

The word cloud features the following prominent terms:

- leerervaringen** (Learning Experiences) - Central, largest word.
- respondent**
- onderzoek** (Research)
- concept**
- categorie**
- pijn** (Pain)
- acceptatie** (Acceptance)
- binnen** (Inside)
- activiteit** (Activity)
- betrekking** (Involvement)
- behandeling** (Treatment)
- veertien** (Fourteen)
- leven** (Life)
- dingen** (Things)
- leerervaring** (Learning Experience)
- category**
- interviews**
- Respondent**
- accepteren** (Accept)
- codes**
- weat**
- eh**
- situaties**
- psychologische**
- Hmm**
- slot**
- gekeken**
- beetje**
- weer**
- Hayes**
- leerervaring**
- categories**
- shute**
- verschillende** (Different)
- ga**
- bewegen** (Move)
- nemen** (Take)
- gaan**
- vallen** (Fall)
- verder** (Further)
- drie** (Three)
- chronische** (Chronic)
- grenzen** (Limits)
- kijken** (Look)
- eigenlijk** (Actually)
- toekomst** (Future)
- gemeen** (Common)
- soort** (Type)
- Nou**
- relaties** (Relationships)
- nou**
- heer**
- maken** (Make)
- theorie** (Theory)
- angst** (Anxiety)
- ervaren** (Experience)
- woorden** (Words)
- mezelf** (Myself)
- zoveel** (So much)
- gewoon** (Usual)
- Daarnaast** (Furthermore)
- fibromyalgie**
- andere** (Other)
- respondent**
- voorbeeld** (Example)
- meeste** (Most)
- modellen** (Models)
- zien** (See)
- eerst** (First)
- anders** (Otherwise)
- patiënt** (Patient)
- professionele** (Professional)
- gedachten** (Thoughts)
- belangrijk** (Important)
- rust** (Rest)
- ziekte** (Illness)
- Roesingh**
- aantal** (Number)
- krijgen** (Get)
- altemaal** (Gradually)
- inzicht** (Insight)
- hulpverleners** (Service providers)
- monter** (Monitor)
- moment** (Moment)
- valt** (Falls)
- minder** (Less)
- opgedaan** (Accumulated)
- aspecten** (Aspects)
- omgeving** (Environment)
- hallemal** (All at once)
- gedaan** (Done)
- manier** (Manner)
- gevoel** (Feeling)
- denk** (Think)
- goed** (Good)
- zoals** (Like)
- genoemd** (Named)
- blijkt** (Turns out)
- Acceptatie**
- boek** (Book)
- doet** (Does)
- lang** (Long)
- relatie** (Relation)
- alle** (All)
- waarschijnlijk** (Probably)
- gewoon** (Usual)
- meest** (Most)
- acceptatie** (Acceptance)
- even** (Even)
- patientengroep** (Patient group)
- keer** (Time)
- gevoelens** (Feelings)
- concepien** (Concepts)
- komit** (Commitment)
- planen** (Plans)
- waar** (Where)
- ACT**
- jaar** (Year)
- patënten** (Patients)
- cognities** (Cognitions)
- balans** (Balance)
- machten** (Powers)
- mensen** (People)
- beter** (Better)
- gerucht** (Sound)
- komen** (Come)
- Interviews**
- accepteren** (Accept)
- codes**
- weat**
- eh**
- situaties**
- psychologische**
- Hmm**
- slot**
- gekeken**
- beetje**
- weer**
- Hayes**
- leerervaring**
- categories**
- shute**
- verschillende** (Different)
- ga**
- bewegen** (Move)
- nemen** (Take)
- gaan**
- vallen** (Fall)
- verder** (Further)
- drie** (Three)
- chronische** (Chronic)
- grenzen** (Limits)
- kijken** (Look)
- eigenlijk** (Actually)
- toekomst** (Future)
- gemeen** (Common)
- soort** (Type)
- Nou**
- relaties** (Relationships)
- nou**
- heer**
- maken** (Make)
- theorie** (Theory)
- angst** (Anxiety)
- ervaren** (Experience)
- woorden** (Words)
- mezelf** (Myself)
- zoveel** (So much)
- gewoon** (Usual)
- Daarnaast** (Furthermore)
- fibromyalgie**
- andere** (Other)
- respondent**
- voorbeeld** (Example)
- meeste** (Most)
- modellen** (Models)
- zien** (See)
- eerst** (First)
- anders** (Otherwise)
- patiënt** (Patient)
- professionele** (Professional)
- gedachten** (Thoughts)
- belangrijk** (Important)
- rust** (Rest)
- ziekte** (Illness)
- Roesingh**
- aantal** (Number)
- krijgen** (Get)
- altemaal** (Gradually)
- inzicht** (Insight)
- hulpverleners** (Service providers)
- monter** (Monitor)
- moment** (Moment)
- valt** (Falls)
- minder** (Less)
- opgedaan** (Accumulated)
- aspecten** (Aspects)
- omgeving** (Environment)
- hallemal** (All at once)
- gedaan** (Done)
- manier** (Manner)
- gevoel** (Feeling)
- denk** (Think)
- goed** (Good)
- zoals** (Like)
- genoemd** (Named)
- blijkt** (Turns out)
- Acceptatie**
- boek** (Book)
- doet** (Does)
- lang** (Long)
- relatie** (Relation)
- alle** (All)
- waarschijnlijk** (Probably)
- gewoon** (Usual)
- meest** (Most)
- acceptatie** (Acceptance)
- even** (Even)
- patientengroep** (Patient group)
- keer** (Time)
- gevoelens** (Feelings)
- concepien** (Concepts)
- komit** (Commitment)
- planen** (Plans)
- waar** (Where)
- ACT**
- jaar** (Year)
- patënten** (Patients)
- cognities** (Cognitions)
- balans** (Balance)
- machten** (Powers)
- mensen** (People)
- beter** (Better)
- gerucht** (Sound)
- komen** (Come)
- Interviews**
- accepteren** (Accept)
- codes**
- weat**
- eh**
- situaties**
- psychologische**
- Hmm**
- slot**
- gekeken**
- beetje**
- weer**
- Hayes**
- leerervaring**
- categories**
- shute**
- verschillende** (Different)
- ga**
- bewegen** (Move)
- nemen** (Take)
- gaan**
- vallen** (Fall)
- verder** (Further)
- drie** (Three)
- chronische** (Chronic)
- grenzen** (Limits)
- kijken** (Look)
- eigenlijk** (Actually)
- toekomst** (Future)
- gemeen** (Common)
- soort** (Type)
- Nou**
- relaties** (Relationships)
- nou**
- heer**
- maken** (Make)
- theorie** (Theory)
- angst** (Anxiety)
- ervaren** (Experience)
- woorden** (Words)
- mezelf** (Myself)
- zoveel** (So much)
- gewoon** (Usual)
- Daarnaast** (Furthermore)
- fibromyalgie**
- and**

21 Augustus 2014

Universiteit Twente
Positieve Psychologie en Technologie

Auteur

Bsc. N.J. van der Herberg

S1134183

Master Positieve Psychologie en Technologie

nicolevdherberg@gmail.com

1^e Begeleider

Dr. E. de Kleine

Universiteit Twente

Cubicus B104

+31 (0)53 – 489 2430

e.dekleine@utwente.nl

2^e Begeleider

Prof. Dr. G.J. Westerhof

Universiteit Twente

Cubicus B118

+31 (0)53 – 489 6074

g.j.westerhof@utwente.nl

21-08-2014

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthese, geschreven ter afsluiting van de master positieve psychologie en technologie aan de Universiteit Twente.

Graag wil ik mijn begeleiders Elian de Kleine en Gerben Westerhof bedanken voor de begeleiding tijdens het proces van dit onderzoek. Bedankt, door jullie heb ik geleerd op een wetenschappelijke manier kwalitatief onderzoek te doen. Ik vond het leuk om dit op deze manier nog te mogen leren, ter afsluiting van vier leerzame jaren aan de Universiteit Twente.

Daarnaast wil ik mijn ouders en tweelingzus bedanken die altijd in mij hebben geloofd en mij de mogelijkheid gegeven hebben om te kunnen doorstuderen op een vakgebied wat mij zeer aanspreekt. Bedankt voor jullie vertrouwen en steun.

Ook wil ik mijn vriendin en huisgenoot Jellien Tigelaar bedanken, die mij altijd feedback wilde geven op de inhoud van de these en vooral op mijn schrijfstijl. Bedankt, door jou is het product nog professioneler geworden.

Tot slot wil ik mijn verloofde Wouter bedanken voor zijn steun. Bedankt dat je altijd naar me wilde luisteren. Bedankt dat je me altijd wist te motiveren en dat je vertrouwen in mijn kunnen had, zelfs als ik dit zelf niet had.

Enschede, augustus 2013

Nicole van der Herberg

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	5
Abstract	6
1. Inleiding.....	7
1.1. Pijn.....	8
1.2. Fibromyalgie	8
1.3. Acceptance en commitment therapie en chronische pijn	9
1.3.1. De Relational Frame Theorie	9
1.3.2. De zes kernprocessen.....	9
1.3.3. De effecten van ACT	10
2. Methode.....	12
2.1. Respondenten	12
2.2. De behandeling bij Revalidatiecentrum Roessingh.....	12
2.3. Interviews	13
2.4. Coderen	13
2.4.1. Coderen vanuit de grounded theorie.....	13
2.4.2. Het codeerproces	14
3. Resultaten.....	16
3.1. Acceptatie.....	16
3.1.1. Acceptatie van situaties	16
3.1.2. Acceptatie van pijn	17
3.2. Activiteit	17
3.2.1. Beweging	18
3.2.2. Rust.....	18
3.2.3. Balans	18
3.2.4. Grenzen	18
3.3. Het zelf.....	19
3.3.1. Cognities	20
3.3.2. Eigenwaarde	20
3.3.3. Gevoelens	20
3.3.4. Toekomst.....	21
3.4. Relaties	21

3.4.1. Omgeving.....	22
3.4.2. Medepatiënten.....	22
3.4.3. Professionele hulpverleners.....	22
3.5. Patiëntgroep Fibromyalgie	23
3.5.1. Respondent 5	23
3.5.2. Respondent 8	23
3.5.3. Respondent 12	24
3.5.4. Overeenkomsten en verschillen binnen de patiëntgroep.....	24
4. Conclusie en Discussie.....	26
4.1. Conclusie	26
4.1.1. Acceptatie.....	26
4.1.2. Activiteit	27
4.1.3. Het zelf	27
4.1.4. Relaties	28
4.2. Discussie	29
4.2.1. Aspecten die beperkt terugkomen in de leerervaringen	29
4.2.2. Verschillen tussen respondenten	31
4.2.3. Nieuwe effecten van ACT buiten de zes kernprocessen	31
4.3. Tot slot.....	32
Literatuurlijst	33
Bijlage 1: script eind interview	35
Bijlage 2: quotes van codering patiëntgroep fibromyalgie	37

Samenvatting

Inleiding: 18 procent van de bevolking in Europa lijdt aan een vorm van chronische pijn. Chronische pijn heeft een negatieve impact op het dagelijks functioneren. Uit een onderzoek van Bekkering et al. (2011) blijkt dat 79 procent van de patiënten het gevoel heeft niet adequaat behandeld te worden. Voor patiënten met chronische pijn is een speciale therapie geschikt bevonden: acceptance en commitment therapie (ACT). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat ACT een effectieve behandeling is voor patiënten met chronische pijn (Vowles, McCracken, & O'Brien, 2011). Om beter in beeld te krijgen welke aspecten van ACT helpend zijn voor patiënten, wordt in dit onderzoek gekeken naar de leerervaringen die patiënten opdoen door ACT. Daarnaast wordt op de patiëntgroep fibromyalgie ingezoomd om te kijken of het type ziekte van invloed is op de leerervaringen die patiënten opdoen.

Methode: In dit onderzoek worden veertien patiënten onderzocht die ACT hebben gevolgd. Bij deze veertien patiënten zijn tijdens en na de therapie interviews afgenomen. In dit onderzoek wordt gekeken naar de eindinterviews die zes weken na de therapie zijn afgenomen. De interviews zijn gericht op leerervaringen die respondenten hebben opgedaan naar aanleiding van de therapie. De leerervaringen worden onderzocht door middel van kwalitatief onderzoek volgens de grounded theorie. De patiëntgroep fibromyalgie bestaat uit drie van de veertien respondenten die geanalyseerd zijn in dit onderzoek. Deze groep is geselecteerd omdat de patiënten alle drie vrouw zijn en in dezelfde leeftijdsgroep vallen. Hierdoor is de groep vrij homogeen. Dit maakt het onderzoek naar de invloed van de ziekte op leerervaringen van patiënten betrouwbaarder. Twee onderzoekers analyseerden de interviews, om tot een betrouwbaarder coderingsschema te komen.

Resultaten: Aan de hand van de veertien eindinterviews is een coderingsschema opgesteld, die voor alle veertien respondenten passend is. Uit de analyse blijkt dat de veertien respondenten leerervaringen opdoen op het gebied van: acceptatie, activiteit, het zelf en relaties. Op het gebied van acceptatie en relaties doen niet alle respondenten leerervaringen op. Op de andere categorieën wel. De meeste leerervaringen worden opgedaan binnen de categorie activiteit, gevolgd door het zelf, daarna relaties en de minste leerervaringen worden opgedaan binnen de categorie acceptatie. Bij de patiëntgroep fibromyalgie worden de meeste leerervaringen opgedaan binnen de categorie activiteit, gevolgd door het zelf, vervolgens relaties en als laatste acceptatie. Niet alle respondenten hebben leerervaringen opgedaan binnen de categorieën acceptatie. De patiëntgroep fibromyalgie doet de meeste leerervaringen op met betrekking tot het concept bewegen. Verder lopen de leerervaringen binnen de patiëntgroep fibromyalgie, wat meer uiteen.

Conclusie: De leerervaringen op acceptatie, activiteit en het zelf, bevatten aspecten van de zes kernprocessen waar ACT op gebaseerd is (Hayes S. , Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Uit de leerervaringen over activiteit blijkt dat het fysieke aspect een belangrijke rol speelt binnen de therapie. Tot slot worden er ook leerervaringen opgedaan in relatie tot professionele hulpverleners, de therapiegroep en de omgeving. In de theorie van ACT wordt hier geen aandacht aan besteedt. In de toekomst zou het goed zijn om meer in beeld te krijgen wat de effecten van relaties zijn op patiënten met chronische pijn en wat het effect van de verschillende disciplines is, op patiënten met chronische pijn.

Abstract

Introduction: 18 percent of the population in Europe suffers from a form of chronic pain. Chronic pain has a negative impact on daily functioning. Research (Bekkering, et al, 2011) shows that 79 percent of the patients have the feeling they have not been adequately treated for their disease. There's a special therapy, suited for people with chronic pain: acceptance and commitment therapy (ACT). Various studies have shown that ACT is an effective treatment for patients with chronic pain (Vowles, McCracken, & O'Brien, 2011). This research investigates what aspects of ACT are helpful for patients, by analyzing the learning experiences that patients gained by ACT. To get a clearer view on the learning experiences from the therapy, the patient group fibromyalgia is selected. This group is used to see the influences of a specific disease onto the learning experiences that are gained.

Method: In this study, fourteen patients who followed ACT are investigated. The fourteen patients were interviewed during and after the therapy. This study investigates the final interviews, which were conducted six weeks after therapy. The interviews were focused on learning experiences that respondents have gained as a result of the therapy. The learning experiences are explored through qualitative research, according to the grounded theory. The patient group fibromyalgia consists of three out of the fourteen respondents analyzed in this study. The patients with fibromyalgia are selected because the group is fairly homogeneous. This makes the investigation onto the influences of the disease on learning experiences more reliable. The analysis of the interviews was done by two researchers. They discussed their analysis to increase the reliability of the founded encoding scheme.

Results: The encoding scheme is drawn up, based on the fourteen final interviews. The encoding scheme is suitable for all fourteen respondents. The analysis shows that the fourteen respondents have gained learning experiences in the areas of: acceptance, activity, the self and relationships. All patients gained learning experiences on all areas, except for the area acceptance and relationships. Most learning experiences are gained within the category activity, then the self, then relationships, and then the least learning experiences are gained within acceptance.

The patient group fibromyalgia gained the most learning experiences in the category activity, then the self, then relationships and then the least experiences are gained within acceptance. Not all patients gained learning experiences on the area of acceptance. All patients with fibromyalgia have gained the most learning experiences on movement within the category activity. Furthermore, the learning experiences within the other categories vary more between the three patients.

Conclusion: The learning experiences on the categories: acceptance, activities and the self, contain aspects of the six core processes where ACT is based on (S. Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). The physical aspect of activities plays an important role in the learning experiences from the patients. The physical part of the multidisciplinary treatment of rehabilitation centre Roessingh provides learning experiences. Finally, there are learning experiences in relation to healthcare professionals, the therapy group, and the environment. There is no attention for the effect of relations with others, in the theory of ACT. For future research it would be recommended to learn more about the effects of relationships on patients with chronic pain and the impact of the various disciplines, like counseling, physiotherapy and psychology, in the therapy on patients with chronic pain.

1. Inleiding

In Nederland hebben meer dan 2 miljoen mensen dagelijks last van pijn. In Europa heeft gemiddeld 18 procent van de bevolking zelfs last van chronische pijn (Bekkering, et al., 2011). Chronische pijn heeft een negatieve impact op het dagelijks functioneren, de stemming, kwaliteit van leven en ziekteverzuim (Regieraad, 2011). Hoewel chronische pijn veel meer voorkomt dan chronische ziektes als COPD en diabetes en een negatieve impact heeft op het functioneren, is er veel minder aandacht voor chronische ziekte dan voor bijvoorbeeld COPD (Regieraad, 2011).

Er zijn verschillende soorten behandelingen voor chronische pijn. Uit een metaonderzoek van Bekkering (2011) naar de behandeling van chronische pijn, blijkt dat 24-43 procent niet behandeld wordt voor chronische pijn. 79 procent van de patiënten vindt dat hij of zij niet adequaat wordt behandeld. Patiënten met chronische pijn hebben ook recht op een (adequate) behandeling van hun ziekte. Door deze vraag is er voor chronische pijnpatiënten een therapie ontwikkeld. Deze behandeling heet acceptance and commitment therapie (ACT) en is een psychologische interventie gericht op de cognitieve en gedragsmatige aspecten van pijn (Loeser, 1999). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat ACT effectief is bij patiënten met chronische pijn (Vowles, McCracken, & Zhao O'Brien, 2011; Powers, 2009). Om patiënten zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen in de therapie is het van belang om te weten wat patiënten meenemen uit de behandeling. Zo kan gekeken worden of wat men leert en helpend vindt van de therapie, aansluit op de theoretische achtergrond van ACT. Zo wordt er meer inzicht verworven in het effect van ACT op patiënten en dit kan bijdragen aan de verdere ontwikkeling van ACT.

