

Universiteit Utrecht
Master Klinische en Gezondheidspsychologie

Masterthesis

Belemmerende Factoren in de Behandeling van Patiënten met Ernstige Somatoforme
Stoornissen. Een Kwalitatief-Kwantitatief Onderzoek vanuit het Perspectief van de Patiënt.

A.J. van den Broeck 3660885
Thesisbegeleider Prof.dr. R. Geenen

Verricht in samenwerking met Altrecht Psychosomatiek Eikenboom, Zeist, Nederland.

Juli 2014

Abstract

Somatoform disorder is characterized by persistent physical complaints that cannot be fully explained by a medical or physical condition. Effect studies in severe somatoform disorder show low effect sizes in contrast to less severe cases or other psychological disorders. The aim of this study was to gain an insight into factors that hinder a positive therapy outcome and to determine which factors are considered most important from a patient perspective. It was expected that psychopathologic-, somatic-, psychological-, behavioral- and social factors would be identified as impeding. Social factors were expected to be considered the most important barrier. Interviews (n=12) and a card sorting task (n=10) among former patients of Altrecht Psychosomatiek Eikenboom (APS) were conducted. Hierarchical cluster analysis yielded 4 clusters: 'attitude of therapists', 'organizational aspects', 'individual factors' and 'group factors'. The content of clusters could confirm the expectations that psychological factors like non acceptance, high expectations, absence of hope, catastrophizing and concern over symptoms, behavioral factors like passiveness and social factors like interpersonal problems and perception of low social support can impede a positive therapy outcome. In addition to these findings the attitude of therapists, organizational aspects in therapy, individual and group factors are also mentioned as impeding. Organizational aspects were considered the most important barrier. However, individual differences were large and suggest that barriers are far from the same for everyone. A personal inventory of hindering factors when starting therapy and during therapy could possibly enhance treatment efficacy.

Voorwoord

Mijn dank gaat uit naar Jard Bazen, Sonja Klemm, Saskia van Broeckhuysen en Lummy Oosterhuis en in het bijzonder naar Rinie Geenen voor de prettige samenwerking, hulpvaardigheid en het tot stand komen van deze masterthesis.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Methode	10
Participanten	10
Procedure	11
Methode	14
Statistische analyse	15
Resultaten	16
Discussie	18
Referenties	25
Bijlage 1 Demografische gegevens	30
Bijlage 2 Vragenlijst Brief Symptom Inventory (BSI)	31
Bijlage 3 Vragenlijst 'kwaliteit van leven' (EuroQol-5D)	34
Bijlage 4 Algemene gegevens	36
Bijlage 5 Interviewprotocol	37
Bijlage 6 Aanbevelingbrief APS	40
Bijlage 7 Informatiebrief interview	41
Bijlage 8 Informatiebrief kaartsorteertaak	43
Bijlage 9 Toestemmingsformulier	45
Bijlage 10 Instructieboekje kaartsorteertaak	46
Bijlage 11 Tabel belangrijkheid items en clusters belemmeringen	51
Bijlage 12 Checklist inventarisatie te verwachten belemmeringen	53

Inleiding

Somatoforme stoornissen worden gekenmerkt door persistente fysieke symptomen, die de aanwezigheid van een onderliggende medische aandoening suggereren, maar die niet of onvoldoende verklaard kunnen worden door een medische of psychische aandoening of door middelengebruik (American Psychiatric Association, 2000). De geschatte prevalentie in de algemene populatie is circa 6 procent en in huisartsenpraktijken zelfs 22 procent en komt meer voor onder vrouwen dan mannen (De Waal, Arnold, Eekhof & Van Hemert, 2004; Kalisvaart, van Broeckhuysen, Bühring, Kool & van Dulmen, 2012). Naast belemmeringen in het functioneren, grote lijdensdruk, verminderde kwaliteit van leven en hoog werkverzuim is er in veel gevallen sprake van comorbiditeit met mentale stoornissen zoals angststoornissen, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (De Ridder, Geenen, Kuijer & van Middendorp, 2008; Kashikar-Zuck et al., 2007; Rief & Broadbent, 2007). Somatoforme stoornissen vertonen een heterogeen beeld waarbij de aard en het verloop van klachten sterk variëren en waarbij de overlap groot is (Guymer, Maruff & Littlejohn, 2012). Daarnaast lijkt er sprake te zijn van een verminderde (lichaams)mentaliteit, het vermogen om eigen en andermans lichaamssignalen en mentale toestanden waar te nemen en om daarover te reflecteren (Spaans, Veselka, Luyten, Bühring, 2009). Ook hebben patiënten met somatoforme stoornissen vaak een lange voorgeschiedenis met consultatie van medisch specialisten voordat een psychologische behandeling wordt ingezet, waardoor de zorgconsumptie en zorgkosten onder deze patiëntengroep hoog zijn (Fisher, Boerema & Franx, 2010; Koelen et al., 2014; Sattel et al., 2012). In geval van *ernstige* somatoforme stoornissen, waarbij patiënten in de tweede en derde lijn worden behandeld, wordt het beeld gekarakteriseerd als ‘zeer moeilijk te behandelen’, wat de behoefte aan effectieve behandelmethoden benadrukt (Koelen et al., 2014; Sattel et al., 2012).

Effecten van behandeling

Effectstudies naar de behandeling van somatoforme stoornissen tonen gunstige effecten aan van cognitieve gedragstherapie of andere vormen van therapie zoals psycho-educatie, revalidatie georiënteerde therapie (Kleinstäuber, Witthöf & Hiller, 2011; Price, Mitchell, Tidy & Hunot, 2008; Spaans et al., 2009). Dergelijk effectonderzoek is echter vooral verricht onder relatief *lichte* vormen (Spaans et al., 2009). Patiënten met *ernstige* somatoforme stoornissen lijken in de praktijk vaak geen baat te hebben bij cognitieve gedragstherapie of andere vormen van therapie waardoor bestaande onderzoeksresultaten niet

zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden (Henningesen, Zipfel & Herzog, 2007; Spaans et al., 2009).

Hoewel onderzoek naar behandel-effecten van *ernstige* vormen gering is wordt in de Multidisciplinaire richtlijn van Fisher et al. (2010) voorzichtig gesteld dat er aanwijzingen zijn dat een intensieve, multidisciplinaire, (dag)klinische behandeling mogelijk wel effectief is met betrekking tot toename van kwaliteit van leven, afname van klachten en medische consumptie. Een meta-analyse van Koelen et al. (2014) bevestigt dit en concludeert dat er wereldwijd evidentie is gevonden voor een positief effect van psychotherapie bij *ernstige* somatoforme stoornissen in de tweede en derde lijn. De effectmaten zijn echter lager dan bij studies verricht onder andere mentale stoornissen zoals depressie waarbij wordt vergeleken met controlegroepen (Koelen et al., 2014). Men ziet dat een gedeelte van deze patiënten na psychotherapie flinke vooruitgang boekt, maar dat vooruitgang bij veel andere patiënten in geringe mate of zelf geheel afwezig is (Houtveen, van Broeckhuysen-Kloth, Lintmeijer, Bühring & Geenen, 2014). Enerzijds houdt dit waarschijnlijk verband met het heterogene beeld bij somatoforme stoornissen; gezien de variatie in klachten hebben niet alle patiënten met dezelfde diagnose baat bij dezelfde behandeling (Guymer et al., 2012). Anderzijds worden effectmetingen mogelijk niet representatief in kaart gebracht met methoden van informatieverzameling, zoals zelfrapportage vragenlijsten, waarbij uitkomsten meestal betrekking hebben op herstel, terwijl er onder deze patiëntenpopulatie waarschijnlijk meer sprake is van aanpassing of acceptatie (Moss-Morris, 2013). Een andere mogelijkheid is dat er factoren zijn die patiënten belemmeren om tot een gunstige verandering te komen, die tot nog toe onduidelijk zijn.

Het doel van dit onderzoek is om vanuit patiëntperspectief inzicht te verwerven in factoren die een gunstig veranderingsproces bij de behandeling van *ernstige* somatoforme stoornissen in de weg staan. Dit leidt mogelijk tot betere behandelresultaten bij patiënten met somatoforme stoornissen en hogere kosteneffectiviteit van de zorg.

Allereerst zullen geïdentificeerde belemmerende factoren in voorgaand onderzoek worden besproken. Daarna zullen twee theorieën worden belicht die de huidige onderzoeksmethoden ondersteunen en zullen enkele hypothesen worden gesteld. In de methode zal de opzet en de uitvoer van het onderzoek worden toegelicht en zullen in de resultaten de uitkomsten worden weergegeven, waarna in de discussie een kritische beschouwing zal volgen en een conclusie zal worden getrokken.

