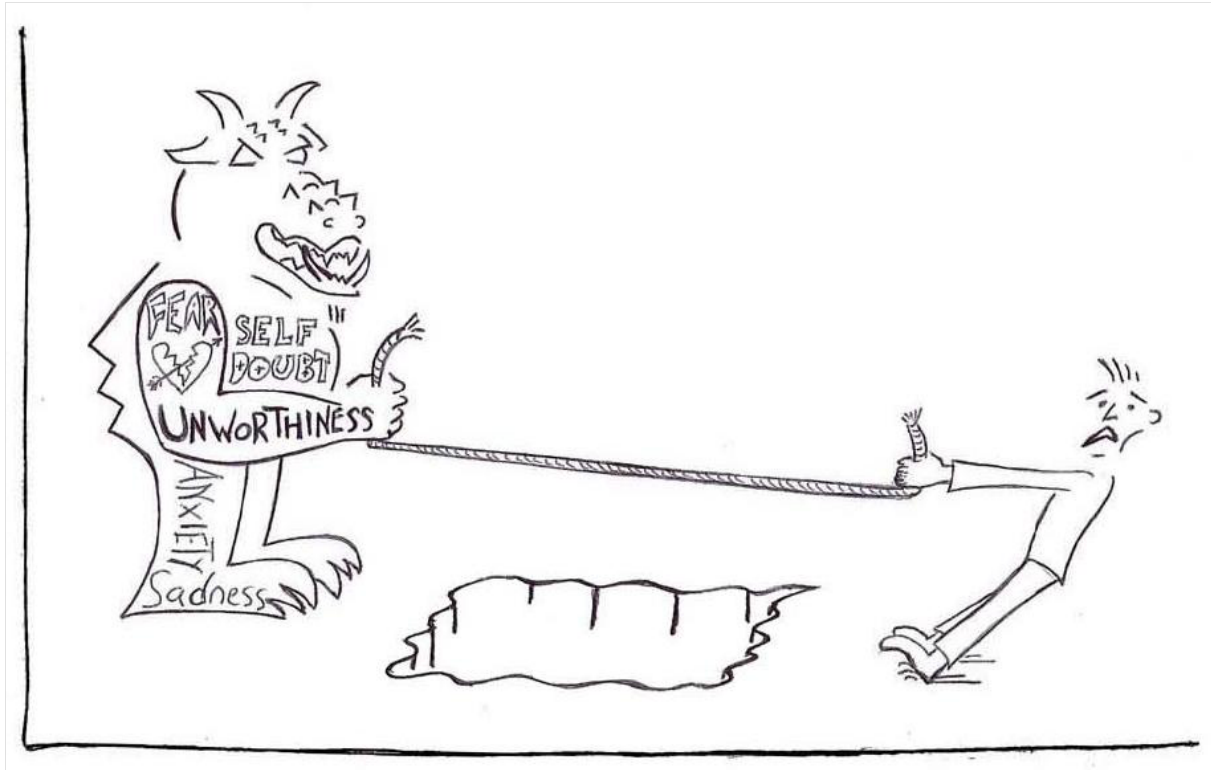


## De invloed van ACT-consistent reageren op psychologische flexibiliteit



Auteur: Jessica S. Koch

24 maart 2016

Universiteit Twente, Enschede  
Faculteit Gedragwetenschappen

Eerste begeleider: Prof. dr. K. M. G. Schreurs

Tweede begeleider: dr. A. M. Sools

### **Abstract**

Chronic pain is an extensive health problem. An effective intervention for chronic pain is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Psychological flexibility is the central process within ACT. 'Living with pain' is an effective online intervention based on ACT. In this study, which is based on earlier research, data of 56 participants who were guided per email by five counselors were examined. Studied was whether the counselors of this intervention could contribute to the change in psychological flexibility from the participants, by adhering to the theoretical framework of ACT in their email guidance. In this study, this was called ACT-consistency. This was examined (1) via qualitative analysis of 75 feedback messages to determine what the average amount of ACT-consistency of counselors was and (2) through quantitative calculations to assess if there was a correlation between the average ACT-consistency of the counselors and the change in perceived psychological flexibility (PIPS) of the participants. These analyzes show that the counselors did not respond ACT-consistently to all participants, within their group of participants. There is also no evidence found that there is a correlation between the degree of ACT-consistency and changes in the degree of experienced psychological flexibility. This study adds to the understanding of the efficacy and practicability of a qualitative analysis method used to determine ACT-consistency. To focus exclusively on the feedback messages from the counselors and leaving the messages of the participants out of the analysis seems insufficient to determine ACT-consistency. Additional research is necessary to answer the research question.

### **Samenvatting**

Chronische pijn is een veelomvattend gezondheidsprobleem. Een werkzame interventie voor chronische pijn is *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), waarbij psychologische flexibiliteit het centrale proces is. ‘Leven met pijn’ is een effectieve online interventie gebaseerd op ACT. In deze studie, die aansluit op eerder onderzoek, zijn de data van 56 participanten die via email begeleid werden door vijf counselors onderzocht. Bestudeerd is of de counselors van deze online interventie via de emailbegeleiding hebben bijgedragen aan de verandering in psychologische flexibiliteit van de participanten, door zich te houden aan het theoretisch *framework* van ACT. Dit werd ACT-consistentie genoemd. Middels (1) kwalitatieve analyse van 75 feedbackberichten werd in kaart gebracht wat de gemiddelde mate van ACT-consistentie van de counselors was en (2) middels kwantitatieve berekeningen is onderzocht of er een samenhang bestond tussen de gemiddelde ACT-consistentie van de counselors en de verandering in ervaren psychologische flexibiliteit (PIPS) van de participanten. Uit deze analyses blijkt dat de counselors niet ACT-consistent gereageerd hebben naar alle participanten toe, binnen de door hen begeleidde groep participanten. Er is verder geen bewijs gevonden dat er een samenhang bestaat tussen de mate van ACT-consistentie en veranderingen in de mate van ervaren psychologische flexibiliteit. Deze studie maakt inzichtelijk wat de werkzaamheid en werkbaarheid is van een kwalitatieve analysemethode om ACT-consistentie in kaart te brengen. Het uitsluitend richten op de feedbackberichten van de counselors, zonder op systematische wijze de emailberichten van de participanten te analyseren, lijkt hierbij onvoldoende. Aanvullend onderzoek is noodzakelijk om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

## **Inhoudsopgave**

<b><u>1. Inleiding</u></b>	<b>5</b>
<b><u>2. Methode</u></b>	<b>11</b>
2.1 <i>Onderzoeksdesign</i>	11
2.1.1 <i>Online interventie 'Leven met pijn'</i>	11
2.2 <i>Participanten</i>	12
2.3 <i>Meetinstrumenten</i>	13
2.3.1 <i>Meetinstrument kwantitatief onderzoek</i>	13
2.3.2 <i>Meetinstrument kwalitatief onderzoek</i>	14
2.4 <i>Procedure</i>	14
2.5 <i>Analyse</i>	15
2.5.1 <i>Codeerschema ACT-consistentie</i>	15
2.5.2 <i>Opbouw codeersessies</i>	17
2.5.3 <i>Cohen's Kappa codeersessies</i>	19
2.5.4 <i>Gemiddelde ACT-consistentie</i>	20
2.5.5 <i>Statistische analyses</i>	20
<b><u>3. Resultaten</u></b>	<b>22</b>
3.1 <i>ACT-consistentie per counselor</i>	22
3.2 <i>Samenhang tussen ACT-consistentie, counselors en psychologische flexibiliteit</i>	22
<b><u>4. Conclusie</u></b>	<b>24</b>
<b><u>5. Discussie</u></b>	<b>24</b>
4.1 <i>Sterke kanten en beperkingen</i>	25
4.2 <i>Aanbevelingen</i>	28
4.3 <i>Slotconclusie</i>	29
<b><u>Referenties</u></b>	<b>31</b>
<b><u>Bijlage</u></b>	<b>36</b>

## **1. Inleiding**

In deze studie wordt onderzocht of de counselors van de online interventie ‘Leven met pijn’ via de emailbegeleiding bijdragen aan de verandering in psychologische flexibiliteit van de participanten, door zich te houden aan het theoretisch *framework* van ACT. Onderzoek naar factoren die van invloed zijn op psychologische flexibiliteit is van groot belang, gezien psychologische inflexibiliteit uiteindelijk kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven (McCracken, Carson, Eccleston, & Keefe, 2004). Daarnaast kan onderzoek naar en bevorderen van ACT-consistentie leiden tot verhoging van kwaliteit van feedbackmails van counselors. Dit is een voorwaarde voor verbetering van uitkomstmaten en therapie-effecten.

### ***Chronische pijn***

Elke dag pijn voelen is waarschijnlijk niet iets wat de meeste mensen zouden willen ervaren. Toch is dit voor miljoenen Europeanen, die lijden aan chronische pijnklachten, een werkelijkheid. Uit de survey van Breivik, Collet, Ventafidda, Cohen en Gallachter (2006) komt naar voren dat negentien procent van de Europeanen in gemiddelde tot hoge mate chronische pijnklachten ervaart. Dit percentage kan worden vertaald naar één op de vijf Europeanen. Binnen Europa kan chronische pijn daarom worden gezien als groot probleem binnen de gezondheidszorg (Breivik et al., 2006).

