

Inzichten die chronische pijnpatiënten opdoen in de Acceptance and Commitment Therapy

Positieve psychologie en technologie

Master Psychologie

Universiteit Twente

Juli 2014, Enschede

Masterthese

Daisy Wesseldijk

1^e begeleider: Dr. E. de Kleine

2^e begeleider: Prof. Dr. G.J. Westerhof

Inhoud

Samenvatting.....	4
Abstract	5
1. Inleiding	6
2. Methode	11
2.1 Deelnemers	11
2.2 De procedure op de pijnrevalidatie bij het Roessingh	12
2.3 Materiaal (interviews)	13
2.4 analyse / coderen	13
2.4.1 Van codes naar concepten naar categorieën	13
2.4.2 Het codeerproces	14
3. Onderzoeksresultaten	16
3.1 Acceptatie.....	16
3.1.1 Pijn	17
3.1.2 Situaties	18
3.2 Activiteit	18
3.2.1 Beweging	19
3.2.2 Rust.....	19
3.2.3 Balans	20
3.2.4 Grenzen	20
3.3 Relaties	21
3.3.1 Medepatiënten.....	21
3.3.2. Omgeving.....	22
3.3.3 Professionele hulpverleners	22
3.4 Het zelf.....	23
3.4.1 Cognitie.....	23
3.4.2 Eigenwaarde	24
3.4.3 Gevoel.....	24
3.4.4 Toekomst	24
3.5 Deelnemers met lage rugpijn	25
3.5.1 Deelnemer 1	26
3.5.2 Deelnemer 2	26
3.5.3 Deelnemer 3	27
3.5.4 Deelnemer 4	27
4. Conclusie en Discussie	28

4.1 Belangrijkste bevindingen	28
4.1.1 Acceptatie.....	29
4.1.2 Activiteit	29
4.1.3 Relaties	29
4.1.4 Zelf.....	29
4.2 Het codeerschema en de zes kernprocessen van ACT	30
4.2.1 Acceptatie in de kernprocessen van ACT	30
4.2.2 Activiteit in de kernprocessen van ACT.....	31
4.2.3 Relaties in de kernprocessen van ACT.....	32
4.2.4 Het zelf in de kernprocessen van ACT	33
4.2.5 Samenvatting en conclusie.....	35
4.3 Reflectie.....	36
4.3.1 Onderzoek	36
4.3.2 Analyse	36
4.3.3 Eindevaluaties	37
4.4 Aanbevelingen.....	38
5. Literatuurlijst	39
6. Bijlagen	43
6.1 Interview schema, 1 ^e interview	43
6.2 Interview schema, follow-up.....	45
6.3 Codes eindinterviews	47
6.3.1 Codes eindinterview 1	47
6.3.2 Codes eindinterview 2.....	51
6.3.3 Codes eindinterview 3.....	54
6.3.4 Codes eindinterview 4.....	60

Samenvatting

Aanleiding De prevalentie van chronische lage rugpijn is hoog, waardoor het een groot probleem vormt voor de gezondheidszorg. Om deze pijn te behandelen worden er verschillende behandelingen aangeboden. Deze zijn voornamelijk gericht op actieve coping. Recentelijk is uit onderzoeken gebleken dat het richten op acceptatie een beter effect heeft. De Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is relatief nieuwe therapie die zich daarop richt. Uit effectstudies is de effectiviteit van deze therapie gebleken. Daarbij is echter weinig onderzoek gedaan naar het perspectief van patiënten met lage rugpijn, terwijl het perspectief van patiënten veel inzicht blijkt te geven in de werking van een therapie. In dit onderzoek worden daarom de inzichten die deelnemers tijdens ACT hebben opgedaan geëvalueerd. Doel van het onderzoek is om ACT vanuit het patiëntenperspectief te evalueren, om de ACT te kunnen verbeteren.

Methode Eerst is er een codeerschema gemaakt van de eindinterviews van 14 chronische pijnpatiënten die de ACT hebben doorlopen in het Roessingh. Dit codeerschema is op inductieve manier ontwikkeld aan de hand van de grounded theory. Door het selecteren van codes zijn de inzichten, die deelnemers rapporteerden binnen de therapie op te hebben gedaan, geanalyseerd. Het opgestelde coderingsschema heeft betrekking op activiteit, acceptatie, relaties en het zelf. Deelnemers met lage rugpijn benoemen vooral inzichten in het zelf gevolgd door activiteit. Met betrekking tot acceptatie en relaties worden er relatief gezien een stuk minder inzichten gerapporteerd.

Resultaten Uit de resultaten blijkt dat de meeste inzichten in het zelf worden opgedaan. Deelnemers worden zich meer bewust van hun gedachten en lijken meer eigenwaarde te krijgen. Deelnemers zien in dat ze een balans moeten creëren tussen activiteit en rust, wat als lastig wordt ervaren en in de praktijk nog wel eens fout blijkt te gaan. Ook moeten ze leren om grenzen te stellen. Bovendien wordt de pijn geaccepteerd als blijvend en welke gevolgen dat voor iedereen individueel heeft. Toch is dit een moeilijk proces voor de deelnemers. Als laatste worden er inzichten omtrent relaties gedaan. Het blijkt dat deelnemers niet alleen in hun ziektebeeld staan maar ook beïnvloedt worden door de buitenwereld.

Conclusie Voor de conclusie zijn alleen de vier deelnemers die lijden aan chronische lage rugpijn meegenomen. Het blijkt bijna alle doelen van ACT terugkomen in de inzichten die zij rapporteren. Alleen het doel 'levenswaarden' komt in mindere mate terug. Daarnaast blijkt dat er veel inzichten binnen relaties en eigenwaarde worden opgedaan. Deze aspecten zijn geen doelen van de ACT. Wellicht liggen hierin mogelijkheden om ACT verder te optimaliseren.

Abstract

Background The prevalence of chronic low back pain is high, what makes it a major problem for social healthcare. There are several treatments to deal with this kind of pain, who are primarily focused on active coping. Recent research has shown that focusing on the process of acceptance is more effective. The Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a relative new therapy that is focused on this process. Research on the effectiveness has proved that the therapy is effective. However, little research has been done to the point of view of patients with low back pain even though the perspective of patients appears to provide insight into the effect of the therapy. The aim of this research is to point out the perspective of patients in order to evaluate and improve ACT.

Method The evaluation of fourteen chronic low back pain patients, who have completed the ACT in het Roessingh, have been analysed to create a coding scheme. This scheme has been developed through inductively methods on the basis of the grounded theory. By selecting codes that contains insights reported by participants, this study has analysed the patients' perspectives on the ACT. The code scheme that eventually has been created refers to the categories activity, acceptance, relations and the self.

Results The results show that most of the insights has been gained in the self. Participants are more aware of their thoughts and seem to get more self-esteem. Participants are aware that they need to create a balance between activity and rest, but this seems to be a difficult aspect in practice. Moreover they need to learn to set limits. They also need to learn to accept the pain as something that is permanent and dealing with the consequences of it. Yet this is a difficult process for the participants. Finally there are insights made that involve relationships. It turns out that participants are not alone in their pathology, but are also influenced by the outside world. Participants with chronic low back pain report the most insights in the self followed by insights in activities. A lot less insights are reported regarding acceptance and relations.

Conclusion Only the results of the four participants who suffer from chronic low back pain are included in the conclusion. It seems that almost all the aims that are set by ACT are reflected in the insights reported by the participants with low back pain. Only the aim 'life values' is not reflected in the findings. In addition, there have been reported a lot of insights about relationships and self-esteem. These aspects are not included in the aims of the ACT. Perhaps there are some opportunities in these aspects that can help improve the therapy.

1. Inleiding

Pijn kan belemmerend werken in het dagelijks leven (Reid, et al, 2011). De definitie van pijn, gegeven door de International Association for the Study of Pain (ISAP), luidt “*een onaangename sensorische en emotionele ervaring, geassocieerd met werkelijke of mogelijke weefselschade, of beschreven in termen van zulke schade*” (IASP, 1986). Deze pijn heeft een functionele taak, het leert ons wat gevaarlijk is. Het zorgt ervoor dat gedrag wordt aangepast waardoor letsel in de toekomst wordt geminimaliseerd. Het lichaam herstelt zich normaal gesproken zodra de bron die de pijn veroorzaakt verwijderd wordt of wanneer de aangebrachte schade is hersteld (Schreurs, 2002; Schreurs 2013). De ervaren pijn verdwijnt dan (Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011). Wanneer de pijn langer dan drie maanden blijft aanhouden of in episodes terugkeert wordt het chronische pijn genoemd (Andersson, 1999).

Volgens Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen en Gallacher (2006) is de prevalentie van chronische pijn hoog. Zij concludeerden dat 19% van de volwassen bevolking in Europa lijdt aan matige tot ernstige chronische pijn waarbij de pijn leidt tot ernstige gevolgen voor de kwaliteit van leven. In Nederland geeft meer dan 40% van de bevolking boven de 25 jaar aan langer dan drie maanden in het afgelopen jaar pijn te hebben ervaren (Van Wilgen, Werkman & Köke, 2006). De chronische pijn werd het vaakste gelokaliseerd in de rug (24.8%), voornamelijk in de onderrug.

Breivik et al. (2006) stelden dat chronische pijn, door de hoge prevalentie, een groot probleem vormt voor de gezondheidszorg. De arts blijkt drie keer vaker te worden bezocht wanneer ernstige pijn wordt ervaren in vergelijking met de gemiddelde bevolking zonder pijn (Langley, 2011). Chronische pijn leidt mede daardoor tot hogere medische kosten, ziekteverzuim en verlies van productiviteit. Bovendien blijken de maatschappelijke kosten nog hoger te zijn dan de directe kosten die gemaakt worden binnen de gezondheidszorg (Lambeek, van Tulder, Swinkels, Koppes, Anema & van Mechelen, 2011). Er kan dus gesteld worden dat er zowel individuele als maatschappelijke belangen zijn om chronische pijn te behandelen. Rozenberg, Foltz en Fautrel (2012) stellen dat er verschillende behandelingen worden toegepast om van de pijn af te komen, zoals medicamenteuze, therapeutische en fysieke behandelingen.

In deze behandelingen en binnen de wetenschap van chronische pijn lag volgens Veehof, Schreurs, Hulbergen en Bohlmeijer, (2010) de focus vooral op de actieve coping strategie. Coping is de manier waarop patiënten met chronische pijn omgaan. De definitie luidt volgens Brown en Nicassio (1987): ‘*de specifieke gedachten en gedrag dat mensen gebruiken*

om hun pijn te managen of hun emotionele reactie op de pijn'. In het 'fear-avoidance model' wordt verklaard hoe een inadequate coping omtrent pijn kan leiden tot chronische pijn. Het model concentreert zich op de inter-relatie tussen verschillende componenten, waarbij angst voor pijn centraal staat. Vlaeyen en Linton (2000) stellen dat er binnen dit model twee strategieën zijn om met pijn om te gaan: een passieve en een actieve coping strategie. In de passieve stijl gaan patiënten uit angst voor pijn steeds meer activiteiten vermijden die pijn kunnen oproepen. Het gevaar is dat er steeds vaker en meer situaties worden vermeden. Gevolg is inactiviteit en een achteruitgang van de conditie. Door de verslechterde conditie wordt bij het ondernemen van lichamelijke activiteiten sneller pijn ervaren. De actieve stijl werkt het tegenovergestelde. Activiteiten worden voortgezet, waarbij patiënten de ervaren pijn negeren. Hierdoor verdwijnt de angst voor pijn. Op de lange termijn kan daardoor overbelasting ontstaan en wordt de pijn intenser.

Omdat de actieve coping averechts kan werken (Vlaeyen & Linton, 2000) is er steeds meer aandacht voor het aanvaarden van pijn in plaats van negeren. Acceptatie van pijn zou een meer adequate vorm van coping zijn, steeds meer therapieën richten zich daarom ook op acceptatie. Een voorbeeld is de Acceptance and Commitment Therapie (ACT). Dit is een relatief nieuwe therapie waarvan het algemene doel acceptatie is (Veehof, et al., 2010). Volgens Blackledge en Hayes (2001) is ACT gericht op datgene wat waarde geeft aan iemands leven om een betekenisvol en persoonlijk bevredigend leven te kunnen leiden. Hiervoor is het nodig om ongewenste situaties te accepteren. Schreurs en Veehof (2013) concluderen dat ACT gericht op pijn als centraal uitgangspunt heeft dat pijn samen met ongewenste emoties, gedachten en situaties onderdeel uitmaken van het leven. Geprobeerd om oude, ineffectieve patronen te doorbreken. Zowel vermijding als het negeren van pijn zorgt voor verergering, waardoor het lijden wordt vergroot. Geleerd moet worden om de pijn te accepteren wanneer deze chronisch is en niet meer te behandelen.

De missie binnen de ACT gericht op pijn, is het herstellen van de participatie aan de samenleving van pijnpatiënten waar geen verdere medische behandeling meer mogelijk is. Met herstel wordt niet herstel van schade bedoeld, maar capaciteiten herstellen door het leren van keuzes en prioriteiten stellen waardoor klachten kunnen afnemen. Schreurs (2002) stelt dat de behandeling gericht is op het beïnvloeden van belemmerende factoren op het gebied van lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren. Dit zou de invloed van pijn op het dagelijks leven moeten verminderen en de hoeveelheid stress die gehanteerd kan worden verhogen. .Daarbij kan gedacht worden aan het maken van keuzes in activiteiten om belasting van het

lichaam beter te reguleren. Er wordt geleerd om de regie weer terug te nemen over het eigen leven. Hierdoor kan er beter gefunctioneerd worden, zelfs als de pijn aanhoudt.

Om herstel te bereiken is een switch van visie nodig (Schreurs, 2013). Allereerst moet er afgestapt worden van het idee dat de pijn moet verdwijnen. Geleerd moet worden de pijn te accepteren en te kijken naar de waardevolle en belangrijke dingen in het leven. Dit vergt een proactieve, motiverende houding en doorzettingsvermogen. De eerste fase van de behandeling richt zich op de switch in visie. Pas wanneer niet meer gericht wordt op pijncontrole maar op het leiden van een waardevol leven kan gewerkt worden aan de volgende zes kernprocessen van ACT:

- 1) *Aanvaarding*; accepteren en verdragen van de pijn en negatieve emoties. Bereid zijn automatische patronen zoals vermijding in gedachten en gevoelens te doorbreken.
- 2) *Levenswaarden*; op zoek gaan naar persoonlijke waarden en wat het leven naar deze waarden kunnen bijdragen aan het leven.
- 3) *Toegewijde acties*; geleerd wordt de waarden om te zetten naar concrete acties. Dit leidt tot meer vitaliteit.
- 4) *Cognitieve defusie*; leren herkennen van automatische gedachten. Leren dat deze gedachten niet overeen hoeven te komen met de realiteit maar verbale constructen zijn. Leren dat de gedachten en gevoelens die men ervaart het gedrag niet hoeven te sturen.
- 5) *Leven in het hier en nu*; in contact komen met het hier en nu. Door het toepassen van mindfulness wordt men bewuster gemaakt van automatische patronen zonder te oordelen. Bewustwording is nodig om de patronen te leren doorbreken. Het bewustzijn wordt flexibeler en de patiënt ervaart meer innerlijke rust.
- 6) *Observerende zelf*; Een psychologisch proces waarin patiënten zichzelf ontwikkelen, groeien en keuzes leren te maken door zich af te vragen ‘wie ben ik?’. Hiervoor is het nodig om los te komen van de manier waarop men zichzelf ziet en beschrijft. Men leert op een niet-oordelende manier zichzelf te kunnen observeren en zichzelf niet meer te identificeren met eigen gedachten en ervaren emotie.

Er is groeiend bewijs dat ACT een effectief gebleken therapie is voor behandeling van patiënten met chronische pijn. Patiënten die een zelf-hulp interventie gericht op ACT volledig doorliepen bleken na afloop een hoger acceptatieniveau te hebben en ervoeren een hogere mate van kwaliteit van leven ten opzichte van voor de behandeling (Johnston, Foster, Shennan, Starkey & Johnson, 2010). Een hogere mate van tevredenheid door ACT werd ook gevonden

in het onderzoek van Thorsell, et al. (2011). Uit een meta-analyse van Powers, Vording en Emmelkamp (2009) bleek dat ACT even effectief is als al langer bestaande behandelingen. Bovendien bleek ACT een goed alternatief te zijn voor bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie (Veehof, et al., 2011).

Door de vele onderzoeken die gedaan zijn naar ACT en de effectiviteit van de behandeling, weten we dus al dat ACT een effectieve behandeling is voor chronische pijn (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lills, 2006). Toch is er nog maar weinig bekend over de vraag waarom ACT werkt. Door middel van dit onderzoek wil ik dit aspect gaan onderzoeken. Het perspectief van de patiënten kan daar meer inzicht in geven. Naast de evaluatie of een therapie effectief is, kan het perspectief namelijk ook inzicht geven waarom een behandeling wel of niet werkt. Volgens Drisko (2004) is deze kennis belangrijk, omdat er dan meer valide en effectievere interventies ontwikkeld kunnen worden. Uit onderzoek van Harker et al. (2011) blijkt namelijk dat veertig procent van de patiënten die behandeld werden voor chronische pijn ontevreden zijn over de behandeling die zij kregen. Aangezien er maar beperkte gegevens beschikbaar zijn over aspecten die het perspectief van patiënten weerspiegelen in een ACT behandeling wordt door Dworkin, et. al. (2011) geconcludeerd dat het belangrijk is om meer onderzoek te doen naar beoordelingen van tevredenheid over een behandeling en naar gelegenheden ter verbetering van behandelingen voor chronische pijn. Bovendien concluderen Schreurs en Hulsbergen (2011) dat de motivatie en bereidheid om onaangename prikkels te verdragen groter is wanneer een patiënt weet waarvoor hij dit doet. Het is dus belangrijk dat een therapie aansluit bij de zaken die de patiënt belangrijk en waardevol vindt, daarom stel ik de volgende onderzoeksvraag:

“Welke inzichten doen deelnemers die leiden aan chronische lage rugpijn op tijdens de Acceptance and Commitment Therapy”

Het doel van dit onderzoek is dus om meer inzicht te verwerven in het perspectief van patiënten ten aanzien van ACT, zodat onderzocht kan worden welke onderdelen van ACT effectief zijn en welke onderdelen verbeterd kunnen worden (Drisko, 2004). Er is gekozen voor een specifieke doelgroep, patiënten met chronische lage rugpijn, omdat uit onderzoek is gebleken dat in dit gebied de chronische pijn het vaakste voorkomt (Van Wilgen, Werkman & Köke, 2006). Dit onderzoek kan daarom een bijdrage leveren dat van belang is voor een groot aantal mensen. Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag is er een kwalitatief onderzoek verricht naar het effect van deze therapie, vanuit het oogpunt van de deelnemers. Dit is gedaan door de therapieverhalen van patiënten met lage rugpijn die deel hebben genomen aan ACT in

het Roessingh te analyseren. Het Roessingh is een revalidatiecentrum die gespecialiseerd is in de behandeling en zorg van chronische pijn. Om de therapieverhalen zo onbevooroordeeld mogelijk te analyseren is er gebruik gemaakt van de grounded theory. Deze theorie is een veelgebruikte methode in kwalitatief onderzoek (Harper & Thompson, 2012). De grounded theorie gaat ervan uit dat de theorie in de data verborgen zit. Door het identificeren van patronen in de data wordt deze theorie gevonden (Bryman, 2008).

