeutische relatie</i>
<i>Invloeden vanuit behandelgroep</i>	<i>Niet genoemd</i>
<i>Invloeden vanuit omgeving buiten behandeling</i>	<i>Support familie en bekende/enabling factoren</i>

In het figuur 1.5 boven is de zien dat “*Invloed multidisciplinaire behandeling*” en “*Invloeden vanuit behandelgroep*” niet zijn gevonden. Dit komt omdat er geen rekening is gehouden dat chronische pijnpatiënten behandeld kunnen worden in een multidisciplinaire team, of omdat er geen onderzoeken in de meta-analyse zijn opgenomen waar chronische pijnpatiënten multidisciplinair zijn behandeld. Het huidige onderzoek biedt aanvulling door rekening te houden met een multidisciplinaire opstelling en non-specifieke factoren te noemen die niet eerder zijn genoemd.

Er lijken verschillen te zijn in non-specifieke factoren tussen personen gedurende de behandeling. Het werken in een groep wordt voornamelijk aan het begin van de behandeling genoemd. Opvallend is dat dit een grote rol speelde bij de vrouwelijke patiënten terwijl de mannelijke patiënt geen enkele keer het werken in een groep heeft genoemd. De behandeling kunnen bespreken met de partner speelt ook bij elke patiënt een belangrijke rol en wordt gedurende de hele behandeling genoemd. Contact met hulpverleners lijkt een grotere rol te spelen aan het einde van de behandeling.

Het verloop van de psychologische flexibiliteit verschilt sterk tussen de patiënten. Over het algemeen lijkt er een toename van psychologische flexibiliteit te zijn na de behandeling en tijdens de follow up.

Dit is in overeenkomst met het onderzoek van Adler en McAdams (2007), die aangeven dat therapieverhalen helpen om de behandelresultaten na de behandeling in stand te houden of te vergroten. Bij één patiënt is de psychologische flexibiliteit in de follow up lager dan aan het begin van de behandeling. Dit is in tegenstelling tot het onderzoek van Weiss (2012), waarbij alle patiënten een toename in psychologische flexibiliteit vertoonden. Dit is een indicatie dat elke patiënt zijn eigen manier van ontwikkeling doormaakt en het niet duidelijk is welke therapieonderdelen, of non-specifieke factoren bijdragen aan het behandelresultaat. Tijdens de behandeling dient hier altijd rekening mee gehouden te worden.

Uit een onderzoek van Vreeswijk & Schurink, (2009) wordt geschat dat de factoren buiten de therapie om (werk, relatie, leefomgeving etc.) voor 40% bijdragen aan het behandelresultaat. In dit onderzoek lijkt er een samenhang te zijn tussen het verloop van psychologische flexibiliteit en het benoemen van de non-specifieke factoren. Als de non-specifieke factoren positief worden belevd dan is te zien dat de psychologische flexibiliteit hoger wordt. Dit is bijvoorbeeld te zien bij patiënt 1. Wanneer de non-specifieke factoren voornamelijk negatief worden genoemd dan lijkt er ook een daling te zijn in de psychologische flexibiliteit, zoals het geval is bij patiënt 2. Het is te voorbarig om te concluderen dat er een causaal verband bestaat tussen de non-specifieke factoren en het verloop van de psychologische flexibiliteit, maar er lijkt samenhang te bestaan tussen deze twee concepten.

Concluderend kan worden gezegd dat er duidelijke verschillen bestaan tussen de chronische pijnpatiënten tijdens hun behandeling. Dit betreft de rol van verschillende non-specifieke factoren en hun beleving, het verloop van de psychologische flexibiliteit, of het verloop van de psychologische flexibiliteit met het benoemen van non-specifieke factoren.

Er zou rekening moeten worden gehouden met de kenmerken van chronische pijnpatiënten en de behandeling. Deze zouden kunnen worden gebruikt om een match te maken tussen de behandeling en de pijnpatiënt, zoals Vlaeyen en Morley (2005) voorstellen. Volgens deze onderzoekers zou bij het matchen zorgvuldig onderzoek moeten worden gedaan naar kenmerken van de patiënt, componenten van de behandeling en behandeling - patiënt interacties, oftewel ATI. Er zou moeten worden gekeken met welke patiënt er wordt gewerkt, de componenten van de behandeling (groep, multidisciplinaire behandeling en therapeut) en hoe dit het beste kan worden afgestemd op elkaar.

Sommige patiënten hebben bijvoorbeeld gemeld moeite te hebben om in een groep te werken. Voor dit soort patiënten kan individuele therapie worden overwogen, of maximaal twee patiënten tegelijk.