Dit onderzoek richt zich op de leerervaringen van veertien respondenten met chronische pijn aan het eind van de behandeling. Het onderzoek is gedaan aan de hand van eindinterviews, die zijn afgenomen zes weken na de behandeling. Het doel van het onderzoek is om meer inzicht te krijgen in het effect van ACT op patiënten, door te kijken naar de leerervaringen van de patiënten.

ACT wordt nu toegepast op respondenten met allerlei soorten chronische pijn. Bijvoorbeeld reuma, chronisch vermoeidheidssyndroom en fibromyalgie. Deze verschillende patiëntgroepen hebben niet allemaal precies dezelfde soort klachten. Het zou kunnen dat het ziektebeeld van invloed is op de leerervaringen die respondenten opdoen. Om een beter beeld te krijgen van het effect van ACT op specifieke patiëntgroepen, wordt in dit onderzoek ook één patiëntgroep geanalyseerd.

Er is gekozen voor de patiëntgroep fibromyalgie. Deze groep is gekozen, omdat de respondenten met fibromyalgie in dit onderzoek hetzelfde geslacht hebben en rond dezelfde leeftijdsfase zitten. Zo is er een zekere mate van homogeniteit binnen de groep, die het onderzoek naar de invloed van een specifieke ziekte op de leerervaringen betrouwbaarder maakt. Binnen deze patiëntgroep wordt gekeken welke leerervaringen worden opgedaan en in hoeverre er overlap en verschil is binnen de groep. Als de ziekte invloed heeft op de leerervaringen die patiënten opdoen, kan in de toekomst gekeken worden hoe hier in de therapie aandacht aan besteed zou moeten worden.

Het onderzoek naar de leerervaringen van de patiëntgroep fibromyalgie is ook uitgevoerd aan de hand van interviews die zes weken na de therapie zijn afgenomen. De respondenten met fibromyalgie komen uit de populatie van het totaal aantal respondenten van dit onderzoek.

1.1. Pijn

Om meer inzicht te krijgen in chronische pijn is het van belang om te weten wat pijn is. De *International Association for Study of Pain* geeft de volgende definitie: *“Pijn is een onplezierige sensorische en emotionele ervaring, geassocieerd met werkelijke en potentieel weefsel beschadiging, of beschreven in termen van dergelijke schade”* (Loeser, 1999).

Pijn bestaat uit een fysiek, cognitief- en gedragscomponent en is daarom een multidimensioneel probleem (Loeser, 1999). Het fysieke component wordt ook wel nociceptie genoemd. Dit is de detectie van beschadiging in lichamelijk weefsel. Nociceptie kan behandeld worden met pijnbestrijding. Bij chronische pijn is het weefsel vaak dusdanig beschadigd, dat het niet meer natuurlijk kan herstellen. Het cognitieve component van chronische pijn heeft te maken met de perceptie van pijn. De perceptie van pijn wordt gevormd door de cognities die een patiënt over pijn heeft en de reactie van het zenuwstelsel op pijn (Loeser, 1999). Het derde component van pijn is het gedragscomponent. Pijngedrag is het gedrag dat juist wel of niet uitgevoerd wordt als gevolg van een beschadiging aan lichamelijk weefsel (Loeser, 1999). Een voorbeeld is huilen of grimassen. Soms vermijden chronische pijnpatiënten situaties die geassocieerd worden met de pijn. Hierdoor worden ze belemmerd in de activiteiten van het dagelijks leven, die ze door de pijn niet meer durven te doen. Alle drie de componenten spelen een rol bij chronische pijn.

1.2. Fibromyalgie

Fibromyalgie is een vorm van chronische pijn. Het is een chronisch pijnsyndroom dat gekarakteriseerd wordt door pijn in de houding en beweging in combinatie met gevoelige drukpunten (Wolfe, et al., 1990). Voor fibromyalgie zijn objectieve ziekteverschijnselen niet kenmerkend (Jacobs & Geenen, 1997). Dit is een van de redenen dat de diagnose fibromyalgie pas gesteld wordt als andere ziekten als directe oorzaak zijn uitgesloten (Bijlsma, 1992) en de gegeneraliseerde pijn een prominente rol inneemt in het ziektebeeld (Geenen & Jacobs, 2001b).

Uit onderzoek onder fibromyalgie patiënten blijkt dat de klachten spontaan opkwam en dat de pijn gradueel verloopt (Knipping & Blécourt, 1995). De pijn wordt door patiënten als ‘stekend’ en ‘zeurend’ beschreven. Een van de mogelijke oorzaken voor het ontstaan van fibromyalgie is een stoornis in de zintuiglijke informatieverwerking (Geenen & Jacobs, 2001a). Hierbij wordt verondersteld dat een sterke prikkel van een betrokken zenuw kan leiden tot grote gevoeligheid van de zenuw. Een prikkel kan een verandering in warmte of een verandering van houding zijn, die normaal niet tot pijnprikkels leidt, maar wel bij patiënten met fibromyalgie. Daarnaast blijkt stress een belangrijke rol te spelen bij fibromyalgie. Uit onderzoek blijkt dat sommige mensen genetische aanleg hebben voor fibromyalgie, doordat ze extreem reageren op stresssituaties (Houdenhove & Egle, 2004).

Tot slot blijken er ook een aantal factoren te zijn die kunnen leiden tot de instandhouding van fibromyalgie. Dit zijn: stress, last van continue pijn, permanente angst, depressie, geïrriteerdheid, bezorgdheid, catastroferende gedachten en inadequaate hulpzoekend gedrag. Hieruit blijkt dat niet alleen zintuiglijke aspecten een rol spelen bij fibromyalgie, maar ook psychische, fysiologische, omgeving- en erfelijke factoren spelen een rol. ACT bij Revalidatiecentrum Roessingh is een multidisciplinaire behandeling die zich richt op meerdere aspecten, zowel psychologisch en fysiologische aspecten, en blijkt daarom goed te werken bij de behandeling van fibromyalgie (Jacobs & Geenen, 1997).

1.3. Acceptance en commitment therapie en chronische pijn

Acceptance en commitment therapie (ACT) is een vorm van cognitieve- en gedragstherapie. ACT richt zich op het accepteren van pijn en het uitvoeren van juiste acties, die niet gericht zijn op pijnvermijding, maar op het leiden van een gezond leven (McCracken & Vowles, 2006). Accepteren is geassocieerd met een hogere kwaliteit van dagelijks, emotioneel, sociaal en fysiek functioneren (McCracken, 1998; McCracken & Spertus, et al. 1999; McCracken & Eccleston, 2003). Daarnaast richt ACT zich op de functie die bepaalde cognities hebben in iemands leven en het pijngerelateerde gedrag dat iemand uitoefent (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). De therapie richt zich op verandering van de functie van cognities en tegengaan van vermijding, zodat patiënten over een flexibeler gedragsrepertoire gaan beschikken.

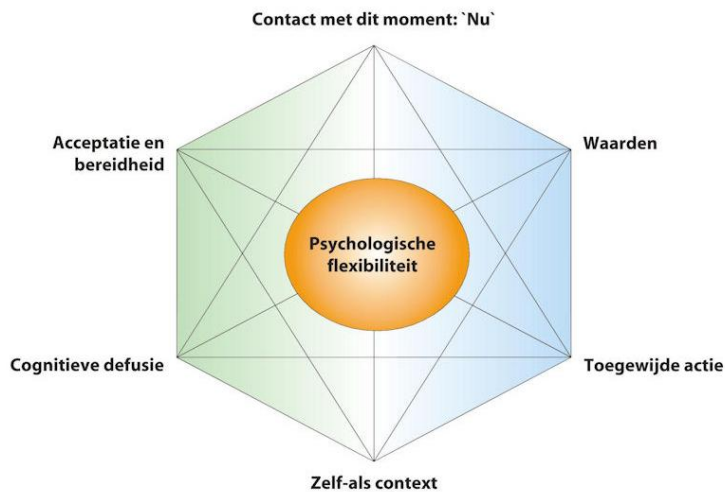
Een voorbeeld: patiënt B. heeft last van chronische pijn. Hij denkt dat de pijn verergert door inspanning en sportactiviteiten. Daarom vermijdt hij deze activiteiten. Sport geeft hem echter wel ontspanning. Hierdoor zorgt vermijding van sporten voor meer stress. Het vermijden van pijn of het proberen te controleren van pijn heeft vaak weinig succes en zorgt juist voor meer ongemak bij de patiënt (McCracken, Carson, Eccleston, & Keef, 2004). Het niet hebben van controle over de pijn, kan patiënten het gevoel geven van verlies van controle over hun leven (McCracken & Vowles, 2006).

1.3.1. De Relational Frame Theorie

Acceptance en commitment therapie is gebaseerd op de *relational frame theory (RFT)*. RFT stelt dat woorden in netwerken zijn verbonden aan elkaar. Doordat mensen woordelijk dingen kunnen uitspreken, kunnen er relaties tussen gebeurtenissen en emoties gelegd worden. Die relaties kunnen gewijzigd worden, door de woorden die men aan iets geeft en de relaties die men legt, te wijzigen (Hayes, et al., 2006). Net als bij het voorbeeld van de pijnpatiënt die sport deed voor zijn ontspanning, maar sporten nu ziet als een activiteit met veel pijn. De woorden pijn en sporten zijn aan elkaar verbonden. Hierdoor wordt bij de gedachten aan sporten, het construct pijn ook geactiveerd. Het is van belang bij de RFT dat men zich niet bezighoudt met de inhoud van de woorden en relaties, maar met de functie die een relatie heeft. Cognities hoeven niet gewijzigd te worden, die mogen blijven bestaan, maar de functie van een cognitie moet gewijzigd worden (Hayes, et al., 2006). Bijvoorbeeld: het sporten van patiënt B stond voor ontspanning. Er kunnen andere activiteiten of andere vormen van sport gezocht worden, zodat ontspanning intact blijft en gekoppeld kan blijven aan sporten. Binnen ACT gaat men niet op zoek naar de reden voor de koppeling van angst aan pijn bij het sporten en het veranderen van de angst, maar de functie die de angst heeft binnen je leven. Het gaat dan om de vraag hoe men kan zorgen dat deze angst niet belemmerd in de context waarin men zich begeeft.

1.3.2. De zes kernprocessen

Acceptance en Commitment Therapie bestaat uit fases waarin 6 kernprocessen aan bod komen. Deze 6 processen hebben als doel het creëren van psychologische flexibiliteit bij de patiënt. Psychologische flexibiliteit is leven in het hier en nu, zodat men in staat is flexibeler gedrag te vertonen (Hayes S. , Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). In de eerste fase van ACT komt 'creatieve hopeloosheid' aan bod, waarbij de patiënt zich voorbereidt op het loslaten van pijncontrole en in plaats daarvan waardevolle zaken in het leven nastreeft. Hieronder volgen de zes kernprocessen van ACT:



Hexaflex: de zes kernprocessen van ACT (Hayes S. , Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

1. *Acceptatie en bereidheid*: het accepteren van pijn en negatieve gebeurtenissen in plaats van vermijden van pijn. Bijvoorbeeld: gaan sporten op een lager tempo, in plaats van helemaal stoppen met alle vormen van sport en beweging.
2. *Contact met dit moment 'nu'*: het leren zijn in het hier en nu en leven met de gedachten en ervaringen van het heden. Dit gebeurt door middel van mindfulness oefeningen.
3. *Waarden*: de patiënt gaat op zoek naar waarden die belangrijk zijn in het leven. Bijvoorbeeld: veel tijd doorbrengen met familie en vrienden omdat ze belangrijk voor je zijn.
4. *Toegewijde actie*: de patiënt voert acties uit die passen bij de waarden die hij belangrijk vindt. Bijvoorbeeld: meegaan met een familie uitje, ook al weet je dat een dergelijk uitje pijn op kan leveren.
5. *Zelf-als context*: dit is een psychologisch proces waardoor mensen zelfkennis opdoen en van een afstand naar zichzelf leren kijken. Hierdoor leert de patiënt loskomen van de zelfbeschrijvingen die hem belemmeren bij groei en keuzes.
6. *Cognitieve defusie*: patiënten leren gedachten herkennen en losweken uit het relationele frame. Gedachten hoeven niet letterlijk te worden genomen en gevoel hoeft niet het gedrag te sturen. Bijvoorbeeld: als ik mee ga sporten met mijn vriendin, bestaat er een kans dat ik last krijg van mijn rug. Omdat ik me hier niet goed bij voel, kan ik het beter niet doen. Deze gedachten verbind gedachten, gevoel en gedrag aan elkaar. Het gevoel van angst, hoeft niet te betekenen dat de gedachten van pijn uit gaat komen. Dit onderscheid wordt geleerd.

1.3.3. De effecten van ACT

Verschillende onderzoekers hebben het effect van ACT onderzocht op verschillende aspecten van het leven van een patiënt. McCracken, Vowles en Eccleston (2004) onderzochten het effect van ACT op pijnintensiteit, depressie, pijngerelateerde angst, fysiek en psychosociaal onvermogen, dagrust door pijn, het aantal ingenomen pijnmedicatie in de gelopen tijd en zit/staan uitvoeringen. Door ACT verbeterde al deze aspecten significant. Drie maanden na de behandeling is een follow-up gedaan waaruit bleek dat de effecten iets minder sterk zijn, maar nog steeds significant ten opzichte van het moment voor de behandeling. Deze significante verbetering wordt uitgedrukt in een effectsize van 0.76. Uit een follow-up studie, drie jaar na de behandeling blijkt dat de effectsize nog 0.57 is. Uit een ander onderzoek naar de effectiviteit van ACT, blijkt de effectsize 0.42 te zijn ten opzichte van de controle conditie (Powers, Zum Vörde Sive Vörding & Emmelkamp, 2009). Hieruit blijkt dat patiënten

die de behandeling hebben gevolgd zich beter voelen dan patiënten uit de controleconditie die op de wachtlijst staan, een psychologisch placebo hebben gehad of een andere behandeling hebben gevolgd. Uit een onderzoek naar de het effect van ACT bij pijnpatiënten (Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2010) blijkt dat het effect van ACT op pijn 0.37 was en het effect op depressie 0.32. Echter blijkt uit dit onderzoek dat het effect niet beter was dan een behandeling met cognitieve gedragstherapie. Wel blijkt dat de therapie zowel effect heeft op pijn als op psychologische problemen gerelateerd aan chronische pijn. Tot slot blijkt uit grootschalig onderzoek in Engeland, de VS en België dat een grotere acceptatie van pijn zorgt voor een lagere pijn intensiteit, minder depressieve gevoelens, minder pijn gerelateerde angst, een lager lichamelijk en psychosociaal onvermogen en meer dagelijkse activiteit (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004b; McCracken, 1998 en McCracken et al. 1999). Uiteindelijk kan hieruit geconcludeerd worden dat het welzijn van patiënten na het volgen van ACT verhoogd wordt (Viane, Crombez, Eccleston, Devulder & De Corte, 2004).

Uit onderzoeken blijkt dat ACT een effectieve behandeling is voor zowel de lichamelijke als psychologische klachten. De effectiviteit kan voor een deel verklaart worden vanuit de theoretische onderbouwing van de zes kernprocessen. Door de leerervaringen van patiënten te analyseren kan in beeld gebracht worden hoe en of de zes kernprocessen terugkomen in de therapie. Echter is nog niet duidelijk wat werkend is voor de patiënt persoonlijk. Door de leerervaringen van respondenten te analyseren kan gekeken wat respondenten meenemen uit de therapie. Verwacht wordt dat deze leerervaringen aansluiten op de zes kernprocessen, maar er kunnen in dit onderzoek ook andere leerervaringen naar boven komen. In dit onderzoek wordt hiernaar gekeken met de volgende onderzoeksvraag:

- Welke leerervaringen doen patiënten met chronische pijn op tijdens de acceptance en commitment therapie?

De vraag zal worden beantwoord door middel van kwalitatief onderzoek bij veertien respondenten, aan de hand van interviews die 6 weken na de therapie zijn gehouden. Er wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve analyse om meer inhoudelijk in beeld te krijgen welke leerervaringen patiënten hebben opgedaan en hoe dit zich verhoudt tot hun dagelijks leven. De grounded theorie gaat uit van een bottom-up principe, waardoor de onderzoeker open blijft voor alle leerervaringen van de chronische pijnpatiënt en niet alleen inzicht krijgt in leerervaringen die aansluiten op het theoretisch kader van ACT (Boeije, 2005).

Om beter in beeld te krijgen welke factoren van invloed zijn op de leerervaringen van patiënten, is in dit onderzoek ook gekeken naar de leerervaringen van een specifieke patiëntgroep. Er is uit het totaal aantal respondenten een zo homogeen mogelijke groep geselecteerd, waarbij de focus ligt op de ziekte van de patiënten. De patiëntgroep fibromyalgie bleek de meeste overlap te hebben in geslacht en leeftijd. Zo kan gekeken worden of het soort ziekte invloed heeft op de leerervaringen die respondenten opdoen tijdens ACT. Het onderzoek naar de patiëntgroep fibromyalgie is gedaan aan de hand van de volgende onderzoeksvraag:

- Welke leerervaringen doen patiënten met fibromyalgie op tijdens de acceptance commitment therapie?

2. Methode

2.1. Respondenten

Bij Revalidatiecentrum Roessingh zijn veertien patiënten gevolgd tijdens ACT. Dit is gedaan door middel van wekelijkse interviews tijdens de behandeling en een interview 6 weken na de behandeling. De interviews zijn afgenomen door verschillende studenten van de Universiteit Twente tussen 2010 en 2013. De focus van dit onderzoek ligt op de interviews die na afloop van de behandeling zijn afgenomen. De onderzoeksgroep bestaat uit veertien respondenten, zes mannen en acht vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 37.7 jaar. In tabel 1 zijn de demografische gegevens van de respondenten weergegeven. De respondenten komen uit verschillende therapiegroepen. Sommigen hebben bij elkaar in de behandelgroep gezeten, anderen niet. Voor de onderzoeksvraag: *“Welke leerervaringen doen patiënten met fibromyalgie op tijdens de acceptance commitment therapie bij revalidatiecentrum Roessingh?”* zijn drie respondenten van het totaal gefilterd met de ziekte fibromyalgie. Deze groep (resp. 5, 8 en 12) bestaat uit drie vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 49 jaar.