Hoewel de prevalentiecijfers van Nederlanders met chronische pijnklachten geen eenduidig beeld laten zien, komt wel naar voren uit verschillende onderzoeken dat de cijfers hoog zijn, namelijk 5 tot 20 procent van de algemene bevolking (Van der Molen, Perreijn, & van den Hout, 2007; Trimbos Instituut, 2010). Chronische pijn komt daarnaast, in vergelijking met andere chronische aandoeningen, zeer vaak voor (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011). Chronische pijnklachten kunnen leiden tot negatieve gevolgen op verschillende levensgebieden, zoals werk- en sociaal gebied. Daarnaast is er sprake van comorbiditeit bij mensen met chronische pijnklachten. Zo hebben Demyttenaere et al., (2007) en Garcia-Cebrian, Gandhi, Demyttenaere en Pelter (2006) in verschillende onderzoeken, waaronder een wereldwijde survey, aangetoond dat het ervaren van pijn geassocieerd kan worden met significante functiebeperkingen, emotionele stress en lijden, inclusief pijn-gerelateerde angsten, depressie en andere psychiatrische aandoeningen zoals misbruik van middelen. Ook blijkt uit onderzoek een omgekeerde relatie waarneembaar, namelijk waarbij psychische aandoeningen weer kunnen leiden tot chronische pijnklachten (Bruffaerts et al., 2015).

De International Association for the Study of Pain omschrijft pijn als: “Een onaangename sensorische en emotionele ervaring die wordt geassocieerd met potentiële of

werkelijke weefselschade of die wordt beschreven in termen van dergelijke schade (IASP, 1986)”. Uit deze definitie blijkt dat pijn en emotie niet van elkaar te scheiden zijn.

Een werkzame interventie op niet alleen lichamelijk, maar ook op psychologisch gebied lijkt daarom van belang. Dit wordt gevonden in *Acceptance and Commitment Therapy* zoals blijkt uit een meta analyse naar 25 *Randomized Controlled Trails* (RCT's) van *acceptance-* en *mindful-based* interventies voor behandeling van chronische pijn (Veehof, Trompetter, Bohlmeijer & Schreurs, 2015).

### ***Acceptance and commitment therapy en psychologische flexibiliteit***

*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) is een derde generatie cognitieve gedragstherapie gebaseerd op de *Relational Frame Theory* (RFT), een behavioristisch model van taal en cognitie dat beschrijft hoe mensen van kind af aan relaties leren leggen tussen ervaringen en taal (Hayes, Pistorello, & Levin, 2012). Mensen blijken geneigd te zijn om op eenzelfde manier te reageren op symbolen en begrippen (zoals woorden) die naar stimuli verwijzen, als op de stimuli zelf (Hayes, 2004). Gedrag kan volgens deze theorie dan ook worden aangeleerd op een ervaringsgerichte manier via conditionering of door middel van verbale regels. *Relational frames* zijn hierbij de cognitieve associatieve netwerken van begrippen en symbolen, de regels die verbanden tussen de symbolen of begrippen omschrijven, het gedrag dat volgt op deze verwijzingen naar stimuli en de consequenties van dit gedrag (Hayes, 2004). *Relational frames* zijn zeer nuttig, aangezien men bijvoorbeeld niet elke keer opnieuw een ervaring hoeft te ondergaan om er iets van te leren en doordat mensen in staat zijn om spontaan verbanden tussen verbale begrippen af te leiden (Hayes, 2004). Echter kunnen *relational frames* ook leiden tot psychopathologie doordat men mentaal minder flexibel wordt.

Het doel van ACT is het vergroten van psychologische flexibiliteit. Door Hayes, Strosahl en Wilson (2012) wordt dit gedefinieerd als het vermogen om effectief te handelen, passend bij intrinsieke motiverende waarden en doelen terwijl pijn-geassocieerde gedachten en emoties aanwezig zijn. Psychologische flexibiliteit wordt vormgegeven als een positief psychologische vaardigheid en niet als methode om psychopathologie te vermijden (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Ongewenste sensaties zoals pijn, negatieve emoties en gedachten horen volgens ACT dan ook bij het leven en juist het vermijden ervan brengt meer lijden met zich mee (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2006). Het vergroten van psychologische flexibiliteit kan worden gerealiseerd door de zes kernprocessen van ACT.

Hieronder worden de zes kernprocessen beschreven (Twohig, Masuda, Varra, & Hayes, 2005; Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2012) :

1. *Acceptatie* of aanvaarding wordt aangeleerd als een alternatief voor experiëntiële vermijding. Het betekent dat men bereid is de huidige klachten en beperkingen onder ogen te zien en te ervaren, ook al ervaart de patiënt daarbij negatieve gevoelens

2. *Cognitieve defusie*, verwijst naar het maken van onderscheidt tussen gedachten over de werkelijkheid, ook wel *relational frames* te noemen, en de werkelijkheid. De patiënt dient zich hiervoor bewust te worden van zijn cognities, gevoelens en gedragingen om zo te kunnen leren dat wat hij daadwerkelijk ervaart en wat zijn gedachten zeggen over deze ervaringen niet overeen hoeven te komen.

3. *Contact met het hier-en-nu*, niet-oordelend aanwezig zijn in het hier-en-nu.

4. *Zelf- als-context*, kan worden uitgelegd als het proces waarin de patiënt ontdekt dat doelen, zelfconcepten en –beschrijvingen, gedachten zijn die niet samen hoeven te vallen met de ervaringen die hij heeft.

5. *Waarden*, zijn gekozen levensrichtingen. Waarden, en de gedragingen die hieruit volgen, zijn intrinsiek gemotiveerd. Zij worden door de persoon zelf bepaald en zijn dus vrij gekozen .Waarden geven vaak richting in het leven en zijn geen doel op zich.

6. *Toegewijde actie*, ook wel commitment genoemd, betekent betrokkenheid met de waarden. Naast het zich bewust zijn van waarden, gaat het bij deze methode erom dat de patiënt dagelijks waardengericht gedrag en acties onderneemt die samenhangen met zijn of haar waarden .

In onderstaand figuur worden de kernprocessen van het ACT model weergegeven, waarbij ieder punt een van de kernprocessen weergeeft en in het midden het hoofdproces van ACT, psychologische flexibiliteit, wordt afgebeeld (Hayes et al., 2012).



*Figuur 1.* ACT Hexaflex. Gekopieerd van *Wikipedia* website. Verkregen via

[https://nl.wikipedia.org/wiki/Acceptance\\_and\\_commitment\\_therapy](https://nl.wikipedia.org/wiki/Acceptance_and_commitment_therapy). Copyright 2015 door Wikimedia Foundation Inc.

### ***ACT bij chronische pijn en eHealth***

Zoals eerder benoemd is ACT een effectieve interventie voor mensen met chronische pijnklachten (McCracken & Vowles, 2014; Veehof et al., 2015). Een van de redenen waardoor ACT hoogstwaarschijnlijk werkzaam is bij chronisch pijnpatiënten, is doordat het gericht is op het doorbreken van experiëntiële vermijding (Hayes et al., 2006). Experiëntiële vermijding kan gedefinieerd worden als de onwil om in contact te blijven met ervaringen, zoals gevoelens, gedachten en lichamelijke gewaarwordingen en pogingen om de vorm en/of frequentie van de contexten waaruit deze ervaringen voortvloeien te veranderen, controleren, voorspellen of voorkomen (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Bij chronisch pijnpatiënten kan experiëntiële vermijding staan door de onwil om in contact te blijven met pijnervaringen, -gevoelens en –gedachten en kan de patiënt zich richten op pogingen om de pijn te controleren. Inspanningen om pijn te controleren kunnen leiden tot opoffering van kwaliteit van leven (McCracken et al., 2004). Het doorbreken van deze vermijding is van groot belang vanwege de samenhang van deze copingstrategie met diverse psychische klachten (Hayes et al., 2006). Het verminderen van experiëntiële vermijding geeft meer ruimte voor toegewijde actie, waardoor de psychologische flexibiliteit wordt vergroot.

ACT kan in verschillende vormen worden aangeboden, zoals groepstherapie, individuele therapie of via internet, als eHealth. eHealth kan worden gedefinieerd als “Interventions typically focused on behavioral issues, with the goal of instituting behavior change and subsequent symptom improvement. They are usually self-paced, interactive and tailored to the user, and they make use of the multimedia format offered by the Internet.” (Ritterband et al., 2003, p. 527). Deze vorm van therapie is de laatste jaren in opkomst vanwege de vele voordelen (Schmidt, 2012). Zo kan het onder andere kostenbesparend zijn en kan de patiënt zelf kiezen waar en wanneer hij gebruik maakt van de online interventie (Jorm, Morgan, & Malhi, 2013). Uit een meta-analyse van (Bolier et al., 2013) naar online positief psychologische interventies (OPPI’s) blijkt daarnaast dat de meerderheid van deze online interventies tot positieve resultaten leidt. Het gebruik van dergelijke interventies in de geestelijke gezondheidszorg neemt dan ook in hoog tempo toe (Schmidt, 2012).