Sterke en zwakke punten

Een groot voordeel is dat dit onderzoek bepaalde thema's naar voren heeft gebracht die eerder onderbelicht zijn geweest. Nadeel is dat de onderzoeksresultaten zijn verkregen aan de hand van interviews om psychologische flexibiliteit te bepalen, waardoor de vragen aan de patiënten binnen een bepaald kader zijn gesteld. Dit geldt dus ook voor de gegeven antwoorden. Tevens is het mogelijk dat het gebruik van een interviewschema heeft geleid tot een eerdere verzadiging van de data, omdat de vragen de antwoorden van de patiënten begrensd. Vervolgonderzoek zou een interviewschema moeten ontwikkelen die minder gestructureerd is en een open karakter heeft. Er kunnen vragen worden gesteld waarbij contextfactoren die in eerder onderzoek aan bod zijn gekomen de leidraad vormen.

Een andere restrictie van dit onderzoek is het kleine aantal deelnemers. Voor een dergelijk kwalitatief onderzoek zou een grotere groep deelnemers meer data geven over elke thema. In combinatie met een aangepaste of nieuwe interviewschema kunnen vragen worden ontwikkeld die leiden tot een concretere beschrijving van contextfactoren. Dit zou kunnen leiden tot meer variatie en meerdere en/of andere thema's. Grotere aantal deelnemers maakt het ook mogelijk om naast een kwalitatief onderzoek een kwantitatief onderzoek te houden. Er zou bijvoorbeeld gekeken kunnen worden of deelnemers van verschillende sociaal economische achtergronden een andere verloop van psychologische flexibiliteit laten zien.

Ten slotte een aanbeveling op het proces van coderen. In dit onderzoek is het onderzoeksmateriaal gecodeerd door één onderzoeker. Het is aan te bevelen dat het onderzoeksmateriaal door meerdere onderzoekers wordt gecodeerd. Op die manier kan er worden gekeken of gelijke fragmenten worden gevonden en soortgelijk worden gecodeerd, of dat er andere codes wordt gebruikt. Met constante vergelijkingen tussen de codes kan er uiteindelijk consensus worden bereikt over het benoemen van de codes. De analyse van verschillende onderzoekers kan ook worden gebruikt om een betrouwbaarheidsanalyse uit te voeren, door de overeenkomsten te meten tussen de onderzoekers.

Aanbevelingen

Patiënten komen niet als een tabula rasa de behandeling volgen. Zij bezitten bepaalde attitudes, hebben een mening, of een oordeel. Ze nemen hun hele levensgeschiedenis mee naar de behandeling en hun eerdere interventies. Het kan ook zijn dat ze enigszins bekend zijn met de behandeling en daar over hebben gelezen. Zelfs als ze totaal open staan voor de behandeling ontwikkelen de patiënten bepaalde impressies tijdens de behandeling. Patiënt 2 had een duidelijke persoonlijke houding tegenover de behandeling.

Ook had ze gelezen over Mindfulness. Zij gaf het niet letterlijk aan, maar tijdens de interviews nam zij een houding aan van “ik ken dit allemaal wel en ik weet wat de achterliggende gedachten zijn”. Ze geloofde niet echt in de werking van de behandeling en heeft zich hiervoor niet open gesteld. De opdrachten kregen een persoonlijke draai en de patiënt bepaalde zelf wat belangrijk was en wat niet.

Een bodyscan bijvoorbeeld werd niet of nauwelijks uitgevoerd. In het laatste interview gaf de patiënt aan dat de behandeling mogelijk meer kwaad dan goed had aangericht. Patiënt 4 daarentegen gaf aan de Mindfulness onderdelen zweverig te vinden en dat zij meer is van het directe. Ondanks haar houding stond zij open voor de behandeling en voerde zij de opdrachten uit. Voorbeelden van deze twee patiënten geven aan dat bijvoorbeeld de eigenschappen van een persoon ook een grote rol speelt. Dit zou mogelijk ook effect kunnen hebben op de behandelresultaten. Het is dus belangrijk om te weten met wat voor patiënt de hulpverleners te maken hebben.

Om een effectievere behandeling mogelijk te maken, zou de behandeling persoongericht kunnen worden afgestemd. Tijdens de aanmelding en intake zouden de huidige vragenlijsten zich meer kunnen richten op persoonlijkheidskenmerken en daarnaast op sociale en economische situatie. De non-specifieke factoren kunnen als leidraad dienen in vragenlijsten om een compleet beeld te krijgen van elke patiënt. Er kan bijvoorbeeld worden achterhaald of de deelnemer kampt met middelengebruik dat mogelijk de behandelresultaten beïnvloedt. Op deze manier kan worden bepaald welke patiënt het beste past in welke groep gedurende de behandeling. Tevens dienen verschillende hulpverleners bewust (getraind) te zijn dat er meerdere factoren van invloed zijn op de behandelresultaten, naast de behandeling alleen. In de praktijk zal dit ongetwijfeld gebeuren, maar de vraag is of er ook wat mee wordt gedaan.