2. Methode

2.1 Deelnemers

Er is een kwalitatief onderzoek afgenomen bij patiënten die in het Roessingh een ACT therapie hebben gevolgd. In dit onderzoek zijn de eindinterviews van in totaal 14 deelnemers geanalyseerd om een codeerschema tot stand te brengen. Het doel van het codeerschema is om inzichten die opgedaan zijn door chronische pijnpatiënten in kaart te brengen. Deze heterogene populatie bestaat uit 5 mannen en 9 vrouwen, waarvan de gemiddelde leeftijd 37.6 jaar is. Alle deelnemers maken deel uit van een patiëntenpopulatie die lijden aan chronische pijn. De officiële diagnose die gesteld is binnen chronische pijn verschilt (zie tabel 1). Nadat het codeerschema tot stand is gebracht is er binnen dit onderzoek, speciale aandacht gegeven aan vier van deze deelnemers die gediagnosticeerd zijn met chronische lage rugpijn (lumbago) om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag. Er is gekeken in hoeverre deze vier specifieke deelnemers de inzichten die in het coderschema zijn opgesteld opdoen. Deze groep bestaat uit twee vrouwen en twee mannen. De gemiddelde leeftijd van deze groep is 31.8 jaar.

Alle 14 deelnemers hebben in de afgelopen jaren de ACT behandeling in het revalidatiecentrum het Roessingh gevolgd vanwege de chronische pijn. Tijdens deze behandeling zijn er bij de 14 deelnemers interviews afgenomen voor onderzoeken die uitgevoerd worden door de Universiteit Twente. Deze interviews zijn afgenomen door studenten van de Universiteit Twente. Alle deelnemers die hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek, deden dit op vrijwillige basis. Tijdens de introductie van het onderzoek is het doel van het onderzoek aangegeven en vertelt dat alles anoniem verwerkt zou worden. Tevens hebben de deelnemers toestemming gegeven om de gesprekken op te nemen op een voice recorder (zie bijlage 1). Er kan niet teruggevonden worden of er sprake was van ethische goedkeuring.

Tabel 1: *Demografische Gegevens*

Deelnemers	Geslacht	Leeftijd	ICD-9 diagnose
1	Vrouw	33	Lumbago (specifiek-aspecifiek)
2	Man	34	Lumbago (specifiek-aspecifiek)
3	Vrouw	19	Lumbago (specifiek-aspecifiek)
4	Man	41	Lumbago (specifiek-aspecifiek)
5	Man	42	Rugpijn: radicular
6	Vrouw	54	Fibronyalgie/myalgie, niet gespecificeerd
7	Vrouw	41	Pijnsyndroom: extremit nno
8	Vrouw	39	Fibronyalgie/myalgie, niet gespecificeerd
9	Vrouw	48	Reuma, syndroom van Tietze
10	Man	46	Carpaal tunnel
11	Vrouw	23	chronische vermoeidheidssyndroom (CVS)
12	Vrouw	54	Fibronyalgie/myalgie, niet gespecificeerd
13	Vrouw	19	Afwijking aan rug
14	Man	34	Hernia, artrose

2.2 De procedure op de pijnrevalidatie bij het Roessingh

Alle deelnemers hebben de ACT behandeling ‘pijn de baas’ bij het Roessingh gevolgd. ‘Pijn de baas’ is een gestandaardiseerde, semi-klinische behandeling. Dit houdt in dat deelnemers gedurende elke week twee-en-een-halve dag op vastgestelde dagen intern opgenomen zijn. In die twee-en-een-halve dag hebben zij therapieën gevolgd, bestaande uit verschillende activiteiten zoals fysiotherapie, ergotherapie, mindfulness en gesprekken met een maatschappelijk medewerker. De overige dagen van de week hebben de deelnemers thuis doorgebracht. Dit proces is acht aaneensluitende weken gevolgd. Een aantal deelnemers hebben een tussenpauze van één week gehad vanwege feestdagen. Alle deelnemers hebben deel genomen aan een groepsgewijze aanpak van maximaal zes personen per groep. In elke groep is gevraagd welke personen er mee wilden werken aan het onderzoek. Personen die aan hebben gegeven mee te willen werken zijn geselecteerd en hebben meegedaan aan het onderzoek. Na een periode van zes weken nadat de therapie was afgelopen is er een terugkomdag gehouden. (Wulferink, Winter, Boer & Seydel, 1993; Schreurs, 2012).

2.3 Materiaal (interviews)

Bij elke deelnemer is een reeks van interviews afgenomen. Alle deelnemers hebben vooraf toestemming gegeven om de afgenomen interviews op te nemen. Deze interviews zijn vervolgens letterlijk uitgetypt en ter beschikking gesteld aan de Universiteit van Twente voor onderzoeken. De deelnemers zijn zowel tijdens als na de therapie geïnterviewd. De deelnemers zijn elke week waarin ze deel hebben genomen aan de therapie geïnterviewd, met uitzondering van week 1 en week 5. Zes weken na afloop van de behandelingen heeft er een follow-up interview plaats gevonden met de deelnemers, de eindevaluatie. In totaal is elke deelnemer zeven keer geïnterviewd. Voor elk interview is ongeveer een half uur uitgetrokken om de deelnemers niet te zwaar te belasten en vanwege hun drukke schema. De interviews zijn gehouden in het Roessingh. De eindinterviews zijn in het Roessingh of bij de deelnemers thuis afgenomen. In dit onderzoek is alleen gekeken naar de eindinterviews van de deelnemers.

De interviews zijn gericht op het perspectief van de deelnemers ten aanzien van de behandeling en beoogde doelen. Het doel daarbij is om de deelnemers hun inzichten te laten schetsen. Om dit doel te bereiken is gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview. In dit interview zijn open vragen gesteld naar de ervaringen van de betreffende deelnemer van de afgelopen week/weken. Elk interview is begonnen met de hoofdvraag “Wat heeft u de afgelopen week/tijd geleerd en ervaren?” Indien de deelnemer deze vraag niet adequaat heeft kunnen beantwoorden is er doorgevraagd. Hierbij moet gedacht worden aan vragen als “wat was er nieuw voor je de afgelopen week?” en “Wat is er gebeurd waar u na de behandeling aan terug zult denken?”. Daarnaast is er ook in elk interview standaard geïnformeerd naar dingen die niet goed zijn verlopen. Andere onderwerpen die in elk interview terugkeerden hebben betrekking op gedachten, gevoelens en redenen voor bepaalde gedragingen (zie bijlage 2 voor het volledige interviewschema).

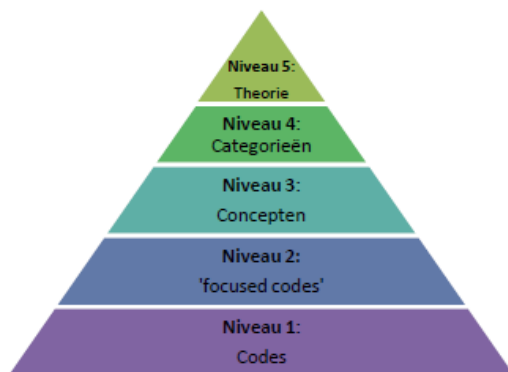
2.4 analyse / coderen

In deze paragraaf is uitgelegd hoe de analyse van het materiaal is uitgevoerd om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag.

2.4.1 Van codes naar concepten naar categorieën

Er is in dit onderzoek via de werkwijze van de grounded theory te werk gegaan zoals beschreven door Harper en Thompson (2012). Deze inductieve werkwijze gaat ervan uit dat de theorie in de data verborgen ligt. Om tot de theorie te komen moet er volgens de theorie verschillende fasen doorlopen worden: ontwikkelen van codes, deze codes samenvoegen tot

breder focused codes, vervolgens tot concepten, dan in categorieën en als laatste de theorie (zie figuur 1). In elke nieuwe fase worden de resultaten uit de vorige fase steeds breder geformuleerd.



Figuur 1: *Grounded Theory*

Voordat de fases doorlopen kunnen worden moet er eerst data verzameld worden. In dit onderzoek is de data verzameld door middel van interviews. Vervolgens zijn er codes ontwikkeld op basis van deze data. Dit is gedaan door eerst belangrijke fragmenten in de interviews te selecteren. Regel hierbij is dat elk fragment één inzicht moet bevatten. Fragmenten waarin geen inzicht is genoemd zijn in de verdere analyse buiten beschouwing gelaten. De lengte van een fragment/inzicht varieert van een halve zin tot een alinea. De fragmenten waarin een inzicht is genoemd zijn gelabeld met één code die de essentie van het fragment weergeven. Vervolgens zijn de geselecteerde codes met een inzicht meegenomen naar de volgende fase waar de codes op een breder niveau omschreven zijn. Hiervoor zijn codes die in essentie hetzelfde beschreven samengevoegd tot concepten. Niveau 2, de 'focused codes', is in dit onderzoek overgeslagen, omdat er vanuit de codes al op een natuurlijke manier overgang gevonden kon worden tot concepten. De focused codes waren daarom overbodig. Daarna is er gekeken welke concepten op een meer abstract niveau samengevoegd kunnen worden tot categorieën, waaruit in de laatste fase een algemene conclusie of theorie is afgeleid.

2.4.2 Het codeerproces

Twee onderzoekers hebben eerst op individueel niveau drie interviews geanalyseerd in het software programma atlas.ti. Uit de geselecteerde interviews zijn de belangrijke inzichten gefilterd door codes te labelen die daarna zijn samengevoegd tot concepten. De concepten zijn samengevoegd tot categorieën. Vervolgens heeft er een overleg plaatsgevonden tussen de onderzoekers om afstemming te bereiken over de gevonden codes, concepten en categorieën.

Het afgestemde codeerschema is voorgelegd aan de begeleiders. Na dit proces zijn er opnieuw drie interviews op individueel niveau geanalyseerd. Aan de hand van de nieuwe bevindingen is het codeerschema aangepast en heeft er weer een overleg plaatsgevonden. Dit proces is een aantal keren herhaald. Op deze manier is er consensus en intersubjectiviteit ontstaan tussen beide onderzoekers. Na tien interviews te hebben geanalyseerd leek het codeerschema compleet. Dit is getest op de laatste vier interviews. Daaruit is gebleken dat het schema toereikend is. Vervolgens zijn alle interviews opnieuw gecodeerd met het toereikende codeerschema.

De onderzoekers hebben ervoor gekozen om elke codering maar onder één concept te schalen. Hoofdregel daarbij is dat daar waar de focus en het inzicht op ligt, bepalend is voor de codering. Door middel van discussie is afgebakend welke codes op een hoger niveau samengevoegd kunnen worden tot één concept. Hetzelfde proces heeft plaats gevonden voor het identificeren van concepten tot categorieën. De onderzoekers lagen daarbij vaak op één lijn. Er is gebleken dat bepaalde concepten al snel overlappend zijn, waardoor er nieuwe definities en scherpere afbakeningen gesteld moesten worden. Omdat de interpretatie cruciaal is voor de indeling in concepten zijn er definities geformuleerd om de concepten zoveel mogelijk af te bakenen en overlap te voorkomen. Bij alle categorieën en concepten geldt dat gesproken wordt over de mate waarin een aspect voorkomt waardoor ook het schijnbaar tegenovergestelde aspect hieronder valt, tenzij anders beschreven staat. Ter illustratie: bij activiteit gaat het om de mate waarin een activiteit voorkomt. Hier hoort dus ook een gebrek aan activiteiten bij, wat als inactiviteit gezien wordt. Het goed afstemmen en definiëren van de concepten is daar de vele overleggen een belangrijk en langdurig proces van de analyse. Het benoemen van een geschikte naam voor de categorie *zelf* bleek een uitdaging te zijn. Beide onderzoekers zijn het snel eens geworden met de groepering van de concepten tot één categorie, maar leken niet tot een geschikte benaming voor de categorie te kunnen komen. Nadat de term *zelf* werd geopperd waren beide onderzoekers het er over eens dat dit de meest geschikte benaming voor de categorie is.

De uitkomsten van het codeerproces zijn terug te vinden en beschreven in de onderzoeksresultaten. Beide onderzoekers hebben de resultaten uit het codeerschema gebruikt en vertaald naar hun eigen onderzoek. Raadpleeg Herberg (2013) voor het onderzoek van de andere onderzoeker.

3. Onderzoekresultaten

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de gevonden inzichten van de deelnemers. Op basis van de analyse van alle veertien deelnemers kunnen de inzichten tot de volgende vier categorieën samengevoegd worden: ‘acceptatie’, ‘activiteiten’, ‘relatie’ en ‘zelf’. In tabel 2 is een overzicht te vinden van het aantal inzichten dat elke deelnemer heeft benoemt per categorie. Gezien kan worden dat de meeste inzichten gedaan zijn binnen de categorie activiteit, gevolgd door het zelf. Het aantal benoemde inzichten binnen de categorie relaties staat op een derde plek en verreweg de minste inzichten worden benoemt binnen de categorie acceptatie. Per paragraaf is uiteengezet wat er onder elke categorie en concepten verstaan wordt op basis van alle veertien deelnemers. Ook wordt er per categorie een tabel gepresenteerd waarin de definitie van de bijbehorende concepten gegeven wordt met voorbeeldcitaten ter verduidelijking. Vervolgens zal er ingegaan worden op de deelnemers met lage rugpijn en in hoeverre zij de gevonden categorieën

Tabel 2: *Overzicht Inzichten per Categorie per Deelnemer*

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

3.1 Acceptatie

De eerste categorie *acceptatie* bevat alle codes waarin de deelnemers een inzicht hebben ervaren omtrent het wel of niet accepteren van aspecten in het leven. De categorie is voortgekomen uit de concepten ‘pijn’ en ‘situatie’. Bij de analyse is gebleken dat deze concepten elkaar al snel overlappen. De inzichten in pijn zijn vaak samen met de manier waarop de chronische pijn het leven beïnvloedde beschreven en hoe daarmee om dient te worden

gegaan (zie tabel 3 voor voorbeeldcitaten). Door de diversiteit aan omstandigheden en achterliggende problematiek tussen de deelnemers, is per deelnemer verschil in de inhoud van het inzicht. Toch kan er bij deze coderingen overal duidelijk uitgehaald worden dat er sprake is van acceptatie of juist een gebrek aan acceptatie. In een aantal gevallen wordt er door een deelnemer een situatie beschreven waarin zowel de pijn als de situatie beschreven wordt. Wanneer dit het geval is, wordt er gekeken welke van de twee concepten meer centraal staat.

Tabel 3: *Categorie Acceptatie*

Concepten	Definitie	Voorbeeld
Pijn	Het inzicht dat de deelnemer 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>“Dat waren dingen waar ik normaal halverwege al was gestopt, omdat ik een beetje pijn in mijn been had en toen we klaar waren was de pijn al echt bijna weg”</i>
Situaties	De situaties waarin de deelnemer 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>“Ja, lastig. Vaak gaat het financieel dan stukken naar beneden en dan vind ik het wel heel moeilijk want dan belast je niet alleen jezelf ermee maar ook wel je gezin dus eh. Het is toch een stukje vrijheid wat je dan gaat missen want dan moet je toch met een kleiner potje toe”.</i>

3.1.1 Pijn

Onder het eerste concept ‘pijn’ vallen alle inzichten omtrent het wel of niet accepteren van pijn. Daaronder valt het wel of niet doorgaan wanneer er pijn wordt ervaren, het vermijden van pijn en het accepteren en leren leven met de pijn. Ten eerste moet het woord ‘pijn’ letterlijk genoemd worden en ten tweede moet er een inzicht opgedaan worden over de pijn op het gebied van acceptatie. Vaak gaat het over de omgang met pijn en welke belemmeringen dat kan opleveren. Bovendien valt op dat pijn vaak in combinatie met andere aspecten is genoemd, bijvoorbeeld in combinatie met activiteit. Het citaat dat in tabel 3 gegeven wordt is daar ook een voorbeeld van. In het voorbeeld komt duidelijk naar voren dat de pijn centraal staat. De deelnemer vertelt hoe er voor het Roessingh op pijn werd gereageerd in vergelijking met zijn tegenwoordige reactie. De deelnemer heeft een belangrijk inzicht opgedaan. Door ‘een beetje pijn’ te accepteren wordt er meer ondernomen. Bovendien ervaart de deelnemer dat de pijn wegtrekt, waardoor er minder belemmeringen worden ervaren tijdens de uitvoer van activiteiten.

3.1.2 Situaties

Het tweede concept ‘situaties’ bevat alle inzichten die gedaan zijn rondom acceptatie van de situatie zoals die nu eenmaal is. Hieronder vallen onder andere het wel of niet accepteren van veranderingen vanwege de chronische pijn, acceptatie van ‘*schuldig voelen*’ en ‘*ziekte*’. Hierbij geldt dat zowel het wel als het niet kunnen accepteren van de situatie onder dit concept valt. De diversiteit aan achtergrond in situaties en facetten van deelnemers waarbinnen een inzicht is opgedaan, maken dat het concept ‘situaties’ breed gehouden wordt. Als overkoepelend inzicht is er bij al deze inzichten sprake van het accepteren of niet accepteren van een situatie. Het inzicht in tabel 3 illustreert die diversiteit in vergelijking met het volgende inzicht: *‘een stukje acceptatie voor jezelf van oké, er is niks of in elk geval qua medische, alhoewel ik toch nog stiekem ehm blijf hopen’*. In dit voorbeeld gaat het over acceptatie dat de pijn niet medisch is, terwijl het in tabel 3 gaat over het accepteren dat er minder geld binnenkomt door gevolgen van de pijn.