Een voorbeeld van een eHealth interventie voor chronische pijnklachten is de online interventie ‘Leven met pijn’. Deze interventie vindt zijn basis in de zelfhulp cursus ‘Voluit Leven’ (Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse, & Schreurs, 2012) en het zelfhulpboek ‘Leven met



Pijn' (Veehof, Schreurs, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2010). Met de online interventie 'Leven met pijn' zijn positieve resultaten behaald (Trompetter, Bohlmeijer, Fox, & Schreurs, 2015). Recent is er onderzoek gedaan naar de werkzame onderdelen van deze online interventie, waaruit blijkt dat pijn-gerelateerde psychologische flexibiliteit een mediator is tussen positieve veranderingen in pijninterferentie, psychologische stress en pijnintensiteit (Trompetter et al., 2015). Dit onderzoek onderschrijft de relevantie van psychologische flexibiliteit als centraal proces binnen het theoretische *framework* van ACT voor chronische pijn. Het bevorderen van psychologische flexibiliteit bij de participanten van de online interventie lijkt dus van groot belang. Omdat het hier een online interventie betreft, lijkt het een logische stap dat er mogelijk ook kan worden bijgedragen aan de psychologische flexibiliteit van de participanten via de online counseling middels e-mails.

Dat interactie met de counselor over het algemeen belangrijk is en samenhangt met positievere uitkomsten van de interventie wordt onderschreven door Kelders, Kok, Ossebaard en Van Gemert-Pijnen (2012). Echter rijst de vraag of er ook kwaliteitseisen zijn waar de online interactie aan moet voldoen. Plumb en Vilardaga (2010) concluderen dat therapieconsistentie een voorwaarde is voor positieve therapieresultaten. Een tweede eis kan gebaseerd worden op onderzoek van Webb, Josep, Yardley en Michie (2010), die concluderen dat het gebruik van *evidence based* psychologische theorieën geassocieerd wordt met grotere effecten. In dit onderzoek kunnen deze eisen vertaald worden naar ACT, wat een *evidence based* psychologische theorie is en ACT-consistent reageren van de online counselors.

Pilot studies van Schoonen (2014) en De Ruiter (2014) tonen aan dat het mogelijk is om de mate van ACT-consistent reageren door counselors van de online interventie 'Leven met pijn' in kaart te brengen. Uit hun analyse van 55 emailberichten van de counselors, blijkt dat gemiddelde ACT-consistentie matig te noemen is. Echter betreft dit aantal emailberichten een kleine steekproef en is er geen verder onderzoek gedaan naar de samenhang tussen de mate van ACT-consistent reageren en de uitkomsten van de online interventie.

Zoals eerder beschreven is, blijkt psychologische flexibiliteit vergroot te kunnen worden middels de zes kernprocessen van ACT. Met andere woorden, hoe meer de participant in aanraking komt en kan oefenen met de zes kernprocessen van ACT, des te meer psychologische flexibiliteit hij of zij waarschijnlijk zal ervaren. De hypothese van het onderhavige onderzoek luidt dat de participant een hogere mate van psychologische flexibiliteit ervaart wanneer de online counselor een hogere mate ACT-consistent reageren toont in de e-mails.

Relevant is dus om na te gaan of de emailcounseling psychologische flexibiliteit bevordert, omdat onderzoek hiernaar bijdraagt aan het inzicht in de werkzame onderdelen van de online cursus ‘Leven met pijn’ en zo mogelijk aan verbetering van de uitkomsten en het therapie effect. Deze studie is gericht op het onderzoeken van de samenhang tussen de mate van ACT-consistent reageren en de mate van psychologische flexibiliteit van de participanten. De onderzoeksvraag luidt: bestaat er een positieve samenhang tussen de mate van ACT-consistent reageren van de counselors richting de participanten, en de verandering in de mate van ervaren psychologische flexibiliteit bij de participanten van de online interventie ‘Leven met pijn’, na afronding van de interventie?

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, worden de volgende deelvragen beantwoord:

1. Wat is de gemiddelde mate van ACT-consistent reageren per begeleider?
2. Zijn de counselors in staat geweest om, binnen de door hen begeleidde groep participanten, naar alle participanten toe ACT-consistent te reageren?
3. Bestaan er significante verschillen met betrekking tot de mate van gemiddelde ACT-consistent reageren tussen de begeleiders?
4. Is er sprake van een significant verschil tussen de counselors door wie de participanten zijn begeleid en de gemiddelde mate van ervaren psychologische flexibiliteit na het afronden van de interventie?

## 2. Methode

### **2.1 Onderzoeksdesign**

Als onderzoeksdesign werd gebruik gemaakt van zowel een kwalitatief als een kwantitatief onderzoeksdesign. Het kwalitatieve gedeelte heeft een geneste structuur en bestond uit een inhoudsanalyse van de feedbackberichten aan de hand van het codeerschema ontwikkeld door Schoonen (2014) en De Ruiter (2014). Bij het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek werd de data van de kwalitatieve analyse omgezet in kwantitatieve waarden. Voor de kwantitatieve fase van deze studie werd gebruik gemaakt van de data geworven middels de *randomized controlled trial* (RCT) die Trompetter et al., (2015) hebben uitgevoerd. Het design van deze fase van de studie betreft een *one group pretest-posttestdesing*.

#### *2.1.1 Online interventie 'Leven met pijn'*

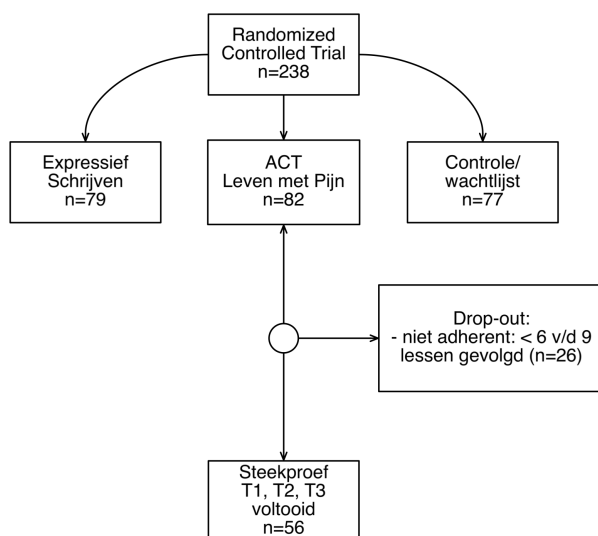
De participanten doorliepen de op ACT-gebaseerde online interventie 'Leven met pijn' van april tot en met juni 2012 (Trompetter et al., 2015). De cursus bestond uit negen wekelijkse modules. In de modules werd via tekst, metaforen en oefeningen de zes therapeutische processen van ACT geïllustreerd en toegelicht (Hayes et al., 2012). Daarnaast kwam er psychoeducatie aan bod met betrekking tot chronische pijn en de sociale aspecten van de pijnervaringen (Trompetter et al., 2015).

De participanten werden online, via email begeleid door vijf counselors. Elke module werd per week afgesloten met een e-mail van de deelnemer, waarin hij/zij reflecteerde op het doorlopen proces van die week. Op de email van de deelnemer volgde een feedbackmail van de counselor. Wanneer een deelnemer geen email had gestuurd, verzond de counselor een herinneringsmail aan de deelnemer. De counselors verzonden de emails dus altijd op een vaste dag, een keer per week. De feedbackberichten van de counselors kunnen grotendeels worden opgedeeld in het volgende format: (a) complimenten en ondersteuning, (b) uitleg geven over onduidelijkheden en/of vragen beantwoorden, (c) het doel van de aankomende week/module aankondigen, (d) positief bekrachtigen van de participant om zo de adherentie te bevorderen (Trompetter et al., 2015).

De counselors waren pas afgestudeerde psychologen aan de Universiteit van Twente. Zij werden getraind en gesuperviseerd door een geregistreerd cognitieve gedragstherapeut met ervaring in het werken met ACT. De counselors hebben twee keer twee uur training voorafgaand aan de cursus ontvangen. Daarnaast hebben zij elkaar gedurende de eerste weken van de online interventie van feedback voorzien.

## 2.2 Participanten

De data van de participanten en counselors gebruikt voor dit onderzoek komen zoals hierboven benoemd uit de RCT uitgevoerd door Trompetter et al., (2015). De deelnemers van de RCT werden geworven in de maanden februari en maart 2012 via advertenties in Nederlandse kranten. De deelnemers bestonden uit 238 participanten, waarvan 82 random zijn toegewezen aan de online interventie ‘Leven met pijn’. De overige participanten werden in de controle conditie (expressief schrijven) of in de wachtlijst conditie ingedeeld. Figuur 2 toont een overzicht van de participanten per toegewezen conditie.



*Figuur 2.* Flowchart participanten per toegewezen conditie

De participanten die werden toegewezen aan de online interventie ‘Leven met pijn’, bestonden voornamelijk uit middelbaar tot hoger opgeleide personen. De inclusiecriteria waren: (a) deelnemers met de leeftijd  $\geq 18$ , pijnintensiteitscore  $\geq 4$ , (b) die meer dan 3 dagen per week pijnklachten ervaren, (c) voor een periode van  $\geq 6$  maanden. (Trompetter et al., 2015).

In deze studie betrof het inclusie criterium dat een deelnemer zes of meer lessen uit de cursus had gevolgd. Dit werd beschouwd als ‘interventie voldoende afgemaakt’, omdat de basisprincipes van ACT aan bod komen in de eerste zes lessen. Het aantal respondenten die de interventie voldoende hebben afgemaakt waren er 56 ( $N=56$ ). De demografische gegevens van deze steekproef worden weergegeven in Tabel 1, waaruit onder andere af te lezen valt dat

er voornamelijk hoogopgeleide vrouwen van Nederlandse afkomst aan het onderzoek mee hebben gedaan.

