

Chronische pijn, lichaam en betekenis: naar een fenomenologie van pijn.

Adrianus Maria Verweij*

Transfergroep Rotterdam Gezondheidszorg, Rochussenstraat 198, 3015 EK Rotterdam, tel.nr.: 010-7946800, e-mailadres: transfergroep@hr.nl, Nederland.

**Correspondentie-adres: A.M.Verweij, Boergoensevliet 44, 3082 KT Rotterdam, tel.nr.: 010-4299157, e-mail-adres: aadhen@planet.nl, Nederland.*

Keywords:

Chronische pijn

Psychologische flexibiliteit

Fenomenologie

In het kader van de opleiding master specialist manuele therapie met EVC 2014 onder begeleiding van Dr. Iennard Pieter Voogt

Transfergroep Rotterdam Gezondheidszorg

abstract

Background: In 2011 an epidemiological study reveals that 18% of the Dutch population suffers from chronic pain with vas- scores 5 or higher. 78 % of these patients experienced treatments for their complaints as inadequate therefore showing chronic pain as a social problem. The experience of chronic pain plays a role in the intensity and meaning of this pain and consequently influences health. M.Huber (2011) describes health as the ability to adapt private control in the light of the physical, emotional and social challenges of life. The subjective experience of chronic pain depends on the individual frame of reference. Psychological flexibility contains the potential to change the frame of reference and consequently improves health while psychological rigidity reduces health.

Objective: To explore the subjective meanings of pain among patients with chronic pain and the impact of these experiences on the state of health.

Research-question: What are possibilities of feeling healthy while suffering from chronic pain?

Method: This empirical phenomenological research is an N=6 study and personal interviewing will be taken place in a semi-structural design. The collected data will be analyzed thematically. The researcher will select participants from the patient selection of his own practice for manual therapy in the Netherlands. The participants have a complex history of suffering chronic pain for at least six months and are able to express their experiences related to their thoughts, emotions and feelings with regard to their chronic pain.

1. Inleiding

Pijnbestrijding is een belangrijk thema in de Nederlandse gezondheidszorg. Verschillende interventies worden gebruikt om pijn te verminderen. Toch blijkt uit wetenschappelijke publicaties, o.a. het rapport 'Chronische Pijn' (2011) van de Regieraad Kwaliteit en Zorg dat chronische pijn een maatschappelijk probleem vormt. Bovendien laat epidemiologisch onderzoek zien dat 18 % van de Nederlandse bevolking aan chronische pijn lijdt, waarvan 78 % de behandeling als inadequaats ervaart (Malgorzata Bala et al, 2011).

De chronische pijn betreft niet alleen de fysieke pijn maar tast de hele persoon aan door de psychosociale gevolgen van de chronische pijn. In de begeleiding is de aandacht voor de hele persoon met de unieke en individuele betekenis, die aan de

chronische pijn gegeven wordt, noodzakelijk. (Ojala et al, 2014). Deze betekenis bevat in min of meerdere mate de praktische betekenis (Wat doet de pijn met mensen en hun omgeving?), de diagnostische betekenis, de biologische betekenis, de diepere zin van de betekenis vanuit de religie en de psychologische en existentiële betekenis vanuit de filosofie. De wijze waarop mensen hun pijn beleven (Bullington et al., 2003; Clarke & Iphofen, 2008; Dysvik & Furnes, 2010; Monsivais, 2005) speelt een rol in de intensiteit en de betekenis van de pijn en heeft gevolgen voor de gezondheid. De beleving van chronische pijn is afhankelijk van het referentiekader, dat de verzameling van culturele en maatschappelijke achtergrond-overtuigingen bevat die kenmerkend zijn voor de (sub)cultuur waartoe iemand behoort en die hij of zij zich via opvoeding, scholing en andere vormen

van sociale integratie eigen heeft gemaakt ([van den Bersselaar, 2003](#)).