Tabel 1

Demografische gegevens (N=14)

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Aandoening
1	Vrouw	33	Rugpijn: lumbago
2	Man	34	Rugpijn: lumbago
3	Man	43	Rugpijn: radicular
4	Vrouw	20	Lumbago
5	Vrouw	54	Fibromyalgie
6	Man	41	Rugpijn: lumbago
7	Vrouw	41	Pijnsyndroom
8	Vrouw	39	Fibromyalgie
9	Vrouw	48	Reuma, syndroom van Tietze
10	Man	46	Carpaal Tunnel
11	Vrouw	23	Chronisch vermoeidheidssyndroom
12	Vrouw	54	Fibromyalgie
13	Vrouw	19	Afwijking aan rug
14	Man	34	Hernia, artrose

2.2. De behandeling bij Revalidatiecentrum Roessingh

De veertien respondenten hebben een semiklinisch behandelprogramma van ACT gevolgd. Het programma heet ‘de pijn de baas’ en duurt 8 weken (Wulferink, Winter, Boer, & Seydel, 1993). Gedurende 8 weken zijn de patiënten 3 dagen intern in revalidatiecentrum Roessingh geweest, de andere dagen pastten de patiënten de geleerde principes thuis toe (Roessingh, 2013). Er is sprake geweest van een gestandaardiseerde, groepsgewijze aanpak (Wulferink et. al. 1993). Enige tijd na de

behandeling volgde een terugkomdag om het geleerde door te nemen en bij te sturen (Roessingh, 2013).

2.3. Interviews

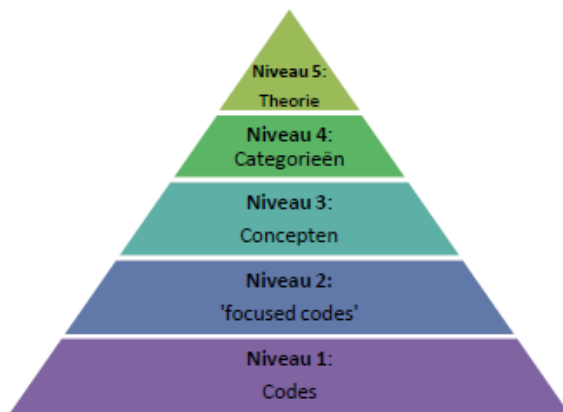
Bij de respondenten zijn voor, tijdens en na de behandeling interviews afgenomen. De respondenten zijn geselecteerd, door te vragen of ze mee wilden doen aan het onderzoek. Dit is vooraf aan de start van de behandeling gevraagd aan patiënten die zich hadden aangemeld bij revalidatiecentrum het Roessingh. De interviews namen elk maximaal een half uur in beslag en zijn, met toestemming van de patiënt, opgenomen en letterlijk uitgewerkt. De interviews zijn face-to-face of telefonisch afgenomen. Zes weken na de behandeling heeft een follow-up interview plaatsgevonden. Hierop zijn de analyses in dit onderzoek gericht. Het doel van de interviews is om de patiënten op semigestructureerde wijze situaties/leerervaringen te laten beschrijven van de therapie. De vragen in het interview hebben betrekking op twee hoofdvragen: 1. Wat hebt u geleerd en ervaren na beëindiging van de behandeling? 2. Hoe hebt u uw eigen ontwikkeling gedurende behandeling ervaren? In Bijlage 1 is het interviewschema terug te vinden.

2.4. Coderen

Allereerst wordt uiteengezet hoe het coderen van interviews via de grounded theory verloopt. Vervolgens wordt uiteengezet hoe de codering in dit onderzoek is verlopen.

2.4.1. Coderen vanuit de grounded theorie

De grounded theory bestaat uit verschillende niveaus: codes, 'focused codes', concepten, categorieën en theorie (zie Figuur 1). Allereerst wordt data verzameld, door middel van het afnemen van interviews. Vervolgens worden uit de data analyseerbare fragmenten gefilterd. De lengte van een fragment varieert van een zin tot een alinea. Elk fragment bestaat uit een inzicht die de respondent heeft opgedaan. Aan elk inzicht wordt een code gehangen die de kern van het fragment weergeeft. De codes die meerdere malen voorkomen, worden vervolgens samengevoegd. De oorspronkelijke codes en samengevoegde codes worden de 'focused codes' genoemd (Harper & Thompson, 2012). Vervolgens worden de 'focused codes' die inhoudelijk gelijk zijn, samengebracht in concepten. Vervolgens worden de concepten die soortgelijk zijn, samengebracht in bredere categorieën. Tot slot kan uit de categorieën een algemene conclusie of theorie worden afgeleid (Harper & Thompson, 2012). Binnen dit onderzoek is het niveau 'focused codes' niet toegepast, omdat tijdens de analyse van de codes bleek dat er een natuurlijke overgang gemaakt kon worden van codes naar concepten. Vanuit de tekstfragmenten zijn codes bedacht. Vanuit het analyseren van codes zijn algemenere concepten ontstaan waar meerdere codes samen onder kunnen vallen.



Figuur 1: *gefundeerde theoriebenadering*

2.4.2. Het codeerproces

Twee onderzoekers hebben eerst ieder afzonderlijk drie interviews geanalyseerd met behulp van het programma Atlas.ti. Uit de drie interviews hebben zij de belangrijkste thema's gefilterd en hun bevindingen overlegd. Na aanleiding van het gesprek is een codeerschema opgesteld van concepten die binnen de drie interviews zijn gevonden. Het voorgestelde codeerschema is overlegd met twee andere onderzoekers. Na overeenstemming gevonden te hebben over het codeerschema, is het schema gebruikt bij vier nieuwe interviews. Vervolgens is het proces van analyseren en bespreken herhaald met nog drie interviews. Pas nadat het codeerschema passend werd bevonden op alle tien de interviews, zijn de laatste vier interviews getoetst met het codeerschema. Aan het eind alle interviews nogmaals bekeken vanuit het schema en opnieuw gecodeerd waar nodig. Op deze manier is met een open houding net zolang aan het codeerschema geschaafd, tot het schema voor alle interviews passend was en beide onderzoekers het eens waren.

Een fragment uit één van de veertien interviews illustreert hoe het codeerproces is toegepast: *"Vroeger zou ik daar helemaal moeilijk over na gaan nadenken en kan dat wel en houd ik dat wel vol en nu heb ik het gewoon gedaan en hebben we een hele leuke avond gehad."*

Het tekstfragment is geselecteerd, omdat hieruit een nieuw inzicht blijkt en duidelijk wordt voor een ander die het leest, waar het inzicht over gaat. Er is genoeg informatie geselecteerd om het tekstfragment te kunnen begrijpen. Allereerst is het fragment gelabeld via niveau 1, zo dicht mogelijk bij de inhoud. De code van het fragment is: *vroeger bepaalde gedachten hebben, nu spontaan doen*. Vervolgens zijn de codes gegroepeerd en benoemt als *gedachten en doen*. Andere codes die hieronder vallen gaan over het hebben van gedachten of over het spontaan dingen ondernemen. Hier is vervolgens op een abstracter niveau naar gekeken en besloten dat de uitspraak draait om het hebben van *cognities in bepaalde situaties*, die in dit geval, belemmerend waren. Het concept *cognities* is ontstaan en hieronder werd deze code geplaatst. Na het analyseren van meer interviews is er een stap verder gegaan en is het concept *cognities* ondergebracht onder de categorie *het zelf*. Zo is bij elk tekstfragment kritisch gekeken naar de inhoud van de tekst en is door middel van keuzes en welomschreven codes geprobeerd een gefundeerde theorie op te zetten. Alle inzichten passen onder één van de concepten en categorieën. Soms zijn tekstfragmenten in tweeën geknipt om ze zo allebei onder een juist concept te kunnen plaatsen. Per gekozen tekstfragment is maar één code geselecteerd. Er wordt in het resultaatdeel soms gesproken over tekstfragmenten en soms over het aantal respondenten die een code noemen. In het resultaatdeel wordt het schema verder uitgewerkt.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt het coderingsschema dat vanuit de interviews is opgesteld besproken. Allereerst komen de categorieën aan bod, gevolgd door de concepten die hierbinnen vallen. Bij sommige codes is risico op overlap, omdat deze op elkaar lijken. Daarom wordt voor ieder concept een definitie gegeven, zodat duidelijk wordt wat het onderscheid is en om welke redenen een code bij een bepaald concept hoort en onder een bepaalde categorie valt. Bij elke categorie is een tabel gemaakt met daarin een korte opsomming van de inhoud van een categorie, een voorbeeldcitaat per concept en het aantal codes per concept. De codes, niveau 1 van de piramide van de gefundeerde theorie, worden vanaf nu 'leerervaringen' genoemd. De volgende categorieën zijn uit de interviews gefilterd: acceptatie, activiteit, het zelf en relaties.

In Tabel 2 zijn de respondenten weergegeven met het aantal leerervaringen per categorie, het totaal aantal leerervaringen per respondent en per categorie. Het totaal aantal codes binnen dit onderzoek is 445. Binnen de categorie activiteit zijn de meeste leerervaringen opgedaan, daarna het zelf, vervolgens relaties en tot slot acceptatie. Wat opvalt, is dat de categorieën acceptatie en relaties een stuk minder codes bevatten dan de categorieën activiteit en het zelf. Alle respondenten doen leerervaringen op binnen de categorieën activiteit en het zelf. Alleen respondent 1 doet geen leerervaringen op binnen de categorie relaties. Binnen de categorie acceptatie doen 4 respondenten geen leerervaringen op. Tussen de respondenten loopt het aantal leerervaringen sterk uiteen: respondent 6 beschrijft de minste leerervaringen (10 codes), en respondent 13 de meeste (65 codes). Op het eerste gezicht lijkt er voor dit verschil geen voor de hand liggende verklaring te zijn. Er is gekeken naar leeftijd, geslacht of ziekte, en hierin zijn geen opvallende verschillen in aantal leerervaringen zichtbaar. Ook binnen de interviewers lopen het aantal leerervaringen per respondent uiteen. Binnen de patiëntgroep fibromyalgie zal onder andere verder gekeken worden of er verschillen tussen respondenten zijn met oog op leerervaringen en of hier een passende verklaring voor te vinden is.

Tabel 2

Totaal aan codes per respondent

Respondent	Acceptatie	Activiteit	Het Zelf	Relaties	Totaal
1	4	10	11	0	25
2	7	3	4	7	21
3	2	16	6	3	27
4	5	13	15	4	37
5	1	7	4	2	14
6	1	4	3	2	10
7	2	6	8	3	19
8	3	19	26	8	56
9	7	28	14	8	57
10	0	8	2	1	11
11	0	15	14	1	30
12	0	12	10	2	24
13	6	36	13	10	65
14	0	31	7	17	55
Totaal	38	208	137	68	451

3.1. Acceptatie

De categorie acceptatie omvat de leerervaringen die de respondenten hebben opgedaan over acceptatie en niet accepteren. De leerervaringen die patiënten tijdens de therapie hebben opgedaan over acceptatie, lopen zeer uiteen. Voorbeelden van uitspraken waar de leerervaringen mee beginnen zijn: 'ik moet ermee leren leven', 'ik kan er niks aan doen', 'dus moet ik me erbij neerleggen', en 'er is acceptatie gekomen'. Uiteindelijk voeren twee subthema's de boventoon binnen het de categorie acceptatie: acceptatie van de situatie en acceptatie van pijn. Soms omschrijft een respondent acceptatie in een situatie waar ook pijn een rol speelt. De subthema's overlappen in dat geval. Er is besloten om de leerervaringen die alleen over pijn gaan, onder het concept 'acceptatie van pijn' te laten vallen. Als beide voorkomen, wordt eerst gekeken of de leerervaring in tweeën gesplitst kan worden, zodat het deel over acceptatie van pijn onder het ene concept geschreven kan worden en het deel over acceptatie van de situatie onder het andere concept. Heel soms kan een tekstfragment niet opgedeeld worden en zijn acceptatie van de situatie en van pijn even belangrijk. In dat geval is uiteindelijk besloten om deze leerervaringen onder situatie te laten vallen. Dit omdat het concept acceptatie van pijn veel smaller en concreter is, dan het concept acceptatie van de situatie. Om deze reden is het passender om de leerervaringen waarin beide worden vertegenwoordigd, onder acceptatie van de situatie te laten vallen.

Tabel 3

Categorie acceptatie

Concepten	Definitie	Voorbeeld	Aantal
Acceptatie van Situaties	De situaties waarin respondent inzicht heeft gekregen in het wel of niet accepteren van de situatie. Situaties worden breed geïnterpreteerd, ze kunnen onder andere te maken hebben met verandering, ziekte, en locaties zoals werk of thuis.	<i>"Er zelf wat beter mee omgaan, ook wel een stukje acceptatie weer dat het waarschijnlijk niet meer weg gaat en dan maar kijken wat de toekomst brengt. Van: kan ik wel hele dagen werken, hoeveel uren en dan probeer ik het weer in de ploeg"</i>	25
Acceptatie van Pijn	Het inzicht dat respondent heeft gekregen in de pijn die hij ervaart en de acceptatie die hij daar wel of niet in gevonden heeft. Alleen codes die puur om de pijnervaring gaan vallen onder dit concept.	<i>"Nou ik merk wel dat ik me qua pijn en zo niks veranderd is ten opzichte van begin van de therapie bij het Roessingh, [.....] ja wat moet ik daarover zeggen, je moet daarmee leven en ja, dat valt niet altijd mee."</i>	13

3.1.1. Acceptatie van situaties

Het concept situaties bevat codes betreffende het accepteren en niet kunnen accepteren van situaties waarin de respondent zich bevindt. Het concept omvat veel verschillende leerervaringen, omdat respondenten veel verschillende facetten in hun leven hebben leren accepteren. Ook doen de veertien respondenten op verschillende situaties leerervaringen op. De meest genoemde situaties hebben te maken met acceptatie van veranderingen, of situaties door de ziekte, in het werk of thuis. In tabel 3 is een voorbeeld te vinden van een leerervaring van accepteren van de situatie. Hierbij geeft een respondent aan dat er een stukje acceptatie is gekomen in de werksituatie.

3.1.2. Acceptatie van pijn

Het tweede concept van de categorie acceptatie is pijn. Onder dit concept vallen alle leerervaringen die respondenten hebben gedaan over het accepteren pijn en het juist niet kunnen accepteren van pijn. De leerervaringen die binnen dit concept vallen gaan bijvoorbeeld over 'accepteren dat de pijn er altijd is'. Leerervaring over activiteiten en beweging vallen ook binnen de categorie 'activiteit'. Als het inzicht voor de respondent draait om acceptatie, vallen leerervaringen, waarin ook activiteiten genoemd worden, onder het concept 'acceptatie van pijn'. Als het inzicht draait om beweging, dan valt de leerervaring onder de categorie activiteit, die later zal worden beschreven. Tot slot valt onder acceptatie van pijn, ook het voorlief nemen van pijn. Hiervan staat een voorbeeld in Tabel 3.

3.2. Activiteit

De tweede categorie bevat de leerervaringen die respondenten hebben opgedaan over activiteit. Hierbij gaat het om inzichten betreffende bewegen, de manier van bewegen, het nemen van rust, balans vinden tussen activiteit en rust en het aangeven van grenzen met oog op de dingen die een respondent kan en niet kan. Respondenten ervaren soms belemmeringen door hun ziekte bij het doen van activiteiten. De subthema's die onder deze categorie vallen zijn: beweging, rust, balans en grenzen. Balans bevat leerervaringen met oog op bewegen en rust. Hoewel dit concept overlap heeft met bewegen en rust, is ervoor gekozen hier een los concept van te maken. Dit omdat mensen heel specifiek spreken over de balans aanbrengen in hun leven of het structureren van hun dag met oog op rust en activiteit. Ook zijn er uitspraken puur gericht op bewegen en uitspraken met oog op het alleen pakken van rust, niet in relatie tot te veel bewegen. In Tabel 4 is per concept een definitie gegeven met een voorbeeld van een leerervaring en het totaal aantal leerervaringen per concept.

Tabel 4

Categorie activiteit

Concepten	Definitie	Voorbeeld	Aantal
Beweging	Het inzicht dat respondent opdoet betreffende bewegen en de manier van bewegen, binnen verschillende situaties zoals leuke dingen, werk en thuis. Het niet kunnen doen van bepaalde activiteiten en bewegingen vallen ook onder dit concept.	<i>"Ja, we zijn sowieso wel een stuk actiever geworden. Ik merkte wel dat ik, sinds dat ik pijn had echt een beetje thuis bleef en vaak dingen af zei. En tegen dingen opzag, van ga ik dit wel volhouden en gaan we dit wel doen. En nu gaan we elk weekend wel iets leuks doen. Spontaan dingen besluiten, zo van zullen we gaan en dan gaan we</i>	45
Rust	Het inzicht dat de respondent opdoet over het nemen van rust of het krijgen van rust. Ook het moeite hebben met rust valt onder dit concept. Tot slot valt ook het doen van ontspannen activiteiten onder dit concept.	<i>"Ja, dat wel en ook meer mijn rustpunten te nemen vooral thuis dan want op mijn werk is het nog wat lastig soms."</i>	36
Balans	De respondent krijgt inzicht in het belang van balans tussen rust en activiteit en het bewust bedenken	<i>"Maar achteraf bleek, ik had beter de dingen anders in kunnen delen. Ik had beter kunnen zeggen van, ik ga even</i>	52

	wat hij of zij gaat doen, zodat er balans kan ontstaan. Ook het inzicht hebben in moeite met balans valt onder dit concept.	<i>een uur of twee uur plat. Even ontspannen, en dan weer verder"</i>
Grenzen	De respondent beschrijft het inzicht in het aangeven van grenzen met oog op activiteit. het aanvoelen en luisteren naar grenzen binnen activiteiten. Dit kunnen activiteiten zijn op het werk, maar ook thuis. Ook het inzicht in de moeite met grenzen en het aangeven van grenzen vallen onder dit concept.	<i>"Een goed gevoel van: ik heb lekker 65 wat gedaan en ja ietsje moe is niet erg, maar als je over je grens moet, dat kost een paar dagen.. dat is het niet waard "</i>

3.2.1. Beweging

Het concept beweging bevat de leerervaringen die respondenten hebben opgedaan over bewegen. Hieronder valt: het ondernemen van activiteiten, bewegen, de manier van bewegen, het doen van leuke dingen en bijvoorbeeld het doen van activiteiten op het werk. Bewegen wordt vaak genoemd in combinatie met een term als 'klachten', 'kunnen' of 'pijn'. Leerervaringen met oog op pijn vallen onder dit concept als het bewegen centraal staat. Een voorbeeld van een leerervaring die valt onder het concept bewegen is te vinden in Tabel 4. In dit tekstfragment geeft de respondent aan dat hij actiever is geworden door het doen van meer leuke activiteiten.