Tabel 1: *Demografische gegevens van respondenten ‘interventie afgemaakt’ (n=56)*

	Gemiddelde	Standaard deviatie
Leeftijd (in jaren)	53.3	13.1
	Frequentie	Percentage
Geslacht		
Aantal mannen	10	17.9
Aantal vrouwen	46	82.1
Opleidingsniveau		
Lagere school	1	1.8
Lager beroepsonderwijs	1	1.8
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	8	14.3
Hoger algemeen onderwijs	5	8.9
Middelbaar beroepsonderwijs	13	23.2
Hoger beroepsonderwijs	21	37.5
Wetenschappelijk onderwijs	7	12.5
Land van herkomst		
Nederland	55	98.2
Anders (VS)	1	1.8

## **2.3 Meetinstrumenten**

### *2.3.1 Meetinstrument kwantitatief onderzoek*

Psychologische flexibiliteit werd gemeten middels de Nederlandse versie van de *The Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS) gebruikt. De Nederlandse versie van de PIPS is een indirecte vertaling van de originele Zweedse versie (Wicksell, Lekander, Sorjonen, & Olsson, 2010). De PIPS bestaat uit 12 items en 2 subschalen, te weten ‘pijnvermijding’ (8 items) en ‘pijn-gerelateerde cognitieve fusie’ (4 items) (Trompetter et al., 2014). Via deze

twee subschalen wordt de mate van psychologische inflexibiliteit in relatie tot chronische pijn gemeten. De respondent kon bij elke stelling antwoorden volgens een 7-punts Likertschaal: 1 = nooit waar, 7 = altijd waar. Een hogere score indiceerde meer psychologische inflexibiliteit. De psychometrische kwaliteiten van deze vragenlijst zijn door Trompetter et al. (2014) als acceptabel tot goed beoordeeld. De steekproef van Trompetter et al. (2014), uitgevoerd onder heterogene groep chronisch pijnpatiënten binnen rehabilitatiecentra, lieten sterke interne consistenties van de vragenlijst en subschalen zien en gaven bewijs voor construct- en convergente validiteit. De structuur en betrouwbaarheid zijn tevens als goed beoordeeld (Trompetter et al., 2014). De Cronbach's alpha voor de gehele vragenlijst bedroeg in het onderhavige onderzoek .86, voor de subschalen viel de Cronbach's alpha binnen de range: .88 - .89 (pijnvermijding) en .59 - .77 (pijn-gerelateerde cognitieve fusie).

### *2.3.2 Meetinstrument kwalitatief onderzoek*

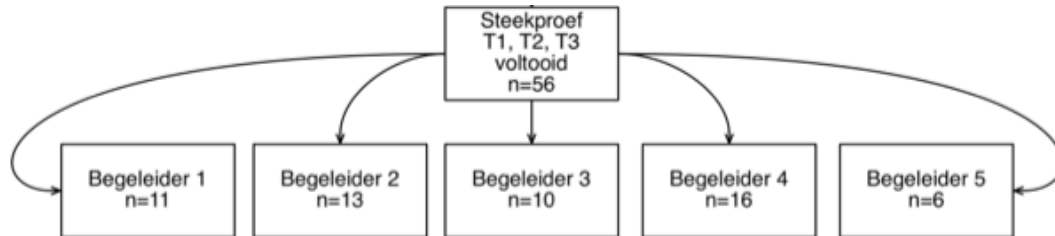
Middels de feedbackemails van de counselors naar de participanten is de mate van ACT-consistent reageren gemeten. Deze berichten werden aangeleverd in een ongeveer 700 pagina's tellend *Word* bestand en varieerden in lengte tussen de 6 regels en 21 regels. In totaal zijn 75 emailberichten gebruikt in dit onderzoek: 15 berichten per counselor.

### **2.4 Procedure**

De steekproef van de kwalitatieve fase van dit onderzoek betrof de feedbackberichten van de counselors aan de participanten. Het doel van de kwalitatieve fase van het onderzoek was om een uitspraak te kunnen doen over de kwaliteit van de feedbackberichten van de online interventie 'Leven met pijn'. Zoals eerder benoemd werden uitsluitend de feedbackberichten richting de deelnemers die de interventie volledig hebben doorlopen gebruikt in dit onderzoek. Uitsluitend de berichten van de counselors werden gebruikt om de ACT-consistentie in kaart te brengen.

Alle feedbackberichten uit week vier zijn gebruikt voor de analyse. Vanwege het variërende aantal participanten per counselor (zie figuur 2) is dit aangevuld met feedbackemails uit week vijf. Hiervoor is gekozen omdat voor de analyse het van belang was dat er van elke begeleider hetzelfde aantal emailberichten gecodeerd werd. Om deze reden kon er geen gebruik gemaakt worden van een random selectie van de feedbackberichten. Week vier en vijf betroffen de middelste weken van de online interventie. In deze weken kwamen verschillende ACT-kernprocessen aan bod, wat maakt dat de counselor in hogere mate ACT-consistent kon reageren ten opzichte van de eerste en laatste week van de interventie, waarin standaard introductie-mails en technische zaken aan bod kwamen.

Daarnaast werd het risico dat de counselor onvoldoende geoefend was in het versturen van feedbackemails verminderd.



*Figuur 3.* Flowchart aantal participanten per begeleider

## **2.5 Analyse**

De analyse in dit onderzoek vond plaats op gefaseerde wijze: de codeersessies als fase één (kwalitatief), de statistische analyses als fase twee (kwantitatief).

### *2.5.1 Codeerschema ACT-consistentie*

Middels het door Schoonen (2014) en De Ruiter (2014) ontwikkelde codeerschema kon de ACT-consistentie in kaart worden gebracht van de feedbackberichten van de counselors aan de participanten. Dit werd gedaan door een waardering toe te kennen aan de emailberichten van de counselors. Het codeerschema is ontwikkeld aan de hand van literatuuronderzoek en bestond oorspronkelijk uit 37 codes. Schoonen (2014) en De Ruiter (2014) hebben dit uiteindelijk gereduceerd naar vijf codes. Voor deze stap werd gekozen omdat het codeerschema met 37 codes zeer lastig werkbaar bleek. De codes waren namelijk gestoeld op de zes ACT-kernprocessen, waar echter lastig onderscheid in gemaakt kon worden: in één zin kwamen vaak verschillende ACT-processen voor. Om deze reden besloten Schoonen (2014) en De Ruiter (2014) om uitsluitend het codeerschema voor de waarderingcijfers te gebruiken: de waardering van de zinnen liggen tussen de waardes -2 en +2; waarbij +2 staat voor bevorderen van ACT-begrip, -denken en -handelen en -2, voor het bevorderen van het tegenovergestelde of gebaseerd op een andere, niet ACT-gestoelede theorie, of op helemaal geen theorie. Zie Tabel 2 voor uitleg van de waarderingcijfers.

Tabel 2

*Waarderingcijfers gebaseerd op ACT-principes volgens het codeerschema van Schoonen (2014) en De Ruiter (2014).*

Waarderingscijfer	ACT-consistent handelen door de counselor
+2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Het juiste kernproces uit een mail van een cliënt kunnen afleiden, zonder dat de cliënt dit proces benoemt</li> <li>▪ Empathie tonen met een stap verder: de cliënt ook verder aan het denken zetten, stimuleren anders te denken, andere dingen te proberen</li> <li>▪ Vragen die gaan over veranderingsprocessen in de cliënt</li> <li>▪ Antwoorden die verder gaan dan alleen de vraag, maar alleen als dit toegevoegde waarde, verdieping geeft (anders waarderen met +1)</li> <li>▪ Uitleg met verdieping geven, dus erbij schrijven waarom iets zo is</li> </ul>
+1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Samenvatting</li> <li>▪ Begrip, empathie tonen, maar niet een stap verder gaan</li> <li>▪ Inhoudelijke vragen stellen: (b.v. over de ervaringen tijdens de cursus), of over ACT processen (niet praktisch, b.v. over sturen van mails)</li> <li>▪ Iets inhoudelijks zeggen over de (volgende) les, b.v. tip, korte uitleg, korte samenvatting van de bedoeling van de les</li> <li>▪ Goed antwoord op een vraag, maar oppervlakkig, er niet dieper op doorgaan</li> <li>▪ Goede uitleg geven, maar oppervlakkig, dus niet uitleggen waarom iets zo is.</li> </ul>
0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De kernwaarde wordt alleen genoemd, er wordt inhoudelijk niet op ingegaan.</li> <li>▪ Uitleg of een antwoord op vraag is (deels) verkeerd en/of</li> </ul>
-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>het gaat over een ander kernproces van ACT</li> <li>▪ Oplossing aandragen waar niet om gevraagd wordt</li> <li>▪ ‘Beleren’, wel met goede onderbouwing, ‘moeten’</li> </ul>



---

-2

- Bevorderen van het tegenovergestelde van het ACT-kernproces
  - De mail/vraag van cliënt gaat wel over een ACT-kernproces, uit de reactie blijkt dat de counselor het proces niet goed begrijpt/oppikt. Daardoor kan ‘ACT-denken’ van de cliënt worden uitgedoofd
  - Conclusies trekken over cliënt, invullen, zonder dat de coach weet of dat zo is
  - ‘Beleren’, voorschrijven wat er gedaan ‘moet’ worden, zonder uitleg
- 

### 2.5.2 Opbouw codeersessies

In deze studie is in het begin nogmaals gepoogd om het codeerschema met 37 codes te gebruiken, maar na één codeersessie is besloten om uitsluitend de waarderingscijfers te gebruiken, in navolging van Schoonen (2014) en De Ruiter (2014). Het toekennen van de waarderingscijfers gebeurde op basis van het wel of niet aanwezig zijn van ACT-consistentie binnen het emailbericht, geanalyseerd per zin. Het genomen uitgangspunt was dat een bericht een hogere waardering toegekend krijgt wanneer er meer zinnen gebaseerd op de theorie van ACT, ongeacht welk van de zes ACT-kernprocessen, zijn toegepast. Er kan dan gesproken worden van ACT-consistent reageren (De Ruiter, 2014; Schoonen, 2014). Voorbeelden van zinnen waaraan een waarderingscijfer is toegekend staan in Tabel 3.