Belemmeringen in het veranderingsproces

Op de zoekmachine Web of Science is gezocht met behulp van de zoekterm (*difficult* OR barrier* OR impediment OR hindrance OR hamper* OR inhibit* OR moderator OR predictor OR mediator*) AND (*psychotherapy OR (cogn* AND behavio* AND therapy) OR CBT OR treatment*) AND (*somatoform OR medically unexplained OR fibromyalgia OR chronic fatigue syndrome OR CFS OR pain OR fatigue*). Hierbij zijn 138 artikelen gevonden, waarna een selectie is gemaakt. Hoewel het onderzoek naar belemmerende factoren beperkt is, identificeren enkele onderzoeken modererende en mediërende factoren onder patiënten met somatoforme stoornissen, Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS) of chronische pijn.

Allereerst blijken de *psychopathologische* factoren angst (Cella, Chalder & White, 2011) en depressie voorspellers te zijn voor een ongunstige therapie uitkomst (Brooks, Rimes & Chadler, 2011; De Rooij et al., 2013; Tummers, Knoop, van Dam & Bleijenberg, 2013). Patiënten met hogere niveaus van angst en depressieve symptomen blijken minder baat te hebben bij therapie. *Somatische* voorspellers zijn onder meer pijn (Cella et al., 2011) en een hoge mate en lange duur van beperkingen (De Rooij et al., 2013; Jackson & Passamonti, 2005; Poppe, Crombez, Hanouille, Vogelaers & Petrovic, 2012). Een *psychologische* factor die in predictief onderzoek voor een negatieve therapie uitkomst naar voren komt is gebrek aan acceptatie (McCracken & Vowles, 2008; Poppe et al., 2012), maar ook gebrek aan controle over pijn, negatieve interpretaties en catastroferen (Keefe, Brown, Wallston & Caldwell, 1989; Wiborg, Knoop, Frank & Bleijenberg, 2012), focus op symptomen (Cella et al., 2011), (hoge) verwachtingen over de therapie uitkomst (Heins, Knoop & Blijenberg, 2013), ongerustheid over symptomen (Jackson & Passamonti, 2005) en het gebrek aan een doel of wens ten aanzien van herstel (McCracken & Vowles, 2008) blijken voorspellend te zijn voor een ongunstige behandeluitkomst. Daarnaast wordt door Poppe et al. (2012) neuroticisme als voorspeller van een slechte uitkomst gevonden. Onderzoek van Nater et al. (2010) ondersteunt dit, maar vanwege het correlatieve design kan hieruit geen richting van het verband worden opgemaakt waardoor onduidelijk is of neuroticisme voorspellend is voor een ongunstige therapie uitkomst. Voorspellende factoren van *gedragmatige* aard zijn een passief activiteitenpatroon (Prins et al., 2001) en volgens Tummers et al. (2013) voorspelt ontwijking van activiteit een slechte therapie uitkomst.

Andere onderzoeken betrekken ook individuele kenmerken. Cella et al. (2011), Turk, Okifuji, Sinclair & Starz (1998) en Turk (2005) onderzochten verschillen tussen patiëntgroepen op psychologische kenmerken. Hierin komt naar voren dat de subgroep

BELEMMERENDE FACTOREN BIJ ERNSTIGE SOMATOFORME STOORNISSEN

patiënten met interpersoonlijke problemen (gekenmerkt door de perceptie van weinig sociale steun) minder goede therapie uitkomsten hadden, terwijl patiënten met een dysfunctioneel patroon (gekenmerkt door pijn, beperkingen, psychologische problemen, weinig activiteit en gevoel van controle) daarentegen goede therapie uitkomsten bleken te hebben. Er is echter niet duidelijk of interpersoonlijke problemen daadwerkelijk leiden tot een ongunstig resultaat.

Samengevat lijken belemmerende factoren in grote lijnen onder te verdelen in *psychopathologische factoren* zoals angst en depressie, *somatische factoren* zoals pijn, *psychologische factoren* zoals gebrek aan acceptatie en controle over pijn, hoge verwachtingen, neuroticisme en ongerustheid over symptomen, *sociale factoren* zoals interpersoonlijke problemen en *gedragmatige factoren* zoals passiviteit en ontwijking van activiteit. Hoewel de literatuur niet gericht is op *ernstige* somatoforme stoornissen geeft het wel aanwijzingen tot tal van factoren die verandering in de weg staan.

Theoretische kaders

Een theorie die aansluit bij dit onderzoek is de ‘*Grounded Theory*’ van Glaser & Strauss (1967). In deze theorie krijgt het perspectief van de patiënt een belangrijke plaats binnen de informatieverzameling. Volgens Glaser & Strauss (1967) is er meer inzicht te verwerven door een deductieve methode te combineren met een inductieve methode, waarbij het genereren van theorieën vanuit data in plaats van andersom een belangrijke werkwijze is.

Een meer recente theorie die het patiëntperspectief belicht is de *Zelfbepalingstheorie* van Deci en Ryan (2000). Intrinsieke motivatie en zelfregulatie zijn hierbij belangrijke begrippen. Volgens deze theorie ligt de motivationele basis voor persoonlijke groei en behoeften binnen de patiënt zelf. De theorie beschrijft drie psychologische basisbehoeften die motiveren tot gedrag vanuit intrinsieke motivatie waardoor persoonlijke groei en welzijn tot stand kan worden gebracht. Deze drie basisbehoeften zijn competentie (de overtuiging dat men in staat is om iets te bereiken), autonomie (de zelfstandigheid en vrijheid om vanuit de eigen waarden te handelen) en psychologische relaties of sociale steun (de mate waarin iemand steun ervaart vanuit de omgeving). Hoge niveaus van competentie, autonomie en sociale steun bevorderen zelfregulatie, ofwel het vermogen om het eigen gedrag te beïnvloeden (Deci & Ryan, 2000). Vanuit deze benadering zal de behandeling meer slagingskansen hebben indien een patiënt het proces vanuit intrinsieke motivatie benadert en inspraak heeft op het behandelproces. De mate van zelfregulatie zal dan namelijk het hoogst zijn (Wouters & Geenen, 2011).

Overzicht, doel en verwachtingen

Het huidige onderzoek is opgezet vanuit de visie dat patiënten zelf ervaringsdeskundigen zijn, met als doel om inzicht te verwerven in factoren die een gunstige therapie uitkomst in de weg staan. Ook wordt onderzocht welke factoren het belangrijkste worden geacht. Naast een deductief kader (vanuit hypothesen volgend uit voorgaand onderzoek) wordt hierbij tevens een inductief kader (vanuit het patiëntperspectief) gehanteerd. De volgende hoofdvragen zijn opgesteld: 1. Welke factoren hebben gunstige verandering belemmerd in de behandeling van ernstige somatoforme stoornissen? 2. Welke belemmerende factoren worden als belangrijkste geacht? De eerste verwachting luidt dat psychopathologie zoals depressie en angst belemmerend zijn voor een gunstige therapie uitkomst bij ernstige somatoforme stoornissen. De tweede verwachting is dat somatische factoren zoals pijn, veel en langdurige beperkingen als belemmerend worden aangedragen. De derde verwachting is dat *psychologische factoren* zoals gebrek aan acceptatie, controle over pijn, gebrek aan doelen of wensen, hoge verwachtingen, neuroticisme, catastroferen, ongerustheid en negatieve interpretaties en de focus op symptomen gunstige verandering in therapie in de weg staan. De vierde verwachting is dat sociale factoren, zoals interpersoonlijke problemen en de perceptie van weinig sociale steun belemmerend zijn voor een gunstige therapie uitkomst en tot slot wordt verwacht dat gedragsmatige factoren, waaronder passiviteit, ontwijking en vermijding van activiteiten) een gunstige verandering in therapie belemmeren. Ondanks dat er geen literatuur is gevonden over welke belemmerende factoren patiënten als belangrijkste belemmeringen aanmerken, kan op basis van de *attribuuttheorie* van Heider (1958) worden verwacht dat sociale factoren, zoals interpersoonlijke problemen en de perceptie van weinig sociale steun, mogelijk als belangrijkste belemmerende factoren worden aangedragen. Heider (1958) stelt namelijk dat men de neiging heeft om positieve factoren intern te attribueren (aan zichzelf toe te leggen) en negatieve factoren extern te attribueren (aan anderen of oorzaken buiten zichzelf). Vanuit deze theorie is het aannemelijk dat belemmeringen in relatie tot anderen mogelijk eerder worden aangemerkt en zwaarder wegen dan belemmeringen in relatie tot zichzelf.