3.2.2. Rust

Binnen het concept rust vallen alle inzichten van de respondenten over het nemen van rust. Hierbij passen uitspraken die te maken hebben met 'niets doen', 'rust nemen' en 'rust inlassen'. Het doen van ontspannen activiteiten valt ook onder dit concept, omdat hierbij de ontspanning en rust die men uit de activiteiten haalt centraal staat. De leerervaringen binnen het concept rust gaan dus om lichamelijke- en geestelijke rust. Naast de leerervaringen over rust gaat het bij dit concept ook om de leerervaringen betreffende de moeite die men ervaart bij het nemen van rust. Een voorbeeld van een code van het concept rust staat in Tabel 4.

3.2.3. Balans

Het concept balans bevat alle leerervaringen die gericht zijn op balans tussen beweging en rust. Hierbij gaat het om het bewust kiezen wat je wel en niet doet, rust nemen na veel drukte en bijvoorbeeld de dag indelen met rust en activiteit. De concepten rust en beweging, zoals hierboven beschreven, worden genoemd in de leerervaringen over balans. Echter staat de balans als inzicht centraal. Ook het juist niet hebben van balans behoort tot dit concept. Een voorbeeld van een leerervaring is te vinden in Tabel 4. Deze leerervaring draait om het indelen van de dag, waardoor er balans ontstaat.

3.2.4. Grenzen

Het laatste concept binnen de categorie activiteit, is grenzen. Het concept grenzen bevat alle leerervaringen die gaan over het aangeven en stellen van grenzen binnen activiteiten. Het aangeven van grenzen wordt bijna in geen andere context genoemd, daarom valt het onder de categorie

activiteit. Soms doen respondenten wel leerervaringen op over de grenzen van hun lichaam. Deze leerervaringen passen inhoudelijk echter beter bij respect voor het lichaam. Daarom zijn deze leerervaringen onder het concept eigenwaarde, binnen de categorie het zelf, geplaatst. Een voorbeeld van een leerervaring over grenzen staat in Tabel 4.

3.3. Het zelf

De derde categorie waar in dit onderzoek leerervaringen opgedaan worden is het zelf. De categorie 'het zelf' omvat de leerervaringen over de respondent als eigen persoon. Binnen deze leerervaringen staan de gevoelens, gedachten en cognities van de eigen persoon centraal. Daarnaast draait het binnen deze categorie om de leerervaringen over waarden, eigenwaarde, doelen in het leven, het beeld van de toekomst en leven in het hier en nu.

Daarnaast geldt ook voor deze categorie dat leerervaringen over het niet nadenken over dingen, een lage zelfwaardering hebben en juist geen doelen stellen, niet leven in het hier en nu, of geen toekomstvisie hebben, ook binnen deze categorie vallen. Binnen de categorie 'het zelf' vallen de volgende concepten: cognities, eigenwaarde, gevoelens en toekomst. In Tabel 5 is per concept een definitie gegeven met een voorbeeld van een leerervaring en het totaal aantal leerervaringen.

Tabel 5

Categorie Het Zelf

Concepten	Definitie	Voorbeeld	Aantal
Cognities	Het inzicht dat respondent heeft gekregen over de gedachten en cognities die hij of zij heeft. Waarbij codes draaien om gedachten en verandering in de gedachten bij de respondent.	<i>"Ja vroeger had ik echt meer de gedachten, waarom zou ik het niet doen en nu heb ik zoiets waarom zou ik het wel doen."</i>	55
Eigenwaarde	Het inzicht van de respondent in eigenwaarde, zelfrespect en respect voor het lichaam. Ook inzichten over het niet hebben van zelfrespect en eigenwaarde vallen hieronder. Soms worden binnen de eigenwaarde ook activiteiten genoemd, maar het inzicht in het zelf staat altijd centraal.	<i>"Ja er zit ook wel een stukje zelfvertrouwen in dat je ook voor jezelf kiest en dat je dit ook uit durft te spreken naar een ander toe. En die ander moet dan inderdaad maar kijken of die er wel mee kan leven of niet. Dat is nu eenmaal zo en dat is wel een stukje makkelijker om toch toe te geven aan de nieuwe ik, dat ik anders ben en daardoor ook die knop heb durven om te zetten, zo moet je het ook een beetje zien."</i>	59
Gevoelens	Het inzicht van de respondent in zijn of haar gevoel. leerervaringen die zijn opgedaan. Hieronder vallen emoties zoals blij, boos en verdrietig. Maar ook gevoelens van stress, angst en schuld.	<i>"niet jezelf iedere keer opsluiten, want op een gegeven moment, ik sloot me dus zo op en werd bang van 'dit moet je niet doen, en dit niet'. Je wereld wordt steeds kleiner en kleiner. Die angst heb ik een beetje overwonnen. Het is niet zozeer een strijd, maar een gedeeltelijke angst."</i>	18

Toekomst	De respondent benoemt inzichten in het stellen van doelen en het hebben van een toekomst visie. Ook inzichten betreffende het leven in het nu en niet te ver vooruit kijken vallen binnen dit concept.	<i>“Ik wil niet verder kijken dan een half jaar, ik kijk nog niet eens drie weken vooruit kijken, ik weet niet hoe ik dan over drie weken 's morgens uit bed kom. (..) En dat is het voornaamste wat ik daar heb geleerd, niet te ver vooruit willen kijken, gewoon kijken en genieten van de momenten die er nu zijn.”</i>	12
-----------------	--	---	----

3.3.1. Cognities

Het eerste concept binnen de categorie het zelf is cognities. Hierbinnen vallen alle leerervaringen die respondenten hebben opgedaan betreffende cognities en gedachten. Codes waarin respondenten letterlijk zeggen ‘*ik dacht dat*’ of ‘*ik ben me bewust geworden van*’ vallen onder dit concept. Maar ook leerervaringen over piekeren, bewustwording en opvolgen van gedachten vallen hieronder. Van belang is dat de leerervaring draait om de persoon in relatie tot zijn of haar cognities. Een voorbeeld van een leerervaring binnen het concept cognities staat in Tabel 5. In deze leerervaring noemt de respondent de gedachten die ze had over een bepaald onderwerp en hoe dit veranderd is. Het onderwerp waarover ze dacht zou ook onder een andere categorie kunnen vallen, maar het draait in de leerervaring om de verandering in gedachte, daarom valt de uitspraak binnen het concept cognities.

3.3.2. Eigenwaarde

Het concept eigenwaarde bevat alle leerervaringen over *het gevoel van eigenwaarde, gevoel van wat je waard ben, zelfrespect* (Dale, 2010). Ook de leerervaringen die respondenten opdoen over hun waarden en normen vallen onder dit concept. Daarnaast heeft eigenwaarde niet alleen betrekking op het gevoel van wat je waard bent, maar ook op de waarden van het lichaam. Leerervaringen met betrekking tot het lichaam en het luisteren naar het lichaam vallen ook onder dit concept. Tot slot vallen alle leerervaringen over het niet luisteren naar het lichaam en het niet hebben van eigenwaarde binnen het concept eigenwaarde. Een voorbeeld van een code binnen het concept eigenwaarde staat in Tabel 5. De kern van deze leerervaring draait om het hebben van zelfvertrouwen en de ‘nieuwe ik’ en daarom valt deze uitspraak onder de categorie het zelf.

3.3.3. Gevoelens

Binnen het concept gevoelens vallen alle leerervaringen die gaan over gevoelens die respondenten hebben ervaren. Dit kunnen emoties zijn, zoals blijdschap, woede en verdriet. Maar ook gevoelens als angst, stress en frustratie worden vaak genoemd. Leerervaringen die geselecteerd zijn bevatten zinnen als: *“ik had het gevoel dat”*. Van belang is dat de leerervaringen aansluiten op het zelf. Leerervaringen in relatie tot anderen of over anderen vallen hier dus niet onder, maar onder de categorie relaties. Bijvoorbeeld: *‘mijn collega werd boos omdat ik mijn werk niet zo snel deed’* valt niet binnen dit concept. Een voorbeeld van een leerervaring binnen de categorie gevoelens is terug te vinden in Tabel 5. Er wordt in deze leerervaring een aantal dingen genoemd. De respondent benoemt de angst die hem belemmert om dingen te doen en naar buiten te gaan. In deze leerervaringen worden aspecten uit andere categorieën, zoals activiteit, genoemd, maar de leerervaring draait om gevoelens.

3.3.4. Toekomst

Het laatste concept van het zelf is toekomst. Hieronder vallen leerervaringen over de toekomst en het stellen van doelen. Het stellen van doelen valt ook onder toekomst, omdat het betrekking heeft op iets wat je nu wil, maar nog niet hebt bereikt. Ook leerervaringen over het leven in het hier en nu en het juist minder bezig zijn met de toekomst vallen binnen dit concept. Van belang is dat de leerervaringen betrekking hebben op de respondent zelf. Bijvoorbeeld: een uitspraak over het doen van meer activiteiten morgen, draait in essentie om het doen van activiteiten en valt dus niet binnen dit concept, maar binnen het concept beweging. Ook vallen leerervaringen die betrekking hebben op het leven in het 'hier en nu' binnen dit concept. Een voorbeeld van een leerervaring die wel binnen het concept toekomst valt staat in tabel 5. In dit tekstfragment draait het om de toekomst. De respondent heeft inzicht opgedaan in hoeverre ze vooruit wil kijken. Hierin draait het om het hier en nu, een onderdeel van het concept toekomst.

3.4. Relaties

De laatste categorie met leerervaringen die gevonden is binnen de interviews is relaties. Binnen deze categorie vallen alle leerervaringen met betrekking tot de relaties die respondenten hebben met de omgeving, medepatiënten en professionele hulpverleners. Leerervaringen binnen de categorie relaties hebben betrekking op hulp vragen aan mensen in de omgeving, duidelijkheid verschaffen over problemen en veranderingen, en bijvoorbeeld sociale steun zoeken of krijgen. Daarnaast gaat het ook om de inzichten verkregen door professionele hulpverleners. Tot slot draait het in deze categorie ook om leerervaringen waarin een tekort aan begrip, steun, en duidelijkheid in relaties centraal staan. De concepten die binnen deze categorie vallen zijn: omgeving, professionele hulpverleners en medepatiënten. In Tabel 6 zijn de concepten terug te vinden met een definitie en een voorbeeld.

Tabel 6

Categorie relaties

Concepten	Definitie	Voorbeeld	Aantal
Omgeving	De respondent benoemt inzichten in relatie tot mensen uit de omgeving. De zijn partner, ouders, kinderen, naasten en anderen. Relaties waarin steun of begrip wordt ervaren of juist gemist. Ook kunnen inzichten betrekking hebben op het ontvangen of vragen om hulp.	<i>“het feit dat ik daar was en ik heb mijn kinderen zeg maar bij mijn ouders achter gelaten, ja dat was voor mij ook een hele stap. Maar dat is ook allemaal heel goed gegaan”</i>	14
Medepatiënten	Het inzicht dat door respondent wordt beschreven in relaties tot medepatiënten. Door het ervaren van steun en begrip of juist het gebrek daaraan. Alle codes met betrekking tot inzichten die zijn op gedaan in relatie tot medepatiënten vallen	<i>“Ja, want het is ook heel prettig geweest om met meerdere patiënten die dezelfde klachten hadden in contact te komen. Om toch ook dingen te delen en dat je weet dat je het ook niet als enigste hebt en dat zij ook inderdaad bepaalde reacties kregen en dat je denkt waarom krijg</i>	22

	hieronder.	<i>ik dat eigenlijk, waarom heb ik dat eigenlijk."</i>
Professionele hulpverleners	De respondent benoemt inzichten die zijn opgedaan in relatie tot professionele hulpverleners. Dit zijn vaak hulpverleners van de behandeling, maar kunnen ook arbeidsgerelateerde hulpverleners zijn. De codes hebben betrekking op hoe de relatie wel of niet helpend of ondersteunend is geweest.	<i>"Ja, de maatschappelijk werkster, die heeft geholpen, de een op een gesprek met de maatschappelijk werkster."</i>

3.4.1. Omgeving

Binnen het concept omgeving vallen alle leerervaringen die zijn opgedaan in relatie tot personen in de omgeving. Dit kunnen zijn: de partner, familie, naasten, werk en anderen. Alle relaties die zorgen voor leerervaringen en die niet vallen binnen de concepten medepatiënten en professionele hulpverleners, vallen onder het concept omgeving. Op deze manier worden alle leerervaringen met betrekking tot relaties meegenomen in de codering. Een voorbeeld van een leerervaring binnen het concept omgeving is te zien in tabel 6. In dat tekstfragment komt de relatie van de respondent tot zijn kinderen naar voren. Leerervaringen in relatie tot kinderen vallen ook onder het concept omgeving.

3.4.2. Medepatiënten

Binnen het concept medepatiënten vallen alle leerervaringen die respondenten hebben opgedaan in relatie tot de patiënten van de therapiegroep. Respondenten geven bijvoorbeeld aan dat ze steun hebben ervaren van hun medepatiënten. Ook vonden sommige het delen van ervaringen met andere patiënten prettig en waren er respondenten die begrip hebben ervaren. Er waren echter ook respondenten die hebben ervaren dat ze liever individueel therapie hadden gevolgd. Deze leerervaringen vallen ook onder dit concept. Een voorbeeld van een leerervaring binnen het concept medepatiënten is te vinden in Tabel 6. Uit dit tekstfragment blijkt dat de respondent het als prettig heeft ervaren om te kunnen delen met medepatiënten die zijn klachten en problemen echt begrijpen.

3.4.3. Professionele hulpverleners

Het derde concept binnen de categorie relaties is professionele hulpverleners. Hieronder vallen alle leerervaringen die zijn opgedaan in relatie tot de professionele hulpverleners. Dit zijn psychologen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en arbo-artsen. De meeste leerervaringen hebben betrekking op professionele hulpverleners van de behandeling. Daarnaast zijn er een paar leerervaringen genoemd over re-integratie artsen en hulpverleners vanuit het werk. Een voorbeeld van een code binnen het concept professionele hulpverleners is te vinden in Tabel 6.

3.5. Patiëntgroep Fibromyalgie

Respondent 5, 8 en 12 lijden alle drie aan fibromyalgie. Deze patiëntgroep wordt gebruikt om te kijken in hoeverre er overeenkomsten en verschillen zijn in leerervaringen als respondenten dezelfde soort aandoening hebben, waarbij verwacht wordt dat ze dezelfde soort beperkingen ervaren in het dagelijks leven. In Tabel 2 is te zien hoeveel en welke leerervaringen elke respondent heeft opgedaan. Alle codes per respondent met fibromyalgie zijn terug te vinden in Bijlage 2. Hierna zal per respondent een beschrijving gegeven worden van de leerervaringen binnen de categorieën die eerder zijn beschreven. Daarna zal een korte samenvatting gegeven worden van de overeenkomsten en verschillen binnen de patiëntgroep Fibromyalgie.

Allereerst valt op dat er grote verschillen zijn in het totaal aantal leerervaringen per respondent. Respondent 8 heeft in totaal veel meer leerervaringen opgedaan dan respondent 5 en 12. Daarnaast valt op dat op de categorieën 'het Zelf' en 'Activiteit' door alle respondenten het meest gescoord wordt. Bij respondent 5 en 12 vallen de helft van de leerervaringen binnen de categorie activiteit. Respondent 8 heeft binnen de categorie 'het zelf' de meeste leerervaringen, iets minder dan de helft. Binnen de categorie acceptatie doen alle drie de respondenten de minste leerervaringen op. Waarbij respondent 12 geen leerervaringen heeft opgedaan binnen de categorie acceptatie. Binnen de categorie relaties vallen minder dan een kwart van de leerervaringen van de patiëntgroep fibromyalgie.

3.5.1. Respondent 5

Respondent 5 doet de meeste leerervaringen op binnen de categorie activiteit. Maar liefst de helft van de leerervaringen. Binnen de categorie activiteit doet respondenten 5 voornamelijk leerervaringen op gericht op beweging. Vijf van de zeven leerervaringen binnen activiteit gaan over beweging. Verder noemt respondent vijf een leerervaring over rust en een leerervaring met betrekking tot balans. Binnen het concept grenzen doet respondent 5 geen leerervaringen op.

Na activiteit doet respondent 5 de meeste leerervaringen op binnen de categorie het zelf. Respondent 5 heeft drie leerervaringen opgedaan over de cognities en een leerervaring over gevoelens, binnen de categorie het zelf. Respondent 5 doet geen leerervaringen op binnen de concepten toekomst en eigenwaarden. Wat opvalt is dat alle andere respondenten de meeste leerervaringen opdoen binnen het concept eigenwaarde, terwijl respondent 5 hierop geen leerervaringen opdoet binnen de categorie het zelf.

Respondent 5 doet twee leerervaringen op binnen de categorie relaties. Deze leerervaringen hebben beide betrekking op de professionele hulpverlening. Respondent 5 doet geen leerervaringen op met betrekking tot de omgeving of de therapiegroep.

Tot slot heeft respondent 5 een leerervaring opgedaan met betrekking tot de categorie acceptatie. Deze leerervaring gaat over acceptatie van de situatie: *"dingen zijn, het is zo als het is, dat zinnetje blijft dan in je hoofd zitten en dat je dingen moet accepteren zo als ze soms komen en dat het niet altijd even leuk is, ja gewoon alles accepteren zo als het is. Daar heb ik veel aan."* Respondent 5 heeft dus leerervaringen opgedaan binnen alle categorieën van het codatieschema.

3.5.2. Respondent 8

Respondent 8 heeft de meeste leerervaringen opgedaan over het zelf. Iets minder dan de helft van de leerervaringen vallen binnen deze categorie. Respondent 8 doet leerervaringen op binnen alle concepten van het zelf: zeventien leerervaringen over eigenwaarde, vier leerervaringen over

gevoelens, drie leerervaringen over cognities en twee leerervaringen over de toekomst. Hierin is respondent 8 de enige.

Een derde van de leerervaringen doet respondent 8 op binnen de categorie activiteit. Op alle concepten van de categorie activiteit doet respondent 8 leerervaringen op. De meeste leerervaringen worden opgedaan met oog op bewegen, daarna balans daarna rust en tot slot het aangeven van grenzen.