3.2 Activiteit

In de tweede categorie *activiteit* hebben de deelnemers inzichten opgedaan die te maken hebben met activatie en passiviteit. In deze categorie zijn inzichten opgedaan omtrent de concepten ‘beweging’, ‘rust’, ‘balans’ en ‘grenzen’. Door de pijn ervaren deelnemers belemmeringen tijdens activiteiten zoals werk en hobby’s. Vooral het vinden van een juiste balans vinden deelnemers lastig. Dit uit zich bij de één in moeite met het inbrengen van rustmomenten tussen activiteiten, terwijl een ander passief is geworden. Deze voorbeelden worden gezien als een gebrek aan balans. Wanneer een inzicht alleen gericht is op een activiteit dan valt de code onder beweging. Voor rust geldt hetzelfde principe. Passiviteit zoals rustmomenten en activiteiten ter ontspanning vallen onder het concept rust. Hiervoor is gekozen omdat deelnemers bij ontspanningsactiviteiten vaak aangeven rust te ervaren. Wanneer beweging in combinatie met rust wordt genoemd valt de code onder het concept balans. Het aangeven of overschrijden van grenzen of een gebrek daaraan gebeurt altijd in combinatie met een activiteit, daarom is ervoor gekozen om dit concept samen met de andere concepten samen te voegen tot activiteit.

Tabel 4: *Categorie Activiteit*

Concepten	Definitie	Voorbeeld
Beweging	Het inzicht dat de deelnemer opdoet omtrent het ondernemen van activiteiten en bewegingen, de manier van bewegen binnen verschillende situaties zoals het doen van leuke dingen, werk en huishoudelijke activiteiten. Het niet kunnen doen van bepaalde activiteiten en bewegingen valt ook binnen dit concept.	<i>“Dus ik ben minder ehm zeg maar eh aan het vermijden eh active dingen aan het vermijden” en “Dus ik ben wel aan het opbouwen en dat voel ik ook wel op mijn werk hé, qua fitheid en qua dingen doen hé”.</i>
Rust	Het inzicht dat de deelnemer opdoet omtrent 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 ontspannende activiteiten onder dit concept.	<i>“Dus ik denk ook daar dat je iets meer rust voor jezelf inbouwt” en “En toen dacht ik weer terug aan wat had ik nou geleerd.. rustig aan doen, dus dat heb ik alsnog wel gedaan..”.</i>
Balans	De deelnemer krijgt inzicht in het belang van balans tussen rust en activiteit en het bewust bedenken wat hij of zij gaat doen, zodat er balans kan ontstaan. Ook het inzicht in moeite hebben met en gebrek aan balans valt onder dit concept.	<i>“ik denk toch het echt afwisselen van een dagschema. Dat is natuurlijk ook lastig omdat ik dat tot nu toe nog niet heb gehad” en “Er bewust mee omgaan, pauze tijden nemen even zitten niet te lang zitten weer bewegen. Dus echt gedoseerd ermee omgaan”.</i>
Grenzen	De deelnemer beschrijft het inzicht in 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>“nou om de dag te kunnen doorstaan zonder moeite zijn. Of zelfs dat je er niet aan toegeeft en dat je tijdens het gesprek zelf in slaap viel en er zelf helemaal geen weet van had in eerste instantie” en “Ik heb een gesprek met een arbeidsdeskundige gehad en ik heb daar goed kunnen verwoorden wat ik wel kan en niet kan”.</i>

3.2.1 Beweging

Onder het eerste concept ‘bewegen’ vallen alle inzichten die deelnemers hebben opgedaan omtrent het bewegen. Met beweging wordt bedoeld alle activiteiten die een persoon onderneemt. Hierbij kan gedacht worden aan het uitlaten van de hond tot het uitvoeren van je werk. Deelnemers rapporteren beweging vaak in combinatie met klachten of belemmeringen, zo wordt er bijvoorbeeld gezegd dat het uitvoeren van een activiteit ‘zwaar gevallen’ is. Toch zien deelnemers vaak in dat blijven bewegen (in de juiste mate) essentieel is. Deelnemers rapporteren bijvoorbeeld dat ze zich ‘fitter’ gaan voelen en meer kunnen ondernemen (zie ook voorbeeld tabel 4).

3.2.2 Rust

Onder het tweede concept ‘rust’ vallen alle coderingen waarin de deelnemers een inzicht rapporteren met het oog op het nemen van rust(momenten) en ontspanning. Hieronder vallen leermomenten omtrent het houden van rust, ontspanning en het niet actief zijn. De reden dat

ontspanning onder het concept rust thuis hoort is omdat niet de bezigheid of de balans centraal staat maar het moment waarin ontspannen wordt. Deelnemers ervaren dan tot rust te komen. Dit '*moment voor jezelf*' zoals een deelnemer het omschrijft, kwam te weinig voor om als eigen concept opgenomen te worden. Vandaar dat de code samengevoegd is tot het concept rust met de gedachte dat ontspanning voor rust zorgt. De citaten in tabel 4 zijn voorbeelden van typische inzichten die gedaan worden die binnen dit concept vallen. Vaak wordt het inlassen van rust als moeilijk ervaren, desondanks zien de deelnemers wel het belang van de rustmomenten in.

3.2.3 Balans

Het derde concept 'balans' omvat alle inzichten die te maken hebben met het creëren van de juiste balans tussen bezigheden en rustmomenten. Onder dit concept valt het '*inlassen van rust*' tijdens en na bezigheden, het zorgvuldig '*inschatten*', '*plannen*' en '*kiezen*' van bezigheden met het oog op balans. Maar ook het niet kunnen vinden van of een gebrek aan balans. Er is voor gekozen om dit als los concept te kiezen omdat er veel inzichten zijn opgedaan omtrent balans en de uitdaging om de juiste balans te vinden. Vaak is de balans in de praktijk moeilijk te vinden (zie tabel 4). Uit inzichten van deelnemers is ook af te leiden dat ze beter zijn gaan nadenken over de verdeling van activiteiten. Er wordt bijvoorbeeld door een deelnemer gerapporteerd dat het aanhouden van een '*normaal ritme*' het beste werkt, ook wanneer er gedacht wordt meer te kunnen. Dit kan dan beter niet gedaan worden, omdat anders de volgende dag moet worden ingeleverd. Dit past bij het inzicht van andere deelnemers die zeiden meer '*gedoseerd*' met activiteiten om te willen gaan (zie ook tabel 4).

3.2.4 Grenzen

Het vierde en laatste concept binnen de categorie beweging is 'grenzen'. Binnen dit concept vallen alle inzichten die de deelnemers opdoen omtrent grenzen zoals het bereiken of overschrijden van grenzen, maar ook het stelen van grenzen door te delegeren en doorverwijzen van activiteiten die '*niet mijn pakje aan meer zijn*'. Grenzen hoort onder activiteit omdat de grenzen gesteld worden op basis van activiteiten. In de analyse is gebleken dat het leren van grenzen een belangrijk onderdeel is voor deelnemers. Vaak wordt het aangeven of weten wanneer grenzen zijn bereikt als lastig ervaren (zie bijlage 4). Ondanks dat dit ook gezien kan worden als het niet willen accepteren van de situatie, wordt deze code toch onder grenzen geplaatst omdat de essentie van het inzicht 'grenzen' is, bovendien kan niet met zekerheid gezegd worden waarom de deelnemer zijn grens heeft overschreden maar wel dat de grens is overschreden.

3.3 Relaties

De derde categorie betreft de *relaties*. In deze categorie vallen alle contacten waaruit de deelnemer een inzicht heeft gehaald, maar ook de rol die andere mensen spelen in het ziektepatroon van de deelnemer. Gedacht kan worden aan het vragen van hulp, de manier waarop er ondersteuning wordt ervaren of juist een gebrek daaraan en wat het contact met de buitenwereld voor de deelnemer betekent. De categorie *relaties* is samengesteld uit de concepten ‘medepatiënten’, ‘omgeving’ en ‘professionele hulpverlening’. Wanneer er in een contact een grens aangegeven wordt, dan hoort de codering niet onder de categorie *relaties* maar tot de categorie *activiteit* onder het concept ‘grenzen’. Hiervoor is gekozen omdat ook wanneer er in het contact met andere mensen een grens wordt aangegeven, dit altijd betrekking heeft op het stellen van een grens in activiteiten zoals het doorverwijzen van bezigheden waar zij niet verantwoordelijk voor zijn.

Tabel 5: *Categorie Relaties*

Concepten	Definitie	Voorbeeld
Medepatiënten	Het inzicht dat door deelnemer 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 hieronder.	<i>“‘Jaa, en daardoor, omdat..ik vond altijd V. een hele sterke vrouw. En hoe die er ook mee omging, ik had zoiets van, dat moet ik ook kunnen. Dat was het ook wel, je trekt elkaar omhoog maar ook met twee voeten op de grond zeg maar. Ik weet niet, soms zeggen ze dingen en daar heb ik dan nog nooit aan gedacht. Ik kan me veel minder goed concentreren en dan denk ik, dat heb ik ook! Ik wist niet dat dat daarvan kwam’”.</i>
Omgeving	De deelnemer benoemt inzichten in relatie tot mensen uit de omgeving, zoals partner, ouders, kinderen, naasten en anderen maar ook burens en collega's. Relaties waarin steun of begrip wordt ervaren of juist gemist wordt. Ook kunnen inzichten betrekking hebben op het ontvangen of vragen om hulp.	<i>“En ik vind het zo fijn als de mensen daarin zo meegaan en een passende oplossing bieden en dat we dat samen invullen’”.</i>
Professionele hulpverleners	De deelnemer benoemt inzichten die zijn opgedaan in relatie tot professionele hulpverleners en beroepsdeskundigen zoals psychologen, fysiotherapeuten, artsen etc. 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>

3.3.1 Medepatiënten

Het eerste concept ‘medepatiënten’ omtrent alle inzichten die deelnemers hebben opgedaan die te maken hebben met hun therapiegroep en lotgenoten. Er zijn inzichten gemeld

over wat contact met lotgenoten betekent. Vaak is gebleken dat alleen het *‘delen’* en *‘weten dat je het niet als enigste hebt’* al een positief effect heeft. Daarnaast rapporteerden deelnemers steun, herkenning en *‘begrip’* te vinden bij medepatiënten. Ook geven ze aan te hebben geleerd van de ervaring en het zien hoe lotgenoten met situaties omgaan (zie tabel 5). Maar ook hier geldt weer dat coderingen die betrekking hebben op de nadelen van medepatiënten en een gebrek aan steun onder dit concept thuishoort zoals de uitspraak dat er door het aantal mensen in een groep *‘niet diep genoeg’* gekomen wordt, waardoor *‘het heel erg oppervlakkig’* blijft en er *‘Dan eigenlijk nog niet tot het probleem gekomen wordt’*. De deelnemer doet een belangrijk inzicht op. Hij ervaart wat niet voor hem werkt en waarom hij niet tot de kern is gekomen. Bovendien is gebleken een aantal deelnemers voor de behandeling *‘een beetje tegen’* de behandeling met ‘medepatiënten’ *‘op te zien’*.

3.3.2. Omgeving

Het tweede concept binnen de categorie *relaties* is de ‘omgeving’. Binnen dit concept vallen alle inzichten die opgedaan zijn omtrent relaties en contacten met de omgeving. Hieronder valt de primaire steungroep zoals partners, familie en vrienden, maar ook de overige omgeving zoals burens en collega’s. Alle personen die genoemd worden, die niet in één van de andere concepten binnen *relaties* vallen kunnen onder dit concept ‘omgeving’ worden geplaatst. Vaak wordt gerapporteerd wat de omgeving en sociale contacten betekent voor de deelnemer, bijvoorbeeld dat er *‘behoefte aan sociale contacten’* is omdat andere activiteiten zoals werk weggevallen zijn. Wanneer een uitspraak gaat over de manier waarop gedacht wordt dat *‘anderen’* tegen de persoon aankijken, wordt de uitspraak gecodeerd onder de categorie *zelf*, omdat dit vaak meer te maken heeft met de ervaren eigenwaarde. Een uitzondering is het inzicht in tabel 5, waar gesproken wordt over *‘mensen’*. De deelnemer geeft duidelijk aan wat mensen voor haar betekenen en waar zij steun van ervaart. Dit staat los van haar eigenwaarde.

3.3.3 Professionele hulpverleners

Het derde en laatste concept die tot de categorie *relaties* heeft geleid betreft de ‘professionele hulpverleners’. Binnen dit concept vallen alle codes die betrekking hebben op inzichten die zijn opgedaan uit contacten met professionele hulpverleners, zoals psychologen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, artsen etc. Veel van deze coderingen gaan over de specifieke steun die deelnemers krijgen van de hulpverleners en adviezen die de deelnemers bruikbaar vinden. Een voorbeeld van een dergelijk inzicht is te vinden in tabel 5. Ook bij dit concept geldt dat hulpverleners die niet van dienst kunnen zijn als een inzicht wordt gezien.

3.4 Het zelf

De laatste categorie omtrent het *zelf*. Binnen deze categorie vallen alle inzichten die de deelnemers hebben opgedaan die te maken hebben met hun eigen persoon en waarin ze zichzelf centraal zetten. Deze categorie bestaat uit de concepten ‘cognities’, ‘eigenwaarde’, ‘gevoelens’ en ‘toekomst’. Uitspraken die hierbij van toepassing zijn hebben betrekking op de emoties en gevoelens die de deelnemers ervaren, hun waarden en normen, het zelfbeeld dat ze hebben en zelfinzichten in cognities en het toekomstbeeld

Tabel 6: *Categorie Zelf*

Concept	Definitie	Voorbeeld
Cognitie	Het inzicht dat deelnemer heeft gekregen omtrent de gedachten en cognities die hij of zij heeft. Waarbij codes draaien om bewustwording, gedachtes en verandering in de gedachtegang bij de deelnemer.	<i>“Ja je hoopt dan toch bewust worden eigenlijk van hoe ga je met jezelf om. Nu alleen omdat er klachten zijn en als er geen klachten zijn dan sta je er niet bij stil, dan doe je gewoon alles wat in je hoofd opkomt en wat voor je handen komt. En nou moet je overal over nadenken eigenlijk en ja dat wil je niet altijd maar dan moet je dat toch per situatie gaan inschatten. Ga ik er voor 100% in of voor 50%.”</i>
Eigenwaarde	Het inzicht van de deelnemer in eigenwaarde, zelfrespect en respect voor het lichaam. Ook inzichten omtrent 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>“ik kies nu voor mezelf” & “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.”</i>
Gevoelens	Het inzicht van de deelnemer in zijn of haar gevoel. Hieronder vallen emoties zoals blij, boos en verdrietig. Maar ook gevoelens van frustratie, stress en angst. Schuldgevoelens hebben te maken met het accepteren van de situatie.	<i>“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. Ik word daar niet blijer van”.</i>
Toekomst	De deelnemer benoemt inzichten in het stellen van doelen en het hebben van een toekomst visie. Ook inzichten omtrent het leven in het nu en niet te ver vooruit kijken vallen binnen dit concept.	<i>“Ik denk die verrekijker niet te snel pakken. Toekomst willen kijken die je niet kunt zien, dingen die je nog niet zo ver kunt kijken”.</i>

3.4.1 Cognitie

Het eerste concept binnen de categorie *zelf* is ‘cognitie’. Alle inzichten omtrent cognitie, bewustwording en gedachtepatronen die een deelnemer heeft opgedaan vallen binnen dit concept. Hieronder vallen inzichten rondom het zelf waarin letterlijk de woorden ‘*dacht ik*’, ‘*ben ik me bewust*’ of een andere vorm van de begrippen ‘denken’ en ‘bewustwording’ worden

gebruikt. Een voorbeeld van een bewustwording is terug te vinden in tabel 6. Een voorbeeld van een inzicht waarin een deelnemer een nieuwe gedachtegang laat zien is de volgende uitspraak: *‘ik bedenk me eerst van ‘is dit wel leuk?; kan ik het wel aan?; ga ik het uberhaupt aan? En wat wil ik nog meer?’ Ik doe dat nu op een heel andere manier’*.

3.4.2 Eigenwaarde

Het tweede concept ‘eigenwaarde’ bevat alle coderingen die een inzicht bevatten die betrekking hebben op het gevoel dat de deelnemers ervaren het waard te zijn. Kortom het zelfrespect (Dale, 2010). Onder dit concept vallen alle uitspraken van deelnemers waarin ze een gevoel van waardering over zichzelf uiten, bewust voor *‘zichzelf gaan kiezen’* (zie tabel) of juist een gebrek aan zelfwaardering uitten. Daarnaast vallen ook uitspraken waarin de deelnemers vertellen wel of niet naar hun *‘lichaam te luisteren’* of *‘aan te voelen’* onder het concept ‘eigenwaarde’. Daarvoor is gekozen omdat luisteren naar het lichaam geïnterpreteerd wordt als een zelfwaardering voor je lichaam en daarmee het ‘zelf’.

3.4.3 Gevoel

Het derde concept ‘gevoel’ dat tot de categorie *zelf* heeft geleid omvat alle coderingen waarin deelnemers uitspraken doen over hun gevoelens of emoties. Hierbij kan gedacht worden aan gevoelens en emoties als blijdschap, frustratie, angst, boosheid, verdriet en het ervaren van stress. Deelnemers ervaren vaak inzicht te hebben gekregen in hun gevoelens in bepaalde situaties. Het inzicht dat in tabel 6 gegeven wordt is daar een voorbeeld van. In deze uitspraak staat de angst van de deelnemer centraal en het inzicht dat ze beter niet in deze angstgevoelens kan blijven hangen. Het concept ‘gevoel’ kan als ondergeschikt aan de overige categorieën en concepten gezien worden. Om overlap tussen concepten te voorkomen is besloten dat wanneer deelnemers een gevoel of emotie beschrijven in combinatie met een ander inzicht uit het coderingsschema, de voorkeur gegeven wordt aan het andere concept. Coderingen die wel onder het concept ‘gevoel’ thuishoren moeten expliciet een inzicht bevatten waarin het omschreven gevoel aansluit op het zelf. Daarnaast mag de codering niet verenigbaar zijn met een andere categorie of concept.