Omdat het onderzoek mede vanuit het patiëntperspectief plaatsvindt en deels een inductief karakter heeft, zijn de verwachtingen maar deels verankerd in een theorie.

Methoden

Participanten

Om te achterhalen wat een gunstige verandering bij patiënten met ernstige somatoforme stoornissen in de behandeling heeft bemoeilijkt of tegengehouden en welke belemmerende factoren als belangrijkst worden geacht werd een kwalitatief-kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Van de in totaal 234 uitgenodigde participanten vond het onderzoek plaats onder 22 voormalig patiënten van Altrecht Psychosomatiek Eikenboom (APS) te Zeist in Nederland, een derdelijns centrum voor diagnostiek en behandeling van ernstige somatoforme stoornissen (Altrecht, 2014). Er werden hierbij twee steekproeven geworven, namelijk een steekproef voor deelname aan interviews (n=12) en een steekproef voor deelname aan een KST (n=10) om de belemmerende factoren te ordenen naar inhoud en belangrijkheid, waarna door middel van een Hiërarchische Cluster Analyse een onderliggende structuur werd berekend en de mate van belangrijkheid van de belemmeringen werd bepaald.

Inclusiecriteria waren, net als voor deelname aan de behandeling: een somatoforme stoornis als primaire diagnose volgens de DSM-IV-TR criteria, met uitzondering van hypochondrie en body dysmorphic disorder, omdat er discussie is of deze diagnoses als somatoforme stoornis kunnen worden geclassificeerd (Kalisvaart et al., 2012). Aanvullende inclusiecriteria waren dat participanten die werden geïnterviewd minimaal 3 en maximaal 18 maanden uitbehandeld waren bij APS. Bovendien werd de aanwezigheid van twee BSI metingen vereist (een BSI voormeting en een nameting). Voor deelname aan de KST gold dat participanten minimaal 18 en maximaal 32 maanden uitbehandeld waren bij APS om geen overlap in de steekproef te krijgen. Resterende participanten uit steekproef 1 werden wel bij steekproef 2 betrokken. Tot slot werd voor inclusie van de KST het bestaan van slechts één BSI meting vereist om een te geringe steekproefomvang te vermijden en werd een straal van <25 km van APS aangehouden.

Exclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek waren: een huidige (poli)klinische behandeling voor een somatoforme stoornis en deelname aan het onderzoek als belastend ervaren. Dit in verband met het excluderen van patiënten met teveel bijkomende problematiek zoals verslaving, bipolaire stoornis, psychose of het bestaan van een crisis situatie waardoor vertekening van de informatieverzameling en de resultaten kon optreden. Gezien de hoge prevalentie van comorbide stoornissen, en in het bijzonder angst- en stemmingsstoornissen onder patiënten met somatoforme stoornissen (Rief & Broadbent, 2007) werden comorbide stoornissen (anders dan in de gestelde exclusiecriteria) wel toegestaan, mits het niet te

belastend werd ervaren om aan het onderzoek mee te doen. Voor deelname aan de KST werd tot slot gesteld dat men niet aan het interview had meegedaan.

De participanten die niet aan het onderzoek wilden participeren hadden hiervoor persoonlijke redenen of overtuigingen of bleken niet aan de inclusiecriteria te voldoen.

Interviews en kaartsorteertaak (KST)

Voor de selectie van participanten voor de interviews werd een verdeling gemaakt van vier gelijke groepen participanten op basis van het effect van de behandeling. Dit werd geoperationaliseerd met de gemiddelde effectomvang (Cohen's d) op de 'Brief Symptom Inventory' (BSI) (zie materialen) waarbij patiënten met een effectomvang < 0.2 in een 'geen verbetering' groep werden ingedeeld, patiënten met een effectomvang > 0.2 en < 0.5 in een 'kleine verbetering' groep werden ingedeeld, patiënten met een effectomvang van < 0.5 en > 0.8 in een 'middelmatige verbetering' groep werden ingedeeld en patiënten met een effectomvang van > 0.8 in een 'grote verbetering' groep werden ingedeeld. Aan de hand van evenredige verdeling naar behandelingseffect werden de participanten per post uitgenodigd. Er werd een marge van minimaal 12 en maximaal 20 participanten aangehouden omdat werd verwacht dat dit aantal voldoende belemmerende uitspraken zou opleveren. De inclusie stopte indien er minimaal 12 participanten werden geworven of indien twee achtereenvolgende interviews geen nieuwe informatie opleverden. Van de 48 genodigden stemden 12 participanten in met een interview, waarvan 8 vrouwen en 4 mannen ($M=48$ jr, $SD=13$, spreiding 30-68), representatief voor de sekseverdeling bij somatoforme stoornissen, waarbij de prevalentie onder vrouwen hoger is (De Waal et al., 2004). Een overzicht van demografische gegevens is weergegeven in tabel 1 in bijlage 1.

Voor de selectie van participanten voor de KST werden 186 participanten geselecteerd en per post uitgenodigd, waarvan 15 participanten instemden tot deelname en waarvan uiteindelijk 10 participanten bruikbare gegevens hadden (zie procedure). Dit waren 9 vrouwen en 1 man (gemiddelde leeftijd 48 jaar, $SD=14$, spreiding 21- 68).

Beide steekproeven zijn representatief voor de sekseverdeling bij somatoforme stoornissen, waarbij de prevalentie onder vrouwen hoger is (De Waal et al., 2004). Een overzicht van demografische gegevens is weergegeven in tabel 1 in bijlage 1.

Procedure

Het onderzoek werd uitgevoerd volgens de 'concept mapping' methode dat uit drie stappen bestaat: interviews, een KST en een hiërarchische clusteranalyse (Trochim, 1989). De

keuzes die in het proces werden gemaakt werden in consensusbesprekingen en via email contact besproken door het onderzoeksteam, bestaande uit een professor/onderzoeker en twee studentonderzoekers vanuit de Universiteit Utrecht (afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie), twee onderzoekers en een patiëntvertegenwoordiger vanuit APS.

Interviews en de kaartsorteertaak (KST)

Voor de interviews werden participanten per post benaderd door middel van een informatiebrief over het onderzoek (bijlage 7), samen met een aanbevelingsbrief vanuit APS (bijlage 6), een toestemmingsformulier (bijlage 9), een formulier met algemene gegevens (bijlage 4) en de BSI en EuroQol-5D (bijlage 2 en 3). Een week later werd op locatie van APS volgens een vast protocol (bijlage 5) telefonisch gepeild of men bereid was om mee te werken aan een interview van circa één tot twee uur en werd de globale opzet en het doel van het onderzoek nogmaals benoemd. Daarbij werd gevraagd of deelname aan het onderzoek niet belastend zou zijn om participanten met te ernstige bijkomende problematiek te excluseren om vertekening van resultaten te voorkomen. Indien participanten instemden met deelname werd een tijd, datum en locatie afgesproken. Van de 12 participanten werden er 8 thuis geïnterviewd en gaven 2 participanten de voorkeur aan een neutrale locatie. Bij aankomst werd kort kennisgemaakt, werden de vragenlijsten gecheckt en ingenomen en werd om toestemming gevraagd voor opname van het interview. Indien participanten hier niet mee instemden werd om toestemming gevraagd voor het maken van notities op papier. Geen van de participanten vond een opname echter bezwaarlijk. De inhoud van het interview werd volgens protocol afgenomen (bijlage 5), waarbij zo min mogelijk werd gestuurd. Achteraf werden de interviews aan de hand van de opnamen letterlijk (woord voor woord) getranscribeerd en werden uitspraken over belemmerende factoren door het onderzoeksteam geselecteerd en geëvalueerd, zowel individueel als in consensusbesprekingen. Hierbij werd eerst gecontroleerd of er sprake was van een belemmerende factor ten aanzien van het veranderingsproces of herstel. Ambigue of niet voor iedereen toepasbare uitspraken werden geëlimineerd. Overlappende uitspraken werden gecombineerd. Hierbij werden uitspraken eerst gebundeld op onderwerp, waarbij werd gelet op zoveel mogelijk variëteit. Ook werden alle uitspraken geherformuleerd zodat ze passend zouden volgen op het format van het begin van de uitspraak ‘*Het belemmerde mij dat...*’ en werd grammaticaal en taalkundig gecorrigeerd. Uiteindelijk werd door het onderzoeksteam in consensusbesprekingen besloten om een maximum van 60 uitspraken aan te houden. Enerzijds om het aantal kaartjes voor gebruik in de KST te handhaven in verband met de tijdsintensiviteit. Anderzijds vanwege de

differentiatie tussen de uitspraken, waarbij een aantal van 60 kaartjes als voldoende werd geacht. Tot slot werden alle uitspraken onwillekeurig genummerd en op aparte, rode kartonnen kaartjes gedrukt voor gebruik bij de KST.