Binnen de categorie relaties doet respondent 8 daarna de meeste leerervaringen op. Hij doet 8 leerervaringen op, waarvan zeven leerervaringen met betrekking tot mensen uit de omgeving en een leerervaring met betrekking tot de professionele hulpverleners. Respondent 8 doet geen leerervaringen op in relatie tot de therapiegroep.

Tot slot worden drie leerervaringen opgedaan over acceptatie, door respondent 8. Leerervaringen een gaat over acceptatie van de situatie door de ziekte. Leerervaringen twee over acceptatie van veranderingen. Respondent 8 zegt letterlijk: *'Ik denk 'het is zo. Ik weet niet beter'.* De derde leerervaring gaat over acceptatie van de situatie. Hierin benoemt respondent 8 letterlijk de moeite die hij heeft gehad met het proces van acceptatie. Respondent 8 doet dus leerervaringen op binnen alle categorieën die in het coderingsschema worden beschreven.

3.5.3. Respondent 12

Respondent 12 doet de helft van zijn leerervaringen op binnen de categorie activiteit. De meeste leerervaringen worden opgedaan binnen het concept beweging. De andere concepten; balans, rust en grenzen, noemt respondent 12 elk twee keer.

Daarna volgt de categorie het zelf met iets minder dan de helft van de leerervaringen. Respondent 12 doet binnen het concept eigenwaarde de meeste leerervaringen op. Daarnaast heeft respondent 12 twee leerervaringen opgedaan over cognities en een leerervaring opgedaan over gevoelens. Binnen het concept toekomst worden geen leerervaringen genoemd door respondent 12.

Ook doet respondent 12 twee leerervaringen op binnen de categorie relaties. Een van de leerervaringen heeft betrekking op de medepatiënten en de andere op de professionele hulpverleners. Tot slot doet respondent 12 geen leerervaringen op binnen de categorie acceptatie.

3.5.4. Overeenkomsten en verschillen binnen de patiëntgroep

Als de drie respondenten met fibromyalgie vergeleken worden, valt binnen de categorie activiteit het volgende op. Binnen het concept beweging doet de gehele patiëntgroep de meeste leerervaringen op. Daarnaast valt op dat alleen respondent 8 ook veel leerervaringen heeft opgedaan binnen het concept balans. Respondent 5 en 12 doen hier ook leerervaringen in op alleen minder. Alleen respondent 5 heeft geen leerervaringen opgedaan rond het aangeven van grenzen binnen activiteiten. Binnen de categorie het zelf hebben respondent 5 en 12 gemeenschappelijk dat ze allebei geen leerervaringen opdoen over het concept toekomst. Daarnaast valt op dat respondent 8 en 12 beide de meeste leerervaringen opdoen over eigenwaarde, terwijl respondent 5 hier helemaal geen leerervaringen in opdoet. Het accent binnen het concept het zelf, ligt bij alle drie de respondenten anders, doordat er geen concept bij alle drie de respondenten echt uitspringt. Binnen de categorie relaties heeft de gehele patiëntgroep gemeenschappelijk dat ze allemaal een of meer leerervaringen op doen in relatie tot professionele hulpverleners. Verder valt op dat respondent 5 en 12 geen leerervaringen opdoen met de omgeving, terwijl dit concept bij respondent 8 er uit juist uitspringt. Tot slot valt op dat respondent 5 en 8 beide geen leerervaringen op doen met betrekking

tot medepatiënten. De grootste overeenkomst is dat het coderingsschema op de gehele patiëntgroep kan worden toegepast, binnen de categorieën zijn echter verschillende accenten te leggen per respondent.

4. Conclusie & Discussie

4.1. Conclusie

In dit onderzoek is door middel van kwalitatief onderzoek getracht een beeld te vormen van de leerervaringen die patiënten met chronische pijn opdoen, tijdens het volgen van acceptance en commitment therapie. Het onderzoek is gedaan aan de hand van interviews die bij veertien respondenten zijn afgenomen, zes weken na de behandeling. Het kwalitatieve onderzoek is verricht aan de hand van de grounded theorie. Dit is een bottom-up analyse (Charmaz, 2006). Deze analyse heeft als voordeel dat het zo dicht mogelijk bij de informatie van de respondenten blijft. Het onderzoek is gedaan aan de hand van de volgende onderzoeksvraag: *“Welke leerervaringen doen patiënten met chronische pijn op tijdens de acceptance en commitment therapie?”*

Om meer inzicht te krijgen in de leerervaringen van ACT bij verschillende vormen van chronische pijn, is in dit onderzoek ook nog gefocust op een specifieke patiëntgroep. De patiëntgroep fibromyalgie is geselecteerd. Deze patiëntgroep wordt gebruikt om wat meer in te zoomen op de specifieke leerervaringen en overeenkomsten en verschillen tussen patiënten met dezelfde aandoening. De patiëntgroep is een onderdeel van de veertien respondenten die in dit onderzoek zijn geanalyseerd (respondent 5,8 en 12). Het onderzoek naar de leerervaringen van de patiëntgroep fibromyalgie is gericht op de volgende onderzoeksvraag: *“Welke leerervaringen doen de patiënten met fibromyalgie op tijdens de acceptance en commitment therapie?”*

De respondenten doen leerervaringen op over acceptatie, activiteit, het zelf en relaties. Echter doen niet alle respondenten leerervaringen op over acceptatie en relaties. Een aantal leerervaringen komen overeen met de theorie van de zes kernprocessen. De categorie acceptatie komt bijvoorbeeld overeen met een deel van ‘acceptatie en bereidheid’ en er wordt veel gezegd over waarden en doelen, zoals terugkomt in het kernproces ‘waarden’. Sommige leerervaringen lijken op de theorie, maar zijn niet helemaal gelijk aan de theorie. Zo komt bijvoorbeeld de categorie het zelf, overeen met de categorie ‘zelf-als-context’. Echter worden er bijna geen leerervaringen beschreven met oog op mindfulness, terwijl dat de belangrijkste techniek is voor het kernproces ‘zelf-als-context’. Ook zijn er leerervaringen die wel terugkomen in de interviews, maar niet aansluiten op de zes kernprocessen, zoals relaties en fysieke activiteit. Hieronder worden de overeenkomsten, verschillen en de toevoegingen uit dit onderzoek, met de zes kernprocessen, per categorie van het coderingsschema beschreven.

4.1.1. Acceptatie

Uit de leerervaringen van de veertien respondenten in dit onderzoek, komt acceptatie naar voren. Respondenten zeiden letterlijk dat ze situaties moesten accepteren. Dit onderzoek sluit hierin aan op het kernproces ‘acceptatie en bereidheid’. Echter komt acceptatie wel het minst voor onder de veertien respondenten. Naar de tegenhanger van acceptatie, experiëntiële vermijding (Hayes S. , Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006), wordt door respondenten echter niet verwezen binnen de leerervaringen van dit onderzoek. Experiëntiële vermijding sluit aan op het onderdeel ‘bereidheid’ van het kernproces ‘acceptatie en bereidheid’ (Hayes S. , Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Hier sluit dit onderzoek niet op aan. Respondenten noemen wel leerervaringen met betrekking tot ‘het leven nemen zoals het komt’, het laatste gedeelte van de definitie die het Roessingh hanteert

(Scheurs, 2002). Ook wordt verwezen naar het tweede deel van de definitie van acceptatie, 'je niet automatisch laten leiden door gedachten en gevoelens.' Dit gedeelte is echter binnen een andere categorie van leerervaringen terug te zien in dit onderzoek. Namelijk de categorie 'het zelf'. Dit onderzoek is op gebied van acceptatie een ondersteuning van de theorie van ACT.

Uit het onderzoek naar de patiëntgroep fibromyalgie blijkt dat acceptatie wel naar voren komt, maar dat niet iedereen hier leerervaringen over opdoet. Naast dat niet de gehele patiëntgroep leerervaringen op doet over acceptatie, doet de patiëntgroep fibromyalgie ook weinig leerervaringen op over acceptatie. Dit is opvallend omdat ACT voor een belangrijk deel draait om acceptatie. Niet alleen de patiëntgroep fibromyalgie doet weinig leerervaringen op over acceptatie. De categorie wordt bij de totaalgroep ook het minst genoemd.

4.1.2. Activiteit

Uit dit onderzoek blijkt dat binnen de categorie activiteit de meeste leerervaringen zijn opgedaan. Alle respondenten doen hierop meerdere leerervaringen op. De leerervaringen binnen de categorie hebben vooral betrekking op fysieke activiteit. Waarbij het draait om bewegen, rust en balans. Deze leerervaringen sluiten aan op eerder onderzoek, waaruit blijkt dat de pijn die men ervaart een belemmering kan zijn bij het doen van activiteiten (Wilderström-Noga, Felipe-Cuervo, & Yezierski, 2001). Respondenten geven in dit onderzoek namelijk vaak aan dat ze door de pijn dingen niet doen of rust nemen om activiteiten beter vol te houden. Hierdoor lijkt het erop dat de therapie op dit probleem ingaat en patiënten hier leerervaringen in op doen. Belemmeringen met oog op bewegen kunnen een fysieke en mentale reden hebben (Wilderström-Noga, Felipe-Cuervo, & Yezierski, 2001). De fysieke belemmeringen hebben te maken met de pijn die patiënten tijdens het bewegen ervaren. De mentale reden heeft betrekking op het vermijden van bewegingen, onder andere door de angst voor de pijn tijdens het bewegen (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren, & van Eek, 1995). Het fysieke aspect van bewegen komt veel voor binnen de leerervaringen van de respondenten uit dit onderzoek. Echter wordt naar het mentale aspect van bewegen slechts een keer door een respondent verwezen. Deze respondent verwijst naar het aspect vermijdingsgedrag en dat valt binnen de theorie van ACT onder acceptatie (Hayes S. , Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Op dit theoretische onderdeel doen de veertien respondenten bijna geen leerervaringen op. Hierdoor lijkt het niet aan de orde te komen binnen de therapie, of niet tot leerervaringen te leiden bij respondenten. Dit onderzoek sluit wel aan op het kernproces 'toegewijde acties'. Een aantal respondenten benoemen dat ze sommige dingen doen, ondanks de pijn, omdat het belangrijk voor ze is. Dit wordt niet door alle respondenten genoemd, maar blijkt wel voor sommige respondenten een leerzaam proces te zijn. Hierin is dit onderzoek een ondersteuning voor een van de zes kernprocessen.

Binnen de patiëntgroep fibromyalgie is te zien dat alle respondenten de meeste leerervaringen op doen met betrekking tot het bewegen. Leren met betrekking tot bewegen lijkt hierdoor voor de gehele patiëntgroep van belang. Binnen de andere concepten binnen de categorie activiteit, verschilt het aantal leerervaringen tussen de respondenten en alleen op het concept grenzen aangeven doen niet alle respondenten leerervaringen op.

4.1.3. Het zelf

Daarna blijkt uit onderzoek dat de veertien respondenten de meeste leerervaringen op doen binnen de categorie het zelf. De categorie heeft betrekking op de respondent als eigen persoon. Hierbinnen staan leerervaringen centraal die te maken hebben met; gevoelens, gedachten, cognities, waarden,

eigenwaarden, doelen, leven in het hier en nu en het toekomstbeeld dat respondenten hebben. Respondenten beschrijven in hun leerervaringen vaak ervaringen die betrekking hebben op gedachten en emoties. Deze leerervaringen over gedachten en emoties sluiten aan op *the relational frame theory*, waarop ACT gebaseerd is (Hayes S. , Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Door de hoeveelheid leerervaringen lijkt de *relational frame theory* aan bod te komen binnen ACT en helpend te zijn voor respondenten.

Daarnaast blijkt uit de leerervaringen binnen de categorie 'het zelf' dat respondenten leerervaringen op doen over waarde en eigenwaarde. Dit onderzoek sluit aan op het kernproces 'waarden'. Het kernproces waarden draait om het op zoek gaan naar waarden en doelen in het leven. Op beiden doen de respondenten leerervaringen op. Daarnaast blijkt dat het leiden van een waardevol leven kan leiden tot verbetering van het welzijn (Scheurs, 2002). Dit zou indirect kunnen betekenen dat de therapie voor leerervaringen zorgt bij de patiënten, maar ook een verbetering van het welzijn zou kunnen zijn. Daarnaast sluit dit onderzoek in de leerervaringen over eigenwaarde ook aan het op het kernproces 'zelf als context'. Bij dit kernproces doen mensen zelfkennis op en leren van een afstand naar zichzelf te kijken (Hayes S. , Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Binnen de categorie het zelf, doen respondenten ook leerervaringen op met betrekking tot de toekomst en het leven in het hier en nu. Deze leerervaringen sluiten aan op het concept 'psychologische flexibiliteit' (Hayes S. , Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). ACT heeft als speerpunt de psychologische flexibiliteit bij patiënten te verhogen. De leerervaringen met oog op het leven in het hier en nu zijn een indirecte ondersteuning dat dit gebeurt door de therapie.

Als gekeken wordt naar de patiëntgroep fibromyalgie blijkt dat alle respondenten leerervaringen op doen over het zelf. Echter lopen de leerervaringen binnen de categorie het zelf, per respondent uiteen. De een leert meer over gevoelens en gedachten, terwijl bij de ander het accent ligt op eigenwaarde. Dit verschil is te begrijpen, gezien mensen allemaal anders zijn. Het zelf is heel persoonlijk, waarbij ieder persoonlijk andere obstakels tegen kan komen en dus ook andere dingen te leren heeft. De een ervaart belemmeringen bij zijn of haar eigen gedachten, terwijl de andere meer strubbelingen heeft met eigenwaarde en hier in de therapie bij geholpen kan worden. Dat mensen verschillen binnen het concept is begrijpelijk en ook goed, gezien ieder zijn eigen levensverhaal heeft en daarin zijn eigen strubbelingen ervaart.

4.1.4. Relaties

De laatste categorie waarin leerervaringen opgedaan worden in dit onderzoek is relaties. Slechts een van de veertien respondenten doet geen leerervaring op met betrekking tot relaties. De categorie relaties draait om de leerervaringen in relatie tot mensen uit de omgeving, medepatiënten en professionele hulpverleners. Dat verschillende hulpverleners voor leerervaringen zorgen kan verklaard worden vanuit het feit dat ACT bij Revalidatiecentrum Roessingh een multidisciplinaire behandeling is. Uit dit onderzoek blijkt dat de verschillende disciplines voor veel leerervaringen zorgen en dus bijdragen aan het inzicht dat respondenten op doen. In de theorie van ACT wordt geen aandacht besteedt aan de invloed van anderen op het effect van de therapie. Op zich is dit ook niet nodig, want dit kan ook gezien worden als een factor die van invloed is bij de vorm van therapie die je kiest. Doordat de hulpverleners en de therapiegroep voor een heel aantal leerervaringen zorgen, lijkt de vorm van therapie een positief effect te hebben op de patiënten die ACT volgen.

Binnen de patiëntgroep fibromyalgie blijkt dat alle respondenten leerervaringen op doen over relaties. Alle drie de respondenten doen leerervaringen op met betrekking tot andere hulpverleners. Ook hieruit blijkt dat de multidisciplinaire manier van behandelen een positieve invloed heeft op de

inzichten die patiënten op doen. Dit sluit ook aan op eerder onderzoek naar de behandeling van fibromyalgie, waaruit blijkt dat een multidisciplinaire behandeling goed werkt op deze doelgroep (Jacobs & Geenen, 1997). De invloed van de therapiegroep en de omgeving op de leerervaringen lopen meer uiteen per respondent.

4.2. Discussie

4.2.1. Aspecten die beperkt terugkomen in de leerervaringen

Op de categorie acceptatie doen de respondenten weinig tot geen leerervaringen op in dit onderzoek. Dit terwijl het wel een speerpunt van de therapie is. De therapie heet niet voor niks acceptance en commitment therapie. Het is belangrijk om erachter te komen hoe dit komt. Het zou kunnen dat de verschillende interviewers hier invloed op hebben gehad. Er zijn verschillende onderzoekers die interviews hebben afgenomen, op verschillende manieren. Sommige interviewers hebben telefonisch vragen gesteld en andere face-to-face. Dit zou invloed gehad kunnen hebben op het gevoel van contact en de antwoorden die respondenten hebben gegeven. Daarnaast hadden de verschillende onderzoekers verschillende onderwerpen van onderzoek. Dit kan invloed hebben gehad op de manier van doorvragen. Echter moet hierbij wel aangegeven worden dat alle onderzoekers hetzelfde script hebben gevolgd bij het interview, waardoor de lijn van de interviews hetzelfde was. Het zou ook kunnen komen doordat het gedeelte over acceptatie niet nieuw is en men hier al veel over wist, waardoor het niet als leerervaring wordt genoemd door de respondenten. Ook zou het kunnen dat het aspect acceptatie niet voor alle respondenten helpend is geweest. Maar het zou ook kunnen dat er te weinig tijd en aandacht aan acceptatie wordt besteed binnen de therapie. Om hierover meer duidelijkheid te krijgen, zou het goed zijn om onderzoek te doen naar hoe het acceptatie terugkomt in de therapie, of het helpend is en wat het effect is van acceptatie op het welbevinden van de patiënten.

Naast acceptatie, is vermijding een onderdeel wat in het kernproces 'acceptatie en bereidheid' een belangrijke rol speelt (Hayes S. , Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Veel mensen vermijden situaties, die ze door acceptatie van bijvoorbeeld de situatie, wel weer onder ogen zouden kunnen komen. Binnen de leerervaringen van de veertien respondenten wordt slechts een keer gesproken over vermijdingsgedrag. Het zou goed zijn om hier verder onderzoek naar te doen. Er kunnen verschillende redenen zijn dat vermijding niet genoemd wordt binnen de leerervaringen van dit onderzoek. Het zou kunnen dat het in de therapie te weinig is geaccentueerd, of dat de informatie over vermijden niet helpend is geweest bij deze groep patiënten, of dat men zich er nog niet genoeg bewust van is dat hij of zij vermijdingsgedrag toepast op situaties. De laatste reden is het minst voor de hand liggend, omdat er al heel veel onderzoek naar patiënten met chronische pijn en vermijding is geweest. Hierin is veel bewijs voor het vermijdingsgedrag bij deze patiënten gevonden. Nader onderzoek zou antwoord op deze vraag kunnen geven.