Het referentiekader verandert door onze overtuigingen, die voortdurend aangevuld en bijgesteld worden op grond van nieuwe ervaringen die we in de loop van ons leven opdoen ([van den Bersselaar, 2003](#)). De psychologische flexibiliteit bepaalt de potentie tot verandering van dit referentiekader, beïnvloedt de beleving van de pijn ([McCracken & Velleman, 2010](#); [McCracken, 2004](#)) en bestaat uit een geheel van processen waardoor mensen in staat zijn belangrijke levenswaarden in hun leven na te streven ([van Burken, 2014](#)). Psychologische starheid is het tegengestelde proces waardoor mensen opgesloten raken in een beperkte set van disfunctionele ideeën en levenswaarden ([van Burken, 2014](#))

De acceptance and commitmenttherapy ([Hayes et al., 2006](#)), die door de Verenigde Staten in maart 2011 officieel erkend is als evidence based, heeft als uiteindelijk doel het ontwikkelen van deze psychologische flexibiliteit. De verantwoordelijke kernprocessen hiervoor zijn cognitieve defusie, mindfulness, acceptatie, zelf-als- context, verhelderende van levenswaarden en toegewijde actie.

Cognitieve defusie is het proces waarin het vermogen tot scheiden van gedachten en gedrag zich ontwikkelt. Mindfulness is de vaardigheid om zonder oordeel in het hier-en-nu ervaringen te observeren en te ondergaan zonder actie te ondernemen om de ervaringen te vermijden, te controleren of vast te houden. Het acceptatieproces leert om te stoppen met vechten tegen onvermijdelijke zaken in het leven. Het beschouwen van het zelf- als- context met de omgeving leidt

tot het bewustzijn dat de problemen niet zijn wie je bent. Het verhelderen van levenswaarden bepaalt wat waardevol is in het leven en de toegewijde actie bevat de bereidheid om het gedrag stap voor stap te veranderen in de richting van datgene wat waardevol gevonden wordt.

De psychologische flexibiliteit kan via veranderingen in het referentiekader de pijnbeleving en hierdoor de gezondheid beïnvloeden wanneer de gezondheid gedefinieerd wordt als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011). Volgens deze definitie kunnen mensen dus gezond zijn ondanks hun chronische pijn en beperkingen. De inventarisatie van de complexe aspecten van de gezondheid op fysiek, mentaal, spiritueel en sociaal-maatschappelijk niveau, de kwaliteit van het leven en het

dagelijks functioneren met betrekking tot de gezondheid (Huber, 2013) zijn in de begeleiding van mensen met chronische pijn van groot belang om de beleving en betekenis van de pijn te kunnen doorgronden.

De manueeltherapeut ontmoet in de dagelijkse praktijk regelmatig cliënten met chronische pijn waarbij in de behandeling het lichaam centraal staat. Omdat de mens zichzelf en de omringende wereld via het lichaam beleeft (Merleau-Ponti, 1945) is het voor de manueeltherapeut van belang kennis te nemen van de wijze waarop mensen hun situatie en hun wereld ervaren die gedeeltelijk ten grondslag ligt aan de lichamelijke stoornissen en beperkingen. Deze benadering is een waardevolle aanvulling in de begeleiding van mensen met chronische musculoskeletale pijn.

De onderzoeksvraag zal luiden: Op welke manier kunnen mensen met chronische pijn zich gezond voelen?

2.Methode.

Het onderzoek wordt gedaan volgens de empirisch fenomenologische methode, waarin de aandacht gericht wordt op de leefwereld van de mens met chronische pijn zoals deze direct ervaren wordt en waarin de overeenkomsten onderzocht worden van de ervaringen en betekenissen van chronische pijn in de alledaagse werkelijkheid. Het theoretische kader van het onderzoek zijn de kernprocessen met betrekking tot de psychologische flexibiliteit ([Hayes et al., 2006](#)) en de gezondheidsopvatting van M.Huber ([Huber et al., 2011](#)). Voor dit onderzoek is gekozen voor een N= 6 studie, waarbij gedetailleerde informatie verzameld en geanalyseerd wordt van

zes cases in de vorm van semi-structurele een-op-een interviews met een tijdsduur van een uur. De vragen, die zoveel als mogelijk open zijn van karakter, worden gesteld binnen de context van het theoretisch kader en aan het einde van het interview worden de data hiermee vergeleken. Waar nodig zullen er aanvullende vragen gesteld worden.