Voor de KST werden participanten eveneens per post benaderd met dezelfde bijgevoegde formulieren als bij benadering voor de interviews. De informatiebrief werd gespecificeerd op de KST (bijlage 8). Na een week werden alle 186 participanten vanuit APS telefonisch benaderd volgens het protocol (bijlage 5) om te peilen of men bereid was om mee te werken. In eerste instantie werd beoogd om participanten de KST op een vaste datum en locatie te laten uitvoeren zodat de taak gezamenlijk kon worden uitgevoerd en hulp kon worden geboden. Echter, bij telefonische benadering bleken slechts enkele participanten bereid of in staat om te komen. Door het onderzoeksteam is toen beslist om de KST per post toe te sturen, zodat men de KST individueel en op eigen tijd kon uitvoeren en zowel participanten met als zonder beperkingen konden meedoen in plaats van alleen degenen zonder beperkingen. Bovendien kon het inclusie criterium van woonachtig zijn binnen een straal van <25 km van APS vervallen. Er werd een nieuwe steekproef geworven (n=100) die vervolgens telefonisch werd benaderd volgens het protocol (bijlage 5), waarna de KST bij instemming tot deelname werd thuis gestuurd met bijgevoegde formulieren. Om het gebruiksgemak te bevorderen werden de taak en de formulieren gebundeld als een instructieboekje (bijlage 10). Er werd geadviseerd om de kaartjes eerst fysiek op tafel te leggen en vervolgens te sorteren en de resultaten op het scoreformulier in het instructieboekje te rapporteren. De overige instructies luiden dat alle kaartjes met uitspraken moesten worden ingedeeld, dat elk kaartje met uitspraak maar één keer gebruikt mocht worden, dat elke kolom minimaal 2 en maximaal 25 uitspraken diende te bevatten en dat voor elke kolom een naam verzonden moest worden zodat er een richtlijn was voor de onderzoekers om te achterhalen waarom men uitspraken in bepaalde kolommen had ingedeeld. Daarnaast luidde de instructie om de kolomnamen in de tabel in te vullen, met de bijbehorende nummers van de kaartjes. Bij het sorteren op *belangrijkheid* werden de 60 kaartjes in 5 kolommen gesorteerd, variërend van 1= 'minst belangrijk' en 5= 'meest belangrijk'. Iedere kolom bevatte dan 12 uitspraken.

Er werd verzocht om het volledig ingevulde boekje binnen 1,5 week te retourneren met bijgevoegde antwoordenvolp. Van de 15 geretourneerde instructieboekjes hadden 10 participanten de taak volgens de instructies uitgevoerd en ingevuld. De vijf participanten die de instructies niet juist hadden opgevolgd hadden categorieën met dubieuze naamgeving gemaakt of kaartjes ingedeeld in een 'niet van toepassing' categorie. Omdat in dit geval de motivatie van de indeling dubieus was en de interpretatie teveel aan de onderzoekers werd

overgelaten werden deze 5 participanten uitgesloten van deelname. Incidentele missende waarden werden toegestaan (mits dit er per persoon niet meer dan 2 waren) en werden dan in een door hen zelf opgestelde ‘niet van toepassing’ categorie geplaatst.

Materialen

Vragenlijsten

Om de steekproeven te beschrijven in het kader van homogeniteit werden twee vragenlijsten afgenomen. De eerste vragenlijst, de *Brief Symptom Inventory* (BSI) (bijlage 2), is een betrouwbare en valide multidimensionele zelfbeoordelingsvragenlijst (Derogatis & Spencer, 1982), bestaande uit 53 items, die symptomen van psychopathologie meet bij volwassenen (De Beurs, 2008). In dit onderzoek werd alleen gebruik gemaakt van de somatisatie schaal van de BSI. Naast beschrijving van de steekproef werd deze tevens gebruikt om de interview steekproef representatief in te delen naar het effect van de behandeling. De tweede vragenlijst, de ‘*Kwaliteit van leven*’ vragenlijst (EuroQol-5D) (bijlage 3), is eveneens een betrouwbare en valide zelfbeoordelingsinstrument (Janssen et al., 2013), bestaande uit 7 items, waarmee kwaliteit van leven danwel gezondheid of functioneren wordt gemeten op vijf niveaus: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. Ook bevat de EuroQol-5D een gezondheidsschaal waarmee het huidige niveau van de kwaliteit van leven kan worden aangegeven door middel van een VAS score, waarbij 0 de ‘slechtst voorstelbare gezondheidstoestand’ en 100 de ‘best voorstelbare gezondheidstoestand’ representeert (Van Hout et al., 2012). In een onderzoek van Janssen et al. (2013) onder 3919 participanten met verschillende nationaliteiten werd een gemiddelde score van 64 in een klinische steekproef en een gemiddelde score van 79 in een gezonde steekproef geobserveerd op de gezondheidsschaal. Beiden vragenlijsten werden zowel bij deelname aan het interview als bij de KST afgenomen, samen met een formulier met algemene gegevens (bijlage 4).

Exploratief werd gekeken naar de BSI uitkomsten met betrekking tot verandering in somatische klachten bij aanvang van de behandeling (voormeting) en op het moment van afname ten tijde van het onderzoek (nameting), alsook naar de EuroQol-5D uitkomsten met betrekking tot de mate van kwaliteit van leven na de behandeling.

Interviews en kaartsorteertaak (KST)

In het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek werden semi gestructureerde interviews met open vragen volgens protocol afgenomen (bijlage 5). Door middel van vier vragen

werden belemmeringen achterhaald, namelijk: *‘wat waren voor u belemmeringen in de behandeling?’* *‘Wat waren gebeurtenissen of omstandigheden die uw herstel negatief beïnvloedde of in de weg stonden?’* *‘Wat waren moeilijkheden of hobbels in de weg?’* *‘Wat zou u achteraf anders hebben gewild?’* De interviews duurden gemiddeld 80 minuten, variërend van minimaal 55 minuten tot maximaal 2 uur.

De KST bestond uit 60 kaartjes met belemmerende uitspraken, bestaande uit twee onderdelen (bijlage 10). Een onderdeel waarbij werd verzocht om de kaartjes op inhoud (overeenkomst) te sorteren en een onderdeel waarbij werd verzocht om de kaartjes op belangrijkheid te sorteren (zie procedure).

Statistische analyse

Om een onderliggende structuur van de sorteringen te bepalen werd er een *hiërarchische cluster analyse* uitgevoerd. Dit is een statistische techniek om objecten die overeenkomen hiërarchisch in clusters te organiseren (Kalisvaart et al., 2012). Dit werd gedaan met behulp van het software programma SPSS (SPSS, Chicago, IL) versie 18.0, met optie ‘Ward's method, squared Euclidean distances’. De clusters die uit de analyse volgden werden grafisch weergegeven in een dendrogram (een figuur). Uitspraken die door meerdere participanten in eenzelfde kolom waren geordend werden gegroepeerd op het laagste niveau van de clusters. De lager-niveau clusters met veel overeenkomsten werden in hoger-niveau clusters geordend. Deze hoger-niveau clusters werden ondergebracht in nog hoger-niveau clusters totdat er een een-na hoogste cluster ontstond. In algemene zin werd beoogd dat de aparte lager-niveau clusters verschillende componenten ten aanzien van belemmerende factoren zouden representeren. Om de uiteindelijke hoeveelheid clusters te bepalen heeft het onderzoeksteam de onder gerepresenteerde items in een consensusvergadering geanalyseerd, gebruik makend van de door SPSS geproduceerde uitkomsten en het dendrogram. Ook werd hierbij aan ieder cluster een overkoepelende term ten aanzien van de inhoud gegeven. De motivatie voor de uiteindelijke keuze is beargumenteerd bij het dendrogram (figuur 1).

Om de belangrijkheid van uitspraken in de KST te berekenen werd voor iedere uitspraak en voor ieder cluster een gemiddelde score berekend over alle participanten. Deze scores reflecteren het gemiddelde belang van alle uitspraken en clusters, zoals door de participanten werden beoordeeld.