Uit dit onderzoek blijkt dat alle respondenten de meeste leerervaringen op doen op het gebied van activiteit. Ook als gekeken wordt naar de overeenkomsten binnen de patiëntgroep fibromyalgie komt naar voren dat alle respondenten veel leerervaringen hebben opgedaan op activiteit en beweging. Uit onderzoek van Jacobs en Geenen (1997) blijkt het stimuleren van een adequaat activiteitsniveau een belangrijk aangrijpingspunt is voor de behandeling van deze patiëntgroep. Uit dit onderzoek naar leerervaringen bij de patiëntgroep fibromyalgie, blijkt dat ACT, op het gebied van

bewegen voor de meeste leerervaringen zorgt. Er kan uit dit onderzoek echter niet geconcludeerd worden dat uit het aantal leerervaringen blijkt dat behandeling van het activiteitsniveau ook effectief was. Het zou goed zijn om verder onderzoek te doen naar de inzichten die respondenten hebben opgedaan over activiteit en of dit een positief effect heeft gehad op het welzijn.

De leerervaringen over activiteiten draaien met name om het fysieke gedeelte van activiteiten. Echter blijkt uit eerder onderzoek dat psychologische veranderingen een verklaring zijn voor de verandering in bewegingsniveau (Wulferink, Winter, Boer, & Seydel, 1993). In dit onderzoek is hier binnen de leerervaringen weinig van terug te zien. Er wordt alleen paar keer benoemd dat respondenten ervaren hebben dat 'niks doen en op de bank zitten, je ook niet beter doet voelen'. Dit komt echter zeer weinig voor als leerervaring. Het zou kunnen dat er niet goed is doorgevraagd in de interviews, waardoor hierover geen informatie is verzameld. Echter kan het ook zijn, dat er in de therapie te weinig aandacht besteedt is aan de psychologische aspecten die gekoppeld zijn aan activiteit. Naar de psychologische aspecten van activiteit zou verder onderzoek gedaan kunnen worden. In vervolgonderzoek zou het goed zijn om te richten op de psychologische en fysieke aspecten van bewegen, om beter in beeld te krijgen wat het effect van beide aspecten op de ziekte en de behandeling is.

Uit eerder onderzoek blijkt dat mindfulness een belangrijk speerpunt is om het kernproces 'zelf als context' te ondersteunen (Scheurs, 2002). Echter blijkt uit dit onderzoek dat de veertien respondenten bijna geen leerervaringen op doen over mindfulness. Slechts twee keer noemen respondenten mindfulness helpend. Hoe mindfulness 'helpend' is, wordt uit de interviews echter niet duidelijk. Om beter in beeld te krijgen wat de rol van mindfulness in de therapie is, zou verder onderzoek gedaan kunnen worden. Het zou goed zijn om onderzoek te doen naar de rol van mindfulness binnen ACT. Het zou kunnen dat patiënten geen leerervaringen op doen over mindfulness, omdat ze het niet als helpend ervaren. Mindfulness is een heel specifieke techniek, die misschien niet voor iedereen werkt. Het zou ook kunnen dat er in de therapie te weinig aandacht aan mindfulness wordt besteed, of dat het nut van mindfulness te weinig wordt benadrukt. Het is van belang om hier verder onderzoek naar te doen, omdat uit eerdere onderzoeken blijkt dat mindfulness een heel gunstig effect kan hebben op de pijn die pijnpatiënten ervaren (Kabat-Zinn, 1982).

Als wordt ingezoomd op de patiëntgroep fibromyalgie blijkt dat er een aantal factoren zijn die bij kunnen dragen aan de instandhouding van fibromyalgie symptomen. Dit zijn: last van pijn, permanente angst, depressie, geïrriteerdheid, bezorgdheid en catastroferende gedachten (Jacobs & Geenen, 1997). In de codering van de interviews in dit onderzoek komen leerervaringen op deze gebieden voor. De leerervaringen over acceptatie van pijn zouden helpend kunnen zijn bij de in stand houdende factor 'last van pijn'. Echter heeft niemand uit de patiëntgroep fibromyalgie hier leerervaring in opgedaan. De leerervaringen binnen het concept 'gevoelens' zouden aan kunnen sluiten bij de in stand houdende factoren van gevoelens als angst, depressie, geïrriteerdheid en bezorgdheid. De gehele patiëntgroep heeft op deze factor leerervaringen opgedaan. De leerervaringen over gevoelens zouden een positief effect kunnen hebben op de fibromyalgie symptomen. Tot slot passen de leerervaringen over cognitie bij de in stand houdende factor 'catastroferende gedachten'. Op dit concept heeft ook de gehele patiëntgroep leerervaringen opgedaan. In dit onderzoek komen dus allerlei aspecten naar boven die helpend kunnen zijn tegen de symptomen en in stand houdende factoren van fibromyalgie. Echter kan uit dit onderzoek niet

geconcludeerd worden of het echt helpend is geweest. Het zou goed zijn om hiernaar onderzoek te doen. Vragen die gesteld kunnen worden zijn: Wordt de patiënten met fibromyalgie geleerd de in stand houdende factoren te verminderen in ACT? Zorgt ACT voor vermindering van de fibromyalgie symptomen?

4.2.2. Verschillen tussen respondenten

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de er verschillen waren tussen respondenten in het soort leerervaringen dat men heeft opgedaan en het aantal leerervaringen dat met heeft opgedaan. Het verschil in aantal leerervaringen tussen de veertien respondenten is geanalyseerd. Er is gekeken of dit verschil gerelateerd kon worden aan de onderzoekers die de interviews afnamen. Het zou kunnen dat de een meer door heeft gevraagd, waardoor er ook meer leerervaringen genoemd werden. Echter leek hiervan geen sprake. Binnen een onderzoeker liep het aantal leerervaringen van de verschillende respondenten sterk uiteen. Daarnaast is naar leeftijd en geslacht gekeken. Binnen de gehele groep was hiervoor geen variabelen die een verklaring kon geven voor het verschil in aantal leerervaringen. Echter bij de patiëntgroep fibromyalgie viel op dat de twee respondenten van 54 jaar veel minder leerervaringen hebben opgedaan dan de respondent van 39. Hierdoor lijkt leeftijd een rol te spelen. Leeftijd zou gerelateerd kunnen worden aan levenservaring. Dan zou als verklaring gegeven kunnen worden dat patiënten met minder levenservaring meer leren van de therapie. Om hier meer duidelijkheid over te verschaffen zou het goed zijn om hier onderzoek naar te doen.

Daarnaast zou het goed zijn om nogmaals een onderzoek te doen waarbij mensen worden geïnterviewd volgens hetzelfde interviewschema. Aan de hand van het, in dit onderzoek, opgestelde coderingsschema kan verder uitgekristalliseerd worden welke categorieën aan bod komen binnen de leerervaringen van patiënten. Zo kan het coderingsschema gevalideerd worden. Daarnaast is het logisch dat er individuele verschillen zitten in leerervaringen tussen mensen, omdat ieder zijn eigen levensverhaal heeft, mensen verschillen in omgeving en ook in de klachten die ze ervaren. Echter is het wel belangrijk om erachter te komen welke leerervaringen bepalend zijn voor het effect van de therapie. Deze leerervaringen zouden eigenlijk alle patiënten uit de therapie moeten filteren. Uit de literatuur of ACT blijkt dat er een framework is van 6 kernprocessen waar de therapie op gebaseerd is (Hayes S. , Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Het zou goed zijn om een onderzoek te doen onder patiënten naar de zes kernprocessen, om er zo achter te komen wat men van de zes kernprocessen leert en wat de effecten van de processen zijn op het welzijn van een patiënt. Dit zou deels kwalitatief kunnen door interviews en deels kwantitatief, door het gebruiken van een vragenlijst die het welzijn op meerdere vlakken van het leven meet.

4.2.3. Nieuwe effecten van ACT buiten de zes kernprocessen

De categorie relaties, die gefilterd is uit de interviews, is niet terug te zien binnen de theorie waar ACT op gebaseerd is. Echter zou gesteld kunnen worden dat dit meer te maken heeft met de vorm van de therapie. Het is van belang om erachter te komen wat het effect van de groep en de meerdere disciplines is op de behandeling. Op die manier kan beter ingeschat worden op welke manier ACT het meest effectief gegeven kan worden aan chronische pijnpatiënten. Uit dit onderzoek lijken met name de professionele hulpverleners een positief effect te hebben op de therapie.

Daarnaast hebben een aantal respondenten genoemd dat ze de interviews als prettig hebben ervaren. Het heeft ze geholpen bij het reflecteren op hun eigen proces tijdens de therapie. Het zou kunnen dat de interviews een extra effect hebben gehad op de respondenten. Het zou goed zijn om

hier onderzoek naar te doen. Er kan gekeken worden naar in hoeverre de interviews helpend zijn en bijdragen aan het effect van de therapie. Misschien zou een extra moment van reflectie toegevoegd kunnen worden aan de therapie als het helpend en effectief is voor patiënten.

4.3. Tot slot

Uit dit onderzoek blijkt dat de verschillende respondenten met de verschillende vormen van chronische pijn, overeenstemming hebben in de leerervaringen die zij op doen binnen ACT. Dit blijkt uit het coderingsschema dat in dit onderzoek is ontworpen. Het codeerschema bevat de volgende aspecten: acceptatie, activiteit, het zelf en relaties.

Dit onderzoek heeft door de kwalitatieve opzet, inzicht verworven in de leerervaringen van respondenten met chronische pijn. Op een inhoudelijke manier is in dit onderzoek zichtbaar gemaakt wat leerzaam was voor de respondenten. Hierdoor is meer inzicht verkregen in wat patiënten meenemen uit ACT. Met dit onderzoek is een start gemaakt met het krijgen van inzicht in de leerervaringen van respondenten op inhoudelijk vlak. Dit kan een waardevolle bijdrage leveren aan de toekomstige toepassing van ACT.

Literatuurlijst

- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bekkering, G., Bala, M., Reid, K., Kellen, E., Harker, J., Riemsma, R., et al. (2011). Epidemiology of chronic pain and its treatment in the Netherlands. *The Netherlands journal of Medicine* , 141-153.
- Bijlsma, J. (1992). *Leerboek Reumatologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Boeijs, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. California: SAGE publications Ltd.
- Geenen, R., & Jacobs, J. (2001b). Fibromyalgia: diagnosis, pathogenesis, and treatment. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 14. , 533-539.
- Geenen, R., & Jacobs, J. (2001a). Fibromyalgie: Een stoornis in de zintuiglijk informatieverwerking. *Psychopraxis*. 3. , 237-241.
- Gifford, E., Kohlenberg, B., Hayes, S., Antonuccio, D., Piasecki, M., Rasmussen-Hall, M., et al. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy* , 35. 689-705.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 44 , 1-25.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 1152-1168.
- Houdenhove, B. V., & Egle, U. (2004). Fibromyalgia: a stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychotherapie and Psychosomatics*, 73 , 267-275.
- Jacobs, J., & Geenen, R. (1997). Fibromyalgie: Zijn er nieuwe inzichten in pathofysiologie met implicaties voor behandeling? *Gedrag en gezondheid* , 25. 3-12.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry* , 33-47.
- Knipping, A., & Blécourt, A. D. (1995). Clinical aspects, natural history and medical consumption in fibromyalgia: A description of a patient group. In d. A. Blécourt, A. Knipping, & (Eds.), *Fibromyalgia: towards an integration of somatic and psychological aspects*. (pp. 141-217). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Loeser, J. (1999). In P. Turner, & Ed., *Clinical Pharmacology and therapeutics* (pp. 313-316). London: MacMillan.

- McCracken, L., Carson, J., Eccleston, C., & Keef, F. (2004). Topical review: acceptance and change in the context of chronic pain. . *Pain* , 109:4-7.
- McCracken, L., & Vowles, K. (2006). Acceptance of chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*. 10:90-94.
- Powers, M., Zum Vörde Sive Vörding, M., & Emmelkamp, P. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics* , 73-80.
- Regieraad, k. v. (2011). *Chronische pijn*. Den Haag: Regieraad kwaliteit van zorg.
- Scheurs, K. (2002). *Acceptance & Commitment Therapy (ACT), een veelbelovende ontwikkeling in de revalidatie van chronische pijn en vermoeidheid*. Enschede: Universiteit Twente, Roessingh Revalidatie Centrum.
- Veehof, M., Oskam, M., Schreurs, K., & Bohlmeijer, E. (2010). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain* , 533-542.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Devulder, J., & De Corte, W. (2004). Acceptance of the unpleasant reality of chronic pain: effects upon attention to pain and engagement with daily activities. *Pain* , 112. 282-288.
- Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A., Boeren, R., & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. . *Pain* , 2787. 363-372.
- Vowles, K., McCracken, L., & O'Brien, J. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: A three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behaviour Research and Therapy* , 748-755.
- Wilderström-Noga, E., Felipe-Cuervo, E., & Yezierski, R. (2001). Chronic pain after spinal injury: Interference with sleep and daily activities. *Arch Psychology Medical Rehabilitation* , 82. 1571-1577.
- Wolfe, F., Smythe, H., Yunus, M., Bennett, R., Bombardier, C., Goldenberg, D., et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis* 33 , 160-172.
- Wulferink, A., Winter, F., Boer, H., & Seydel, E. (1993). De multidisciplinaire behandeling van chronische pijn. Predictie van resultaten. *Gedrag en gezondheid* , 21. 26-39.

Bijlage 1: script eind 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:

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:

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

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

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

“Ik begrijp dat ... belangrijk voor u is. We kunnen aan het eind daarop terugkomen. Vindt u het goed dat we nu verder gaan met situaties die u afgelopen 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 om dat te doen/ niet te doen?
- Wat maakt dat u het wel/niet deed?
- Kunt u aangeven in hoeverre het volgens u gelukt is het geleerde toe te passen?

Hoofdvraag 2

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

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

Doorvragen, meer open interview

- Wat was de grootste/belangrijkste verandering tussen nu en voor de behandeling? Op welke manier uit zich dat? (richten op alternatieve gedachten, gedrag, gevoel)
- Wanneer heeft deze verandering plaatsgevonden?
- Is een moment bepalend geweest in de behandeling?
- Wat is het belangrijkste wat u geleerd heeft?

- Is er een terugval tijdens de behandeling geweest?

Aanvullende vragen

- Terugkijkend op de laatste behandelweek en nu, heeft u kunnen vasthouden van de therapie wat u wilde? In het perspectief dat de therapie is vervallen?
- In hoeverre heeft u het gevoel dat u, ondanks de pijn/vermoeidheid, toch de dingen doet die het leven waardevol maken?
- Wat heeft de therapie voor u betekend? Hoe kijkt u erop terug?
- Welke rol/betekenis speelt pijn nu in uw dagelijks leven? In hoeverre is deze rol veranderd ten opzichte van het begin van de behandeling?
- Terugkijkend op de genoemde hindernissen in de laatste behandelweek, in hoeverre zijn deze voorgekomen in de periode dat u geen therapie meer ontvangt/niet meer in Het Roessingh bent? Hoe bent u hiermee om gegaan?

Stel, iemand kijkt minder positief terug op de behandeling of er zijn nog aspecten die verbeterd kunnen worden, op welke manier kan dat dan aangepast worden in de behandeling?

Ziet iemand eigen aandeel in het geheel? Wat intern tot disfunctioneren leidt of vnl externe locus of control?

Bijlage 2: quotes van codering patiëntgroep fibromyalgie

Respondent 5

Acceptatie	Activiteit	Het Zelf	Relaties
dingen zijn, het is zo als het is, (Hmhm) dat dat zinnetje blijft dan in je hoofd zitten en dat je dingen moet accepteren zo als ze soms komen (Hmhm) en dat het niet altijd even leuk is, ja gewoon alles accepteren zo als het eh (Hmhm) ja daar daar heb ik veel aan. (Ja, oké dat is goed, hmhm)	Eh ik heb eh ik ehm, ik moet even kijken hoe ik dat het beste kan omschrijven, ehm het lopen en het bewegen gaat veel beter	Ehm ik probeer minder gauw in paniek te raken. (Hmhm) Ik weet niet of je daar iets meer mee kunt. (Ja) Het is het is niet altijd nog even gemakkelijk, het het als d'r echt iets vervelendes gebeurt heb ik dat nog wel, (Hmhm) maar het het ebt eerder weg, ik kan daar iets beter eh eh ik kan het iets beter overzien. (Hmhm) Ik denk dat ik het zo, ja duidelijker kan ik het eigenlijk niet zeggen. (Hmhm) En eh hoe komt dat dat je nu minder gauw in paniek eh raakt? Eh niet minder gauw maar eh (*lacht), hoe zeg ik dat nou makkelijker eh, ehm ik raak nog wel in paniek soms, (Hmhm, ja) maar ehm ik word eerder rustiger doordat ik daar iets beter over na kan denken	Ja. Ja, ja, ja. [...] Het enigste wat eh jammer is dat je dat ik tussendoor, ja ik kon wel altijd weer contact opnemen, hoor, met de psycholoog, dat had wel gekund, (Hmhm) of met de maatschappelijk werkster daar heb ik dus eh op het punt gestaan om te doen, toen, (Hmhm) eh voor een aantal weken terug, maar ik heb het toch wel zelf gered
Ja, poeh, dat is een hele omslag hoor. Een hele omslag. In het begin is het net alsof je op de kop wordt gezet. Je wordt geconfronteerd met hetgeen dat je hebt. Maar dat probeer je eerst te	Het lopen gaat goed, ja het lopen gaat goed eh dat gaat best allemaal wel een heel stuk beter.	Ehm eventjes even goed nadenken. Ik kan dat, even kijken hoor. (Hmhm) Ehm ik kan dat soms iets meer van een afstandje bekijken. Iets iets eh iets meer afstand van nemen en dan iets meer over nadenken.	Ja en als ik het als ik het soms heel moeilijke momenten heb dan eh pak ik dat boek van het Roessingh daarbij (Ah) en dan lees ik de verhaaltjes, wat we gekregen hebben bij de psycholoog (Ja) hebben we allemaal van die kleine verhaaltjes gekregen, dan lees je daar zo af en toe zo een

verdoezelen, dat
probeer je niet te zien.
Goed, en het eerste
gedeelte vooral is ook
echt van
acceptatie. Heb ik het
nou kunnen
accepteren? Maar ik
wou het niet
accepteren. Ik dacht
'misschien moet ik
gewoon over die grens
heen, wie weet, dan
krijg ik meer energie'.
Nou dat is
natuurlijk niet zo'. Het
heeft mij eigenlijk
zoveel opgeleverd

verhaaltje van en dat werkt ook
wel weer

Ja, en als ik eh lang moet staan, op dinsdag
moest ik ook ik lang wachten en zo en ik kan
heel slecht lang staan en dan dat je een
beetje bewegen moet en zo, dat dat eh
onthoud je allemaal wel, dat blijft er nou
wel inzitten, dat doe je automatisch dan
ook.