3.4.4 Toekomst

Het vierde en laatste concept is de ‘toekomst’. Inzichten binnen dit concept gaan over het toekomstbeeld dat de deelnemer voor zichzelf heeft. Hieronder vallen de verwachtingen die deelnemers hebben over *‘de toekomst’* en *‘doelen’* die deelnemers willen behalen. Maar ook *‘niet te ver vooruit willen kijken’* en *‘niet meer kijken in de toekomst’* vallen binnen het concept (zie tabel 6). Een uitspraak mag pas tot het concept ‘toekomst’ gecodeerd worden wanneer er

een uitspraak wordt gedaan waarin het woord ‘toekomst’ gebruikt wordt of als er over een periode gepraat wordt die nog minimaal twee tot drie weken in het vooruitzicht ligt. De planning voor komende week valt onder de categorie activiteit, afhankelijk van het inzicht wordt het concept bepaald.

3.5 Deelnemers met lage rugpijn

In tabel 7 is een overzicht weergegeven van de hoeveelheid inzichten per deelnemer met lage rugpijn binnen de categorieën en de bijbehorende concepten die zojuist besproken zijn. Gezien kan worden dat in totaal de meeste inzichten opgedaan zijn omtrent het zelf, gevolgd door activiteiten en daarna inzichten in acceptatie. De minste inzichten zijn opgedaan omtrent relaties. Daarnaast blijkt dat er onderlinge verschillen zijn, maar dat alleen deelnemer 2 fors afwijkt van het patroon. Deze deelnemer is de enige die de meeste inzichten opdoet binnen de categorie relaties en acceptatie, terwijl door de overige deelnemers in deze categorieën de minste inzichten worden gerapporteerd benoemen (raadpleeg de bijlage voor een overzicht van de inhoud van de inzichten). Opvallend is ook dat gezien kan worden dat deelnemer 1 en 3, de twee vrouwen, de meeste inzichten. Hieronder zal per deelnemer een beschrijving gegeven worden van de opzichten die gedaan zijn.

Tabel 7: *Overzicht Inzichten per Deelnemer met Lage Rugpijn*

	Deelnemer 1	Deelnemer 2	Deelnemer 3	Deelnemer 4	Totaal
Acceptatie: pijn	4	6	2	1	13
Acceptatie: situatie	0	1	3	0	4
Totaal acceptatie	4	7	5	1	17
Activiteiten: balans	1	0	3	2	6
Activiteiten: bewegen	5	1	1	2	9
Activiteiten: grenzen aangeven	1	1	4	0	6
Activiteiten: rust(momenten)	3	1	4	0	8
Totaal activiteiten	10	3	13	4	29
Relatie: medepatiënten	0	0	1	0	1
Relaties: omgeving	0	2	3	1	6
Relaties: professionele hulpverleners	0	5	0	1	6
Totaal relatie	0	7	4	2	13
Het zelf: gevoel	3	1	3	0	7
Het zelf: toekomst	0	2	1	0	3
Het zelf: cognitie	3	0	5	3	11
Het zelf: eigenwaarde	5	1	5	0	11
Totaal het zelf	11	4	15	3	32
Totaal	25	21	37	10	91

3.5.1 Deelnemer 1

Deze vrouw benoemt veel inzichten omtrent het zelf en inzichten die te maken hebben met activiteiten. Een belangrijk inzicht dat zij naar eigen zeggen heeft opgedaan is dat ze ervaren heeft dat ze bepaalde dingen *“toch wel kan ondanks de pijn, in plaats van te laten vanwege de pijn”*. Voorheen dacht ze dat ze daar niet toe in staat was, wat onjuist bleek te zijn. Vroeger stopte ze met activiteiten zodra ze pijn voelde. Nu gaat ze door en zorgt ze ervoor dat ze voldoende rustmomenten inbouwt. Hierdoor houdt ze activiteiten langer vol en voelt ze aan het eind van een wandeling zelfs helemaal geen pijn. Ze vertelt over deze ervaring *“dat was helemaal nieuw voor mij, ik merk dat ik veel minder bang ben om dingen te doen”*. Dit was voor haar dan ook een echte *‘eyeopener’*. Dit inzicht was voor haar een doel op zich en ze benoemt het zelf als *“één van de belangrijkste dingen die ik geleerd heb. En dat komt overal een beetje in terug”*. Ze is erg *‘trots’* op zichzelf dat ze tot dit inzicht gekomen is en wat ze bereikt heeft. Bovendien ziet ze steeds meer dingen van haar oude zelf terug komen, ze wordt weer spontaner in het ondernemen van activiteiten. Opvallend is dat deze vrouw de meeste inzichten benoemt die vallen binnen de categorie het zelf en helemaal geen inzichten benoemt omtrent relaties met anderen.

3.5.2 Deelnemer 2

Deze man benoemt de meeste inzichten binnen de categorieën acceptatie en relaties. Dit is opmerkelijk, omdat deze categorieën bij nagenoeg alle overige deelnemers op de laatste plek eindigen. Deze man vertelt dan ook dat acceptatie van pijn het belangrijkste inzicht is die hij heeft opgedaan tijdens de therapie: *“maar wat ik nog het meest heb geleerd het toegeven dat de pijn er is. Dat wordt niet zo 1,2,3 wat anders. Dat heb ik wel heel goed geaccepteerd, denk ik nou”*. Bovendien komt deze man tot inzicht dat vooral relaties erg belangrijk voor hem zijn. Hij heeft aanmoediging nodig: *“Ik denk dat het me allemaal wel een beetje geholpen heeft, met de aanmoediging van de fysiotherapeut erbij, denk ik dat mij dat wel heel goed helpt”*. Maar ook blijkt dat deze man de professionele relaties nodig heeft gehad ter bevestiging en geruststelling dat er niets ernstigs aan de hand is en dat er niets ernstigs kan gebeuren ondanks de ervaren pijn: *“De pijn was overheersend en ik durfde niet verder door te gaan zeg maar. En bij de fysio krijg je te horen, er kan niets erg gebeuren in principe. Je moet er gewoon even overheen”*. Toch komt later naar voren dat de situatie en de voortgang nog steeds een moeilijk te accepteren onderdeel voor hem is: *“Ja, dat is nog steeds wel teleurstellend. Nog niet zoals ik het wil, nog steeds te weinig, het duurt me allemaal nog veel te lang, eigenlijk nog steeds. Dat is altijd al zo geweest en volgens mij gaat dat nooit veranderen”*.

3.5.3 Deelnemer 3

Deze vrouw benoemt de meeste inzichten omtrent het zelf. Sinds de therapie merkt ze dat ze steeds meer tijd voor zichzelf neemt en gaat ze weer activiteiten ondernemen die ze leuk vindt om te doen, want eigenlijk deed ze vanwege de pijn steeds minder: *“en dat groeit daar een beetje in. Je gaat zo in die sleur mee, en dan op een geven moment, zonder dat je zelf echt bewust door hebt, doe je eigenlijk niets meer”*. Tegenwoordig zoekt ze weer dingen op die ze leuk vindt en haar rust geven en ziet ze de waarde van deze activiteiten en hobby's in zoals *“creatieve bezigheden”*, maar ook gaat ze weleens *“even op de bank televisie kijken”*. Ze zegt daarover: *“Nou, dit vind ik gewoon, hier maak je in feite tijd voor jezelf, waar jij je prettig bij voelt en wat je fijn vind. En wat dan ook nog eens leuk is, dus daardoor gaat het gewoon wat makkelijker”*. Ze luistert tegenwoordig beter naar haar lichaam en kent zichzelf onderhand *“wel een beetje en weet wel wanneer ze pijn krijgt”*. Dit komt door: *“Dat je wat sneller, of wat bewuster wordt van de dingen die je wil gaan doen en daarbij ook wel nadenkt over je rug”*. Ook heeft ze haar grenzen in het algemeen geleerd, bijvoorbeeld met studeren: *“dan kan je niet meer concentreren en dan sla je toch niets op. Dus ik denk, gooi de bon naar maar mooi aan de kant, ga nou maar even wat anders”*. Toch blijkt dit vaak nog wel een lastige opgave en vind ze het nog wel eens moeilijk om op tijd die rustmoment in te brengen *“want ja, je denkt dan ook van ja, die tijd had ik ook met leren bezig kunnen zijn. Maar achteraf merk ik wel dat ik wel dat het me goed heeft gedaan. Dat ik wel echt weer rustig ben”*.

3.5.4 Deelnemer 4

Deze man benoemt in vergelijking tot de andere deelnemers de minste inzichten. Bijna de helft van de inzichten die hij benoemt gaan over activiteiten. Hij vertelt dat hij geleerd heeft om *“eerder te stoppen en rust aan te doen”* maar dat hij moeite heeft om het ook altijd in de praktijk toe te passen: *“blijkbaar toen niet goed opgevolgd en dus eh hm ik ik had daarna weer m.. ja meer pijn en en verdriet eigenlijk aan de diazepam, dus eh ja eigenlijk is dat gew.. ja dan dan weet je het eigenlijk, maar het gebeurt toch nog eh op de oude manier”*. Wel merkt hij dat door het ondernemen van activiteiten hij meer afleiding heeft en dat het hem goed doet. Ook merkt hij op dat hij geleerd heeft *“dat je eh dat je keuzes hebt en dat je je gedachtes eh niet o.. hoeft op te volgen”*. Hij denkt nu beter na over dingen voordat hij een keuze maakt. Wat betreft de communicatie is hij gegroeid in de relaties met anderen: *“gewoon opener praat eh en en zegt wat je wat je wat je denkt en eh en ehm ja ja dat is wel aan het groeien in totaal. Dus eh ja gewoon naar naar naar mijn naasten zeg maar naar de ja degenen die bij me staan en dat je dan eh ja dat je daar wat beter eh eh en gericht op een andere manier iets eh iets eh overbrengt”*.

4. Conclusie en Discussie

Het doel van het onderzoek is de Acceptance en Commitment Therapie (ACT) die in groepsverband binnen het Roessingh gegeven wordt vanuit het perspectief van de deelnemers met lage rugpijn te evalueren. Duidelijk is geworden welke inzichten belangrijk zijn voor de deelnemers en welke betekenis zij daaraan verlenen. De relevantie van dit onderzoek ligt in het optimaliseren van ACT ten gunste van toekomstige patiënten. Er kan beter aangesloten worden bij de behoeften van patiënten wanneer het perspectief van deelnemers in acht wordt genomen. Door inzicht te krijgen waar deelnemers met lage rugpijn in hun evaluatie een bijzondere betekenis aan verlenen, kan ACT beter afgestemd worden op deze specifieke doelgroep. Bepaalde onderdelen van de therapie kunnen inhoudelijk overdacht worden qua invulling en/of belangrijkheid voor de groep.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de eindinterviews waarin deelnemers hun eigen leerproces en de therapie evalueren. De grounded theory is gebruikt voor het analyseren van de eindinterviews. Dit is een veelgebruikte methode binnen kwalitatief onderzoek, waarbij er vanuit gegaan wordt dat de theorie in de data verborgen ligt (Harper & Thompson, 2012). Op deze manier wordt er veel aandacht besteed aan het perspectief van de deelnemers. Uit de resultaten komen belangrijke inzichten in de beleving van de deelnemers met lage rugpijn naar voren, die in paragraaf 4.1 besproken zullen worden. In paragraaf 4.2 zijn de bevindingen in perspectief van de zes doelen van ACT geplaatst en in de context van bestaande wetenschap. In paragraaf 4.3 is een kritische reflectie over het onderzoek geschreven en in de slotparagraaf 4.4 staan aanbevelingen voor vervolgonderzoeken.

4.1 Belangrijkste bevindingen

De onderzoeksvraag die in dit onderzoek gesteld is luidt:

“Welke inzichten doen deelnemers die leiden aan lage rugpijn (lumbago) op tijdens de Acceptance and Commitment Therapy (ACT)?”

Uit de analyse is gebleken dat de deelnemers inzichten op doen die samengevoegd kunnen worden tot de categorieën activiteit, acceptatie, relaties en het zelf. Hieronder is per gevonden categorie uiteengezet wat de belangrijkste inzichten van de deelnemers met lage rugpijn zijn. Afsluitend is er een conclusie gegeven.

4.1.1 Acceptatie

Inzichten in acceptatie hebben betrekking op het accepteren van de chronische pijn en de situatie in zijn algemeenheid. Gezien wordt dat het accepteren van de pijn en situatie vaak indirect te maken heeft met de dingen die daardoor niet meer gedaan (kunnen) worden. Het accepteren van de situatie is een moeilijk onderdeel. Hoewel het inzicht in acceptatie van pijn vaak wel opgedaan wordt, blijft de helft van de deelnemers met lage rugpijn het lastig vinden om de strijd tegen de pijn op te geven en te accepteren. Wanneer dit wel aanvaard wordt zijn er vaak meer positieve veranderingen te zien in de overige categorieën zoals meer beweging en beter luisteren naar het lichaam.

4.1.2 Activiteit

Deelnemers met lage rugpijn zijn binnen hun ziektebeeld veel gericht op activiteiten. Inzichten die zij binnen deze categorie opdoen hebben betrekking op bewegen, grenzen, rust en het vinden van de juiste balans. Een belangrijk inzicht dat opgedaan wordt door deelnemers is dat ze moeten blijven bewegen omdat ze anders fysiek verder achteruit gaan. De aandoening stond vaak zo centraal in het leven, dat de deelnemers steeds passiever werden. Ze proberen na deze inzichten de regie weer terug te pakken door grenzen te stellen en balans te creëren tussen activiteiten en rust. Vaak blijkt dat dit in de praktijk nog wel eens mis ging en dat al lerende hier meer vaardigheid in verkregen wordt.

4.1.3 Relaties

Door deelnemers met lage rugpijn worden relatief weinig inzichten binnen de categorie relaties benoemt. De relationele inzichten die benoemt worden hebben vooral betrekking op de omgeving en professionele hulpverleners. Er worden nauwelijks inzichten in contact met medepatiënten gerapporteerd. Het blijkt dat de relaties met omgeving en professionele hulpverleners een belangrijke rol spelen in de pijn coping. Inzichten gaan over de erkenning dat er open en eerlijk moet worden gecommuniceerd omtrent hun situatie naar de buitenwereld toe. Vaak blijkt de omgeving dan behulpzaam te zijn. Van professionele hulpverlening wordt steun, geruststelling en begrip ervaren door de deelnemers met lage rugpijn. Bovendien krijgen ze van de professionele hulpverleners uitleg en handvaten aangereikt hoe ze met de pijn om kunnen gaan.

4.1.4 Zelf

Inzichten binnen het zelf worden veel benoemt door deelnemers met lage rugpijn. Het blijkt dat deze categorie erg belangrijk is voor deze deelnemers. Het zelf heeft betrekking op inzichten in eigenwaarde, cognitie, gevoelens en het toekomstbeeld. Door de inzichten in

cognitie zijn ze zich bewuster van de keuzes die ze maken en de dingen die ze doen. Daardoor kunnen ze een betere keuze maken over wat goed voor ze is. Vaak wordt ingezien dat het geen zin heeft om te ver in de toekomst te kijken, omdat dit toch niet te voorspellen valt. Een positief effect is dat de deelnemers met lage rugpijn hun eigenwaarde terug lijken te vinden. Dit uit zich in het beter luisteren naar hun lichaam, meer tijd voor zichzelf nemen en zichzelf weer terug te vinden. Bovendien werd door de helft van de deelnemers met lage rugpijn gerapporteerd dat ze bang waren voor de pijn. Na de ACT is die angst verminderd.

4.2 Het codeerschema en de zes kernprocessen van ACT

We weten nu welke inzichten er door de deelnemers met lage rugpijn worden opgedaan en benoemt tijdens de evaluatie van de therapie, maar wat zegt dat nou precies en komt dat overeen met de doelen die door de therapie gesteld worden. In deze paragraaf worden de categorieën in de context van bestaande literatuur beschreven en gekeken hoe dit overeenkomt of afwijkt met de zes kernprocessen die door ACT zijn opgesteld. In tabel 8 is een kort overzicht gegeven hoe de zes kernprocessen terug te vinden zijn in de categorieën. Gezien kan worden dat vooral delen van de categorie zelf, die in het codeerschema vaak genoemd werd, ook in een groot deel van de kernprocessen terug te vinden is. Opmerkelijk is dat de categorie relaties helemaal niet terug te vinden is in de kernprocessen.

Tabel 8 *Overeenkomsten Categorieën uit het Codeerschema met de Zes Kernprocessen van ACT*

Categorieën	Overeenkomsten met (delen van) de kernprocessen van ACT
Acceptatie	Aanvaarding
Activiteit	Toegewijde acties Levenswaarden
Relaties	-
Het zelf	Aanvaarding Cognitieve defusie Leven in het hier en nu Observerende zelf

4.2.1 Acceptatie in de kernprocessen van ACT

Acceptatie is een belangrijk onderdeel van de ACT therapie in het geheel en specifiek binnen het kernproces ‘aanvaarding’. Volgens Johnston, et. al. (2010) is het doel van ACT om

patiënten te helpen de acceptatie van pijn, gedachten en gevoelens te verhogen. Door acceptatie moet vermijding tegengegaan worden waardoor de pijn komt te staan (Hayes, Strosahl & Wilson, 2006). Bovendien blijkt uit een onderzoek van Likoğlu (2013) dat acceptatie een voorwaarde is voor het doel ‘toegewijde acties’ van ACT. Gezien wordt dat acceptatie de eerste stap is naar een actiever leven. Vowles, McCracken, McLeod en Eccleston (2008) stellen ook dat de acceptatie een belangrijk proces is dat onderdeel uitmaakt van een breder therapeutisch proces van verandering die invloed heeft op het gedrag. Acceptatie zou twee gedragscomponenten hebben (McCracken, Vowles en Eccleston (2003). De eerste betreft het nastreven van deelname aan dagelijkse activiteiten op een normale manier, zelfs wanneer pijn ervaren wordt. Het tweede component betreft het erkennen dat het vermijden of bestrijden van pijn zinloos is. Deze twee componenten zijn ook in dit onderzoek terug gevonden. Wanneer het inzicht dat de pijn en situatie blijvend is wordt geaccepteerd, zien de deelnemers met lage rugpijn ook in dat het geen zin heeft om de invulling van het leven te laten bepalen door pijn. Bovendien wordt gezien dat de deelnemers met lage rugpijn actiever worden en veel bezig zijn met het oppakken van activiteiten die belangrijk voor ze zijn. Dit zou dus kunnen betekenen dat er bij de deelnemers die weinig over acceptatie praten en veel bezig zijn met activiteiten al acceptatie is opgetreden, aangezien dit de eerste stap is voor een actiever leven. Wellicht dat zij al in de volgende fase zitten. Dit zou een verklaring kunnen zijn waarom acceptatie in vergelijking met de andere categorieën zoals activiteit relatief weinig benoemt wordt.