Resultaten

Interviews en kaartsorteertaak (KST)

De interviews genereerden honderden uitspraken over belemmerende factoren waaruit door het onderzoeksteam 60 bruikbare uitspraken werden gekozen op basis van geschiktheid (zie procedure). In de KST waren ‘groep’ en ‘persoonlijk’ door het merendeel van de participanten aan kolomnamen toegekend.

Vragenlijsten

De scores op de somatisatieschaal (van de BSI) zijn weergegeven in tabel 2. De scores op de ‘kwaliteit van leven’ vragenlijst (EuroQol-5D) zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 2. Gemiddelde, standaarddeviatie en effectgrootte (Cohen’s D) van de BSI voor de interviews (INT) en kaartsorteertaak (KST)

	INT	KST
voormeting	(12)	(10)
M	1,45	1,41
SD	0,91	1,00
nameting		
M	1,39	1,24
SD	0,92	1,00
Cohen’s D	-0,07	0,22
SD	0,56	0,54

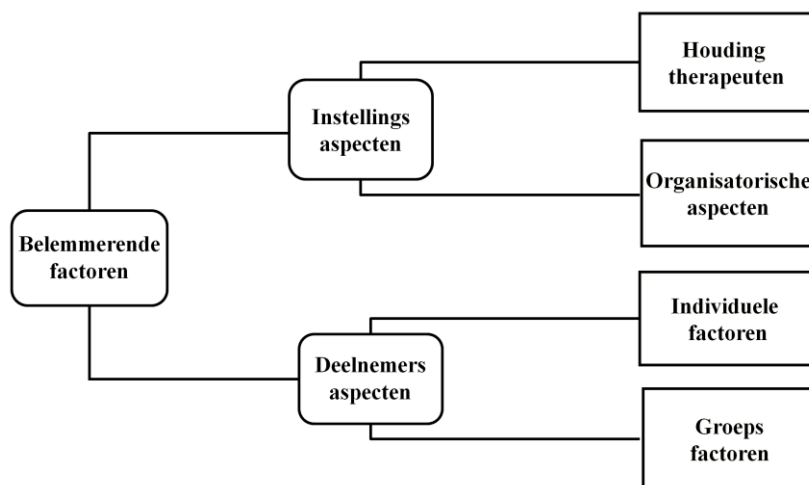
Tabel 3. Gemiddelde en standaarddeviatie van de EuroQol-5D voor de interviews (INT) en kaartsorteertaak (KST)

	INT	KST
6 items	(12)	(10)
M	1.83	1.83
SD	0.75	0.76
Gezondheidsschaal		
M	55.45	50,20
SD	16.95	11.90

Beide steekproeven laten een heterogeen beeld zien. De hoge spreiding in de BSI uitkomsten impliceert dat participanten onderling erg variëren in de mate van somatische klachten; sommige participanten hebben veel verbetering gekend en anderen weinig tot geen verbetering. Dit geldt ook voor mate van kwaliteit van leven, gemeten door de EuroQol-5D, waarbij sommige participanten in de periode van de behandeling een hoge mate en anderen een lage mate van kwaliteit van leven kenden.

Hierarchische cluster analyse

De hiërarchische cluster analyse, zoals hieronder weergegeven, genereerde een dendrogram bestaande uit vier clusters.



Figuur 1. Dendrogram met hiërarchische verdeling van belemmerende factoren.

Het dendrogram werd opgebouwd uit twee brede categorieën, ‘instellingsaspecten’ en ‘deelnemersaspecten’. Onder de categorie ‘instellingsaspecten’ bestonden vervolgens twee clusters, ‘houding therapeuten’ (cluster 1) en ‘organisatorische aspecten’ (cluster 2). De categorie ‘deelnemersaspecten’ bestond uit twee clusters, ‘individuele factoren’ (cluster 3) en ‘groepsfactoren’ (cluster 4).

Een aantal van vier clusters werd door het onderzoeksteam als minimum aangemerkt. Deze motivatie berustte op het feit dat indien voor een drie clusteroplossing werd gekozen er een samenvoeging plaats zou vinden tussen twee van de vier clusters. Dit werd volgens het onderzoeksteam als niet wenselijk beschouwd aangezien de vier clusters fundamenteel van elkaar verschilden. Bij de keuze voor een clusteroplossing van meer dan vier clusters werden er nog enkele clusters ondervetegenwoordigd. Bij een vijf clusteroplossing zou cluster vier namelijk in twee clusters zijn opgesplitst. Indien voor een zes clusteroplossing werd gekozen dan was cluster drie in twee clusters opgedeeld. Deze opties werden eveneens als niet wenselijk geschouwd omdat de items daar niet genoeg voor differentieerde. Uiteindelijk werd

door het onderzoeksteam in een consensusvergadering beslist dat een vier clusteroplossing het best differentiërend werd bevonden.

Cluster 1 (houding therapeuten) representeerde items zoals “*ik me niet begrepen voelde door de therapeuten*” en “*niet opmerkten dat ik therapie onderdelen niet aan kon*”. Cluster 2 (organisatorische aspecten) overkoepelde items waaronder “*er te weinig individuele therapie was*” en “*de duur van de behandeling te kort/lang was*”. Items die onder cluster 3 (individuele factoren) waren gegroepeerd waren onder andere “*ik geen hoop op verbetering had*” en “*ik meer herstel van klachten verwachtte dan mogelijk was*”. Bij cluster 4 (groepsfactoren) waren dit items als “*er botsingen waren in de groep*” en “*de groep te druk en stressvol was*”. Voor een volledig overzicht van items per cluster zie tabel 4 in bijlage 11.

De toegekende belangrijkheid per cluster is eveneens weergegeven in tabel 4 in bijlage 11. Cluster 2 (organisatorische aspecten) ($M=3.21$, $SD=1.36$) bleek het belangrijkste. Daarna volgen cluster 1 (houding therapeuten) ($M=3.03$, $SD=1.26$) en cluster 3 (individuele factoren) ($M=3.01$, $SD=1.25$). Cluster 4 (groepsfactoren) ($M=2.66$, $SD=1.21$) werd als minst belangrijk beschouwd.

Discussie

Onderzocht werd wat een gunstige verandering bij patiënten met ernstige somatoforme stoornissen in de behandeling heeft bemoeilijkt of tegengehouden en welke belemmerende factoren als belangrijkste werden geacht. Het huidige onderzoek identificeerde vier clusters van belemmerende factoren: ‘houding therapeuten’, ‘organisatorische aspecten’, ‘individuele factoren’ en ‘groepsfactoren’, waarvan organisatorische aspecten als belangrijkste cluster met belemmerende factoren werd beoordeeld.

De eerste hypothese luidde dat *psychopathologie* zoals depressie en angst door patiënten worden aangemerkt als factoren die gunstige verandering in de weg staan bij de behandeling van ernstige somatoforme stoornissen. Hoewel uit eerder onderzoek blijkt dat er onder deze patiënten veel sprake is van comorbiditeit van angst- en stemmingsproblematiek (Rief & Broadbent, 2007) en dat patiënten met angst (Cella et al., 2011) en depressieve symptomen minder baat hebben bij therapie (Brooks et al., 2011; De Rooij et al., 2013; Tummers et al., 2013) zijn in dit onderzoek echter geen psychopathologische factoren als belemmerend geïdentificeerd, waardoor de hypothese niet kan worden aangenomen. Dit houdt mogelijk verband met het verminderde vermogen tot (lichaams)mentaliteit bij deze patiëntengroep (Spaans et al., 2009) waardoor zij mogelijk minder in staat zijn om eigen en andermans lichaamssignalen en mentale toestanden waar te nemen en hier over te kunnen

reflecteren. Het is onwaarschijnlijk dat er onder de participanten geen of slechts in geringe mate sprake was van comorbide psychopathologie; lopend onderzoek van Van der Boom en Houtveen (2014) wijst uit dat er in hoge mate sprake is van comorbide angst- en stemmingsproblematiek onder patiënten met ernstige somatoforme stoornissen.