Tijdens de behandeling is het nodig om telkens de beleving van de patiënt in acht te nemen, om te achterhalen of bepaalde non-specifieke factoren negatief worden beoordeeld en een belemmering gaan vormen voor de behandeling.

Gelukkig komt er steeds meer kwalitatief onderzoek naar chronische pijnpatiënten die ACT volgen, zodat er duidelijk wordt wat wel werkt en wat niet. Dit onderzoek is een waardevolle toevoeging in de zin dat de patiënten zelf aangegeven wat er nog meer speelt buiten de behandeling om. Het onderzoek laat zien wat mogelijk invloed heeft op de effectiviteit van de behandeling en opent hiermee een deur om specifiek onderzoek te doen hier naar.

Literatuur

- Adler, J.M., & McAdams, D.P. (2007). The narrative reconstruction of psychotherapy. *Narrative Inquiry, 17*, 179-202.
- Adler, J.M., Skalina, L.M., & McAdams, D.P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy Research, 18*(6), 719-734.
- A-Tjak, J., & de Groot, F. (2008). *Acceptance & Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bigos, S., Battie, M., Spengler, D., et al. (1991). A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. *Spine, 16*, 1–6.
- Bekkering, G.E., Bala, M.M., Reid, K., Kellen, E., Harker, J., Riemsma, R., Huygen, F.J.P.M., Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic pain and its Treatment in the Netherlands. *The Journal of Medicine, 69*(3), 141-153.
- Butler, S.F., & Strupp, H.H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: a problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy, 23*, 1, 30-40.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain, 10*, 287-333.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide to through qualitative analysis*. London: Sage.
- Dahl, J., Wilson, K. G., Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behavioral Therapy, 35*, 785–801.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and Healing*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K. G. (1999a). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999b). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York London: The Guilford Press.

- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006a). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M.P., & Wilson, K.G. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2006). *ACT een experiëntele weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Hayes, S.A., Orsillo, S.M. & Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* 48(3), 238-245.
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26, 1-9.
- International Association for the Study of Pain. (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 26, 393-402.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Nordcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Likoglu, H. (2013). *De ontwikkeling van psychologische flexibiliteit en toegewijde actie bij chronische pijnpatiënten* (Unpublished master's thesis). University of Twente, Enschede, the Netherlands.
- Lunde, L., & Nordhus, I.H. (2009). Combining acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pain in older adults. *Clinical Case Studies*, 2009 (8), 296-308.
- McCracken, L.M. (2005). *Contextual Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain*. IASP Press: Seattle.

- McCracken, L.M. & Gutiérrez-Martinez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 267-274.
- Middellink, A. (2010). *De effectiviteit van ACT en de ontwikkeling van agency tijdens het behandelproces van chronische pijn patiënten in het Roessingh revalidatie centrum* (Unpublished master's thesis). University of Twente, Enschede, the Netherlands.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. C.de. C. (1999). The systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headaches. *Pain*, 80, 1-13.
- Morley S. Process and change in cognitive behaviour therapy for chronic pain. *Pain*, 2004,109:205–6.
- Ostelo, R.W.J.G., van Tulder, M.W., Vlaeyen, J.W.S., Linton, S.J., Morley, S.J. & Assendelft, W.J.J. (2005). Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1–25.
- Paplowski, Y. (2010). *De ontwikkeling van agency binnen Acceptance and Commitment Therapy bij patiënten met chronische pijn* (Unpublished master's thesis). University of Twente, Enschede, the Netherlands.
- Powers, M.B., Vording, M.B.Z.S., & Emmelkamp, P.M.G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78 (2),73-80.
- Smith, B., Sechrest, L. (1991). Treatment of Aptitude X Treatment Interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 59, No. 2, 233-244.
- Tammes, M. (2011). *Agency ontwikkeling tijdens een behandeling op basis van ACT bij chronische pijnrevalidanten*. (Unpublished master's thesis). University of Twente, Enschede, the Netherlands.
- Van der Molen, H.T., Perreijn, S., & Van den Hout, M.A. (2007). *Klinische psychologie, theorieën en psychopathologie*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M.G., & Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*,152(3), 533-42.