Tabel 3

#### *Voorbeeldzinnen toekenning waardering*

Waardering	Voorbeeldzin	Uitleg
+2	<i>“Minder vechten tegen pijn en meer samen met de pijn, als het ware naast de pijn kunnen gaan staan, in plaats van er tegenover.”</i>	Vanuit een feedbackbericht uit week vijf, met het thema pijnacceptatie. De counselor merkt het juist kernproces op uit de email van de cliënt en geeft uitleg waardoor de cliënt aan het denken gezet wordt.

---

+1	<i>“We hopen dat mensen wat anders tegen de pijn kunnen gaan aankijken.”</i>	De counselor zegt iets inhoudelijks over het thema van de week, pijnacceptatie. Deze zin geeft een korte samenvatting van de bedoeling van de les.
0	<i>“Zoals ik al eerder heb aangegeven werk ik alleen op de vrijdag.”</i>	Deze reactie betreft een praktische zaak. Er is geen sprake van ACT-bevorderend - denken, handelen of -reageren, maar ook niet van het bevorderen van het tegenovergestelde of een reactie gebaseerd op een andere, niet ACT-gestoelde theorie, of op helemaal geen theorie
-1	<i>“Je zou natuurlijk een regenjas aan kunnen trekken.”</i>	Waarschijnlijk goedbedoeld advies als reactie op een bericht waarin de cliënt aangeeft niet de weekoefening gedaan te hebben. Het advies komt echter belerend over en de counselor geeft een oplossing, terwijl de cliënt daar niet om vraagt.
-2	<i>“Dan ben je goed mindful bezig!”</i>	De counselor legt in dit bericht uit hoe volgens zijn/haar visie mindfulness beoefend moet worden. ACT-denken bij de cliënt kan hierdoor worden uitgedoofd, omdat er volgens de counselor een goede en een foute manier van mindfulness beoefenen is.

Hieronder wordt opgesomd hoe de codeersessies waren opgebouwd:

- De onderzoekers codeerden afzonderlijk van elkaar per keer ieder 5 feedbackmails. Daarbij kreeg elke zin één van de 5 mogelijke codes toegewezen zoals weergegeven in Tabel 2;

- Na elke codeersessie kwamen de onderzoekers samen voor berekenen van de Cohen's Kappa;
- Vervolgens werden de discrepanties tussen codes van de onderzoekers geanalyseerd. In Tabel 4 worden enkele voorbeeldzinnen weergegeven waarbij discrepantie bestond in de beoordeling van de onderzoekers.

Tabel 4

*Voorbeeldzinnen die leidden tot discrepantie tussen de onderzoekers*

- 
- *“Pijn is natuurlijk iets wat je liever niet hebt”*
  - *“Dat je schrijft dat je probeert te achterhalen waar je schuldig aan bent klinkt wel een beetje negatief, of niet?”*
  - *“Misschien kun je er naar kijken als: wat kan ik nog leren om beter met mijzelf en mijn pijn om te gaan?”*
  - *“Ik stel voor dat je me uiterlijk volgende week donderdag laat weten hoe het de afgelopen week is gegaan.”*
- 

Hoewel deze zinnen op het eerste gezicht niet verkeerd lijken, zijn de onderzoekers na overleg overeengekomen dat er oordelende- of belerende factoren in zitten of deadlines worden genoemd. Onder andere de volgende regel is opgesteld tussen de onderzoekers: indien er zinnen beginnen met: *“ik hoor graag...”* of *“ ik ben benieuwd/ik stel voor...”* dan past dit binnen het algemene ACT handelen van een therapeut. Deze zin wordt beoordeeld met een +1, mits er verder geen opdracht of deadline of belerend karakter aan hangt. Als dit wel het geval is dan wordt de zin beoordeeld met -1. Voor een overzicht van alle nieuwe afspraken, zie bijlage 1;

- Er werden er nieuwe afspraken gemaakt om meer consensus te bereiken voor de volgende sessie;
- Dit proces werd herhaald tot de onderzoekers voldoende overeenstemming bereikten;
- Na het behalen van voldoende Cohens' Kappa gingen de onderzoekers afzonderlijk verder met het coderen van verschillende feedbackemails. Hiervoor werd een nieuw bestand aangemaakt in Atlas.ti.

### *2.5.3 Cohen's Kappa codeersessies*

Teneinde het codeerschema op betrouwbare wijze te kunnen gebruiken is het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid middels de Cohen's Kappa de eerste stap in dit

onderzoek geweest. Om in dit onderzoek voldoende Cohen's Kappa, namelijk .72, te bereiken waren vier codeersessies nodig. In Tabel 5 wordt weergegeven wat de waarde van de Cohen's Kappa per codeersessies was.

Tabel 5

*Cohen's Kappa per codeersessie*

Codeersessie	Cohen's Kappa
1	.40
2	.59
3	.62
4	.72

#### 2.5.4 Gemiddelde ACT-consistentie

Na analyse van 75 emailberichten, werd de gemiddelde ACT-consistentie per feedbackbericht berekend. Dit werd gedaan door de totaalscore, berekend door het optellen van het waarderingscijfer per zin, van de feedbackberichten te delen door het aantal zinnen per emailbericht. Deze gemiddelden zijn vervolgens per counselor en per deelnemer berekend om inzicht te verkrijgen in de gemiddelde kwaliteit van de feedbackberichten per counselor.

#### 2.5.5 Statistische analyses

Om de onderzoeksvraag en hypothese te kunnen beantwoorden werden de volgende stappen gezet. Allereerst werd de kwantitatieve data, de gemiddelde kwaliteitsscore per begeleider ('gemiddelde ACT-consistentie) verkregen via het kwalitatieve onderzoek met behulp van Atlas.ti, ingevoerd in Excel. De data van het Excelbestand werd vervolgens geïmporteerd in versie 23 van het statistiekprogramma *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). In SPSS werden de volgende berekeningen uitgevoerd. Middels het vijf maal uitvoeren van de *one-sample t-test* werd berekend of de counselors in staat geweest om, binnen de door hen begeleidde groep participanten, naar alle participanten toe ACT-consistent te reageren, of dat er significante verschillen (betrouwbaarheidsinterval 95%) hierin.

Vervolgens is middels een *one-way analysis of variance* (ANOVA) werd berekend of er een significant verschil (betrouwbaarheidsinterval 95%) bestond in de gemiddelde kwaliteit van emailcounseling ("gemiddelde ACT-consistentie") tussen de begeleiders. De gemiddelde kwaliteit van de emailcounseling was hierbij de afhankelijke variabele en de begeleider de onafhankelijke variabele.

Stap drie betrof het berekenen of er een significant verschil (betrouwbaarheidsinterval 95%) bestond tussen de counselors door wie de participanten zijn begeleid en de gemiddelde mate van ervaren psychologische flexibiliteit na het afronden van de online interventie. Voor de mate van ervaren psychologische flexibiliteit is de uitkomstmaat van de directe nameting (T3) na de interventie van de PIPS gebruikt. Ook voor deze berekening is de *one-way analysis of variance* (ANOVA) gebruikt om het effect van de begeleiders op de gemiddelde mate van ervaren psychologische flexibiliteit van de participanten te vergelijken. De begeleiders waren hierbij de onafhankelijke variabele en de gemiddelde uitkomst op de PIPS de afhankelijke variabele.

Als laatste werd middels een meervoudige regressie analyse berekend of de uitkomst op de mate van ervaren psychologische flexibiliteit op de directe nameting (T3) voorspeld kon worden door de variabelen ‘uitkomst van de mate van ervaren psychologische flexibiliteit op de voormeting (T1)’ plus de ‘gemiddelde ACT-consistentie’ en door ‘welke begeleider’ de participant is begeleid.

### 3. Resultaten

#### **3.1 . ACT-consistentie per counselor**

Zoals af te lezen uit Tabel 6, bleek er sprake van een grote variantie ten opzichte van de gemiddelde ACT-consistentie per begeleider. Bij alle begeleiders bleek er sprake te zijn van significante verschillen ( $p < .05$ ) in de mate van ACT-consistentie die de begeleider per participant heeft toegepast. Daarnaast is uit de tabel af te lezen dat alle counselors gemiddeld tussen de waarden 0 en 1 scoren, waarbij de hoogste score .85 is en de laagste .42. Bij de twee laagst scorende counselors is sprake van de hoogste variantie, de twee hoogst scorende counselors hebben een relatief lage variantie.