In tegenstelling tot eerder onderzoek van Cella et al. (2011) waarbij pijn als belemmerende factor werd gevonden en eerder onderzoek van De Rooij et al. (2013), Jackson & Passamonti (2005) en Poppe et al. (2012) waarbij veel en langdurige beperkingen als belemmerende factoren werden geïdentificeerd, werden somatische factoren in het huidige onderzoek niet als belemmeringen genoemd. Hierdoor kan de tweede hypothese, namelijk dat *somatische factoren* waaronder pijn, veel en langdurige beperkingen als belemmeringen worden aangedragen, eveneens niet worden aangenomen. Ook hier kan het verminderde vermogen tot (lichaams)mentaliteit een rol spelen, waardoor men mogelijk minder in staat is om lichaamssignalen waar te nemen. Anderzijds is herstel in relatie tot symptomen zoals Moss-Morris (2013) belichtte mogelijk niet aan de orde. Wellicht zijn er andere processen werkzaam zoals acceptatie van de aandoening. Daarnaast is het goed denkbaar dat er mogelijk andere belemmeringen zijn die zwaarder wegen bij patiënten, waardoor de somatische factoren waar zij mogelijk al jaren mee kampen naar de achtergrond verdwijnen. Tenslotte is het mogelijk dat patiënten somatische factoren niet als belemmerende factor maar als uitkomst van therapie hebben gezien.

Daarnaast werd verwacht dat *psychologische factoren* zoals gebrek aan acceptatie, controle over pijn, gebrek aan doelen of wensen, hoge verwachtingen, neuroticisme, catastroferen, ongerustheid en negatieve interpretaties en de focus op symptomen gunstige verandering in therapie in de weg staan. In overeenstemming met eerder onderzoek van McCracken & Vowles (2008) en Poppe et al. (2012) wordt gebrek aan acceptatie als belemmerende factor geïdentificeerd in cluster 3 (individuele factoren) met het item ‘...dat ik moeilijk kon accepteren dat de problematiek ook psychisch is’. Andere uitspraken uit cluster 3 zoals ‘...dat ik geen hoop op verbetering had’ en ‘...dat ik mij realiseerde dat ik niet beter zou worden’ en ‘...dat ik meer herstel van klachten verwachtte dan mogelijk was’ suggereren dat hoge verwachtingen en de afwezigheid van hoop op verbetering als belemmerend werd ervaren, overeenkomstig met onderzoek van Heins et al. (2013). Ook weerspiegelen deze items een catastroferend element, dat eerder al in onderzoek van Keefe et al. (1989) en Wiborg et al. (2012) als voorspeller voor een ongunstige therapie uitkomst werd gevonden. Daarnaast kwam ongerustheid over symptomen in het derde cluster naar voren met de uitspraak ‘...dat ik me zorgen maakte dat het erger zou worden’, wat in overeenstemming is

BELEMMERENDE FACTOREN BIJ ERNSTIGE SOMATOFORME STOORNISSEN

met onderzoek van Jackson en Passamonti (2005) dat ongerustheid als voorspeller voor een ongunstig therapie uitkomst vond. Andere factoren zoals het gebrek aan doelen of wensen, controle over pijn, het onvermogen tot rationeel denken, neuroticisme, negatieve interpretaties en de focus op symptomen komen niet specifiek als belemmerend naar voren. Daarentegen, aangezien er aanwijzingen zijn dat gebrek aan acceptatie, hoge verwachtingen, de afwezigheid van hoop, catastroferen en ongerustheid over symptomen mogelijk wel belemmerend zijn, kan de hypothese met voorzichtigheid worden aangenomen en lijkt het erop dat psychologische factoren belemmerend kunnen zijn om tot een gunstige therapie uitkomst te komen. De bevinding doet veronderstellen dat de therapie gericht moet zijn op het creëren van bewustzijn ten aanzien van psychologische factoren en het veranderen daarvan.

Ten aanzien van *sociale factoren* worden verschillende problemen als belemmerend genoemd. In cluster 4 (groepsfactoren) wijzen de volgende uitspraken op interpersoonlijke problemen en de perceptie van weinig sociale steun: ‘..dat de mensen in mijn omgeving mijn problemen niet begrepen’, ‘..dat er botsingen waren in de groep’, ‘..mijn sociale leven minder werd’ en ‘..dat mensen in mijn omgeving niet konden omgaan met mijn verandering’. Dit is in overeenstemming met voorgaand onderzoek van Cella et al. (2011), Turk et al. (1998) en Turk (2005) waarbij de subgroep patiënten met interpersoonlijke problemen, gekenmerkt door de perceptie van weinig sociale steun, minder goede therapie uitkomsten hadden, in tegenstelling tot patiënten met een dysfunctioneel patroon (gekenmerkt door pijn, beperkingen, psychologische problemen, weinig activiteit en gevoel van controle). De verwachting dat *sociale factoren*, zoals interpersoonlijke problemen en de perceptie van weinig sociale steun, belemmerend zijn voor een gunstige therapie uitkomst kan hierdoor worden aangenomen. Aangezien de behandeling deels is gericht op de bewustwording van interpersoonlijk gedrag worden patiënten mogelijk geconfronteerd met problemen in de omgang met anderen en is het mogelijk als hinderlijk ervaren. Dat sociale steun belangrijk is in therapie werd door Deci en Ryan (2000) ook benoemd. Hoewel de confrontatie met interpersoonlijke conflicten en de omgang hiermee mogelijk goed is om te leren luisteren naar je behoeften, moet men in therapie wel alert zijn op negatieve groepsdynamiek die het therapieproces mogelijk belemmert.

Ten aanzien van de vijfde verwachting zijn er eveneens aanwijzingen dat *gedragmatige factoren*, zoals passiviteit, ontwijking en vermijding van activiteiten een gunstige verandering bemoeilijken, waardoor de hypothese met voorzichtigheid kan worden aangenomen. De bevinding van Prins et al. (2001) waarbij een passief activiteitenpatroon als belemmerend werd aangemerkt komt in het huidige onderzoek in cluster 2 terug met de

uitspraken ‘..dat er te weinig sport of beweging was’ en ‘..dat ik tijdens de behandeling te vaak niets te doen had’. Hoewel de werkelijk verrichtte activiteiten niet objectief gemeten zijn waardoor de bevindingen met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd, ervaren patiënten de hoeveelheid bewegingsmogelijkheden als te weinig. Met betrekking tot vermijding en ontwijking van activiteit lijkt in dit onderzoek weinig sprake, aangezien participanten in dit onderzoek de hoeveelheid activiteit eerder als te weinig beoordeelden. Ook wordt dit niet als belemmerend ervaren, in tegenstelling tot eerder onderzoek van Tummers et al. (2013). Alomvattend is het aannemelijk dat gedragsmatige factoren, met name passiviteit, als belemmerende factoren worden aangemerkt, ook al betreft dit een subjectief oordeel van de patiënt.

Enigszins in overeenstemming met de hypothese dat *sociale factoren* als belangrijkste belemmerende factoren zouden worden aangedragen (aangezien men geneigd is om positieve factoren intern te attribueren en negatieve factoren extern te attribueren (Heider, 1958)), wordt cluster 2 (organisatorische aspecten) met bijbehorende uitspraken als belangrijkste beoordeeld. Het cluster over sociale factoren (cluster 4, groepsfactoren) werd echter als minst belangrijk beschouwd. Desondanks reflecteert de bevinding dat organisatorische belemmeringen als belangrijkste worden beoordeeld dat externe factoren in brede zin belangrijke belemmeringen worden bevonden. Cluster 2 gaat namelijk eveneens om externe factoren. Met items als ‘..dat de wachttijd voor start van de behandeling zo lang duurde’ en ‘..dat er te weinig sport of beweging was’ worden factoren ten aanzien van de organisatie of instelling bedoeld en gaat het eveneens over factoren die men buiten zichzelf neerlegt. Dat organisatorische aspecten als belangrijkste belemmeringen werden beoordeeld is anderzijds interessant vanwege enkele uitspraken over het ontbreken van autonomie, zoals “..dat ik geen vrije keuze in de therapie had”. De eerder beschreven *zelfbepalingstheorie* van Deci & Ryan (2000) beschreef dat een behandeling meer slagingskansen zal hebben indien een patiënt zelf inspraak heeft op het behandelproces. De belangrijkheid die men hieraan verbindt suggereert dat patiënten mogelijk gebaat zijn bij meer inspraak in de behandeling.