Zes participanten worden geselecteerd uit het cliëntaanbod van een praktijk voor manuele therapie in Rotterdam. De inclusie criteria van de participanten zijn: Pijn die langer als zes maanden aanwezig is, een goede beheersing van de Nederlandse taal, het vermogen de complexiteit van de chronische pijn te expliciteren en een leeftijd van boven de 30 jaar. De participanten worden voor het afnemen van het interview schriftelijk geïnformeerd over de doelstelling, de anonimiteit en het verloop van het onderzoek en worden op de

hoogte gebracht van de mogelijkheid na het uitschrijven van de tekst aanvullingen te geven, die in de data-analyse verwerkt zullen worden. Bovendien zijn de participanten geïnformeerd over het respecteren van hun wensen wanneer zij bepaalde aspecten van hun ervaringen tijdens het interview niet willen belichten of de wens hebben te stoppen wanneer de emoties te heftig worden. Na het afronden van het onderzoek wordt een exemplaar naar de participanten opgestuurd, waarbij de gelegenheid wordt geboden in een gesprek vragen te stellen naar aanleiding van het onderzoek.

Het onderzoek verloopt volgens de I.P.A.Methode van Jonathan A. Smith ([Smith et al, 2009](#)). Het is een kwalitatieve onderzoeksmethode die gebaseerd is op de fenomenologie, hermeneutiek en idiografie en zich richt op hoe mensen omgaan met belangrijke levenservaringen en welke invloed dit

heeft op het alledaagse leven. De tekst van de opname van het interview wordt uitgeschreven en eigen gemaakt door herhaaldelijk lezen van de tekst en het beluisteren van deze opname. De onderzoeker onderstreept vervolgens onbevooroordeeld alles wat te maken heeft met de beleving en de betekenis van de chronische pijn en noteert hierbij de opmerkingen van descriptieve, linguïstische en conceptuele aard. De data worden vanuit het oogpunt van de participant vergeleken, geïnterpreteerd en ondergebracht in een aantal thema's, waarbij de onderzoeker zich tijdens dit proces bewust is van het eigen vooroordeel, dat de interpretatie kan beïnvloeden. De thema's uit de interviews worden verzameld en ondergebracht in een aantal kernthema's, die getoetst worden aan de kernprocessen met betrekking tot de

psychologische flexibiliteit, de psychologische starheid en de gezondheidsopvatting van M.Huber (2011)

3.Resultaten.

De uit de thema's samengestelde kernthema's zijn:

-De beperkingen met de hieraan verbonden thema's van fysieke beperking, de sociale beperking en mentale beperking met als gevolg de afhankelijkheid, het afscheid nemen van iets wat dierbaar is en emoties zoals boosheid, onmacht, frustratie, depressiviteit en emoties en stemmingen die te vergelijken zijn met rouwprocessen. Door de fysieke beperking, die vooral tot uitdrukking komt in het dagelijkse functioneren, neemt de afhankelijkheid van de omgeving toe met als reacties boosheid, onmacht, opstand, frustratie en depressiviteit. (Participant: *De overheersing van de pijn en de onmacht omdat je jezelf niet*

*meer in de hand hebt en dat je niet eens je eten uit het keukenkastje kan pakken. Je probeert met het zweet op je voorhoofd binnen de pijn jezelf op te richten. Het huilen stond mij nader als het lachen.). De zelfstandigheid komt in het geding, waarbij afscheid genomen moet worden van datgene wat dierbaar is (Participant: *Ik had willen reizen maar dat ging gewoon niet door de angst dat ik ziek wordt of dat ik pijn krijg terwijl ik geen spullen bij mij heb.). Het proces van afscheid nemen is te vergelijken met de emoties en stemmingen tijdens een rouwproces (Participant: *Het is echt heel erg naar dat je geleefd wordt en je lijf als het ware van je afgepakt wordt.). Door het staken van groepsactiviteiten en de beperkte alternatieven, veroorzaakt door de fysieke beperkingen, heeft de chronische pijn ook invloed op de sociale contacten (Participant: *Ik liep elke keer tegen mijn eigen plafond. Ik had****

geen groot uithoudingsvermogen. Dus ik was eerder moe. Ik kon niet meedoen met een aantal groepsactiviteiten ook door de pijn.) Uit het onderzoek blijkt eveneens dat de chronische pijn mentale beperkingen tot gevolg heeft doordat de pijn dwingend alle aandacht opeist en de ruimte beperkt waarin aandacht aan andere zaken besteed kan worden. (Participant: *De plaats van de pijn in mijn rug blies zich op. Mijn rug had een enorme omvang, was veel groter als de rest en nam alle ruimte in mijn geest in beslag. Het werd steeds groter in mijn hoofd. Het was alles overheersend.).*