Tabel 6

*Toetswaarden van de ACT-consistentie per begeleider binnen de door hen begeleide groep participanten*

Begeleider	M	SD	df	p
1 (n=11)	.54	.60	10	.014
2 (n=13)	.42	.65	12	.036
3 (n=10)	.50	.27	9	.000
4 (n=16)	.85	.38	15	.000
5 (n=6)	.73	.27	5	.001

#### **3.2 Samenhang tussen ACT-consistentie, counselors en psychologische flexibiliteit**

Er was geen significant verschil in de mate ACT-consistentie tussen de begeleiders ( $p > .05$ ):  $F(4,51) = 1.74$ ,  $p = .157$ . Ook het effect van de begeleider op de gemiddelde mate van ervaren psychologische flexibiliteit op de directe nameting (T3) niet significant was ( $p > .05$ ). De uitkomsten worden weergegeven in Tabel 7.

Tabel 7

*Resultaten one-way analysis of variance (ANOVA) effect van de begeleider op de gemiddelde mate van ervaren psychologische flexibiliteit op de directe nameting (N=56)*

Bron	df	SS	MS	F	p
Tussen de groepen	1	84.56	84.56	.62	.433

Binnen de groepen	54	7330.33	135.75
Totaal	55	7414.89	

De onafhankelijke variabelen tezamen hebben een voorspellende waarde voor de verandering in de mate van psychologische flexibiliteit zoals gemeten door de primaire uitkomstmaat (PIPS T3):  $F(3, 55) = 8.51, p < .00$ . De totale verklaarde variatie bedraagt 33% ( $R^2 = .33$ ). In Tabel 8 van de gestandaardiseerde regressie coëfficiënten is te zien dat ‘PIPS T1’ de grootste voorspeller lijkt voor de uitkomstmaat ( $b = .53, p = .000$ ). Uit de meervoudige regressie analyse komt naar voren dat ‘ACT-consistentie’ ( $b = -.10, p = .392$ ) en welke ‘Begeleider’ ( $b = -.11, p = .362$ ) geen voorspellende waarde hebben.

Tabel 8

*Regressiemodel van de voorspelling van de verandering in de mate van psychologische flexibiliteit aan de hand van de variabelen: baselinemeting PIPS, gemiddelde ACT-consistentie en door welke begeleider de participant begeleid is*

Variabelen	Coëfficiënten			
	$\beta$	SE B	Beta	t
Constante	23.78	11.70		2.03*
PIPS	.55	.12	.533	4.59*
ACT-consistentie	-2.93	2.77	-.10	-.86
Begeleider	-.97	1.05	-.11	-.92
F	8.52			
$R^2$	.33			
$\Delta R^2$	.29			

Noot: N = 56

\*  $p < .05$

#### **4. Conclusie**

Uit dit onderzoek blijkt dat de counselors niet steeds, binnen de door hen begeleidde groep participanten, naar alle participanten toe ACT-consistent hebben gereageerd. Er is daarnaast geen verschil gevonden tussen de counselors met betrekking tot de mate van gemiddeld ACT-consistent reageren. Door welke counselor de participant is begeleid blijkt niet van invloed te zijn op de mate van ervaren psychologische flexibiliteit. Tot slot is er geen bewijs gevonden dat er een samenhang bestaat tussen de mate van ACT-consistent reageren en veranderingen in de mate van ervaren psychologische flexibiliteit.

In tegenstelling tot de verwachting blijkt uit de resultaten van dit onderzoek dat bovengenoemde hypothese kan worden verworpen. Deze uitkomst is in tegenspraak met Plumb en Vilardaga (2010), die concluderen dat therapieconsistentie een voorwaarde is voor positieve therapieresultaten. Uit de RCT van Trompetter et al. (2015) blijkt per slot van rekening dat er wel degelijk sprake is van positieve therapieresultaten, er zijn namelijk positieve veranderingen in de mate van ervaren psychologische flexibiliteit van de participanten. Echter blijkt vanuit het onderhavige onderzoek dat de therapieconsistentie van de counselors, namelijk het ACT-consistent reageren, hierop niet van invloed is.

#### **5. Discussie**

Een verklaring voor deze uitkomsten zou gevonden kunnen worden in het feit dat, zoals eerder benoemd, de counselors niet naar elke participant ACT-consistent hebben gereageerd, binnen de door hen begeleidde groep participanten. Het is lastig een uitspraak over de gemiddelde ACT-consistentie per begeleider te doen, omdat de begeleider naar de ene participant zeer ACT-consistent kon reageren en naar de andere participant niet. De hypothese kan op basis van deze studie in strikte zin zowel niet worden bevestigd als verworpen.

Het feit dat de counselors naar de ene participant meer ACT-consistent gereageerd heeft dan naar de andere, zou verklaard kunnen worden door de werkrelatie tussen counselor en participant. Mogelijk had de counselor met de ene participant een betere werkrelatie dan met de ander. De participant zal in dit geval tevens aandeel hebben gehad in hoeverre hij/zij het mogelijk maakte voor de begeleider om ACT-consistent te reageren. Een participant die enkel korte, zakelijke berichten stuurt geeft waarschijnlijk minder ingang om ACT-consistent te reageren dan een participant die langere berichten stuurt met persoonlijke en emotionele informatie. Een nadeel van counseling via email ten opzichte van *face-to-face* counseling is immers dat de counselor enkel informatie kan halen uit de email, niet uit non-verbale communicatie (Liess et al., 2008).



Daarnaast kan de onervarenheid van de counselors een verklaring voor het verschil in ACT-consistent reageren zijn. De counselors waren net afgestudeerde psychologen zonder enige ervaring met het werken van ACT of online interventies. Zij werden wel getraind en gesuperviseerd door een geregistreerd cognitieve gedragstherapeut met ervaring in het werken met ACT, echter betrof dit twee keer twee uur training voorafgaand aan de cursus (Trompetter et al. 2015). Het is goed mogelijk dat deze training onvoldoende was voor de psychologen om bekend en geoefend te raken met de kernprocessen van ACT om te allen tijde ACT-consistent te kunnen reageren.

Tevens kan de huidige opzet en het gebruik van het codeerschema om ACT-consistentie in kaart te brengen een verklaring zijn voor de gevonden resultaten. Zo is er uitsluitend gekeken naar de mate van ACT-consistent reageren van de counselors richting de participanten. Hierdoor is er aan voorbijgegaan of de counselor wel of niet signalen opgepikt heeft van de patiënt. Volgens het huidige codeerschema kregen zinnen gestoeld op de ACT-theorie punten, zelfs als deze zin niet aansloot op het verhaal van de patiënt. Zinnen die technische informatie gaven werden daarentegen beoordeeld met een nul, waarbij niet gekeken werd of de participant hier wellicht naar vroeg. Door het gebruik van de vaste waarden in het codeerschema en het niet systematisch analyseren van de berichten van de participanten mist een *overall* analyse: of de counselor in het feedbackbericht aansluit op de cliënt en “luistert”.

Wel is gevonden dat de twee hoogst scorende counselors op ACT-consistent reageren een relatief lage variantie hadden. Dit suggereert dat deze counselors mogelijk geschikter zijn als online counselors voor de cursus ‘Leven met pijn’ dan de andere counselors. Hoewel dit verschil niet terug te vinden is in de voortgang, de verandering in psychologische flexibiliteit van de participanten, komt dit verschil wellicht wel naar voren wanneer er een andere uitkomstmaat gebruikt wordt.

#### *4.1 Sterke kanten en beperkingen*

Middels dit onderzoek wordt inzichtelijk gemaakt hoe het codeerschema naar ACT-consistentie ingezet kan worden. Helder is geworden dat er enkele haken en ogen zitten aan de huidige opzet, de werkzaamheid en werkbaarheid van dit codeerschema. De vraag hierbij is of ACT-consistentie, wat in feite breder is dan ACT-consistent reageren, wel te meten is uitsluitend op basis van de feedbackberichten van de counselors. Het is mogelijk dat ACT-consistentie veel meer behelst dan wat men naar voren kan laten komen uitsluitend via zinnen

die zwart op wit staan. De huidige opzet en gebruik van het codeerschema schiet mogelijk tekort om de volledige ACT-consistentie in kaart te kunnen brengen.

Aanvullend op voorgaand punt heeft het richten op ACT-consistent reageren mogelijk de counselor tekort gedaan. Met ACT-consistent reageren is namelijk uitsluitend in kaart gebracht in hoeverre de counselor adherent is geweest aan de theorie van ACT. Echter concludeert Lambert (1992) dat bij psychotherapie, het effect van de therapie slechts voor 15 procent afhangt van de gebruikte techniek en theorie. De relatie tussen cliënt en behandelaar is verantwoordelijk voor 30 procent van het effect (Lambert, 1992). Dit houdt in dat met ACT-consistent reageren slechts een klein deel van het effect wat de counselor kan hebben op positieve therapie-uitkomsten bij de cliënt, onder de loep is genomen.