Naast de bevindingen omtrent de verwachtingen schetsen beiden steekproeven een heterogeen beeld (tabel 2 en 3) zoals kenmerkend is voor patiënten met somatoforme stoornissen (Guymer et al., 2012). Hoewel het onderzoeken van het effect van de behandeling geen doel van het onderzoek was en de steekproef te klein was om daar uitspraken over te doen, is het opmerkelijk te noemen dat beide steekproeven niet of nauwelijks verbetering hebben gekend in de periode voor de behandeling tot het moment van het onderzoek (te zien aan de effectgrootte (Cohen’s D) van de BSI uitkomsten in tabel 2). Men zou verwachten dat

patiënten na een intensieve behandeling vooruitgang boeken. Onder de participanten die zijn geïnterviewd lijkt dit echter niet het geval te zijn en hoewel de participanten die de KST hebben uitgevoerd wel lichte vooruitgang lijken te vertonen, is de effectgrootte klein. Er is echter niet te zeggen of deze effecten aan de behandeling zijn toe te schrijven. Duidelijk is wel dat patiënten onderling erg variëren in de mate waarin een verandering in somatische klachten plaatsvond, wat overeen komt met bevindingen van Koelen et al. (2014), waarbij werd geconstateerd dat sommigen patiënten meer verbetering vertonen dan anderen. Ook de scores op de gezondheidsschaal van de EuroQol5-D bevestigen dit beeld. De gemiddelde scores laten bovendien zien dat gemiddeld lager wordt gescoord (zie tabel 3) dan werd geobserveerd door Janssen et al. (2013), waarbij een klinische steekproef gemiddeld 64 scoorde en in een gezonde steekproef gemiddelde 79. Dit suggereert dat de mate van kwaliteit van leven na de behandeling in dit onderzoek matig is. Echter, aangezien de voormeting ontbrak is niet duidelijk in welke mate men is verbeterd of verslechterd ten opzichte van de aanvang van therapie. Al met al is wel duidelijk dat het verschil in somatische klachten en de kwaliteit van leven onderling groot is in de periode na de behandeling en dat er in beide steekproeven over het algemeen weinig verbetering zichtbaar is. Mogelijk spelen belemmerende factoren daarin een rol, naast veranderingsprocessen bij deze patiëntenpopulatie mogelijk niet op de juiste wijze in kaart worden gebracht (Moss-Morris, 2013).

De kracht van dit onderzoek is dat zowel patiënt als professional als experts werden gezien waarbij vanuit eigen perspectief werd gekeken naar belemmerende factoren en dat informatieverzameling zowel kwalitatief als kwantitatief geschiedde waardoor verder werd gekeken dan slechts vanuit de visie van onderzoekers of behandelaren. Het perspectief van de patiënt kreeg een belangrijke plaats binnen dit onderzoek.

Een beperking van het onderzoek is de geringe steekproefomvang. Er werden 10 participanten geïnterviewd (wat een redelijk aantal is) maar slechts 12 participanten voerden de KST uit. Dit terwijl een steekproef van minimaal 15 participanten pas als geschikt wordt geacht voor de ‘concept mapping’ methode (Trochim, 1989) en waarschijnlijk een nog grotere steekproef nodig was vanwege de heterogeniteit van uitspraken. Een andere beperking was dat participanten in dit onderzoek verschillende therapieën van verschillende behandelduur hebben doorlopen en behandeld werden voor verschillende somatoforme stoornissen. Hierdoor is het mogelijk dat de aard, de hoeveelheid en het belang van de belemmeringen die men heeft ervaren erg van elkaar verschillen en dit mogelijk ten onrechte aan individuele verschillen wordt toegeschreven. Tevens bestaan er hierdoor twijfels over de

generaliseerbaarheid van het onderzoek; vanwege het verschil in de aard van stoornissen geïncorporeerd in dit onderzoek zijn de resultaten niet zomaar te generaliseren naar alle patiënten met alle vormen van ernstige somatoforme stoornissen. Daar komt bij dat niet alle literatuur zich richtte op ernstige vormen en hoewel de sekseverhouding in dit onderzoek representatief is voor de patiëntpopulatie, zijn bovendien alleen Nederlandstalige patiënten onderzocht. Tot slot is er geen supervisie mogelijk geweest bij de uitvoer van de KST (omdat men dit thuis uitvoerde) waardoor enkele missende waarden zijn opgetreden.

Concluderend kan worden gesteld dat psychologische factoren zoals gebrek aan acceptatie, hoge verwachtingen, de afwezigheid van hoop, catastroferen en ongerustheid en gedragsmatige factoren zoals passiviteit, evenals sociale factoren zoals interpersoonlijke problemen en de perceptie van weinig sociale steun, door patiënten als belemmerend worden geïdentificeerd om tot een gunstig behandelresultaat te komen. Naast deze individuele factoren worden de houding die therapeuten aannemen, organisatorische aspecten in therapie, als ook groepsfactoren genoemd als belemmeringen voor verandering. Organisatorische aspecten zoals te weinig bewegingsmogelijkheden, een te lange wachttijd voor het starten van therapie en te weinig autonomie tijdens de behandeling lijken de belangrijkste belemmeringen te zijn in therapie. Aangezien er grote individuele verschillen bestaan kan bij deze patiëntenpopulatie mogelijk tot een beter behandelresultaat worden gekomen indien men in de behandeling rekening houdt met factoren die als hinderlijk worden ervaren en deze afstemt op het individu. Het maken van een persoonlijke inventarisatie van mogelijke belemmerende factoren bij aanvang van therapie en tijdens therapie kan hierbij behulpzaam zijn.

Implicaties voor een screeningsinstrument

Met behulp van een screeningsinstrument (bijlage 12) kunnen patiënten de meest waarschijnlijke belemmerende factoren zoals geïdentificeerd in dit onderzoek naar mate van belangrijkheid aangeven waardoor de zorg mogelijk beter kan worden afgestemd op het individuele veranderingsproces, zoals door Turk (2005) werd beargumenteerd. Echter, aangezien door middel van zelfrapportage alleen wordt gemeten waar men zich van bewust is en wat men wil rapporteren, is de validiteit van het screeningsinstrument –indien het alleen gebruikt zou worden- waarschijnlijk laag en zal een interview waarin mogelijke belemmerende factoren worden achterhaald waarschijnlijk meer informatie opleveren.

Implicaties voor vervolgonderzoek en de praktijk

Implicaties voor vervolgonderzoek zijn onder meer het repliceren van het onderzoek met een grotere steekproefomvang met minimaal 15 participanten, gespecificeerd op aard van de stoornis en waarbij tevens de inhoud en duur van therapie overeenkomt, zodat specifieker kan worden onderzocht welke factoren belemmerend zijn bij welke behandelingen en bij welke patiënten. Tot slot zou vervolgonderzoek in kaart kunnen brengen of de geïdentificeerde belemmeringen daadwerkelijk leiden tot een minder gunstige therapie uitkomst. Een suggestie voor in de praktijk kan zijn om bij aanvang van therapie aan de hand van het screeningsinstrument een persoonlijke inventarisatie te maken om deze daarna -samen met de patiënt- te overleggen.

Referenties

- Altrecht (2014). *Altrecht Psychosomatiek Eikenboom*. Geraadpleegd op 4 maart 2014 van: http://www.altrecht.nl/ggz/52973/Altrecht_Psychosomatiek_Eikenboom#.U4nZZHJ_vbQ
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th, revised version). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Brooks, S. K., Rimes, K. A., & Chalder, T. (2011). The role of acceptance in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, *71*, 411-415.
- Cella, M., Chalder, T., & White, P. D. (2011). Does the heterogeneity of chronic fatigue syndrome moderate the response to cognitive behaviour therapy? An exploratory study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *80*, 353-358.
- De Beurs, E. (2008). *Brief Symptom Inventory handleiding*. Leiden, the Netherlands: PITS B.V.
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological Adjustment to Chronic Disease. *The Lancet*, *372*, 246-255.
- Derogatis, L. R. & Spencer, M. S. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring, and procedures manual -1*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
- De Rooij, A. D., Roorda, L. D., Otten, R. H., van der Leeden, M., Dekker, J., & Steultjens, M. P. (2013). Predictors of multidisciplinary treatment outcome in fibromyalgia: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, *35*, 437-449.
- De Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & Van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *184*, 470-476.
- Fisher, E., Boerema, I. & Franx, G. (2010). Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen

- (2010). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van SOLK en Somatoforme Stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Guymer, E. K., Maruff, P., & Littlejohn, G. O. (2012). Clinical characteristics of 150 consecutive fibromyalgia patients attending an Australian public hospital clinic. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 15, 348-357.
- Heider (1958). *The psychology of interpersonal relationships*. New York: Wiley.
- Heins, M. J., Knoop, H., & Bleijenberg, G. (2013). The role of the therapeutic relationship in cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 368-376.
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, 369, 946-955.
- Houtveen, J., van Broeckhuysen-Kloth, S., Lintmeijer, L.J., Bühring, M., & Geenen, R. (2014). Evaluation of intensive multidisciplinary treatment for severe somatoform disorder: a prospective observational clinical study. *Manuscript aangeboden voor publicatie*.
- Jackson, J. L., & Passamonti, M. (2005). The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1032-1037.
- Janssen, M. F., Pickard, A. S., Golicki, D., Gudex, C., Niewada, M., Scalone, L. & Busschbach, J. (2013). Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study. *Quality of Life Research*, 22, 1717-1727.
- Kalisvaart, H., van Broeckhuysen, S., Bühring, M., Kool, M.B. & van Dulmen, S. (2012).