-De catastrofering met de hieraan verbonden thema's van angst voor afhankelijkheid in combinatie met gevoelens van somberheid, onmacht en boosheid. (Participant: *Ik was toch wel bang omdat ik zoveel pijn had, niet naar de wc kon en deze pijn nooit had ervaren. Ik dacht van: 'Jeetje, ik zit met die*

artrose en die rug. Dadelijk zit ik in een rolstoel '. Toen trok ik mijzelf helemaal naar beneden. De zelfstandigheid kwam in het geding.).

-De onvoorspelbaarheid met de hieraan verbonden thema's van verlies van controle over het management, dysbalans en uitputting. Door de onvoorspelbaarheid van de chronische pijn ten aanzien van het ontstaan, de intensiteit, het verloop en de lokalisatie van de pijn verliezen een aantal participanten de controle over het pijnmanagement, raken uit balans en voelen zich uitgeput. (Participant: *Ik heb wel bepaalde momenten gedacht dat als ik dood zou blijven dat dat oké was. Geen gezeur meer aan mijn hoofd. Ik was oneindig moe. Nu terugkijkend denk ik dat ik in een soort van burn-out zat. Strijden, weer proberen en weer proberen. Het op moeten staan uit een stoel was mij eigenlijk teveel. Eigenlijk alles wat*

ik moest doen was een confrontatie met de pijn. Hoe meer ik deed hoe meer klachten ik kreeg.).

-De verdringing met de hieraan verbonden thema's van schuld, minderwaardigheid, zich onbegrepen voelen en afwijzing. Deze confronterende gevoelens worden ontweken door middel van de verdringing (Participant: *In een periode van toenemende pijn probeerde ik deze emoties weg te stoppen met mijn mind. Het mocht er niet zijn. Uiteindelijk uitte het zich fysiek of er gebeurde dan rare dingen dan liep ik bijvoorbeeld bijna onder de tram. Ik struikelde dan veel. Ik ben vaak van de metrotrap gedonderd. Ik raakte letterlijk uit balans. Ik werd gewoon neer gekwakt.).*

-De acceptatie, die het inzicht van te vechten tegen of te vluchten voor de pijn verandert in het laten zijn van de pijn zonder oordeel. (Participant: *Ik denk dat het een heel stuk*

scheelt als je zelf ook weet: ' Ik ben even uit balans. Over een week gaat het weer beter '. Ik zie dan licht in de tunnel wat mij helpt de pijn te laten zijn zoals het is.)

-De acties om de zelfstandigheid te bevorderen of te bewaren, die de beperkingen opheffen of verminderen. (Participant *Ik had het gevoel dat de dagelijkse dingen, die ik deed mij bij de les gehouden hebben. Ik heb ook mijn interesse gehouden als het om nieuws of dat soort dingen ging. Ik heb ook altijd geprobeerd, als het de kinderen aanging om er voor ze te zijn. Het kostte me wel veel energie maar ik was best blij met de dingen die ik nog kon doen.).*

-Het vermogen tot aanpassing, dat de kans biedt tot verandering van de beleving en betekenis van de chronische pijn. (Participant: *Ik deed jaren aan aerobic maar ik kon op een gegeven moment geen kniebuigingen meer maken. Ik heb*

me daarna wel een tijd down gevoeld dat ik moest stoppen en mijn sociale contacten verloor. Ik ging nu kijken naar wat ik wel kon. Toen ben ik gaan zwemmen en heb ik daar weer nieuwe mensen ontmoet. Ik ben ook over bepaalde dingen gaan lezen. Daarna is de knop omgedraaid. Ik kan nog zoveel dingen.)

Door de beperking, de catastrofering, de onvoorspelbaarheid en de verdringing kan zich een proces van psychologische starheid ontwikkelen waardoor mensen opgesloten raken in een beperkte set van disfunctionele ideeën en levenswaarden en de psychologische flexibiliteit in ongunstige zin beïnvloedt wordt. De acceptatie, de acties om de zelfstandigheid te bevorderen of te bewaren en het vermogen tot aanpassing zullen de kernprocessen die verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van de psychologische flexibiliteit juist ondersteunen en zijn

een antwoord op de onderzoeksvraag: Op welke manier kunnen mensen met chronische pijn zich gezond voelen?