4.2.2 Activiteit in de kernprocessen van ACT

De inzichten in activiteit vertonen overeenkomsten met de inhoud van het doel ‘toegewijde acties’ van ACT: het omzetten van waarden in concrete acties (ook wanneer dat samen gaat met pijn) waardoor meer vitaliteit ontstaat. Wetenschappelijke onderzoeken hebben uitgewezen dat ACT de conditie en het fysieke onvermogen van chronische pijn patiënten significant verbetert (McCracken, Vowles & Eccleston, 2005; McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011). In het eigen onderzoek wordt ook teruggezien dat deelnemers met lage rugpijn fysieker worden wat zich uit in het meer bewegen en ondernemen van activiteiten. Ze zijn bezig met het omzetten van waarden in concrete acties. Gezien wordt dat ze weer gaan bewegen en dingen ondernemen die ze belangrijk vinden, ondanks de pijn. Daarbij proberen ze een juiste balans te creëren tussen de lage rugpijn en activiteiten om hun tijd zo zinvol mogelijk te besteden en een zo normaal mogelijk leven te leiden. Zo zijn ze tevens bezig met een gedeelte van het doel ‘levenswaarden’. Volgens Hayes et al. (2006) gaan toegewijde acties namelijk over het handelen naar belangrijke levenswaarden. Door het uitvoeren van toegewijde acties

zou er geleefd worden naar iemand zijn levenswaarden. Ondanks dat dit doel ‘levenswaarden’ dus niet expliciet aanbod komt lijkt het erop dat de deelnemers hun leven weer proberen te leiden volgens hun eigen levenswaarden, door het oppakken van activiteiten en andere dingen die belangrijk voor ze zijn. Deelnemer één wordt bijvoorbeeld weer spontaner. Dat onderdeel miste ze de laatste jaren bij zichzelf en komt nu weer terug. Een ander voorbeeld is deelnemer 3. Zij ondernam nog maar weinig en ervoer daardoor weinig plezier of toegevoegde waarde in haar leven. Ze is gaan uitzoeken wat zij belangrijk en leuk vindt om te doen. Uiteindelijk uitte zich dat in het bezig zijn met creatieve dingen. Creativiteit geeft haar rust en is een toevoeging in haar leven. Deelnemers lijken dus uit zichzelf op zoek te gaan naar zinvolle en waardevolle dingen in het leven. Om dit verder te optimaliseren zou er binnen de therapie wel expliciet aandacht besteed kunnen worden aan levenswaarden, door individueel aandacht te besteden aan persoonlijke waarden en welke bezigheden deelnemers zelf belangrijk vinden.

Ondanks dat deelnemers vaak inzien dat beweging nodig is, blijkt uit de resultaten dat ze in de praktijk nog wel eens moeite hebben met het houden van balans en het stellen van grenzen. Een verklaring waarom deelnemers kan wellicht gevonden worden in een onderzoek van Andrew et al. (2010). Zij hebben gevonden dat personen met chronische lage rugpijn een verminderde balans hebben in reactie op onverwachte externe verstoringen. Ook blijken zij een langere herstel periode nodig hebben waarin meer houdingsaanpassingen worden verricht om houdingsstabiliteit te hervatten na plotselinge gebeurtenissen dan ‘gezonde mensen’. Dit zou kunnen betekenen dat de deelnemers met lage rugpijn een geheel nieuwe balans moeten zien te vinden en meer tijd nodig hebben om lichaamsbalans te creëren. Dat zou betekenen dat nadat het inzicht dat ze moeten bewegen binnen grenzen en met voldoende rust is opgedaan, de zoektocht begint naar een juiste balans. Ze gaan dan weer activiteiten oppakken waardoor ze in nieuwe en onverwachte situaties komen waar meer tijd nodig is om balans te vinden. Maar ook in oude situaties zal er een nieuwe balans gevonden moeten worden. Dit gaat dus met vallen en opstaan zoals gebleken is uit de resultaten.

4.2.3 Relaties in de kernprocessen van ACT

Inzichten in relaties worden, buiten de relatie met zichzelf, niet specifiek genoemd binnen de doelen van ACT. Toch rapporteren veel deelnemers met lage rugpijn in dit onderzoek inzichten in de omgeving en professionele hulpverleners. Het blijkt uit de inzichten dat de deelnemers niet alleen staan in hun ziektebeeld. Bovendien lijken deze inzichten een belangrijk leerproces en een bijdrage te leveren aan de therapie. Dit wordt ondersteunt door wetenschappelijk onderzoek. Volgens Callaghan en Morrissey (1993) zijn externe factoren zoals

het ontvangen van affectiviteit en sociale steun van invloed op iemand zijn pijnbeleving. Gedacht wordt dat de ervaren sociale steun belangrijker is dan de werkelijk ontvangen steun. Bovendien veronderstellen Staes, Stappaerts, Lesaffre en Vertommen (2003) dat sociale steun nodig is om gezondheid te behouden en dat het fysiek herstel vergemakkelijkt. Mensen hebben interactie met anderen nodig om zich “goed” te voelen. Deze interactie kan verkregen worden door relaties met omgeving zoals partners, familie en vrienden. Deze bevindingen ondersteunen de resultaten die gevonden zijn in dit onderzoek, namelijk dat de hulp en steun die deelnemers met lage rugpijn ontvangen en ervaren een belangrijke rol speelt binnen de chronische pijn. Een voorbeeld is deelnemer 2 die door steun van de fysiotherapie verder durft te gaan in activiteiten wanneer hij pijn ervaart. Aan deze behoefte van steun wordt nu binnen ACT wel vormgegeven door het verlenen van professionele hulp, maar niet expliciet als doel opgenomen. Door hier binnen ACT meer aandacht aan te besteden kan de therapie beter aansluiten bij de behoeften van deelnemers en wordt de behandeling wellicht effectiever.

4.2.4 Het zelf in de kernprocessen van ACT

De inzichten in het zelf lijken verband te houden met doelen die door de ACT wordt gesteld. Het toekomstbeeld lijkt op abstract niveau op het ACT doel ‘leven in het hier en nu’. Deelnemers nemen bewuster waar en zijn meer betrokken bij het huidige moment in plaats van leven en kijken naar de toekomst. Wanneer er inhoudelijk bekeken wordt wat de inzichten inhouden, wordt er een verschil opgemerkt. In het kernproces ‘leven in het hier en nu’ wordt bewust gemaakt van automatische patronen zonder te oordelen, terwijl het toekomstbeeld alleen over het inzicht in de toekomst gaat. Het kernproces ‘leven in het hier en nu’ lijkt daarom inhoudelijk beter bij de concepten ‘cognitie’ en ‘cognitieve defusie’ te passen. Hierbinnen staat bewustwording en veranderingen van gedachtegangen centraal. Het doel daarvan is om automatische gedachten te herkennen en vervolgens te doorbreken.

Wat betreft de gevoelens lijken de inzichten, net als acceptatie, onder het proces ‘aanvaarding’ van ACT te vallen. Naast het accepteren van pijn, behoort ook het aanvaarden van gevoelens tot dit kernproces. Angst voor pijn, wat door een aantal deelnemers in dit onderzoek voor de therapie ervaren werd, blijkt een negatieve impact te hebben. Angst voor pijn wordt geassocieerd met vermijdingsgedrag, wat op de lange termijn de angst doet toenemen en een negatieve impact heeft op het dagelijks functioneren (Crombez, Van Damme & Eccleston, 2005). Het wegnemen en aandacht hebben voor angst is dus essentieel. In een studie van Vowles, Wetherelle en Sorrell (2009) wordt gezien dat patiënten, net als in het eigen onderzoek, minder bezorgd waren na ACT. De vermindering van angst leidt er dus toe dat de deelnemers

met lage rugpijn minder gaan vermijden wat impliciet leidt tot activatie. Bovendien ervaren de deelnemers die meer open staan voor het ervaren van negatieve emoties en gedachten minder stress en leven meer naar hun eigen waarden en doelen in het leven.

Het doel ‘de observerende zelf’ van ACT, waarin ontwikkeling, groei en het maken van keuzes centraal staat, wordt deels teruggezien in het concept eigenwaarde. De deelnemers maken een groei in de eigen ontwikkeling door. Het verschil ligt erin dat de deelnemers in dit onderzoek aangeven ‘de oude ik weer terug te vinden’, terwijl het in het proces van ‘de observerende zelf’ erom gaat om te onderzoeken ‘wie ben ik?’. Het doel is dat er geleerd wordt op een niet-oordelende manier zichzelf te kunnen observeren en niet meer te identificeren met gedachtes en emotie. Eén van de deelnemers deed de volgende uitspraak: *“dat je keuzes kunt maken en dat je eh heel veel gedachtens eh niet op hoeft te volgen”*. Deze uitspraak komt het dichtste bij de gedachten achter het proces van de observerende zelf. Het lijkt er dus op dat de deelnemers niet veel bezig zijn met het kernproces van het observerende zelf. Wanneer deze inzichten wel gedaan worden zijn deze uitspraken in het eigen onderzoek onder het concept ‘cognitie’ geschaald. Binnen dit concept gaat het over bewustwording en verandering van gedachtegangen. Volgens Smith, Elliot, Hannaford, Chamer en Smith (2004) zijn de cognitieve factoren, onder alle factoren met betrekking tot het bestaan en voortbestaan van chronische lage rugpijn, misschien wel de belangrijkste. Verandering in denkpatronen zou leiden tot een verandering in gedrag. Maar ook het omgekeerde geldt (Beck, 2013). Vooral in de beginfase van activatie kan door verminderde conditie en vermijding veel pijn ervaren worden. Bewustwording van eigen cognities en emoties is daarom samen met activatie belangrijk, zodat het patroon doorbroken kan worden (Ruijgrok, de Jong, Cuijpers, den Hollander & Loo, 2007). In het eigen onderzoek doen deelnemers verreweg de meeste inzichten op binnen deze concepten en categorieën. Deze combinatie van activatie en bewustwording zou dus betekenen dat deelnemers bezig zijn om hun gedrag en gedachtenpatroon te veranderen en dus echt een omslag aan het maken zijn.

Terugkomend op het concept eigenwaarde, is dit concept niet expliciet terug te vinden in één van de zes kernprocessen van ACT. Toch lijkt dit voor een aantal deelnemers wel een belangrijk proces. Ze ervaren dus hun ‘eigen ik’ weer terug te vinden, luisteren beter naar hun lichaam en kiezen voor zichzelf. Dit komt overeen met resultaten die gevonden zijn in de bestaande literatuur. Eccleston, Williams en Rogers (1997) concludeerden dat chronische pijn een negatieve impact heeft op de eigenwaarde. Hoe langer iemand lijdt, hoe meer zijn eigenwaarde bedreigd wordt. Dit wordt bevestigd in een onderzoek van Crowe, et al. (2010).

Die daarnaast hebben gevonden dat patiënten met lage rugpijn vaak aangaven hun lichaam niet als van hunzelf zijnde te ervaren. Dit zou kunnen verklaren waarom de deelnemers in het eigen onderzoek voor aanvang van de therapie een verlaagde eigenwaarde leken te hebben. Door de ACT is deze eigenwaarde weer teruggevonden. Dit zou dus kunnen komen doordat er acceptatie optreedt en de deelnemers de pijn niet meer centraal laten staan, ze nemen hun leven weer in eigen handen waardoor de negatieve impact die de pijn had op de eigenwaarde lijkt te verdwijnt.

4.2.5 Samenvatting en conclusie

Deelnemers doen inzichten op in het acceptatieproces van pijn en situaties, dit blijkt een voorwaarde te zijn om een actiever leven te gaan lijden. Opvallend is dat de deelnemers met lage rugpijn voor ACT allemaal passiever werden omdat ze vaak bang waren voor de pijn. Gezien wordt dat de deelnemers met lage rugpijn veel inzichten opdoen omtrent activiteiten en actiever worden. Dit zou kunnen betekenen dat ze het acceptatieproces al doorlopen hebben en bezig zijn met een verandering in gedrag en gedachtegang. De combinatie van inzichten in activiteit en het zelf zorgen voor een omkeer in gedrag en gedachtenpatroon. Deze inzichten worden het meest gerapporteerd en lijken daarmee een zeer belangrijk en inzicht gevend onderdeel binnen de therapie. Ondanks de inzichten in activiteiten blijkt dat ze in de praktijk nog veel moeite hebben met het vinden van een juiste balans. Bij de omzettingfase van theorie naar praktijk kan dus extra ondersteuning of begeleiding gebruikt worden. Deze steun kan zowel door omgeving als door professionele hulpverleners gegeven worden. Deelnemers met lage rugpijn rapporteren bijna geen inzichten omtrent medepatiënten, wellicht dat dit geen toegevoegde waarde heeft voor deze groep.

De inzichten die deelnemers met lage rugpijn hebben opgedaan blijken goed aan te sluiten bij de doelen van Acceptance en Commitment Therapy in een klinische setting. De deelnemers wijden in hun eindevaluaties bijzondere aandacht aan inzichten die ACT als doelen opgesteld heeft. Bijna alle doelen die gesteld worden lijken in ieder geval deels terug te komen in de inzichten. Er zou meer aandacht besteed kunnen worden aan het vinden van zinvolle activiteiten en waarden en normen die een bijdrage leveren aan het leiden van een zinvol leven voor de deelnemers met lage rugpijn. Momenteel wordt er vooral gekeken naar activiteiten die deelnemers ondernemen, maar niet of zij daarmee in de ogen van de deelnemer een zinvol leven wordt geleefd. Daar komt bij dat er inzichten gedaan worden in eigenwaarde en relaties met betrekking tot omgeving en professionele hulpverleners. Ondanks dat dit niet een doel van ACT is, lijken deze inzichten een toegevoegde waarde en een belangrijk inzicht te zijn in de therapie.

Het lijkt daarom zinvol dat er in de behandeling meer aandacht besteed wordt aan de eigenwaarde en betekenis van relaties voor de deelnemers.

4.3 Reflectie

Het onderzoek heeft zowel sterke punten als beperkingen. Deze punten zijn hieronder uiteengezet. Eerst wordt het onderzoek in het geheel besproken, vervolgens de gebruikte analyse en tot slot de gebruikte eindevaluaties.

4.3.1 Onderzoek

In dit onderzoek worden de inzichten die de deelnemers hebben opgedaan in ACT gedurende hun verblijf in het Roessingh duidelijk. Er is in de literatuur al veel bekend over de effectiviteit, maar vaak wordt daarbij niet naar het perspectief van de deelnemers gekeken. In deze studie zijn de subjectieve ervaringen van de deelnemers als uitgangpunt genomen om te zien welke inzichten er daadwerkelijk worden opgedaan en belangrijk zijn voor deelnemers met lage rugpijn. Hierdoor levert het onderzoek, dat uit een samenwerking van de Universiteit Twente en het Roessingh is ontstaan, belangrijke gegevens op die bij kunnen dragen aan het optimaliseren van de behandeling. Zo blijkt dat er in de praktijk minimaal aandacht besteed wordt aan het doel 'levenwaarden' en 'eigenwaarden' en worden er inzichten omtrent relaties opgedaan die in theorie niet als doel in de behandeling zijn opgenomen. Hieruit kan worden opgemaakt dat de zes kernprocessen niet helemaal goed matchen met de praktijk. Een verklaring daarvoor is dat de zes kernprocessen zijn opgesteld aan de hand van theoretische kennis, terwijl in dit onderzoek via de grounded theory vanuit de praktijk is gekeken. Op zich is dat niet erg en kan er zelfs voordeel mee behaald worden. Het Roessingh kan het beste uit beide werelden halen door de kloof weg te nemen en beide werelden samenvoegen. Het Roessingh kan bijvoorbeeld in de praktijk meer aandacht gaan besteden aan het doel 'levenwaarden' en kan ACT verder optimaliseren door 'relaties' en 'eigenwaarde' als doel in de behandeling op te nemen omdat mensen niet alleen blijken te staan in hun ziektebeeld en een verlaagde eigenwaarde blijken te hebben.

4.3.2 Analyse

Binnen dit onderzoek is er gebruik gemaakt van de inductieve methode, waarbij uitgegaan wordt van het perspectief van de deelnemers. Hierdoor is een codeerschema ontstaan dat gebaseerd is op de ervaringen van de deelnemers tijdens de ACT. Het codeerschema is gebaseerd op tien eindevaluaties en getest op de laatste vier eindevaluaties. Nadat het schema volledig is gebleken, zijn de eerste tien eindevaluaties ook opnieuw gecodeerd met het ontstane schema. Bovendien zijn de gevonden concepten en categorieën door een proces van kritisch

overleg tot stand gekomen. Op basis hiervan mag verwacht worden dat alle inzichten die opgedaan zijn binnen het codeerschema vallen en dat het schema volledig is. Het codeerschema en de inzichten kunnen daarom gebruikt worden om de therapie te optimaliseren en aan te passen aan de behoeften van de deelnemers. Door de overleggen, discussies en definities is de subjectiviteit van het codeerschema geminimaliseerd en zou het codeerschema op een gelijke wijze kunnen worden gebruikt door een buitenstaande.

Binnen het onderzoek is er speciale aandacht gegeven aan deelnemers met lage rugpijn (lumbago). In de conclusie zijn alleen deze vier deelnemers meegenomen, zodat therapie afgestemd kan worden op deze specifieke groep. Het is belangrijk om per groep te kijken wat hun behoeften zijn en de behandeling daarop aan te passen vanwege groepsverschillen (Dworkina, et. al., 2009). Gezien wordt dat er wel dezelfde categorieën gevonden worden, maar dat het per deelnemer kan verschillen waarin er de meeste inzichten worden opgedaan. Dit kan komen door verschillende achtergronden en andere belangen. Het lijkt er dus op dat deelnemers zich meer focussen op de aspecten die voor hun persoonlijk belangrijk zijn.