Ja, iets rustiger, iets kalmer, iets eh ja...ja.
(*lacht) **(Hmhm)** iets rustiger, iets kalmer te te
bekijken. **(Hmhm)** Dat probeer ik hoor, het lukt
nog echt niet altijd, maar **(Hmhm)** daar ben ik
wel mee bezig

Ja, dat is beter. Veel beter. Het
heeft me wel wat opgeleverd.
Ook in de relatie met mijn
naasten. En niet alleen
zelf een beetje dominerend en
altijd met oplossingen te
komen. Dat hoeft niet. Ook
al geef je maar een klein
woordje. Het hoeft niet altijd
een oplossing te zijn.

Ja nou, ja nou tijdens de vakantie hebben
we toen een andere ritme gehad maar thuis
eh ook eh ik ga ik iedere dag eh of iedere

Nee, nee dat had ik eerder niet, eerder raakte ik
nog sneller in paniek **(Hmhm)** en dat eh dat heb
ik wel geleerd, vind ik zelf, om dat eh minder

avond samen een half uur lopen en zo, dat soort dingen dat doen we dan gewoon nu ook. **(Ja)** Eerder plof je op de bank en dan denk je van 'ik heb geen zin' en nou ja nou **(Hmhm)** de ene keer trek ik mijn man en de andere keer trekt hij mij daaruit van 'kom we moeten een **(Hmhm)** half uurtje lopen'. **(Hmhm)** Ja die dingen [dan maar] dat is wel heel goed blijven hangen

Ehm... Ja eh zo af en toe eh dat hebben we met de met de psycholoog heel veel gehad ehm over dag ehm rustmomentjes inbouwen en zo. **(Ja)** Daar heb ik ook wel heel veel aan gehad. **(Hmhm)** Dat doe ik normaal gesproken in in de normale dagritme doe ik dat ook wel. **A**

Ja en ontspanningsoefeningen wel voor het slapen gaan dat... **(Dat ook? Hmhm)** Ja, dat doe ik ook nog wel steeds. **(Ja)** Ja dat zijn allemaal dingen, alles wat ik eigenlijk geleerd heb pas ik nog wel steeds toe.

De rustmomentjes dan als je dat doet dan kun je daar wel weer beter tegen. **(Ja)** Dus dat je niet meer zo in een keer eh alles tegelijk doet maar iedere keer iets doet en dan even weer eh eventjes gaat zitten en soms zo zo'n eh ontspanningsoefening weet je daartussen door doen en zo, ja dat werkt wel heel goed.

snel te doen. **(Ja)** En eerst leek je dat zo'n normale reactie dan eh... Ja dat dat dat zo, ja. **(Hmhm)** Zo zat ik gewoon in elkaar, zo was ik gewoon. **(Ja)** Je je weet dan ook wel dat dat niet goed is, **(Ja)** maar ja zo zit je dan in elkaar, **(Ja)** en ik heb wel geleerd om om iets meer eh toch ja iets meer rust te nemen soms **(Hmhm)** en iets beter over na te denken.

Respondent 8

Acceptatie	Activiteit	Het Zelf	Relaties
Strijd? Nou kijk, ik heb me er bij neergelegd. Ik heb het . Ik heb die ziekte en het word er niet beter van en die aanvallen van Tytze.	Als eerste heb ik nog steeds, daar sta ik heel sterk in, om mensen te weigeren. Eerder 'nee' geven als het echt niet gaat. Ja, ik sta er wel sterker in. Ook dus als, nou ik had van de week ook met mijn consulent iets en dan probeert hij mij dus het te laten oplossen. Ik zeg, nee, jij hebt het geregeld, jij mag het oplossen. Terwijl ik altijd degene was die zich in allerlei bochten ging wringen, voordien, om het in goede banen te leiden, om het zelf te doen. Doe ik niet meer. Ik heb een grens en ik zeg tot zo ver. Jij hebt het verbrokkeld, dus dan mag je het ook oplossen.	Ik voelde eerst een zekere druk. Druk op mij van 'ik moet weer aan de slag', ik moet dit, ik moet dat, en daar had ik helemaal geen zin aan. Dit is allemaal buiten de afspraken om, dus daar ga ik niet in mee. Kostte wat het kost. Mijn gezondheid is het belangrijkste en dat had ik ook benoemd in de mail. Ik zeg luister 'ik volg het advies op van de bedrijfsarts, het lijkt mij toch dat hij weet wat er speelt, het lijkt mij toch geen klungel'. Ik zeg 'dus daar ga ik in mee'. Nou, ik was wel verdrietig. Kijk, dat heb ik door mijn ziekte en dat heb ik tien jaar geleden niet zo gehad. Ik kon mij toen in allerlei bochten wringen en ik kwam met een oplossing en het werd door mij weer even gedaan. Dus ik werd nu weer in ene effe geconfronteerd met 'zie je nou wel, dat heb je als je ziek bent'	Heel belangrijk. Kijk ik heb natuurlijk mijn ziekte, mijn beperking. Maar ik ben niet zo dat ik helemaal uitgevallen ben en dat ik helemaal niet meer mag meedraaien met de maatschappij. Ik heb geleerd dat ik nog waardevol ben en dat ik nog best dingen kan presteren, waar er de ruimte voor is en waar mij een veilige werkplek wordt geboden. Ja, daar wil ik in meegaan, maar wel op mijn manier. Niet ten kostte van mijzelf.
Ja, poeh, dat is een hele omslag hoor. Een hele omslag. In het begin is het net alsof je op de kop wordt gezet. Je wordt geconfronteerd met	Maar het is niet anders, ik moet hiervoor gaan, voor mezelf. Ik wil laten zien hoe belangrijk ik het voor	Hoe meer stresssituaties, dat heb ik gemerkt, dat steekt de kop op, dan neemt de pijn ook toe. Dat wil ik	Nou, dat als ik de boodschap goed vertel, dus als die goed overkomt, dat het dan opgelost kan worden zonder dat er conflict ontstaat.

hetgeen dat je hebt. Maar dat probeer je eerst te verdoezelen, dat probeer je niet te zien. Goed, en het eerste gedeelte vooral is ook echt van acceptatie. Heb ik het nou kunnen accepteren? Maar ik wou het niet accepteren. Ik dacht 'misschien moet ik gewoon over die grens heen, wie weet, dan krijg ik meer energie'. Nou dat is natuurlijk niet zo'. Het heeft mij eigenlijk zoveel opgeleverd

Ja, ik zag toen overal een beetje tegenop en dat is nu anders. Het is nu meer, ik ben onvankelijker geworden voor dingen. Maar ook dat ik denk 'het is zo'. Het is een levenswijze.

Zowel het glutenvrije dieet, als de pijn en andere dingen, het hoort gewoon bij mij. Ik weet niet beter. Over een jaar wordt het ook niet beter, over tien jaar niet. Het is gewoon zo.

mezelf vind. Want als ik daarin niet. meega, dan is het einde zoek. Dan word er gewoon misbruik van me gemaakt. Dus ik was en verdrietig richting mezelf wat niet meer gaat en boosheid naar hun toe 'zo van, nee, dit waren niet de afspraken'.

Zouden we daar weer eens op kunnen inzoomen? Wanneer was dat bijvoorbeeld?

P: Dat was deze week. Of eigenlijk begon het vorige week al dat hij zei 'nou, dan ga je maandag aan het werk. Nu

aankomende maandag, terwijl ik heb aangegeven 'je weet dat ik maandag al darmonderzoek heb'.

Maar hij had die afspraak al gemaakt, terwijl hij 2-3 weken van tevoren wist dat ik niet kon. En daar was hij zeer teleurgesteld in en toen kwam er ook een heel vervelende mail. Zo van 'ja, ik heb alles geregeld, de afspraak is rond en je zou om 9.00 uur beginnen'. Ik zeg 'nee, dat gaat dus niet door'.

dan daarbij, hou ik me vast aan hetgeen Roessingh mij heeft gezegd. Opbouwen op je basisniveau, het liefst er iets onder.

Heel belangrijk. Kijk ik heb natuurlijk mijn ziekte, mijn beperking. Maar ik ben niet zo dat ik helemaal uitgevallen ben en dat ik helemaal niet meer mag meedraaien met de maatschappij. Ik heb geleerd

Nou, in het verleden is gebleken dat wanneer je er eerst in meegaat en dan pas komt een conflict, dan is echt de hel los he. Dan is het zo groot gecreeerd, nou dat wil ik niet. Dan moet je je weer

	dat ik nog waardevol ben en dat ik nog best dingen kan presteren, waar er de ruimte voor is en waar mij een veilige werkplek wordt geboden. Ja, daar wil ik in meegaan, maar wel op mijn manier. Niet ten kostte van mijzelf.	verantwoorden en uitleggen. En dan zeggen ze van 'maar waarom zeg je het dan niet?' Dus nou bij deze zeg ik het dus wel. Ik wil niet meer in dingen verzeild raken, waarvan ik eigenlijk van te voren al weet dat het me veel kracht zal kosten omdat ik er eigenlijk geen zin in heb. Het is niet dat ik nooit wat voor ze wil doen. Maar ik moet duidelijk zijn, anders lopen ze over me heen.
Dus voor mij is het heel belangrijk om hier heel goed in te staan en precies te zeggen 'daar is het einde, dat is mijn grens', want als ik er teveel in mee ga dan krijg ik er alleen gelazer mee.	Nou als ik dat niet doe, dat blijft het einde zoek. Dan blijf ik in hetzelfde en dan wordt het iedere keer meer en steeds vaker. Zo is dat ook met andere dingen. Twee tot vier keer in de week komen eten, wasje draaien voor ze, vier wasjes, vijf wasjes. Dus ik heb voor mezelf nu 'eerst ik, mijn belangen eerst en dan komt de rest'. En in dit geval was dat ook zo. Voor een keer vind ik het natuurlijk prima, maar niet op deze manier.	Toen heb ik gezegd 'als jullie hier verkondigen je moet voor jezelf kiezen, nou dat heb ik dus gedaan, maar dan wens ik niet dat mij dus een schuldgevoel word aangepraat'. Dat heeft me zo wakker geschud en diegene heeft ook nog excuus gemaakt.
Op dit moment nog niet. Nu zorgt dat nog voor rust, zoals van de week ook. Ik denk nou, toen had ik nog even gezellig geluncht met mijn vader en ik zeg weet je wat 'ik ga zo even naar bed, even een uurtje	Een stuk geluk. Zo van 'wat voel ik me hier lekker bij'. Je treft nog wat mensen, je maakt een praatje, het eten smaakt lekker. Je laat even andere dingen los he. Je bent dan niet continu met ziekte bezig.	En mijn man probeert daar ook aan bij te dragen. Als we bijvoorbeeld stampot moeten maken, hij plukt dat uit het land en ik hoef niet mijn handen in de koude boerenkool. En aardappels schillen

liggen'. En dat heb ik gedaan. Ik heb echt geslapen van 12.00 uur tot 13.30 uur en dat vond ik heerlijk. Kijk, en anders zijn er zoveel verplichtingen en zoveel dingen en dan ben ik zo onrustig. En dan beginnen die spieren en alles zo te trekken. En ik had sinds vorige week ook vreselijk hoge bloeddruk, 163 op 100. En ik had gewoon gekozen voor de rust voor mezelf. Ik denk 'hoe meer ik dan aanhaal, ik doe het dan zelf'. Ook een beetje liefdadigheid omdat ik niet kan weigeren. En ik ben er dus druk mee bezig om dat af te bouwen. En dat gaat heel goed. Ik heb meer tijd om plat te gaan als het echt nodig is. Ik heb meer tijd om langere wandelingen te maken met de jongens [revalidant verwijst naar haar honden].

Daar heb ik zoveel voorbeelden van, waarin ik ook ondanks de klachten toch dingen heb kunnen ondernemen die voor mij belangrijk zijn. Die ik leuk vind. Zoals vorige week en deze week ook. Ik sta dan heel vroeg op, 7.30 uur en dan ga ik met de jongens een heel lange wandeling maken. En dan

Ziek zijn en hoe je er op dat moment uitziet is op dat moment niet belangrijk. Gewoon even de gedachten opzij en de spanning wegschuiven en genieten van het eten, van het gesprek dat je met elkaar hebt, gewoon even van de leuke dingen genieten.

Twee weken geleden had ik ergens een gesprek en ik was met de bus en toen ik daarvan terug kwam, reed die over de stad. Daar moet ik normaal altijd overstappen, maar nu dacht ik 'nee, ik ga dat helemaal niet doen, ik ga lekker de stad in'. Ik ben eerst even gaan koffie drinken en toen ben ik daarna nog even gaan winkelen. Ik

en dan vooral zo'n pan, dat gaat gewoon niet. Dus dat doet hij. We hebben alles nou een beetje op een andere manier.

Nee, ik kan het makkelijker uit handen geven. Ik vind het wel belangrijk om zelf heel veel te kunnen doen, ja, ik wil mezelf, en dat lukt me ook prima, nog wassen en douchen. Is het nog moeilijk, dan ga ik eerst nog even een half uurtje in bad liggen. Maar ik heb nu dus het geduld dat wat niet gaat dat bijvoorbeeld hij

kom ik hem [schoonvader] onderweg tegen en dan zegt hij 'heb je de koffie klaar straks?' Nou ik denk van niet. Dat ga je straks zelf maar even zetten, want ik wil nog even naar Gronau fietsen. Even naar de winkels. En dat is prima ontvangen. En ik kom dan terug van de wandeling, zet dan even thee voor mezelf en pakte daarna de fiets en ben de stad ingereden en dan kan ik volop genieten. Dat voelt heerlijk. Vooral in de ochtend. Dan heb ik nog zoveel kracht, dan kan ik nog zoveel doen. Vroeger dacht ik altijd 'je moet je schuldig voelen, je moet poetsen, je moet dit, je moet dat'. Maar ik moet helemaal niks, ik denk 'dat kan morgen ook wel'.

Heel goed. Ondanks dat ik naderhand denk 'misschien moet ik volgende dag iets meer bijtanken, misschien moet ik iets eerder gaan liggen ofzo', maar ik laat mij dit niet afnemen'.

was alleen, ik vond het heerlijk.

Het is een stukje van tevredenheid. Het is even een stukje voor mezelf van verwennerij. Ik heb tijd voor mezelf en ik geniet daarvan en ik zie dat anderen, die daar dan bijzitten er ook van genieten. Het is gewoon leuk. Al dat andere is dan even minder belangrijk. Het is er wel, maar het staat niet meer zo centraal. Ook niet in waar je altijd komt, en dan dat gezeur. Ik heb dat ook gezegd, ik wil het daar niet continu over hebben.

[man] dat wel even kan doen als hij er is en dat kon ik voorheen niet. Ik laat het voor wat het is, zo ook met boodschappen doen en op de band leggen of uit de auto pakken, dat doet hij. En dat kon ik eerst niet, ik wou het altijd zelf doen.

Mijn hindernis is nog steeds dat ik bepaalde dingen niet kan uitvoeren die ik dus wil. Dat ik in een keer een grote wasmand heb en ik denk 'ik moet dat eventjes wegstrijken'. Nou dan blijkt dat mijn arm helemaal niet mee wil en dan blijft het liggen. Dat ik nu heb geleerd 'laat maar aan een ander over of je doet het een paar dagen later'. Ik heb nu ook huishoudelijke hulp, maar in het begin wil je ook niet alles prijsgeven he. Maar nu is het heel normaal, ik

schaam mij er niet meer
voor.

Dus ja. Ik ging er eerst altijd mee aan de haal. Ik ging er tegenin, me verzetten. Ik wilde zoveel mogelijk uit mezelf halen. Zo van, 'oh, ramen lappen dat kan ik nog wel en strijken en dit en dat'. Maar dat is niet meer. Het is nou 'ik heb energie of ik deel dat in, voor mij is nou de planning heel belangrijk'.

Ik denk 'nou ik voel me goed, ik ga een half uurtje strijken, daarna lekker thee en daarna zien we het verder'. Heb ik dan nog energie, dan ga ik misschien een boekje lezen of wat anders. Maar in het begin was het een strijd. Zo van er tegen in en drie dagen uitgeschakeld bij wijze van.

Ja, eigenlijk het plannen om ook energie over te houden voor andere, belangrijkere dingen.

Aan de ene kant als ik erover nadenk, het is heel progressief geweest. Het gaat heel hard, de pijn, bewegingen, de motoriek en alles. Dat heeft zo hard om zich heen gegrepen dat zich dat van de ene kant me ook angstig maakt. Maar ik kan daar niet in blijven hangen, want ik word daar niet beter van.

word daar niet blijer van. Alles wat ik nog kan doen, wil ik zoveel mogelijk nog zelf kunnen doen. En ook met de hulp van mijn man, de kinderen komen dan nu ook. Kijk, ik ben tevreden zoals het nu gaat en als ik alleen maar aan de ziekte blijf denken en ik ga me alleen maar daar aan aanpassen, dan heb ik zelf geen toekomst.

Op een heel positieve manier. Ik stel mezelf een beetje centraal en ik bedenk me eerst van 'is dit wel leuk?; kan ik het wel aan?; ga ik het überhaupt aan? En wat wil ik nog meer?' Ik doe dat nu op een heel andere manier. Ik ga me niet, zoals ik vroeger deed, ergens helemaal instorten en daarna de klappen ervan ontvangen. Het is nu andersom, ik kijk me dat even aan en dan denk ik van 'nou, dan doe ik het even zo, en kan ik nog meer, dan doe ik nog een beetje zo'. Maar ik ga dingen niet meer onbedachtzaam doen.

Ook met de oefeningen die ik nu nog doe ter ontspanning. Dat doe ik nog bijna elke dag. Als het kan met ons beide [samen met man]. Ook met zo'n bal, die heb ik ook hier, ik train daar ook mee.

Dat vind ik zo belangrijk, een stukje genot. Al zijn het maar kleine dingen. Al is het dat ik voor mezelf een mooi boek koop en dan ga ik lezen overdag. Dan ben ik intens gelukkig op dat moment. Even mijn gedachten de vrije loop, dat vind ik heerlijk.