- Vlaeyen, J. W., Morley, S. (2005). Cognitive–behavioral treatments for chronic pain: what works for whom? *Clinical Journal of Pain*, 21, 1–8.
- Vowles, K.E., & McCracken, L.M. (2008). Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76(3), 397-407.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2009). *Mindfulness en schematherapie, praktische training bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate*. London: Lawrence Erlbaum associates publishers.
- Weiss, L. (2012). *The Development of Psychological Flexibility in Chronic Pain Patients during Acceptance and Commitment Therapy* (Unpublished master's thesis). University of Twente, Enschede, the Netherlands.

Bijlagen

Bijlage I Het interview schema

Eerste interview: Kennismaking en uitleg

Ik ben... Welkom bij dit eerste interview.

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

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

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

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

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.

Vraag: Wilt u liever dat we u of jij zeggen?

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, bijvoorbeeld uw leeftijd, uw aandoening, of u nog werkt en waar u werkt of gewerkt hebt etc.

Interviewschema algemeen

Introductie

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

Openingsvraag

Kunt u vertellen hoe het met u gaat?

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

Hoofdvraag:

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

Wat heeft u afgelopen week geleerd en ervaren?

Per gegeven situatie doorvragen, zie volgende blok. Na het uitwerken van de situatie wordt naar een volgende situatie gevraagd. Wij streven naar tenminste drie situaties. Specifieke vragen om antwoorden op de hoofdvraag te krijgen:

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

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

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

Per situatie doorvragen (bij voorkeur tenminste 3 situaties beschrijven)

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

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

Interview in 8e behandelweek

Afsluiten

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

Follow up interview

Inleiding

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

Openingsvraag

Hoe gaat het nu met u?

Hoofdvraag 1

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

Hoofdvraag 2

Graag wil ik nog een vraag stellen. Hierbij heeft u alle ruimte om te vertellen.
Kunt u beschrijven hoe u uw eigen ontwikkeling tijdens de gehele behandeling vanaf de intake tot nu heeft beleefd?

Doorvragen, meer open interview

- Is er een terugval tijdens de behandeling geweest?
- Als u zichzelf vergelijkt tussen nu en het moment van de intake, bent u dan veranderd?
- Wat is het belangrijkste wat u geleerd heeft?
- Wanneer heeft deze verandering plaatsgevonden?
- Is een moment bepalend geweest in de behandeling?

Afsluiting

Ik wil u heel erg bedanken voor de deelname aan dit onderzoek. Ik vond het erg interessant om naar uw verhaal te luisteren.
Mocht u geïnteresseerd zijn in de resultaten van het onderzoek dan kunt u dit nu aangeven, zodat ik u te zijner tijd een samenvatting van wat we gevonden hebben zal toesturen.

Bijlage II Codering- en scoringschema

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

Bijlage III Codeboom

Behandeling

Moeite hebben met het werken in een groep [2]

ACT kan een op een of in groep. in haar geval kan het zijn dat de interventie niet goed helpt omdat het in een groep wordt gegeven.

Belemmerende externe invloeden [1]

Contact met hulpverlener voelt onprettig [4]

Prettig contact met hulpverlener [3]

Onderdelen van therapie spreekt persoonlijk aan [4]

Onderdeel van therapie, zoals zwemmen kan patiënt aanspreken, wat de interventie kan bevorderen, of het spreekt niet aan wat voor een belemmering kan zorgen.

zichzelf wegcijferen in een groep [2]

Uitleg moeite in groep [4]

Ondersteuning vanuit de omgeving [5]

Vrienden die advies geven, of hun mening die de patiënt gebruikt in de therapie

Onbegrip [3]

Onderdeel van therapie spreekt niet aan [1]

Persoonlijke houding tegenover de interventie [11]

Patiënt

Afbouwen middelengebruik [4]

De therapie kunnen bespreken met partner/vrienden [7]

Constructieve omgang met tegenvallers [2]

Gaat op een opbouwende manier om met tegenvaller ipv zich erbij neer te leggen

Ligt niet op een lijn met partner [2]

Open staan voor feedback/kritiek [5]

Waar ene patiënt openstaat voor feedback en kritiek, staat de ander er niet voor open en gaat vanuit dat ze het verkeerd hebben, of dat zij zichzelf beter kennen dan de ander

Niet openstaan voor feedback\kritiek [2]

Intrinsieke motivatie om grenzen op te zoeken en verleggen [4]

Sommige patiënten moeten worden begrensd terwijl sommige de grenzen van hun kunnen niet opzoeken

Op zichzelf kunnen reflecteren [6] Dit is de tweede sessie en zij reflecteert op zichzelf zonder gegeven opdracht

Het vinden van een uitlaatklep [2]

Luchtig kunnen doen over de therapie