4.3.3 Eindevaluaties

De eindevaluaties die gebruikt zijn in de analyse zijn niet door de onderzoekers zelf afgenomen, maar stammen uit eerdere onderzoeken. De interviewers hebben tijdens afname van de evaluaties allemaal een eigen onderzoek uitgevoerd. Aan de hand van het onderwerp zijn er gerichtere vragen met betrekking tot dat onderwerp gesteld. Dit kan de resultaten beïnvloed hebben doordat elke interviewer meer door is gaan vragen op zijn eigen onderwerp. Hierdoor zijn niet alle deelnemers aan hetzelfde interviewschema onderworpen. Het gevolg daarvan is dat niet elke deelnemer dezelfde vragen heeft gekregen en er in totaal een variëteit aan vragen gesteld is. Dit kan de breedheid aan inzichten die gerapporteerd zijn beïnvloed hebben. Het voordeel daarvan is dat de kans klein is dat er wel een bepaald inzicht is opgedaan, maar dat dit inzicht door geen enkele deelnemer gerapporteerd is. Het nadeel is dat de inzichten die per deelnemer gerapporteerd worden of juist niet, beïnvloed kunnen zijn door de vragen die gesteld zijn. Bovendien moet er rekening gehouden worden dat het interviewen van de deelnemers geen standaardprocedure is. Alleen deelnemers die bereid zijn geweest om mee te werken aan het onderzoek zijn tijdens de therapie elke week aan een interview over hun ervaringen en inzichten onderworpen. Meegespeeld zou kunnen hebben dat deze reflecties en het vertellen en herhalen van opgedane inzichten ook geleid hebben tot inzichten en een betere integratie van de inzichten. Mogelijk is er dus een verschil in inzichten tussen de deelnemers die wel en niet hebben meegewerkt aan het onderzoek.

4.4 Aanbevelingen

Er wordt aanbevolen om te onderzoeken of de interviews van invloed zijn geweest op de inzichten die de deelnemers hebben opgedaan. Deelnemers aan dit onderzoek hebben een ‘extra’ onderdeel binnen de therapie gevolgd. Door de interviews is er wekelijks op het eigen leerproces gereflecteerd. Deze reflecties kunnen voor meer inzicht over wat er bereikt en geleerd is binnen de therapie hebben gezorgd. Volgens Benammar (2005) is reflecteren nodig om de koppeling van de theorie naar de praktijk te maken, om bewust te worden van het eigen leerproces en om inzichten te krijgen in de gevolgen van handelingen. Dit zou een belangrijke bevinding zijn, omdat op basis daarvan besloten zou kunnen worden om de reflecties als standaardprocedure op te nemen binnen ACT. Een andere mogelijkheid is dat er al verschillen bestonden voor aanvang van de therapie. Aangezien deelname aan het onderzoek op vrijwillige basis is geweest, kan het zijn dat de deelnemers een andere houding ten opzichte van de therapie hebben gehad dan de deelnemers die niet mee hebben willen werken aan het onderzoek. Gedacht kan worden dat zij meer gemotiveerd waren om aan de therapie te beginnen en zich meer voor de therapie in hebben gezet, waardoor er meer uit de therapie is gehaald. Het is daarom goed om te onderzoeken of deze verschillen vooraf bestonden en in hoeverre de reflecterende interviews mee hebben geholpen in de inzichten die de deelnemers hebben opgedaan tijdens en na de therapie. Verder wordt aanbevolen om meer onderzoek te doen naar de impact van relaties op patiënten met lage rugpijn. Uit de analyse is naar voren gekomen dat er inzichten omtrent relaties worden opgedaan, maar onduidelijk is hoe belangrijk die relaties zijn. Het lijkt erop dat de deelnemers niet alleen in hun ziekteproces staan, maar dat de omgeving ook van invloed is. Hier zou meer onderzoek naar kunnen komen. Op basis van deze uitkomsten zou overwogen kunnen worden of het zinvol is om relaties op te nemen in de ACT.

5. Literatuurlijst

- Andersson, G.B.J. (1999). Epidemiological features of chronic low-back pain. *The Lancet*, 354, 581-585.
- Benammar, K. (2005). Reflectie als drijfveer van het leerproces. *Onderzoek van onderwijs*, 34, 14-17.
- Blackledge, J.T., Hayes, S.C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 243-255.
- Breivik, H., Collet, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe. Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Brown, G. K., Nicassio, p. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-64.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Callaghan, P., Morrissey, J. (1993). Social support and health: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 203-10.
- Crombez, G., Van Damme, S., Eccleston, C. (2005). Hypervigilance to pain: an experimental and clinical analysis. *Pain*, 116, 4-7.
- Crowe, M., Whitehead L., Gagan M., Baxter G.D., Pankhurst, A., Valledor, V. (2010). Listening to the body and talking to myself – the impact of chronic lower back pain: A qualitative study *International Journal of Nursing Studies*, 47, 586-592.
- Drisko, J.W. (2004). Common Factors in Psychotherapy outcome: Meta-Analytic findings and their implications for practice and research. *Families in society*, 85, 81-90.
- Dworkin, R.H., Jensen, M.P., Gould, E., Jones, B. A., Xiang, Q., Galer, B.S., Gammaitoni, A. R. (2011). Treatment Satisfaction in Osteoarthritis and Chronic Low Back Pain: The Role of Pain, Physical and Emotional Functioning, Sleep, and Adverse Events. *The Journal of Pain*, 12, 416-424.
- Dworkin, R.H., Turk, D.C., McDermott, M.P., Peirce-Sandner, S., Burke, L.B., Cowan, P., Farrar, J.T., Hertz, S., Raja, S.N., Rappaport, B.A., Rauschkolb, C., Sampaio, C. (2009). Interpreting the clinical importance of group differences in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 146, 238-244.
- Eccleston, C., Williams, C., Rogers, W., (1997). Patients' and professionals' understandings of the causes of chronic pain: blame, responsibility and identity protection. *Social Science and Medicine* 45, 699-709.
- Harper, D., Thompson, A.R. (2012). *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.

- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2006). *ACT: een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Herberg van der, N. J. (2014). De leerervaringen van chronische pijnpatiënten door acceptance en commitment therapie. Universiteit Twente.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., Johnson, A. (2010). The Effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy Self-help Intervention for Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26, 393-402.
- Lambeek, L.C., van Tulder, M.W., Swinkels, I.C., Koppes, L.L., Anema, J.R., van Mechelen, W. (2011). The trend in total cost of back pain in The Netherlands in the period 2002 to 2007. *Spine*, 36, 1050-1058.
- Langley, P.C., (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Current Medical Research & Opinion*, 27, 463-480
- Likoğlu, H. (2013) Acceptatie en Commitment Therapie De ontwikkeling van psychologische flexibiliteit en toegewijde actie bij chronische pijnpatiënt. Verkregen op 21 Juni 2014 van << http://essay.utwente.nl/63254/1/Liko%C4%9Flu%2C_H._-s0064351_%28verslag%29.pdf>>.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- McCracken, L. M., Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 267-274.
- McCracken, L.M., Spertus, I.L., Janeck, A.S., Sinclair, D., Wetzel, F.T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: pain-related anxiety and acceptance. *Pain*, 80, 283-289.
- McCracken, L.M., Vowles K.E., Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- McCracken, L.M., Vowles K.E., Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behavioral Research Therapy*, 43, 1335-1346.
- Owles, K.E., McNeil, D.W., Gross, R.T., McDaniel, M.L., Mouse A., Bates, M., Gallimore, P., McCall, C. (2007). Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behavioural Research Therapy*, 38, 412-425.
- Powers, M.B., Vording, M.B.Z.S., Emmelkamp, P.M.G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78, 73-80.
- Reid, K.J., Harker, J., Bala, M.M., Truysers, C., Kellen, E., Bekkering, G.E., Kleinen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of

- prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27, 449-462.
- Rozenberg, S., Foltz, V., Fautrel, B. (2012). Treatment strategy for chronic low back pain. *Joint Bone Spine*, 79, 555-559.
- Ruijgrok, J.M., de Jong, J.R., den Hollander, M.L., Loo, C.A.M.J. (2007). Nieuwe behandelmethoden bij chronische pijn: "graded exposure in vivo". *GAVscoop*, 2, 37-39.
- Schreurs, K.M.G. (2002). *Acceptance & Commitment Therapy (ACT), een veelbelovende ontwikkeling in de revalidatie van chronische pijn en vermoeidheid*. Enschede: Universiteit Twente, Roessingh Revalidatie Centrum.
- Schreurs, K.M.G. (2013). Oratieboekje: Chronisch pijn en toch vitaal een uitdaging voor de patiënt en de gezondheidszorg. Universiteit Twente.
- Schreurs K, Hulsbergen M. (2011). *Leven met pijn. Praktijkboek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Schreurs, K. M. G., Veehof, M. M. (2013). Acceptance and Commitment Therapy bij chronische pijn. *Jaarboek Fysiotherapie Kinesithérapie 2013*, 196-207.
- Smith, B.H., Elliott, A.M., Hannaford, P.C., Chambers, W.A., Smith, W.C. (2004). Factors related to the onset and persistence of chronic back pain in the community: results from a general population follow-up study. *Spine*, 29, 1032-1040.
- Staes, F., Stappaerts, K., Lesaffre, E., Vertommen, H. (2003). Low back pain in Flemish adolescents and the role of perceived social. *Acta Paediatrica*, 92, 444-451.
- The International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy (1986). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain (Supplement)*, 1-226.
- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T., Buhrman, M. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 27, 16-23.
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M.G., Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533-542.
- Veehof, M. M., Schreurs, K. M. G., Hulbergen, M., Bohlmeijer, E. T. (2010). *Leven met pijn. De kunst van het aanvaarden*. Boom, Amsterdam.
- Vlaeyen, J.W.S., Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- Vowles, K.E., McCracken, L.M., McLeod, C., Eccleston, C. (2008). The chronic pain acceptance questionnaire: confirmatory factor analysis and identification of patient subgroups. *Pain*, 140, 284-91.

- Vowles, K. E., Wetherell, J. L., Sorrell, J. T. (2009). Targeting acceptance, mindfulness, and values-based action in chronic pain: Findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 49-58.
- Wilgen van, P. C., Werkman, S. L., Köke, A. J.A. (2006). De behandeling van chronische pijn in de fysiotherapie; wat is er veranderd? Evaluatie Pijnkenniscentrum Groningen 1998-2006. *Nederlands Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding*, 25, 12-15.

6. Bijlagen

6.1 Interview schema, 1^e interview

Interview vorm: open interview

Voorstellen en aangeven wat voor onderzoek we gaan doen.

- Het doel van mijn onderzoek is meer inzicht te krijgen in de factoren die jullie kunnen helpen om vooruit te komen. Dit om mogelijk de behandeling te verbeteren en meer inzicht te krijgen in het groeiproces.
- Ik zou u graag gedurende uw behandeling op het Roessingh wekelijks willen blijven volgen. Ik zou u graag hiervoor elke week maximaal 30 minuten willen interviewen. Hierbij zou het voor mij heel handig zijn dit op te nemen zodat ik later alles nog eens rustig terug kan luisteren. Uw gegevens worden uiteraard anoniem verwerkt. Naast het feit dat het interview voor mij heel zinvol is, hoop ik ook dat het voor u een manier is die u verder kan helpen. Aangezien ik reflecterende vragen zal stellen, kan het u wellicht ook helpen om beter zicht te krijgen op uw behandelproces.
- Vindt u het goed als het interview wordt opgenomen?
- Als er iets is wat voor u onduidelijk is of waar u het niet mee eens bent, dan kunt u mij dat gewoon laten weten.

De patiënt leren kennen

- Zo, nu heb ik een heleboel over mijzelf verteld en wat ik ga doen. Kunt u mij nu iets over uzelf vertellen, zodat ik een indruk kan krijgen van wie u bent?
- Ik ga u zo meteen een vraag stellen waarna u mij gewoon alles kunt vertellen wat u daarover kwijt zou willen.

Hoofdvraag / open vraag om interview te starten:

- Als u even probeert terug te kijken op de afgelopen week. Wat was dan het belangrijkste wat u heeft geleerd of ervaren?
- Dat kan van alles zijn. Denk bijvoorbeeld aan de behandeling die u heeft gevolgd hier op het Roessingh met de verschillende therapieën, zoals psychologie, sport, ergotherapie, fysiotherapie en maatschappelijk werk. Of misschien andere persoonlijke dingen of aspecten in uw omgeving.
- Wat heeft u het meest vooruit geholpen?

Doorvragen:

- Kunt u daar nog iets meer over vertellen?
- Herhaling / samenvatting van wat de patiënt heeft gezegd
- U zegt "...". Wat moet ik me hierbij voorstellen?
- Stilte

- Kunt u een voorbeeld geven.
- Hoe bedoelt u dat?
- Wat heeft daarin het meest geholpen?
- Waarom was dat voor u zo belangrijk?
- Zijn er misschien nog andere dingen die u hebben geholpen?
- “ “ waar u zelf echt iets aan heeft gehad?
- “ “ die u leven positief beïnvloed hebben?
- “ “ die belangrijk voor u waren?⁶⁹
- Herhalen van de hoofdvraag
- Indien patiënt veel vertelt wat niet binnen de onderzoeksvraag valt, deze respectvol herinneren aan de onderzoeksvraag. “ ik begrijp dat ... en als we even terugkomen op de onderzoeksvraag..”
- Is er iets veranderd vergeleken met vorige week?
- Waarom werkt het niet?
- Wat zou voor u wel helpen?

Afsluiting

- Dus als ik het goed heb begrepen.. *geef een samenvatting van de punten die de patiënt heeft benoemd* zijn dat de aspecten die u tot dusver het meeste hebben geholpen in uw persoonlijke ontwikkeling. Klopt dit?
- Heeft u nog aanvullingen hierop?
- Heeft u zelf nog vragen of opmerkingen over het interview?
- Mocht u nog iets te binnenschieten dan kunt u mij ten alle tijden mailen.
- Mocht u trouwens geïnteresseerd zijn in de resultaten van het onderzoek dan kunt u dit gewoon aangeven zodat ik u een kopie kan toesturen.
- Ik wil u heel erg bedanken voor de moeite. Ik vond het heel erg interessant om naar uw verhaal te luisteren en het heeft mij zeker verder geholpen. Succes gewenst deze week en dan spreek ik u komende week weer.

6.2 Interview schema, follow-up

Inleiding op het interview

- Kort praatje met de patiënt of andere luchtige onderwerpen om het interview op te starten.

Hoofdvraag / open vraag om interview te starten:

- Hoe gaat het nu met u?
- Als u even probeert terug te kijken op de gehele behandeling. Wat was dan het belangrijkste wat u heeft geleerd of heeft ervaren. Dat kan van alles zijn. Denk bijvoorbeeld aan de behandeling die u heeft gevolgd hier op het Roessingh met de verschillende therapieën zoals psychologie, sport, ergotherapie, fysiotherapie en maatschappelijk werk. Of misschien andere persoonlijke dingen of aspecten in uw omgeving.
- Wat heeft u het meest vooruit geholpen?

Doorvragen:

- Kunt u daar nog iets meer over vertellen?
- Herhaling / samenvatting van wat de patiënt heeft gezegd
- U zegt "...". Wat moet ik me hierbij voorstellen?
- Stilte
- Kunt u een voorbeeld geven.
- Hoe bedoelt u dat?
- Wat heeft u daarin het meest geholpen?
- Waarom was dat voor u zo belangrijk?
- Zijn er misschien nog andere dingen die u hebben geholpen?
- " " waar u zelf echt iets aan heeft gehad?
- " " die u leven positief beïnvloed hebben?
- " " die belangrijk voor u waren?
- Herhalen van de hoofdvraag
- Indien patiënt veel verteld wat niet binnen de onderzoeksvraag valt, deze respectvol herinneren aan de onderzoeksvraag. " ik begrijp dat ... en als we even terugkomen op de onderzoeksvraag.."
- Wat is het verschil als u naar uzelf kijkt met voor en na de behandeling?
- Hoe ziet een week er nu uit? (om een beeld te krijgen van het leven van de patiënt indien het lastig is het anders te verwoorden).
- Wat vond u goed aan de behandeling?

- Zijn er nog dingen die u gemist heeft?

Afsluiting

- Dus als ik het goed heb begrepen.. *geef een samenvatting van de punten die de patiënt heeft benoemd* zijn dat de aspecten die u in de afgelopen periode het meeste hebben geholpen in uw persoonlijke ontwikkeling. Klopt dit?
- Heeft u nog aanvullingen hierop?
- Patiënt bedanken voor deelname aan het onderzoek.

6.3 Codes eindinterviews

6.3.1 Codes eindinterview 1

P 1: interview 1.rtf - 1:1 [ik probeer om wat werk te zoek..] (7:7) (Super)

Codes: [activiteiten: bewegen]

ik probeer om wat werk te zoeken. Desnoods wat vrijwilligerswerk, maar dat lukt nog niet zo goed

P 1: interview 1.rtf - 1:2 [Ja, we moesten daar heel veel ..] (23:23) (Super)

Codes: [activiteiten: rust(momenten)]

Ja, we moesten daar heel veel lopen, we waren in Barcelona en heel vaak toch wel rustmomenten ingelast en daardoor dingen veel langer volgehouden, veel meer gelopen

P 1: interview 1.rtf - 1:3 [ik merk dat ik veel minder bang..] (23:23) (Super)

Codes: [Het zelf: gevoel]

ik merk dat ik veel minder bang ben om dingen te doen

P 1: interview 1.rtf - 1:4 [Dat waren dingen waar ik norma..] (31:31) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

Dat waren dingen waar ik normaal halverwege al was gestopt, omdat ik een beetje pijn in mijn been had en toen we klaar waren was de pijn al echt bijna weg.