Ook het richten op in hoeverre de mate van ACT-consistent reageren van invloed is op de veranderingen in de mate van ervaren psychologische flexibiliteit van participanten, doet de counselor mogelijk tekort. Trompetter et al. (2015) onderschrijven de relevantie van psychologische flexibiliteit als centraal proces binnen het theoretische *framework* van ACT voor chronische pijn. Echter beschrijven zij in hun studie tevens dat andere variabelen die geen directe mediator zijn wel indirecte mediators kunnen zijn. Dit houdt in dat het enkel richten op de samenhang tussen ACT-consistentie en psychologische flexibiliteit mogelijk de counselor tekort doet. Wellicht is de counselor wel van invloed geweest op andere uitkomstmaten, zoals de mate van pijn-catastroferen van de participant. Trompetter et al. (2015) concluderen immers dat het catastroferen van pijn als indirect veranderingsmechanisme kan dienen binnen ACT, vanwege zijn directe invloed op pijn-gerelateerde psychologische flexibiliteit.

Daarnaast zijn enkel de feedbackemails uit week vier en vijf van de cursus zijn geanalyseerd. Ondanks de bewuste keuze van de onderzoekers om deze weken te selecteren, is het mogelijk dat de onderdelen van deze twee cursusweken de meest lastige weken waren voor de counselors in termen van ACT-consistent reageren. Ook kan het zijn dat deze weken juist lastiger waren voor de participanten om op te reflecteren, waardoor zij in hun berichten de counselors minder ingang gaven om ACT-consistent te reageren. In week vier werden twee ACT-processen behandeld, te weten 'waarden' en 'toegewijde actie'. Mogelijk is het lastig om te differentiëren tussen deze processen voor zowel de participanten als de counselors omdat deze ACT-processen in hetzelfde gedeelte van de ACT hexaflex (Hayes et al., 2012) vallen. Het ACT-proces van week vijf daarentegen staat aan de andere kant van de hexaflex. Het is ook mogelijk dat het lastiger was voor de counselors om ACT-consistent te reageren, of voor de participant om te reflecteren op het proces, vanwege het feit dat de ACT-processen

van week vier en week vijf zich tegenover elkaar in de hexaflex bevinden (Hayes et al., 2012).

Een volgende beperking met betrekking tot de emailberichten is het beperkte aantal wat geanalyseerd is in deze studie. De steekproef omvat slechts 75 emailberichten, waardoor uitspraken die gedaan kunnen worden beperkt zijn. In dit onderzoek is geen *power-analyse* uitgevoerd, maar het is zeer waarschijnlijk dat een grotere steekproef waarbij meer emailberichten geanalyseerd worden, qua resultaten steviger is.

Tevens kunnen beperkingen van dit onderzoek gevonden worden in de Cohen's Kappa. Deze betrof .72 in deze studie en hoewel dit door Landis en Koch (1977) als 'goed' wordt bestempeld, is er sprake van een variantie van .28. Dit houdt in dat de beoordelaars voor 28 procent niet met elkaar overeenkwamen in hun beoordelingen. Dit kan voor een vertekend beeld in de uitkomsten met betrekking tot de mate van ACT-consistent reageren van de counselors hebben gezorgd. De belangrijkste verschillen in de discrepantie tussen de beoordelaars zat in de interpretatie van de toon van de emailberichten, waarbij geregeld bediscussieerd werd of de toon wel of niet belerend bedoeld was.

Ook het feit dat er slechts twee beoordelaars zijn geweest met betrekking tot het kwalitatief analyseren van de feedbackberichten van de counselors kan een beperking zijn geweest. Hoewel er sprake is van voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, wil dit niet zeggen dat het codeerschema op de juiste wijze is ingezet door de onderzoekers. Het is mogelijk dat de onderzoekers tot voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn gekomen wegens dezelfde bias. Zo zijn beide onderzoekers studenten psychologie met een vergelijkbare achtergrond qua opleiding en werkervaring. De validiteit en betrouwbaarheid van het codeerschema kan hierdoor verminderd zijn. Daarnaast bestaan er een aantal assumpties waaraan moet worden voldaan om de Cohen's Kappa als passend uitgangspunt te kunnen gebruiken (Cohen, 1960). Een van deze assumpties is dat de beoordelaars gelijkwaardig zijn in hun competentie als beoordelaar. Het is mogelijk dat in deze studie dit niet het geval was, waardoor de Cohen's Kappa niet als uitgangspunt heeft mogen dienen.

Het *one-group pretest-posttest* design is eveneens een beperking van deze studie. Dit design houdt namelijk in dat er geen controlegroep is geweest. Wanneer er wel sprake was geweest van een controlegroep die geen online begeleiding ontving, zouden de effecten van de online begeleiding beter in kaart kunnen worden gebracht. Kelders, Kok, Ossebaard en Van Gemert-Pijnen (2012) concluderen immers dat online begeleiding wel degelijk een bijdrage levert aan positieve therapieresultaten, echter is het mogelijk dat dit door het gebruikte design in het onderhavige onderzoek onzichtbaar is gebleven.

Tot slot is het een beperking dat de participanten van deze studie voornamelijk bestonden uit hoger opgeleide vrouwen met chronische pijnklachten. Hierdoor kunnen de uitkomsten van de online interventie minder goed gegeneraliseerd worden naar de Nederlandse populatie van chronisch pijnpatiënten. Ook kan dit invloed hebben gehad op de lengte en inhoud van emailberichten. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat hoger opgeleiden, of juist mensen met chronische pijnklachten, een bepaalde manier van reflecteren hebben waardoor de counselors minder ingang hebben gehad om ACT-consistent te reageren.

#### 4.2 Aanbevelingen

Bovengenoemde beperkingen leiden tot de volgende aanbevelingen. De aanbeveling voor vervolgonderzoek is om het codeerschema kritisch onder de loep te nemen. Hoewel het codeerschema gebaseerd op literatuur, moet het mogelijk worden aangescherpt en anders worden toegepast in vervolgonderzoek. Gedacht kan worden aan bijvoorbeeld een toepassing op *overall* niveau in plaats van uitsluitend gericht op de feedbackberichten van de counselor. Hierbij dienen onderzoekers kritisch te kijken naar in hoeverre de counselor aansluit op het verhaal van de cliënt. Dit zou inhouden dat zowel de berichten van de participanten als de berichten van de counselors op systematische wijze gecodeerd dienen te worden. Om de volledige ACT-consistentie in kaart te kunnen brengen is het tevens mogelijk dat er codes moeten worden toegevoegd op basis van aanvullend literatuuronderzoek. Men kan hierbij denken aan bijvoorbeeld aanwijzingen voor goede werkrelatie en houding en eigenschappen van de counselor, aangezien dit ook van groot belang is voor positieve therapie-uitkomsten (Lambert, 1999; Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Het analyseren van een groter aantal emailberichten en zoals eerder benoemd zowel de berichten van de counselors als de participanten, is een aanbeveling. Bij een grotere steekproef kunnen meer uitspraken gedaan worden over de uitkomsten. Een *power-analyse* uitvoeren kan meer duidelijkheid bieden over de gewenste omvang van een volgende steekproef.

Ook wordt aanbevolen om het effect van ACT-consistent reageren op andere uitkomstmaten naast psychologische flexibiliteit onderzoeken, zoals het effect op pijn-catastrofen. Zoals eerder benoemd kan pijn-catastrofen als indirect veranderingsmechanisme kan dienen binnen ACT, vanwege zijn directe invloed op pijn-gerelateerde psychologische flexibiliteit (Trompetter et al., 2015).

Daarnaast kan het een winst zijn om in vervolgonderzoek beoordelaars met verschillende achtergronden, bijvoorbeeld studenten van verschillende opleidingen, in te

zetten bij de kwalitatieve analyse van de feedbackberichten. Met een meer heterogene beoordelaars kan beter worden voorkomen dat men over dezelfde bias beschikt. Hierbij wordt aanbevolen om nauwkeurig in de gaten te houden of aan alle assumpties volgens Cohen (1960) wordt voldaan.

In de RCT van Trompetter et al. (2015) hebben de counselors niet expliciet de opdracht gekregen om ACT-consistent te reageren. Bij een volgende RCT zou een aanbeveling zijn om de counselors wel expliciet die opdracht te geven. Op deze manier kan mogelijk voorkomen worden dat er een grote variantie is tussen de gemiddelde mate van ACT-consistent reageren per begeleider, waardoor er wel een betrouwbare gemiddelde ACT-consistentie berekend kan worden.

Doorgaand op bovenstaand punt wordt aanbevolen om de counselors meer training te bieden voorafgaand aan de cursus, zodat zij meer ervaring opdoen. Tevens wordt supervisie gedurende de cursus en werken volgens vaste protocollen aangeraden. Deze maatregelen kunnen ervoor zorgen dat de counselors een hogere en meer stabiele mate van ACT-consistent reageren kunnen toepassen.