4.Discussie.

De psychologische flexibiliteit speelt een belangrijke rol in het bevorderen van de gezondheid wanneer de gezondheid beschouwd wordt als het vermogen zich aan te passen en de eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven ([Huber et al., 2011](#)). De psychologische flexibiliteit heeft de potentie het referentiekader te veranderen, waardoor de beleving en de betekenis van de chronische pijn in gunstige zin veranderen en de gezondheid bevorderd wordt door de toename van het vermogen tot aanpassing en het voeren van een eigen regie in het licht van de

fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. De kernthema's van het onderzoek zijn in te delen naar hun invloed op de psychologische flexibiliteit en verhouden zich verschillend bij elke participant, waarbij in de loop der tijd de verhouding van de aanwezige kernthema's aan verandering onderhevig is. Uit het onderzoek blijkt dat de participant al of niet met begeleiding invloed kan uitoefenen op deze verhouding en hierdoor in staat is zich ondanks de chronische pijn gezonder of gezond te voelen. De acceptance and commitmenttherapy ([Hayes et al., 2006](#)) levert een bijdrage aan de gezondheid van de mensen met chronische pijn door de ontwikkeling van de kernprocessen die verantwoordelijk zijn voor het proces, dat naar psychologische flexibiliteit leidt, te begeleiden.

De resultaten uit het onderzoek komen overeen met de bestaande literatuur met betrekking tot de beleving en betekenis van chronische pijn zoals het verlies van sociale contacten, eigen waarde, vrijheid, mentale veerkracht, waarde van het leven, rechtvaardigheidsgevoel, vanzelfsprekende verbinding met zichzelf en de omgeving, spontaniteit, controle op de tijd, inzicht, en begrip ([Bowman, 1991](#); [Clarke et al., 2012](#); [Coutu, et al., 2010](#); [Douglas et al., 2008](#); [Dudgeon et al., 2002](#); [Dysvik & Furnes, 2010](#); [van Huet et al., 2009](#); [Maurel et al., 2011](#); [McCracken & Velleman, 2010](#), [Paulson et al., 2002](#); [Ressler et al., 2012](#); [Richardson et al., 2007](#); [Richardson et al., 2008](#); [Soraijakool et al., 2006](#)). In de literatuur wordt het catastroferen van de pijn omschreven als een mix tussen het piekeren over de pijn, pessimisme met betrekking tot de pijn, een gevoel van hulpeloosheid en de versterking van de pijn

gerelateerde symptomen. Een negatieve spiraal ontstaat, waarbij de pijn en het catastroferen elkaar versterken ([Campbell & Edwards, 2009](#)). In het onderzoek komt het catastroferen echter uitsluitend tot uitdrukking in de angst voor afhankelijkheid in combinatie met gevoelens van somberheid, onmacht en boosheid. Bij twee participanten was er sprake van een plotselinge ommekeer ten gunste van het proces van psychologische flexibiliteit na de vaststelling van een mogelijk dodelijke ziekte. In de bestaande literatuur wordt van dit opvallende thema geen melding gemaakt. Er is gekozen voor de vorm van semi-structurele een-op-een interviews omdat op deze manier een comfortabele interactie ontstaat met de participant waardoor het onderzoek een gedetailleerde beschrijving oplevert, die bovendien ondersteund wordt door de goede beheersing van de

Nederlandse taal van de participanten en door het vermogen van de participanten de complexiteit van de chronische pijn te expliciteren. Een methodische zwakte van dit onderzoek kan de keuze van de participanten zijn. Zij zijn geselecteerd uit het patiëntaanbod van de eerstelijnspraktijk van de onderzoeker. Het is een solo-praktijk waarbij de onderzoeker ook behandelaar is of is geweest. De onderzoeker is zich tijdens alle fasen van het onderzoek voortdurend kritisch bewust geweest van zijn eigen vooroordeel.