P 1: interview 1.rtf - 1:5 [Ja, vroeger zou ik dan echt ba..] (39:39) (Super)

Codes: [het zelf: gevoel]

Ja, vroeger zou ik dan echt bang zijn dat het erger zou worden als ik doorga en nu had ik echt zoiets van, kijken wat er gebeurt als ik door ga, kijken of het beter gaat

P 1: interview 1.rtf - 1:6 [Ik wou graag verder en we hadd..] (47:47) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

Ik wou graag verder en we hadden zoiets kijken wat er gebeurt als ik wel verder ga en niet meteen stop omdat ik een beetje pijn heb

P 1: interview 1.rtf - 1:7 [heel goed te voelen wat er geb..] (79:79) (Super)

Codes: [Het zelf: eigenwaarde]

heel goed te voelen wat er gebeurt met mijn lijf

P 1: interview 1.rtf - 1:8 [om wat minder bang te zijn van..] (79:79) (Super)

Codes: [Het zelf: gevoel]

om wat minder bang te zijn van wat doet het met mijn lijf

P 1: interview 1.rtf - 1:9 [vroeger heel bang was, misschi..] (79:79) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

vroeger heel bang was, misschien heb ik dan morgen de hele dag pijn ofzo heb ik me helemaal niet zo druk om gemaakt. Ik had zoiets van, dit is leuk en dat gaan we gewoon doen

P 1: interview 1.rtf - 1:10 [Het is toch vakantie dus je ku..] (79:79) (Super)

Codes: [activiteiten: rust(momenten)]

Het is toch vakantie dus je kunt heel makkelijk ergens een rustmoment te pakken, je hoeft niet per se door

P 1: interview 1.rtf - 1:11 [Toen zei ik, laten we het maar..] (95:95) (Super)

Codes: [Het zelf: cognitie]

Toen zei ik, laten we het maar doen, dus toen zijn we in de auto gestapt en zijn we naar Nijmegen gereden en hebben we de hele avond nog gefeest. 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

P 1: interview 1.rtf - 1:12 [Juist niet zoveel gedaan, vroe..] (102:103) (Super)

Codes: [Het zelf: cognitie]

R

P 1: interview 1.rtf - 1:13 [Ja vroeger had ik echt meer de..] (110:111) (Super)

Codes: [Het zelf: cognitie]

R

P 1: interview 1.rtf - 1:14 [En ik word ook beter in het op..] (127:127) (Super)

Codes: [activiteiten: rust(momenten)]

En ik word ook beter in het op tijd pauzes inlassen, dus dan houd ik het ook weer langer vol.

P 1: interview 1.rtf - 1:15 [Ik luister ook veel beter naar..] (134:135) (Super)

Codes: [Het zelf: eigenwaarde]

R

P 1: interview 1.rtf - 1:16 [meer activiteiten. Ik merk ook..] (127:127) (Super)

Codes: [activiteiten: bewegen]

meer activiteiten. Ik merk ook omdat we meer dingen doen dat ik alles ook steeds beter volhoud.

P 1: interview 1.rtf - 1:17 [Ja gewoon, afgelopen zondag, j..] (151:151) (Super)

Codes: [activiteiten: balans]

Ja gewoon, afgelopen zondag, ja een goed evenwicht gezocht tussen activiteit en rust. Ja we maakten die wandeling, toen voelde ik het wel even. Toen even rustig gezeten en toen nog het ritje met de auto naar Nijmegen en daar ook niet meteen gaan staan bij het concert, maar ook al wel even rustplekjes zoeken. Ik wordt steeds creatiever in het vinden van plekken waar het kan

P 1: interview 1.rtf - 1:18 [Ik zit doordeweeks wel veel th..] (159:159) (Super)

Codes: [activiteiten: bewegen]

Ik zit doordeweeks wel veel thuis maar ik ga elke dag wel even fietsen of lopen. Dat helpt ook wel.

P 1: interview 1.rtf - 1:19 [Nee, helemaal niet. Ik ging we..] (166:167) (Super)

Codes: [activiteiten: bewegen]

R

P 1: interview 1.rtf - 1:20 [Ja, nou wat ik zei, toen ik we..] (199:199) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

Ja, nou wat ik zei, toen ik wegging in de laatste week, dat het voor mij heel erg vooraan staat om nou dingen te doen ondanks de pijn in plaats van te laten vanwege de pijn. Dat is echt wel een van de belangrijkste dingen die ik geleerd heb. Het komt ook overal wel een beetje in terug.

P 1: interview 1.rtf - 1:21 [Ja, ik denk de eerste keer dat..] (214:215) (Super)

Codes: [Het zelf: eigenwaarde]

R

P 1: interview 1.rtf - 1:22 [Het was gewoon voor mij gewoon..] (63:63) (Super)

Codes: [Activiteiten: grenzen aangeven]

Het was gewoon voor mij gewoon een hele mooie mogelijkheid om eens te testen zeg maar van hoe ver kan ik gaan en als ik nou wel doorga op het moment dat ik anders gestopt zou zijn, wat gebeurt er dan

P 1: interview 1.rtf - 1:23 [Ja, we zijn sowieso wel een st..] (86:87) (Super)

Codes: [activiteiten: bewegen]

R

P 1: interview 1.rtf - 1:24 [Ik vond het vooral erg leuk, s..] (119:119) (Super)

Codes: [Het zelf: eigenwaarde]

Ik vond het vooral erg leuk, spontaan weer dingen doen. Want dat was echt één van die dingen wat ik wel miste bij mezelf. Want ik was altijd wel zo, het kon niet gek genoeg en als iemand iets voorstelde dat zei ik ja en gingen we dat doen. En dat komt nu terug en dat is wel leuk

P 1: interview 1.rtf - 1:25 [Ja, op het einde eigenlijk dat..] (207:207) (Super)

Codes: [Het zelf: eigenwaarde]

Ja, op het einde eigenlijk dat ik het eigenlijk ook inzag dat ik het kon. Het was ook een doel natuurlijk, maar ik wist niet of het ook echt een haalbaar doel was voor mezelf. In de laatste week van het Roesingh en vooral de weken erna, toen kon ik het echt in de praktijk gaan brengen heb ik wel gemerkt dat het echt verschil maakt

6.3.2 Codes eindinterview 2

P 7: interview 2.rtf - 7:1 [maar wat ik nog het meest heb ..] (7:7) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

maar wat ik nog het meest heb geleerd het toegeven dat de pijn er is. Dat wordt niet zo 1,2,3 wat anders. Dat heb ik wel heel goed geaccepteerd, denk ik nou.

P 7: interview 2.rtf - 7:2 [Ik heb toen de laatste week in..] (15:15) (Super)

Codes: [relaties: professionele hulpverleners]

Ik heb toen de laatste week in het Roesingh een behoorlijke terugval gehad. En ja daar ben ik nog steeds van overeind aan het kruipen zeg maar. Ik heb eerste twee, drie weken zelf geprobeerd, in mijn eentje. Dat lukte mij absoluut niet. Dus ik heb toch hulp ingeschakeld bij een fysiotherapeut en ben vandaag toch tien minuten aan het hardlopen geweest

P 7: interview 2.rtf - 7:3 [Hardlopen heb ik,kracht heb ik..] (15:15) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

Hardlopen heb ik,kracht heb ik, energie heb ik en ik heb ook nog de pijn. Dat zit er gewoon bij. Dat heb ik dan een beetje geleerd denk ik

P 7: interview 2.rtf - 7:4 [Op eigen energie proberen hard..] (23:23) (Super)

Codes: [relaties: professionele hulpverleners]

Op eigen energie proberen hard te lopen op straat, wat niet wilt. Ik heb bij de fysio in een bepaalde stoel gezeten, een stabilisatiestoel. Dan moet je je rug sterker maken en stabiliseren. Ik denk dat het me allemaal wel een beetje geholpen heeft, met de aanmoediging van de fysiotherapeut erbij, denk ik dat mij dat wel heel goed helpt.

P 7: interview 2.rtf - 7:5 [De pijn was overheersend en ik..] (31:31) (Super)

Codes: [relaties: professionele hulpverleners]

De pijn was overheersend en ik durfde niet verder door te gaan zeg maar. En bij de fysio krijg je te horen, er kan niets erg gebeuren in principe. Je moet er gewoon even overheen

P 7: interview 2.rtf - 7:6 [En dat had ik dus bij het Roes..] (31:31) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

En dat had ik dus bij het Roesingh ook ervaren, als ik niets doe met mijn pijn, maar als ik wel wat doe heb ik ook pijn, dus ja what's the difference

P 7: interview 2.rtf - 7:7 [Ja, dat is nog steeds wel tele..] (39:39) (Super)

Codes: [acceptatie: situatie]

Ja, dat is nog steeds wel teleurstellend. Nog niet zoals ik het wil, nog steeds te weinig, het duurt me allemaal nog veel te lang, eigenlijk nog steeds. Dat is altijd al zo geweest en volgens mij gaat dat nooit veranderen. Ik ben gewoon een ongeduldig type.

P 7: interview 2.rtf - 7:8 [Ik denk de pijn na die tijd, d..] (47:47) (Super)

Codes: [zelfbeeld: gevoel]

Ik denk de pijn na die tijd, de naweeën. Daar ben ik het meeste bang voor. Ter plekke kan ik heel goed sporten, maar ik weet gewoon na die tijd heb ik er gewoon veel meer last van

P 7: interview 2.rtf - 7:9 [oals vandaag, tien minuten har..] (47:47) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

Zoals vandaag, tien minuten hardlopen gedaan bij de fysio en ik heb nu al best wel veel moeite met lopen zeg maar, heb wel pijn. Maar ik kan me er ook makkelijk bij neerleggen zeg maar, en wel verder gaan

P 7: interview 2.rtf - 7:10 [Ik denk dat het behoorlijk gel..] (55:55) (Super)

Codes: [activiteiten: rust(momenten)]

Ik denk dat het behoorlijk gelukt is. De rust in mijn hoofd is in elk geval heel goed aanwezig. Soms is het niet altijd even makkelijk, maar ik kom altijd wel weer terug op de rust en dat red mij absoluut wel.

P 7: interview 2.rtf - 7:11 [Ik denk wel het contact met de..] (63:63) (Super)

Codes: [relaties: omgeving]

Ik denk wel het contact met de buitenwereld is voor mij wel heel veel verbeterd en met werk in elk geval wel

P 7: interview 2.rtf - 7:12 [Ik heb een gesprek met een arb..] (63:63) (Super)

Codes: [Activiteiten: grenzen aangeven]

Ik heb een gesprek met een arbeidsdeskundige gehad en ik heb daar goed kunnen verwoorden wat ik wel kan en niet kan.

P 7: interview 2.rtf - 7:13 [Nee, totaal niet. Ik blijf erb..] (95:95) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

Nee, totaal niet. Ik blijf erbij staan, ondanks dat ik zie dat er geen zitplek voor mij is en ik heb toch pijn, ik blijf er wel bij staan. Want de gesprekken zijn leuk, als ik niet blijf staan dan heb ik nadertijd ook wel nog pijn, dus dat maakt niet zoveel uit. Het plaatsen van de pijn en dat die er is, dat lukt me dan heel goed.

P 7: interview 2.rtf - 7:14 [We zijn een beetje een team, w..] (103:103) (Super)

Codes: [relaties: omgeving]

We zijn een beetje een team, we werken in een teamverband. Ze kunnen apart gaan zitten, dan valt de teamspirit voor mij een beetje weg. Die jongens die staan ook wel voor me op als er geen zitplaats is. Er wordt wel heel erg meegedacht

P 7: interview 2.rtf - 7:15 [En gepaard met de pijn, wat ze..] (135:135) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

En gepaard met de pijn, wat ze me daar ook geleerd hebben, mee leren leven, gaat het steeds beter.

P 7: interview 2.rtf - 7:16 [Ik deed niet en wou niets en h..] (135:135) (Super)

Codes: [activiteiten: bewegen]

Ik deed niet en wou niets en had alleen maar pijn en niets of niemand kon me helpen. En ik kon niet geholpen worden. Dat was helemaal in het begin met het intake en naarmate de behandeling ging (...) en zelfs na het Roesingh voel ik voor mijzelf een hele stijgende lijn, want ik kan wel steeds meer en ik doe ook steeds meer

P 7: interview 2.rtf - 7:17 [Ik denk die verrekijker niet t..] (143:143) (Super)

Codes: [Het zelf: toekomst]

Ik denk die verrekijker niet te snel pakken. Toekomst willen kijken die je niet kunt zien, dingen die je nog niet zo ver kunt kijken.

P 7: interview 2.rtf - 7:18 [Ik wil niet verder kijken dan ..] (151:151) (Super)

Codes: [Het zelf: toekomst]

Ik wil niet verder kijken dan een half jaar, ik doe 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.

P 7: interview 2.rtf - 7:19 [Ik denk volgens mij het gespre..] (167:167) (Super)

Codes: [relaties: professionele hulpverleners]

Ik denk volgens mij het gesprek dat ik met de dokter heb gehad en dat ik het idee had dat ze mij niet begreep en andersom niet. En toen mocht ik na vijf uur, mocht ik nog terug komen bij haar en ja na die tijd is bij echt het lampje gaan branden bij de maatschappelijk werkster, volgens mij

P 7: interview 2.rtf - 7:20 [Ja, de maatschappelijk werkste..] (175:175) (Super)

Codes: [relaties: professionele hulpverleners]

Ja, de maatschappelijk werkster, die heeft geholpen, de een op een gesprek met de maatschappelijk werkster

P 7: interview 2.rtf - 7:21 [Ik kom meer buiten, ik kom wat..] (71:71) (Super)

Codes: [Het zelf: eigenwaarde]

Ik kom meer buiten, ik kom wat vrolijker over het algemeen. Ik ben wat meer te genieten, ik ben iets meer de oude Remco, alleen nog een gebrekkige rug.

6.3.3 Codes eindinterview 3

P 9: interview 4.rtf - 9:1 [Ja, dus dat is eigenlijk, wel ..] (105:105) (Super)

Codes: [Het zelf t: cognitie]

Ja, dus dat is eigenlijk, wel het gene wat op wel opviel. Dat je daar nou wat makkelijker in wordt. Dat je wat sneller, of wat bewuster wordt van de dingen die je wil gaan doen en daarbij ook wel nadenkt over je rug

P 9: interview 4.rtf - 9:2 [Dus, dat is denk ik wel het ge..] (209:209) (Super)

Codes: [Het zelf cognitie]

Dus, dat is denk ik wel het gene waardoor ik nou wel bewuster wordt van, nou moet gewoon. Nou moet ik gewoon actie ondernemen. En dan is het gewoon klaar.

P 9: interview 4.rtf - 9:3 [Qua uitleg van de situatie, ze..] (233:233) (Super)

Codes: [Relaties: omgeving]

Qua uitleg van de situatie, zeg maar, want normaal wisten eigenlijk heel weinig mensen daarvan af. De uitleg van de situatie gaat heel goed. Daar ben ik wel wat opener in geworden. Maar ja, toch wel wat gevoel en af en toe, stoer doenerij is het niet of zo, maar heel groot houden, zeg maar. (mobieltje maakt geluid) Oh sorry. Ik zet hem direct op stil (lachen). Wanneer het gewoon lichamelijk wat minder ging, mentaal nog niet eens hoor, want mentaal gaat eigenlijk wel vrij goed. Maar als ik gewoon veel pijn had en zo en dat ze het gewoon konden zien aan het lopen, bijvoorbeeld, of aan het zitten. Ja en dan maar zeggen van oh, het gaat prima. En met jou dan? Weet je wel? Ja, dat vind ik soms nog wel lastig, omdat ik gewoon, wat ik ook wel eerder heb gezegd, ik wil de zielenpoot niet uithangen. Ik wil niet degene zijn, waarvan ze denken, ach, kijk, daar heb je dat meisje met die zere rug. Wil ik gewoon niet. Ik mag helemaal niet klagen.

P 9: interview 4.rtf - 9:4 [Ik had een keer afgezegd, omda..] (321:321) (Super)

Codes: [Activiteiten: grenzen aangeven]

Ik had een keer afgezegd, omdat ik toch nog graag naar Utrecht, naar het ziekenhuis wou. En toen heb ik gezegd van ik bel wel weer wanneer jullie mij, zeg maar, wanneer ik toch deel wil nemen. En dat kunnen we dan een keer weer inplannen. En toen werd ik dus nog een keer ingeplant. Ik denk, maar dit is niet de bedoeling. Ik heb aangegeven dat ik zou bellen. Dus dan heb ik direct weer diezelfde dag dat ik die brief kreeg, heb ik direct gebeld van, ja, volgens mij is daar iets fout gegaan. Plan iemand anders maar op, of in die groep, want ik kan nog niet deelnemen. Dus de intake is al een hele tijd terug en destijds wist ik dus niet wat daar met mijn rug aan de hand was

P 9: interview 4.rtf - 9:5 [Ja, je kijkt toch ook een beet..] (329:329) (Super)

Codes: [acceptatie: situatie]

Ja, je kijkt toch ook een beetje naar de toekomst. En dat was echt in een rotperiode dat ik de opleiding ging beëindigen, ja, en de onzekerheid. En dat vond ik heel lastig, ja

P 9: interview 4.rtf - 9:6 [a, dat zijn eigenlijk meerdere..] (337:337) (Super)

Codes: [activiteiten: rust(momenten)]

Ja, dat zijn eigenlijk meerdere dingen. Die hobby's vind ik gewoon heel belangrijk, want daar voel ik me gewoon heel prettig bij. De tijd voor jezelf nemen dus, dat hoort er eigenlijk bij

P 9: interview 4.rtf - 9:7 [Makkelijker in dingen worden, ..] (337:337) (Super)

Codes: [acceptatie: situatie]

Makkelijker in dingen worden, dus hoe anderen naar je kijken, alhoewel ik dat nog steeds heel moeilijk vind. Ook dingen makkelijker los kunnen laten, want dat heb ik gewoon, dat doel is gewoon niet bereikt, want dat is gewoon niet gelukt. Daar zit ik nog steeds heel erg mee

P 9: interview 4.rtf - 9:8 [a, en makkelijker, of makkelij..] (333:333) (Super)

Codes: [acceptatie: situatie]

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

P 9: interview 4.rtf - 9:9 [Wanneer dat was, weet ik niet ..] (369:369) (Super)

Codes: [relatie: medepatienten]

Wanneer dat was, weet ik niet meer precies. Hoe het gebeurde weet ik ook niet meer precies. Maar ik weet in elk geval dat op een gegeven moment, dat was dan echt in één avond zeg maar, zaten we volgens mij bij elkaar, toen was volgens mij echt een omslag dat iedereen wat opener werd, en vooral Jet. Vooral Jet die werd, en Bart ook. Bart, ja, dat weet Bart ook wel, dacht ik in het begin echt, ik denk, oh, die jongen die heeft veel te lange gestudeerd. Die is gewoon helemaal de weg kwijt, dacht ik (lacht). Maar het is gewoon zo een leuke jongen. En iedereen die, ja, weet ik niet, het was net gewoon een gezin waar je in zat ongeveer. Iedereen die zorgde voor elkaar en ja, dat was echt wel een verandering dat ik dacht van, ja, ik zit hier goed, weet je wel.