Tot slot, wanneer na opvolgen van bovenstaande aanbevelingen uit vervolgonderzoek blijkt dat de counselor geen effect heeft op positieve therapie-uitkomsten cliënt, is het de aanbeveling om de karakteristieken van de interventie kritisch te beoordelen. Zelfs of de begeleiding door een persoon nodig is bij deze online interventie kan worden geëvalueerd. Het feit dat de online therapie 'Leven met pijn' een effectieve interventie is voor chronisch pijnpatiënten lijkt dan niet te liggen aan (de mate van ACT-consistent reageren van) de counselors via email. Bij het kritisch kijken naar de karakteristieken van de interventie, kan bijvoorbeeld gedacht worden aan online *face-to-face* counseling via de webcam in plaats van via email. Mogelijk heeft de counselor hierdoor een grotere mogelijkheid om ACT-consistent te handelen wat wellicht meer effect heeft op de therapie-uitkomst van de participant. Daarnaast is, met betrekking tot kosteneffectiviteit van eHealth, het wellicht tevens mogelijk om geautomatiseerde feedback in te zetten. Onderzoek van Kelders (2012) laat zien dat geautomatiseerde feedback ook tot positieve therapieresultaten kan leiden. Hoewel meer onderzoek op dit gebied nodig is, laat haar studie mogelijkheden zien op het vlak van geautomatiseerde begeleiding.

#### *4.3 Slotconclusie*

Concluderend wordt met dit onderzoek de werkzaamheid en werkbaarheid van het codeerschema voor ACT-consistentie inzichtelijk gemaakt. Het is een pilot studie naar

therapieconsistentie bij een online interventie. Door de huidige opzet en het gebruik van het codeerschema is voorbijgegaan aan de werkrelatie tussen participant en counselor. De aanbeveling is om tevens de berichten van de participanten op systematische wijze te coderen. De meest opvallende uitkomst uit dit onderzoek is de bevinding dat de counselors niet naar elke participant ACT-consistent hebben gereageerd, binnen de door hen begeleidde groep participanten. Vervolgonderzoek is noodzakelijk om uitspraak te kunnen doen over de hoofdvraag, of er een positieve samenhang bestaat tussen de kwaliteit van emailcounseling en de verandering in de mate van ervaren psychologische flexibiliteit bij de participanten van de online interventie 'Leven met pijn', na afronding van de interventie.

## Referenties

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119-119. doi:10.1186/1471-2458-13-119
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Kessler, R. C., Tachimori, H., Bunting, B., Hu, C., . . . Scott, K. M. (2015). The Associations Between Preexisting Mental Disorders and Subsequent Onset of Chronic Headaches: A Worldwide Epidemiologic Perspective. *The Journal of Pain*, 16(1), 42-52. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2014.10.002>
- Cohen, J. (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement* 20, 37-46.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C., . . . Von Korff, M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. *Pain*, 129(3), 332-342. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.022>
- Eifert, G. H., Forsyth, J.P. (2007). *Acceptatie en Commitment Therapie bij Angststoornissen. Behandelgids voor het gebruik van mindfulness, acceptatie en waardengerichte gedragsveranderingsstrategieën* Amsterdam Uitgeverij Nieuwezijds.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(3), 485–95.

doi:10.1017/S0033291711001206

Garcia-Cebrian, A., Gandhi, P., Demyttenaere, K., & Peveler, R. (2006). The association of depression and painful physical symptoms—a review of the European literature. *European Psychiatry, 21*(6), 379-388.

doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.12.003

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*(4), 639-665.

doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3

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), 1-25. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist, 40*(7), 976-1002.

doi:10.1177/0011000012460836

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2006). *ACT – Een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt.

Hayes, S.C, Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York, NY: The Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152

International Association for the Study of Pain subcommittee on Taxonomy (1986). Classification of chronic pain. *Pain (suppl)*, 1-226.



- Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Malhi, G. S. (2013). The future of e-mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(2), 104-106.  
doi:10.1177/0004867412474076
- Kelders, D. S. M. (2012). *Understanding adherence to web-based interventions*. Enschede.  
Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3990/1.9789036534178>
- Kelders, S.M., Kok, R.N., Ossebaard, H.C., Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C. (2012). Persuasive System Design Does Matter: A Systematic Review of Adherence to Web-Based Interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), 1-24.  
doi:10.2196/jmir.2104
- Lambert, M.J. (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York, Basic Books.
- Landis, J. R., & Koch, G. G.. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159–174. <http://doi.org/10.2307/2529310>
- Lies, A., Simon, W., Yutsis, M., Owen, J. E., Piemme, K. A., Golant, M., & Giese-Davis, J. (2008). Detecting emotional expression in face-to-face and online breast cancer support groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 517-523.  
doi:10.1037/0022-006X.76.3.517
- McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleston, C., & Keefe, F. J. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109(1–2), 4-7.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2004.02.006>
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178-187. doi:10.1037/a0035623
- Molen, van der, T., Perreijn, S., & Hout, van den, M.A. (2007). *Klinische psychologie, Theorieën en psychopathologie*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff BV.

Plumb, J. C., & Vilardaga, R. (2010). Assessing treatment integrity in acceptance and commitment therapy: Strategies and suggestions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 263-295. doi:10.1037/h0100912

Regieraad Kwaliteit van Zorg (2011). *Chronische pijn*. Verkregen via:  
<http://www.dutchpainsociety.nl/files/rapport-regieraad-chronischepijn-2011.pdf>

Ritterband, L. M., Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., Clifton, A. D., West, R. W., & Borowitz, S. M. (2003). Internet interventions: In review, in use, and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(5), 527-534. doi:10.1037/0735-7028.34.5.527

Ruiter, de, A.C. (2014). *Acceptance and commitment therapy (ACT) online voor chronisch pijn patiënten* (Masterthese). Verkregen via: <http://essay.utwente.nl/66276/>

Schmidt, U. T. (2012). E-mental health - a land of unlimited possibilities. *Journal of Mental Health*, 21(4), 327-331. doi:10.3109/09638237.2012.705930

Schoonen, C. (2014). *Coderen voor kwaliteit* (Masterthese). Verkregen via:  
<http://essay.utwente.nl/66278/>

Trimbos-instituut in opdracht van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling (2010). *Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en somatoforme Stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trompetter, H., Bohlmeijer, E., Veehof, M., & Schreurs, K. G. (2015). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 66-80. doi:10.1007/s10865-014-9579-0

Trompetter, H.E., Bohlmeijer, E.T., Veehof, M. M. & Schreurs, K. M. G., (2014). The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). *European Journal of Psychological Assessment*, 30(4), 289-295. doi:10.1027/1015-5759/a000191

- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Fox, J.-P., & Schreurs, K. M. G. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 50-59. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.001
- Twohig, M. P., Masuda, A., Varra, A. A., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety disorders. *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*, 101-129.
- Veehof, M. M., Schreurs, K. M. G., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. T. (2010). *Leven met pijn. De kunst van het aanvaarden*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Veehof, M.M., Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., & Schreurs, M.G. (2015). Acceptance- and mindful-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review and meta-analysis. *Elsevier*, 152, 533–542. doi:10.1016/j.pain.2010.11.002
- Webb, Joseph, Yardley & Michie, (2010). Using the Internet to Promote Health Behavior Change: A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Theoretical Basis, Use of Behavior Change Techniques, and Mode of Delivery on Efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12(1) 1-18. doi:10.2196/jmir.1376
- Wicksell, R. K., Lekander, M., Sorjonen, K., & Olsson, G. L. (2010). The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) – Statistical properties and model fit of an instrument to assess change processes in pain related disability. *European Journal of Pain*, 14(7), 771.e771-771.e714. doi:10.1016/j.ejpain.2009.11.015

## Bijlage

### *Bijlage 1: Nieuw toegevoegde codeerafspraken*

Gedurende deze studie zijn enkele nieuwe codeerafspraken gemaakt tussen de beoordelaars, om zo tot meer consensus en een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te kunnen komen. Deze nieuwe afspraken kwamen tot stand middels gezamenlijke overeenstemming na analyse van de discrepanties tussen codes van de onderzoekers.

- De code “Overig” in het codeerschema van Schoonen (2014) en De Ruiter (2014) wordt in dit onderzoek gescoord door middel van een 0 (nul).
- De code “C” (Compliment) is, mits ACT-consistent toegepast, een 1 waard. Een waarde van 1 wordt toegekend omdat een compliment past binnen de algemeen geldende houding van de ACT-therapeut. Deze houding kan getypeerd worden door een humanistische, accepterende, niet-oordelende en empathische basis waarbij de therapeut zich ook flexibel en creatief kan opstellen (Eifert, 2007). Een compliment wordt dan ook alleen met een +1 beoordeeld worden als deze gegeven is vanuit een algemeen perspectief en er geen persoonlijke waarde of mening in doorschemert. Een compliment wordt met een -1 beoordeeld als deze te veel vanuit de eigen mening wordt gegeven en er een duidelijke waarde aan vasthangt.
- Als een uitleg of samenvatting algemeen is, bijvoorbeeld: *“daarnaast zijn wij als mensen vaak geneigd de lat wel eens te hoog te leggen”*, dan wordt deze zin, mits ACT consistent beoordeeld met een +1. Als de zin op de patiënt is toegespitst, bijvoorbeeld: *“je schreef net over het feit dat je vaak hoge verwachtingen van jezelf hebt, etc”* dan wordt dit met een +2 beoordeeld. Dit valt namelijk binnen het criterium van het tot denken aansporen zoals beschreven in het codeerschema van Schoonen (2014) en de Ruiter (2014)
- Als er zinnen beginnen met: *“ik hoor graag...”* of *“ ik ben benieuwd/ik stel voor...”* dan past dit binnen het algemene ACT handelen van een therapeut. Deze zin wordt beoordeeld met een +1, mits er verder geen opdracht of deadline of belerend karakter aan hangt. Als dit wel het geval is dan wordt de zin beoordeeld met -1.