Nou, dat is heel waardevol geweest voor mij. Ik kan het ook niet vergelijken met de dagbehandeling. Met de dagbehandeling waren het heel veel stukjes en is er denk ik heel veel langs mij heen gegaan. Maar dit, wat mij is aangeleerd, dat ik het leven op een andere manier kan doen, en dingen kan beleven, op misschien iets andere wijze, maar dat het wel kan, ja dat heeft me heel sterk gemaakt. Het heeft me zo sterk gemaakt. Ook heel mondig, op een gezonde manier. Zo van, kijk, ik ben

er ook nog. Kijk, ik hoef niet met de ziekte vooraan te staan en de anderen ermee om de oren te gooien. Maar wel zo van ik geniet op mijn manier, ik doe dingen op mijn manier, want er is zoveel meer. Ja, ik vond het zeer waardevol. Ik ben blij dat ik die behandeling heb gedaan, zou ik ook iedereen aanraden. Echt waar. Ondanks dat ik me negatief gevoeld heb, want ik kan niets loslaten. Mijn gezin en zo, ik voelde me schuldig. Maar dat was onzin.

vond het zo belangrijk op dat moment voor mijzelf te kiezen. Ik dacht 'als ik het niet doe, dan gaat het fout en daar is niemand bij gebaad als ik daar op de grond lig'. Het was voor mij zo belangrijk dat ik begrepen werd op dat moment. Ik kon gewoon niet blijven zitten. Diegene die wist dat ook niet, die zei ook 'ik kan me niet inleven in jouw pijn of jouw gevoel'.

Dus die heeft ook excuses gemaakt. Maar het gaat me niet om excuses, het gaat mij erom dat ik op dat moment even met rust gelaten wil worden en daar had ik voor gekozen. Ondanks dat ik aan de ene kant het jammer vond dat ik

an de ene kant ben ik iedere keer duidelijk bewuster gemaakt qua ziekte. Die confrontatie vond ik toch wel heel moeilijk en dan vooral de eerste week. Dat je dan ook die andere ziektes van de medepatienten hoorde, dat vond ik wel heel moeilijk. Maar als je dan kijkt hoe positief ze eigenlijk dan in het leven gaan staan na een korte periode en de mensen eromheen, wat die allemaal meemaken bij die fysio enzo. Het heeft me wakker geschud dat het wel kan en dat ik eigenlijk ook sterk genoeg ben om die strijd aan te gaan.

iets niet kon bijwonen, maar ik heb me daar niet schuldig bij gevoeld.

Ja, dat ik onder de mensen blijf. Maar ik doe het wel anders, op een aangename manier. Gedoseerd wat ik al zei. Kijk ik ben best bereid om naar de winkels te fietsen. Ik ga niet veel tillen of met zware tassen fietsen. Ik kom weer terug, zet ik het achter thuis en dan mijn man helpt het naar binnen. Maar ik ga wel even voor een tijdschriftje heen of even naar de groenteboer, maar dan plan ik dat he. Ik heb bij Het Roessingh goede handvaten aangereikt gekregen. Ik heb geschreeuwd 'dit had ik tien jaar geleden moeten doen'.

Ja, dat vind ik wel. Nu ik thuis ben nog wel en dat hoop ik ook op mijn werkplek te kunnen doen en dat heb ik in het gesprek ook aangegeven. Want er wordt mij gevraagd 'moeten wij ergens rekenschap mee houden, moet je een speciale stoel?' Nou, ik wil mijn rustmomenten kunnen pakken en ik wil me even kunnen ontspannen en even een rondje kunnen lopen. Even de benen strekken, even van de trap

En dat is nu eigenlijk niet meer zo. Ik ben nu een beetje meer de baas dan erover. Ik bepaal nu zelf wat wel en niet kan. En of dat nou heel eenvoudig is met een bezoekje, die ik op dat moment niet kan gebruiken dan om wat voor reden dan ook, daar sta ik dan heel sterk in. Dan denk ik 'nee, ik ga nou dit doen of dat doen of ik voel me niet zo lekker'. In het begin was het de strijd tegen de ziekte en ik probeerde de lat steeds hoger te leggen. Zo van 'als ik daar ben, dan kan ik over 14 dagen nog wel verder eroverheen'.

Juist, dat was het. Om niet eraan hoeven toe te geven. Zo van 'wat moeten de mensen in mijn omgeving er wel niet van denken, niet klein laten krijgen, gewoon dingen doen'. Nee, vandaag is het gewoon 1 raampje lappen, ik noem maar wat en in het begin was het hele blok. Nee, dat is niet meer. Het is geen strijd meer, het is evenredig. Zo van 'wat mijn lichaam denkt dat kan, nou dat doe

af en naar boven. Dat alles weer soepel wordt. Ik vind dat dat tot nu toe, thuis, gaat dat nog hartstikke goed. Ik hoop dat dat op de werkplek, waar dat ook mag zijn, precies zo kan. Ik ga mij niet meer schaden. Ik kom er eerlijk voor uit. Zo van 'nou dat is het, zo ga ik ermee om' en ik hoop wel op een beetje begrip.

Ik probeer het een beetje van een andere kant te bekijken. Ik ga er niet mee naar bed en dan bedenkend van 'oh ja, mogelijk heb ik morgen zoveel pijn'. Ik ga het anders inplannen. Wat ik vandaag dus kan, aan leuke dingen en dan doe ik dat. Maar niet meer de hele week volplannen, want dan zit ik eraan vast. Nu kijk ik gewoon ook even wat ik aankan of ik verras mezelf even met een sauna of ik ga eventjes zwemmen bijvoorbeeld.

Omdat ik mezelf dan te pakken heb, dan heb ik veel meer pijn daarna. In mijn armen overal, in mijn nek. Dat kan ik niet doen. Als ik dat stukje laat liggen dan kan ik daar weer andere dingen voor doen. Dan heb ik weer energie voor andere dingen

ik en dan hou ik nog energie over voor ik ga een eindje fietsen bij wijze van'. En dat was absoluut niet, dan rolde ik op de bank of dat ging ik mij douchen en het liefste naar bed.

Zo van 'eigenlijk doe ik niks, maar toch deed ik wat, want geestelijk ging er heel veel door me heen, ik was ook geestelijk best vermoeid. Alle informatie van psychologie en alles, maar eigenlijk doe ik niks. Dus geestelijk moe, maar lichamelijk kon ik nog heel veel aan.

Ik ben heel ontspannen. Ondanks dat ik zo nu en dan veel pijn heb, behoorlijk veel pijn en 's nachts ook wel. Maar ik voel me heel anders. Niet meer die spierverkrampingen of al die andere ellende waar ik bang

en niet als ik het verspil aan dit
soort nonsens.

voor was, zo van 'ojee, straks treed
dat weer de kop op'. Durfde ik
niet op visite, zo van 'stel dat ik dit
daar krijg'. Nee, dat leeft eigenlijk
niet meer

Eerst door mekaar schudden en
dan 'er is zoveel meer'. Je kunt alles
op een andere manier. Niks is goed
of fout. Je kunt dit proberen, op een
andere manier proberen. Ik heb
bijvoorbeeld een paar keer op een
andere manier proberen te
stofzuigen en te strijken. Prima. Zo
wil het niet, nou dan doe je
het op een andere manier. Ik heb
zoveel geleerd, ja.

Juist. Het is soms behoorlijk
onaangenaam, maar ik ben me er
meer van bewust en ik pak het
anders op. Als het niet gaat,
dan gaat het niet. Kijk, krijg ik zo'n
aanval onder het rijden, dan zet ik
de auto aan de kant en dan raak ik
niet in paniek. Even rustig aandoen,
even in en uitademen. Tabletje
innemen, even het hoofd koel
houden en daarna gaat het ook wel.
Nou dan denk ik 'dat heb ik goed
gedaan'.

Ja, absoluut. Ook naar mijn naasten,
maar ook naar mezelf. Ik weet wat ik
wil, ik weet wat ik kan, maar ik
weet ook heel goed wat ik niet wil.
En ik laat me daar niet in
meesleuren. Het is nu heel
belangrijk van, kijk ik weet dit van
mijn ziekte, ik weet van het bestaan,
het is een puur gegeven, maar
ik kan er ook anders mee omgaan.
Kijk, ik kan het natuurlijk niet minder
maken, maar wel meer op
een prettige manier. Iets

Ik was eerst voor de
behandeling een beetje ongeduldig.
Nu kijk ik meer op een makkelijke
manier overal tegenaan.
Andersom ook eigenlijk. Als de
kinderen ergens mee zitten dan zeg
ik ook 'joh, dat komt wel,
doe nou eerst eens even rustig aan'.
Ja, op een makkelijkere manier. Ik
ben meer ontspannen. Als de
meisjes [dochters] dan ergens mee
zitten, vooral de oudste en er
is een beetje een misverstand met

vereenvoudigen, iets aangenamer maken zeg ik dan. En dat is mij wel heel goed gelukt.

de schoonouders, ik zeg 'nou laat het even berusten, laat het even over je heenkomen, maak er nou niet meteen een groot probleem van'. Ik vind dat ik wat dat betreft wel wat liever ben, ja. In het begin was het echt meer dat hectische en alles moest gedaan worden en ongeduldig. Dat heb ik niet meer.

Ja, dat is eerst een uurtje als gastvrouw en de functie van cultuurmaatje, bij de receptie voor zoveel uurtjes. Dus zo lang ik niet werk daar [doelt op instelling X.], dan zou ik dat kunnen doen. En vandaar uit zou je dus een vaste functie kunnen krijgen. Mensen die vrijwillig die dingen doen, mogen dan op die functie solliciteren. En dat is mij een beetje toegezegd, dat ik daar een heel goede bijdrage zou kunnen leveren. Ik heb echt van hen het vertrouwen gekregen in mijn kunnen. Kijk, mijn lichaam is niet 100%, maar mijn geest wel. En dat maakt me alleen maar beter

Nou, de totale verandering is nog gaande vind ik. Daar ben ik nog mee bezig. Maar toen ik halverwege was in de roessinghbehandeling, toen begon ik al echt dingen te doen. Maar ik vind nog steeds dat ik verander. Dat ik veel meer kan incasseren op een fijne manier, dat ik niet meteen pats boem erboven op zit. Nee, ik ben geduldig, ik ben wat rustiger geworden. Ik denk 'het zal allemaal wel'.

Nou, bang voor het oordeel zwakjes te zijn. Maar bij Het Roessingh was dat niet, maar dat komt omdat

dat door de omgeving wordt gezegd he. Op je werkplek, overal. En dat neem je dan mee en daar word je dan bang van. Even het camouflagepak aan en even over me heen laten gaan. Maar zo werkt het niet, nee.

Dus ik sta er gewoon middenin, maar ik heb de regie. Als ik iets niet kan of het is te zwaar, ik laat het voor wat het is. Ik heb daar geen schuldgevoelens over, wat ik in het verleden dus wel had. Dus het is niet zozeer echt bepalend. Ik ben de baas. Ik heb het een beetje gestructureerd, die planning die is gewoon belangrijk voor mij en ik ben niet meer zo flexibel. Dat is een feit, maar ik denk ook dat dat een stukje door de leeftijd komt. Maar het is meer een levenswijze voor mij geworden, ik heb het zo geregeld. Het is deels dit, werken aan verplichte dingen en deels is het ontspanning. Dat het een beetje met elkaar in balans is.

Dat is heel verschillend [lacht]. Het is net hoe ik die dag, weet je, het heeft me zoveel opgeleverd dat ik een beetje optimistischer ben geworden. Dat was voordien niet. Ik

kan op dat moment wel een beetje vervelend tegen mezelf zijn zo van 'shit, wat doe ik hier nou weer mee en hoe doe ik dat'. Dan wil ik bijvoorbeeld een schoen met een hakje en dat kan niet want dan heb ik zoveel pijn. Nee, ik kijk er dan wel anders tegenaan. Dan denk ik 'ik heb nog 20 paar andere schoenen of laarzen, daar staat echt wel iets bij wat bij wat ook bij mijn kledingstuk past'. Ik begin wat creatiever te worden en ook met andere dingen he. Als ik iets wil doen en het lukt niet, knoopje aanstikken ofzo, dan doe ik wat anders. Ik probeer iedere keer weer iets te proberen op een andere manier.

u er kwam dus een functie vrij he bij X. [noemt instelling] wat ik al vertelde. Nou, aan de ene kant maak ik me zorgen dat ik dan de hele tijd achter de computer moet zitten en dat dat met mijn handen enzo niet werkt. Maar ik zie het als eerste zo voor mezelf van 'weet je, ik ben niet voor 100% afgekeurd he, dus ik kan nog heel veel'. Ik ga nu niet benoemen wat ik juist niet kan, maar juist wat ik wel kan.

Nou, ik ben jou en Het Roessingh heel erg dankbaar voor al die weken. Ja, het heeft me heel breed inzicht gegeven. Dat ik daar ook wat mee kan in de toekomst. Dat er veel meer is dan de ziekte. Dat ik toch in mijn beperktheid, want dat is het in zekere zin, toch ook leuke dingen kan doen. Al is het creatief zijn of zwemmen of een sauna pakken.

Ik niet jezelf iedere keer opsluiten, want op een gegeven moment, ik sloot me dus zo op en werd bang van 'dit moet je niet doen, en dit niet'. Je wereld wordt steeds kleiner en kleiner en kleiner he. Die angst heb ik een beetje overwonnen. Het is niet zozeer een strijd, maar een gedeeltelijke angst. Om toch dingen te blijven doen die mij stimuleren, die mij die boost geven van 'ja, het is goed gelukt'. En dan beloon ik mezelf. De volgende keer durf ik nog meer of iets langer

Respondent 12

Acceptatie

Activiteit

Het Zelf

Relaties

Euhm.. hoe gaat het met me.. een beetje moe, haha.. ja, ja.. het valt tegen om het thuis in de praktijk om het evenwicht te vinden.. dat is moeilijker.

Beetje rotgevoel.. maar ik weet ook: ik moet het zelf doen.. ik moet het zelf leren.. ik denk dat er wel veel meer dat zullen hebben..

Ja dat ik.. ja dat wist ik eigenlijk ook al wel.. bij het Roessingh al wel.. dan ga je in je eigen omgeving.. dan doe je het alleen.. en als je bij het Roessingh, dan ben je toch in groep.. en de een houdt de ander in de gaten.. mensen naast je hebben het meer in de gaten dan dat je het zelf in de gaten hebt. En dan moet je even op jezelf heel goed passen.

Ja dat je jezelf voorbijloopt.. dat je situaties tegenkomt waar je niet onderuit kunt.

Ja ik denk dat ik toch wel door de medicijnen te vermoeid ben geweest de laatste keren.. als je dan iets gaat doen ben je sneller vermoeid.. ik moest naar de kapper en een boodschap erbij doen.. en dan kom ik stikkapot thuis aan.. en dan ja.. toen dacht ik bij mijn eigen van, jaha.. en dat is wel met meerdere dingen.. dan vergeet ik toch wel eens om bij mijn lichaam stil te staan?

Bij het Roessingh wel.. bij psychologie sowieso en bij de sport wel. En ook de leidsters.. die spelen er ook heel veel dingen in waardoor je ook wel dingen beter gaat zien.

Nou zoals.. we gaan zaterdag weg op vakantie.. en er moeten nog allemaal dingen gebeuren en ja.. dan moet je het allemaal zelf doen.. heel veel dingen. En ja.. dan kun je wel zeggen van: ik laat het liggen of doe het later, maar ja.. je datum van weggaan staat wel vast.

Ja.. dan heb ik wel zoiets van: ja dat is wel goed zo.. dat is wel mooi. Om het rotgevoel dat ik nu heb, niet meer te hebben.

ik ben ook met de nordic walking bezig gegaan.. en dat vind ik dan niet echt een negatieve ervaring, maar daar ga je dan te ver in, omdat je je goed voelt op dat moment. En dat weet je dan, dus dat hoeft ook niet negatief te zijn op dat moment, dus ik weet dat ik de volgende keer het rondje kleiner moet maken..

Ja als ik verder ga.. dan heb je pijn en ben je leeggezogen.. en als ik ga zitten.. als ik mijn lichaam in acht neem, dan heb je een heel ander gevoel.. veel fijner.. dan ben je blijer en beter te pas...

Ja toch de drang om het klaar te maken dat overwint.

Omdat ik het niet wist.. je hebt het niet in de gaten.. en dan is het ook wel logisch.. je hebt het zoveel jaren gedaan.. dat je er af toe wel weer in vervalt denk ik.

Jawel.. dat is als ik ga schoonmaken.. dat heb ik een heel stuk teruggedrongen hier thuis. Ik ga nu echt tussendoor even zitten.. nee, nee dat doe ik wel..

Ik weet wel hoe het moet allemaal, dat is makkelijk zat.. ik vergeet het ook wel een beetje, maar ik denk dat ik het mezelf moeilijk gemaakt heb door met de medicijnen te stoppen.

Ja, dat het wel goed is.. en dat het voor mezelf beter is op dat moment.

Ik ben veranderd.. dat sowieso.. gedachtengang is op andere basis gegaan...

Ja beslist geen onrustig gevoel.. het lukt me best.. ik zit niet op de stoel van: oh jee.. oh jee.. dus ik kan best wel even de tijd nemen.. niet lang, maar even bijtanken, even koffiedrinken ofzo.

Van dat ik voor mezelf mag kiezen en ja dat je lief voor jezelf mag zijn. Maar thuis wordt dat wel veel moeilijker..

Omdat het goed ging en ik had het eigenlijk niet in de gaten.. en op een gegeven moment was ik bijna thuis en ik begon te slingeren en toen dacht ik van: ja dan kan ik beter zorgen dat ik thuis kom, want als ik dan ga zitten, dan kun je het schudden en toen heb ik wel geleerd van: volgende keer wordt het een kleiner rondje, want dit gaat niet goed. Dit overkomt me niet weer

Ik heb geen zin om altijd dat lichaam zo ver weg te hebben met pijn en vermoeidheid.. het kost je meer pijn en energie dan dat het oplevert en dan weet ik: dan is het gewoon niet goed.. ik vind nordic walken leuk, maar het moet ook goed blijven.. je moet je goed blijven voelen erbij.

Een goed gevoel van: ik heb lekker wat gedaan en nja.. ietsje moe is niet erg, maar als je over je grens moet, dat kost een paar dagen.. dat is het niet waard.

Ik heb wel vaker genordic walked.. de eerste keer viel wel mee, maar ik ben gewoon de fout in gegaan.. ik dacht dat het niet zo ver was.. en daar ga je soms de fout mee in..

Dat ik beter voor mezelf moet zorgen.. beter voor mijn innerlijk moet zorgen.. en dat brengt dan ook de opstandigheid.. als je weer in dat hoekje gedrukt wordt, wordt je daar opstandig van.. want je weet hoe het anders kan en daar wil je dan weer niet..

Het moment dat ik in de gaten kreeg dat ik zelf mocht bepalen.. de dingen die ik niet wou doen dat ik die niet hoefde te doen