P 9: interview 4.rtf - 9:10 [Dus dat is wel een punt, waar ..] (37:37) (Super)

Codes: [activiteiten: rust(momenten)]

Dus dat is wel een punt, waar je nou toch wel zelf ook ervaart. Kijk in het begin ga je het uitproberen, dan denk je oh het is leuk. Maar nu ervaar je ook echt dat het wel, ja, gewoon rustig, en je kan het gewoon volhouden. En dat is gewoon fijn

P 9: interview 4.rtf - 9:11 [Omdat ik dan tijd voor mezelf ..] (53:53) (Super)

Codes: [Het zelf: eigenwaarde]

Omdat ik dan tijd voor mezelf neem. Ik zal nooit snel zeggen ik ga nou lekker even op de bank televisie kijken of ja, noem maar een voorbeeld. Dat doe ik gewoon niet snel. Nou, dit

vind ik gewoon, hier maak je in feite tijd voor jezelf, waar jij je prettig bij voelt en wat je fijn vind.

P 9: interview 4.rtf - 9:12 [In die vijf dagen daartussen z..] (61:61) (Super)

Codes: [activiteiten: balans]

In die vijf dagen daartussen zeg maar wel een keer. Ja, je kunt ook niet hele dagen leren. Dus tussendoor wel één keer

P 9: interview 4.rtf - 9:13 [Ja, dat ik het leren gewoon ec..] (65:65) (Super)

Codes: [Activiteiten: grenzen aangeven]

Ja, dat ik het leren gewoon echt zat was. En ik bedoel, ik weet van mezelf, als ik het leren zat ben, dat is volgens mij bij iedereen zo, dan kan je niet meer concentreren en dan sla je toch niets op. Dan ga je iets lezen en dan denk, nou hoofdstuk vier heb ik af. Maar ja, eigenlijk weet je helemaal niet wat je hebt gelezen. Dus ik denk, Sharon, gooi de bon naar maar mooi aan de kant, ga nou maar even wat anders.

P 9: interview 4.rtf - 9:14 [Nou, en dan vind ik het gewoon..] (65:65) (Super)

Codes: [activiteiten: rust(momenten)]

Nou, en dan vind ik het gewoon weer lekker om dan even lekker te ontspannen en zelf daarmee bezig te zijn

P 9: interview 4.rtf - 9:15 [Maar achteraf merk ik wel dat ..] (69:69) (Super)

Codes: [activiteiten: rust(momenten)]

Maar achteraf merk ik wel dat ik wel dat het me goed heeft gedaan. Dat ik wel echt weer rustig ben. Want normaal maalde je allemaal en dat gaat maar door in je hoofd. Maar nee, ik word daar echt wel rustig van. En ik zeg ook helemaal geen woord en dan moet je me ook niet storen, want dat kan best zijn, als ik zo bezig ben en iemand vraagt me wat, dat ik het helemaal niet hoor

P 9: interview 4.rtf - 9:16 [Want toen ik jonger was deed i..] (77:77) (Super)

Codes: [Het zelf: eigenwaarde]

Want toen ik jonger was deed ik ook altijd, altijd knutselen, en met papier en ook altijd creatief. En eigenlijk lag het dus best wel voor de hand want dat is gewoon mijn ding.

P 9: interview 4.rtf - 9:17 [Dus ja, ik vond het, het was, ..] (77:77) (Super)

Codes: [Het zelf: gevoel]

Dus ja, ik vond het, het was, ze openden min of meer de ogen van, zo kan het ook. Dus ik vond het heel prettig dat ik daar toen achter kwam dat ik daar zo veel plezier aan bele

P 9: interview 4.rtf - 9:18 [n anderen hebben dat wel gemer..] (85:85) (Super)

Codes: [Relaties: omgeving]

en anderen hebben dat wel gemerkt maar zelf, ja, dat is eigenlijk een beetje je automatisme geworden en je standaard riedeltje. En het hoorde daar niet meer bij, zeg maar. En dit is echt nou nieuw en dat is gewoon gaaf, lekker.

P 9: interview 4.rtf - 9:19 [En dat groeit daar langzaam in..] (85:85) (Super)

Codes: [activiteiten: bewegen]

En dat groeit daar langzaam in, dat je zelf niet meer zo actief bent met dingen omdat je gewoon niet meer kan.

P 9: interview 4.rtf - 9:20 [En, wanneer van bepaalde activ..] (85:85) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

En, wanneer van bepaalde activiteiten pijn krijgt, ja, dan wordt het daar niet leuker op. Eigenlijk doet dat je gewoon gigantisch zeer, zowel mentaal als lichamelijk. En dat groeit daar een beetje in

P 9: interview 4.rtf - 9:21 [Je gaat zo in die sleur mee, e..] (85:85) (Super)

Codes: [Het zelf: cognitie]

Je gaat zo in die sleur mee, en dan op een geven moment, zonder dat je zelf echt bewust door hebt, doe je eigenlijk niets meer.

P 9: interview 4.rtf - 9:22 [Dat je toch wel meer naar je l..] (101:101) (Super)

Codes: [zelfinzicht: eigenwaarde]

Dat je toch wel meer naar je lichaam luistert in feite. Of naar je lichaam luistert

P 9: interview 4.rtf - 9:23 [at je vóór die tijd al nadenkt..] (101:101) (Super)

Codes: [zelfinzicht: cognitie]

Dat je vóór die tijd al nadenkt, hoe kan ik het het beste doen

P 9: interview 4.rtf - 9:24 [Want anders onder de hand ken ..] (101:101) (Super)

Codes: [Het zelf: eigenwaarde]

Want anders onder de hand ken ik mezelf wel een beetje en weet ik wel wanneer ik pijn krijg

P 9: interview 4.rtf - 9:25 [Of wanneer mijn pijn erger wor..] (101:101) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

Of wanneer mijn pijn erger wordt, want ik heb constant pijn

P 9: interview 4.rtf - 9:26 [Dat ik op een gegeven moment e..] (113:113) (Super)

Codes: [Het zelf: cognitie]

Dat ik op een gegeven moment echt dacht van, ja, Sharon, dit is niet goed, je moet dit toch op een andere manier aanpakken. Want ik had daarvoor dus ook al iemand geknipt. En dus

gewoon gigantisch lang gestaan. Ja, en dat je dan wel jezelf betrapt, dat je denkt, van ja, hoe je het doet, moet je maar kijken, maar dit moet gewoon anders, dit kan niet meer zo. Dus ja, ik word er wel bewust van. En dat is gewoon voornaam. Dat zij Ineke destijds ook wel. Op zich maakt het helemaal niet uit, als het mis gaat, als je het maar door hebt. Ook als je het na die tijd. Dat kan niet in één keer. Je kan het niet in één keer veranderen. Maar nee, je wordt, ik word daar gewoon bewust van. Het wordt je duidelijker allemaal

P 9: interview 4.rtf - 9:27 [Ja, wel balen. Want uiteindelijk..] (117:117) (Super)

Codes: [Het zelf: gevoel]

Ja, wel balen. Want uiteindelijk gaat de klant het ook merken. Je wordt wat stil. En mijn buurvrouw weet ook van de situatie van en zo.

P 9: interview 4.rtf - 9:28 [En zo was achteraf ook wel een..] (117:117) (Super)

Codes: [Relaties: omgeving]

En zo was achteraf ook wel een beetje boos. Of boos, maar ja, beschermend tegenover mij, zeg maar. Dus ze wou het beste voor mij.

P 9: interview 4.rtf - 9:29 [. Want ik ben natuurlijk ook l..] (117:117) (Super)

Codes: [Activiteiten: grenzen aangeven]

Want ik ben natuurlijk ook lekker eigenwijs, dat ik toch niet ga stoppen met knippen

P 9: interview 4.rtf - 9:30 [n dat hoeft op zich ook niet, ..] (117:117) (Super)

Codes: [activiteiten: balans]

n dat hoeft op zich ook niet, maar je moet gewoon net even die juiste sturing daarin vinden. Wat wanneer en hoe lang en, ja

P 9: interview 4.rtf - 9:31 [Ja, vervelend. Gewoon puur kij..] (129:129) (Super)

Codes: [Het zelf: gevoel]

Ja, vervelend. Gewoon puur kijken naar het feit van hè, waarom moet dit nou? Waarom heb ik dat toch steeds, weet je wel? Gewoon balend van het feit dat ik die pijn heb. Dus dat was heel naar

P 9: interview 4.rtf - 9:32 [Ik denk dat je in de verre toe..] (145:145) (Super)

Codes: [Het zelf: toekomst]

Ik denk dat je in de verre toekomst, zeg maar, daar moet je gewoon ingroeien, dat je dan voor die tijd ook wat bewuster van wordt. Laat het maar een keer zijn dat ik gigantisch veel pijn heb. Dan leer je in feite alleen maar van. Nou, ik bekijk het net als met auto rijden. Kijk, je kunt met de rijles zo veel lessen krijgen. Maar als je je rijbewijs hebt, dan leer je pas auto rijden

P 9: interview 4.rtf - 9:33 [Ja, dat zijn wel meerdere ding..] (157:157) (Super)

Codes: [Activiteiten: grenzen aangeven]

Ja, dat zijn wel meerdere dingen. Ik herken dat vooral tijdens de verbouwing van het huis. Dat soms dingen gevraagd werden dat ik van: 'Nee, dat doe ik niet. Dat doe ik niet! Ik heb last van de rug, dat doe ik gewoon niet. Klaar. ', weet je wel? Maar ook tegenover Roy, hoor, en dat kan daar niet altijd even leuk uit. Want ja, soms dan, dat is heel stom, maar... Roy die kan me dan soms dingen vragen, en dan denk ik (lacht), best wel stom, maar dan denk ik wel eens: 'Man, denk toch naar, je weet toch dat ik dat niet kan.', weet je wel. En dan soms, dan zeg ik van: 'Ja, nee Roy, doe ik echt niet, hoor. Ik heb een hartstikke zeer rug.' Of: 'Nee, doe ik echt niet hoor. Dat lukt echt niet.' 'Ja, wat dan?' zegt die dan. Ik zeg: 'Ja, hallo, ik heb een hartstikke zeer rug, hoor.' weet je wel.

P 9: interview 4.rtf - 9:34 [Ja, omdat ik niet gezien wil w..] (237:237) (Super)

Codes: [Het zelf: eigenwaarde]

Ja, omdat ik niet gezien wil worden als het meisje met altijd die zere rug, of het zielige meisje, of, nee, wil ik niet. Ik ben niets anders dan iemand anders

P 9: interview 4.rtf - 9:35 [Maar ja, op dat moment, je heb..] (301:301) (Super)

Codes: [activiteiten: balans]

Maar ja, op dat moment, je hebt toch wel dagen, dat het even wat minder gaat. Maar tijdens de toetsweek had ik gewoon een beetje stress en zo en was het gewoon druk.

6.3.4 Codes eindinterview 4

P11: interview 6.rtf - 11:1 [en ehm ehm ja ik ik nou ik ik ..] (8:8) (Super)

Codes: [Acceptatie: pijn]

en ehm ehm ja ik ik nou ik ik merk wel dat ik me d.. d.. kwa pijn en zo dat er niks verandert is ten opzichte van van begin Roessingh, (**Oké**) [alleenig alleenig] ja je je je bijt nog wel harder door zeg ik maar, (**Hmhm, Oké**) en eh ja dus eh, ja wat moet ik daarover zeggen eh, je moet daarmee leven en eh ja valt niet altijd mee maar..

P11: interview 6.rtf - 11:2 [Ja ik d.. d.. toch wel m....] (13:13) (Super)

Codes: [activiteiten: bewegen]

Ja ik d.. d.. d.. toch wel m... eh toch wel meer dingen weer oppakken (**Hmhm**) en ik was laatste eh ja wouden we eigenlijk eh maandags morgens wel eigenlijk zwemmen (**Hmhm**) met z.. met mijn vriendin en eh nou ja goed eh daar moest ik me ook een beetje daar inhouden

P11: interview 6.rtf - 11:3 [dat ik eh ja af en toe eh eh j..] (13:13) (Super)

Codes: [activiteiten: balans]

dat ik eh ja af en toe eh eh ja een keer in de week, nou en dan eh ja veel geleidelijk ik ben ik moet zeggen ik ben in de tuin bezig geweest en toen eh ja eigenlijk wat ik geleerd had om eerder te stoppen en rustig aan te doen, ja heb ik eigenlijk blijkbaar toen niet goed opgevolgd (**Oké**) en dus eh hm ik ik had daarna weer m.. ja meer pijn en en ik vedriet eigenlijk aan de diazepam, (**Hmhm**) dus eh ja eigenlijk is dat gew... ja dan dan weet je het eigenlijk, (**Hmhm**) maar het gebeurt toch nog eh op de oude manie

P11: interview 6.rtf - 11:4 [Oké, maar meer activiteiten da..] (18:18) (Super)

Codes: [activiteiten: bewegen]

Oké, maar meer activiteiten dan van tevoren volg je? Ja. Oké, hmhm. En en dan voel je je ook beter dan daarmee? Ja (Ja, oké, hmhm) Ja, je hebt meer afleiding en eh (**Ja, ja**) en als je dus meer afleiding hebt dan blijf je daar minder mee bezig eh (**Hmhm**) ja. Daar zit er daar zit er gewoon wel [...] hele hele traject (**Hmhm**) is toch wel een goei..goeie geweest. (**Ja**) [...] die is daar.

P11: interview 6.rtf - 11:5 [m ik denk ehm ergotherapie en ..] (23:23) (Super)

Codes: [relaties: professionele hulpverleners]

m ik denk ehm ergotherapie en zo dat je op gegeven moment toch eh eh en ook wel eh s... eh psychologische therapie

P11: interview 6.rtf - 11:6 [at je dat je keuzes kunt maken..] (23:23) (Super)

Codes: [Het zelf : cognitie]

at je dat je keuzes kunt maken en dat je eh heel veel gedachtens eh niet op hoeft te volgen. (**Hmhm**) Dat eh die twee dingen zijn de twee eh waar ik het meeste aan heb

P11: interview 6.rtf - 11:7 [Ehm ja d... meer dat je eh dat..] (28:28) (Super)

Codes: [Het zelf t: cognitie]

Ehm ja d... meer dat je eh dat je keuzes hebt en dat je je gedachtes eh niet o.. hoeft op te volgen,

P11: interview 6.rtf - 11:8 [Nou dat is eigenlijk dat je to..] (33:33) (Super)

Codes: [activiteiten: balans]

Nou dat is eigenlijk dat je toch eh toch eh dingen ehm ehm kwa houding anders aanpakt, kwa eh snelheid en en rustpauzes **(Hmhm)** eh dat je daar eh toch meer eh mee doet. **(Hmhm)** Nog voor eh de hele begin zeg maar. **Kan je dat nog ehm iets eh meer uitleggen? Wat eh doe je dan bij voorbeeld nu anders?** Eh nou ja de energie de de energie verdelen per activiteit **(Hmhm)** en per en op de hele dag. **(Hmhm, oké, ja)** Ja. **Beetje meer verdelen dan, ja, oké.** Dat eh... **Oké.**

P11: interview 6.rtf - 11:9 [Na communicatie is ja dat ik d..] (38:38) (Super)

Codes: [Relaties: omgeving]

Na communicatie is ja dat ik daar eh ehm gewoon opener praat eh en en zegt wat je wat je wat je denkt en eh en ehm ja ja dat is wel aan het groeien in totaal. **(Hmhm)** Dus eh ja gewoon naar naar naar mijn naasten zeg maar naar de ja degenen die [kort] bij me staan **(Hmhm)** en dat je dan eh ja dat je daar wat beter eh eh en gericht op een andere manier iets eh iets eh o..overbrengt,

P11: interview 6.rtf - 11:10 [je gaat daar eerst eens even b..] (38:38) (Super)

Codes: [Het zelf: cognitie]

je gaat daar eerst eens even bij nadenken wat je soms eh niet direct eh eh een reactie daarop, soms dan neem je even eh na ja dan neem je toch even een pauze voor jezelf en kom je daar dan even op terug **(Hmhm)** van eh even overwegend over nagedacht **(Hmhm)** na ja en eh en ook anders benaderen eh op met andere woorden soms dat je ja. **(Hmhm)** **Kan je kan je dat nog eh meer uitleggen?** Nog nog meer uitleggen? (*lacht) **Ja ehm anders benaderen met andere woorden, eh hoe bedoel je dat precies? Eh dat ehm je beleefder je uitdrukt of eh wat moet ik me daar voorstellen?** Je kunt dat niet [...] dat kan dat kan een stukje eh gezichtsuitdrukking zijn, maar dat kan ook eh d..d.. dat kan ja ook met woorden eh ik ja je kunt bij voorbeeld eh [til] eh eh [snauwer] brengen of eh of heel normaal, **(Hmhm)** eh ja daar zit toch wel eh ja daar zit toch wel wat verandering in al eh **(Hmhm)** dat je dat eh ja. **En eh dat je dat je eerst moet nadenken is dat dan eh ja...** Dat is niet altijd zo, maar dat kan soms, dat heb je soms wel eens, **(Ja)** dat je even eh... **Is dat doe je dan dat je het duidelijker eh formuleert wat je wil zeggen of eh wat is eh het doel dan daarvan? Of dat je misschien eh ja niet zo emotioneel reageert of eh...** Ja nou dat je overwegender wat zegt hè en dat je dan eventjes niet direct wat zegt **(Hmhm)** en dat je dan overwegend eh daarover na kunt denken **(Hmhm)** en en anders is het nog wel een snelle reactie daarop **(Ja)** en is niet eh ja die die die valt soms eh anders omdat je die eigenlijk eh ja op een manier vertelt die je eigenlijk achterna niet had willen vertellen. **(Hmhm, oké)** Ja. **Ja.**