De manueeltherapeut kan een bijdrage leveren aan de gezondheid van mensen met chronische pijn door in de begeleiding ruimte te maken voor het inventariseren, bespreken en integreren van de actuele kernthema's van de patiënt met betrekking tot het omgaan met de pijn. De deskundigheid van

de manueeltherapeut op het gebied van het fysiek bewegen, waarbij pijn geprovoceerd wordt kan bij uitstek geschikt zijn om de houding te vechten tegen en/of vluchten voor de pijn te veranderen in de acceptatie van de pijn. Bovendien kan bij de begeleiding de deskundigheid ingezet worden om de zelfstandigheid te behouden of te herwinnen en het vermogen tot aanpassing te bevorderen. In de begeleiding behoort dan wel de patiënt met zijn unieke wensen, gedachten, gevoelens en overtuigingen in een sfeer van respect, veiligheid en vertrouwen centraal te staan, waardoor de acceptatie van de pijn, het herwinnen en behouden van de zelfstandigheid en het vermogen van aanpassing de psychologische flexibiliteit kunnen versterken. Het dient aanbeveling om in de opleidingen manuele therapie meer ruimte te maken voor de kennis over de diversiteit van de kernthema's van de individuele patiënt met

betrekking tot het omgaan met chronische pijn en voor de bewustwording van de student van de eigen manier van omgaan met pijn, die bij het centraal stellen van de patiënt een ongewenste rol kunnen spelen. Verder onderzoek is gewenst naar de eigen beleving en betekenis van pijn van de hulpverlener, die van invloed zijn op de begeleiding in het proces van de psychologische flexibiliteit van de patiënt en dientengevolge op de zoektocht naar gezondheid door de patiënt met chronische pijn.

De interviews van de participanten tonen aan dat de mate van aanwezigheid van de kernthema's per deelnemer verschillend is en dat deze kernthema's in de loop der tijd voortdurend veranderen. Het dynamische karakter van deze kernthema's, de kennis van de kernthema's zelf, voortgekomen uit het onderzoek, en de nieuwe opvattingen over de gezondheid,

gedefinieerd door M.Huber, bieden de mogelijkheid tot begeleiding van processen, waarbij de mens met chronische pijn zich beweegt van psychologische starheid naar psychologische flexibiliteit, die via veranderingen in het referentiekader de beleving, de intensiteit en de betekenis van de pijn beïnvloedt om zich uiteindelijk gezond te kunnen

voelen ondanks chronische pijn. De acceptance and commitmenttherapy (Hayes et al., 2006) kan een bijdrage leveren in de gezondheid van de mensen met chronische pijn door de ontwikkeling van de kernprocessen, die verantwoordelijk zijn voor het proces, dat naar psychologische flexibiliteit leidt, te begeleiden.

Referenties

-Bohlmeijer, E. (2007). Herinneringen, Levensverhalen en gezondheid. In: Bohlmeijer, E., Mies, L., Westerhof, G., Ed. (2007). De betekenis van levensverhalen. Houten, Bohn, Stafleu Van Loghum. (p29-39).

- Bruehl, S., Liu, X., Burns, J. W., Chont, M., & Jamison, R. N. (2012). Associations between daily chronic pain intensity, daily anger expression,

and trait anger expressiveness: an ecological momentary assessment study. Pain, 153(12), 2352-2358.

-Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergstrom, K., Gordh, T., Hursti, T., Andersson, G. (2013). Guided internet-delivered acceptance and

inspanning therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. Behav Res Ther, 51(6), 307-315.

-Bullington J., Nordemar R., nordemar K., Sjöström-Flanagan C. Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain. Scand J Caring Sci. 2003 Dec; 17(4):325-31. PubMed PMID: 14629634.

-Campbell C.M. & Edwards R.R., 2009. Mind-body interactions in pain: the neurophysiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts. Translational Research, 153(3), 97-101.

Clarke K.A. & Iphofen R. (2008). The effects of failing to believe patients' experience of chronic pain. Nursing times; 104: 8, 30-31.

- Dysvik E. & Furnes B., (2010). Dealing with grief related to loss and chronic pain: An integrated theoretical framework. Part 1.

-Dysvik E. & Furnes B., (2010). Dealing with grief related to loss by death and chronic pain: An integrated theoretical framework. Part 2.

- Edwards, I., Jones, M., Hillier, S. (2006). The interpretation of experience and its relationship to body. Manual Therapy, 11, 2-10.

- Ergan, G. Deskundig hulpverleners. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2012.

-Goossens, M. E., Kindermans, H.P., Morley, S.J., Roelofs, J., Verbunt, J., Vlaeyen, J.W. (2010). Self-discrepancies in work-related upper extremity pain: Relation to emotions and flexible-goal adjustment. European Journal of Pain, 14, 764-770.

-Hagenaars, L.H.A., Bos J.M. Pijn en Lijden. Amersfoort: NPi Kenniscentrum Paramedische Zorg; 2008.

-Huber M., et al, How should we define Health? BMJ. 2011; 343: D4163.

- Huber M. (2013) Een parel voor een nieuw concept van Gezondheid, Nederlands Congres Volksgezondheid: <http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-ww/documenten/rubrieken/nieuws/1305-naar-een-nieuw-concept-van-%E2%80%98gezondheid%E2%80%99/Naar+een+nieuw+concept+van+%E2%80%98Gezondheid%E2%80%99+%28presentatie%29.pdf> (last accessed at august 2014)

- In S. A. Shumaker, Ockene, J.K., Riekert, K.A. (Ed.), The handbook of health behavior change (3 ed., pp. 151-167). New York: Springer Publishing Compagny

-Lewis, M., Morley, S., Van der Windt, D.A.W.M., Hay, E., Jellem, P., Dziedzic, K., Main, C.J. (2010). Measuring practitioner/therapist effects in randomised trials of low back pain and neck pain interventions in primary care settings. European Journal of Pain, in press...

- Maurice Merleau-Ponti. Phenomenology of Perception. Taylor & Francis Ltd.: 2002.

-McCracken L.M. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. Pain. 2004 Jan;107(1-2):159-66.

-McCracken, L. M., Velleman, S.C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. Pain, 148, 141-147

-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., Gutiérrez-Martínez, O., Smyth, C. (2013). “Decentering” reflects psychological flexibility in people with chronic pain and correlates with their quality of functioning. Health Psychology 32(7):820-823.

-Monsivais D. (2005). Self-organization in chronic pain: a concept analysis. Rehabil Nurs. 2005 Jul-Aug 30(4):147-51.

-Smith Jonathan A., Flowers Paul, Larkin Michael. Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research. London: Sage Publications Ltd, J Oliver’s Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP.

-Tapio Ojala¹, Arja Häkkinen^{1,2}, Jaro Karppinen^{3,4}, Kirsi Sipilä^{5,6,7,8}, Timo Suutama⁹, and Arja Piirainen.¹ Chronic pain affects the whole person – a phenomenological study.

(doi:10.3109/09638288.2014.923522).

-Thibault, P., Loisel, p., Durand, m., Catchlove, R., Sullivan, M.J.L.

(2008). "Psychological predictors of pain expression and activity intolerance in chronic pain patients." Pain 139: 47-54.

-Turk, D.C. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: Robert J. Gatchel & Dennis C. Turk. (Eds.) Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook. pp 3-32. Guilford Press: London.

-Van Burken P. Psychologische flexibiliteit ook van belang voor de patiënt met chronische pijn in de eerste lijn: http://www.psychfysio.nl/4_02_1/ (last accessed at august 2014)

-Van Ryckeghem, D.M.L., De Houwer, J., Van Bockstale, B., Van Damme, S., De Schryver, M., Crombez G. (2013). Implicit associations between pain and self-schema in patients with chronic pain. Pain 154:2700-2706.

-Victor den Bersselaar. Wetenschapsfilosofie in veelvoud. Coutinho; 2003.

-Voogt, L.A. De ervaringswereld van patiënten met chronische pijn. Den Haag: Lemma; 2009.

-Vowles, K., Wetherell, J.L., Sorrel, 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.

-Wren, A. A., Somers, T.J., Wright, M.A., Goetz, M.C., Leary, M.R., Fras, A.M., Huh, B.K., Rogers, L.L., Keefe, F.J. (2011). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. Journal of Pain and Symptom Management, In Press.

Ondergetekende, A.M.Verweij, bevestigt hierbij dat het nu voorliggende vrij mag worden geraadpleegd en vrij mag worden gefotokopieerd.