- Definition and Structure of Body-Relatedness from the Perspective of Patients with Severe Somatoform Disorder and Their Therapists. *PLoS one*, 7,e42534.
- Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A., & Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37, 51-56.
- Kleinstäuber, M., Witthöft, M., & Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 146-160.
- Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E. H., van Broeckhuysen-Kloth, S. A. & Geenen, R. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 12-19.
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2008). A Prospective Analysis of Acceptance of Pain and Values-based Action in Patients with Chronic Pain. *Health Psychology*, 27, 215.
- Nater, U. M., Jones, J. F., Lin, J. M., Maloney, E., Reeves, W. C., & Heim, C. (2010). Personality features and personality disorders in chronic fatigue syndrome: a population-based study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 312-318.
- Poppe, C., Crombez, G., Hanouille, I., Vogelaers, D., & Petrovic, M. (2012). Mental quality of life in chronic fatigue is associated with an accommodative coping style and neuroticism: a path analysis. *Quality of Life Research*, 21, 1337-1345.
- Price, J. R., Mitchell, E., Tidy, E., & Hunot, V. (2008). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Library Database*, 3.
- Prins, J. B., Bleijenberg, G., Bazelmans, E., Elving, L. D., de Boo, T. M., Severens, J. L. & Van der Meer, J. W. (2001). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet*, 357, 841-847.
- Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and

- mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27, 821-841.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Sattel, H., Lahmann, C., Gündel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M. & Henningsen, P. (2012). (2012). Brief psychodynamic-interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 200, 60-7.
- Spaans, J.A., Veselka, L., Luyten, P., Bühring, M.E.F. (2009). Lichamelijke aspecten van mentalisatie; therapeutische focus bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 239-248.
- Trochim, W. M. (1989). An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12, 1-16.
- Tummers, M., Knoop, H., van Dam, A. & Bleijenberg, G. (2013). Moderators of the treatment response to guided self-instruction for chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 373-377.
- Turk, D. C. (2005). The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain: lumping versus splitting. *The Clinical Journal of Pain*, 21, 44-55.
- Turk, D. C., Okifuji, A., Sinclair, J. D., & Starz, T. W. (1998). Differential responses by psychosocial subgroups of fibromyalgia syndrome patients to an interdisciplinary treatment. *Arthritis & Rheumatism*, 11, 397-404.
- Van der Boom, K.J. & Houtveen, J.H. (2014). Severe somatoform disorders in tertiary care: comorbidity with mood, anxiety, and personality disorders. *Manuscript aangeboden voor publicatie*.
- Van Hout, B., Janssen, M. F., Feng, Y. S., Kohlmann, T., Busschbach, J., Golicki, D., Lloyd,

- A., Scalone, L., Kind, Phil, M. & Pickard, A. S. (2012). Interim scoring for the EQ-5D-5L: mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets. *Value in Health, 15*, 708-715.
- Wiborg, J. F., Knoop, H., Frank, L. E., & Bleijenberg, G. (2012). Towards an evidence-based treatment model for cognitive behavioral interventions focusing on chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 72*, 399-404.
- Wouters, E.J.M. & Geenen, R. (2011). Physical Activity in Obesity. In J.S. Buchanan (Ed.), *Nutritional and Physical education (pp. 1-23)*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.

Bijlage 1. Demografische gegevens participanten**Tabel 1.** Demografische gegevens participanten interviews (INT) en kaartsorteertaak (KST).

	INT		KST	
	Aantal (n=12)	Procenten	Aantal (n=10)	Procenten
Geslacht				
Man	4	33,3	1	10
Vrouw	8	66,7	9	90
Leeftijd				
Gemiddelde (SD)	48(13)		48(14)	
Spreiding	30-68		21-68	
Burgerlijke staat				
Gehuwd/samenwonend	8	66,7	6	60
Gescheiden	1	8,3	2	20
Weduwe/weduwnaar	1	8,3	0	0
Alleenstaand	2	16,7	2	20
Opleidingsniveau				
Lager onderwijs ¹	1	8,3	0	0
Lager beroepsonderwijs ²	2	16,7	1	10
Middelbaar algemeen onderwijs	3	25	3	30
Middelbaar beroepsonderwijs	2	16,7	4	40
Hoger beroepsonderwijs	2	16,7	2	20
Wetenschappelijk onderwijs ³	2	16,7	0	0
Behandeling				
Klinische opname Zeist	0	0	3	30
Klinische opname Den Dolder	3	25	1	10
Driedaagse deeltijd behandeling Zeist	4	33,3	0	0
Oriëntatiegroep ⁴	2	16,7	1	10
Verdiepingsgroep ⁴	1	8,3	1	10
Individuele behandeling	1	8,3	1	10
Anders	1	8,3	2	20
Eventuele tweede behandeling				
Niets aangekruist	9	75	7	70
Klinische opname Den Dolder	0	0	1	10
Oriëntatiegroep ⁴	2	16,7	0	0
Anders	1	8,3	2	20
Eventuele derde behandeling				
Niets aangekruist	10	83,3	10	10
Verdiepingsgroep ⁴	1	8,3	0	0
Individuele behandeling	1	8,3	0	0
Duur behandeling				
Tot 3 maanden	3	25	5	50
3 tot 6 maanden	3	25	1	10
6 tot 12 maanden	2	16,7	3	30
Meer dan 12 maanden	4	33,3	1	10
Behandeling elders				
Nee	3	25	5	50
Ja	9	75	5	50

¹ Basisschool² LHNO/huishoudschool/LTS/VBO/VMBO-P³ Universiteit, ingenieursexamen⁴ Zeist of Woerden

Bijlage 2. Vragenlijst Brief Symptom Inventory (BSI)

Instructies: Hieronder is een lijst met problemen die mensen kunnen hebben. Lees ieder probleem zorgvuldig dor en omcirkel het cijfer dat het beste weergeeft IN HOEVERRE U LAST HAD VAN DAT PROBLEEM GEDURENDE DE AFGELOPEN WEEK INCLUSIEF VANDAAG. Omcirkel een nummer achter iedere vraag en sla geen vragen over.

Een voorbeeld:

HOEVEEL LAST HAD U VAN	hele- maal geen	een beetje	nogal	tame- lijk veel	heel veel
1. Pijn	0	1	2	3	4

HOEVEEL LAST HAD U VAN	hele- maal geen	een beetje	nogal	tame- lijk veel	heel veel
1. Zenuwachtigheid of beverigheid	0	1	2	3	4
2. Duizeligheid of moeite je evenwicht te bewaren	0	1	2	3	4
3. Het idee dat een ander je gedachten kan beïnvloeden	0	1	2	3	4
4. Het gevoel dat de meeste van de problemen aan anderen te wijten zijn	0	1	2	3	4
5. Moeite iets te onthouden	0	1	2	3	4
6. Je snel aan iets ergeren	0	1	2	3	4
7. Pijn op de borts of het hart	0	1	2	3	4
8. Angstig zijn op open pleinen of grote ruimten	0	1	2	3	4
9. Gedachten aan zelfmoord	0	1	2	3	4
10. Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn	0	1	2	3	4
11. Weinig eetlust	0	1	2	3	4
12. Zomaar plotseling bang worden	0	1	2	3	4
13. Woede-uitbarstingen die je niet kan beheersen	0	1	2	3	4
HOEVEEL LAST HAD U VAN	hele- maal geen	een beetje	nogal	tame- lijk veel	heel veel
14. Je eenzaam voelen, zelfs als je in gezelschap bent	0	1	2	3	4
15. Je geblokkeerd voelen in het afkrijgen van dingen	0	1	2	3	4
16. Je eenzaam voelen	0	1	2	3	4

BELEMMERENDE FACTOREN BIJ ERNSTIGE SOMATOFORME STOORNISSEN

17. Je somber voelen	0	1	2	3	4
18. Geen interesse kunnen opbrengen voor dingen	0	1	2	3	4
19. Bang zijn	0	1	2	3	4
20. Gauw gekwetst of geraakt zijn	0	1	2	3	4
21. Het gevoel dat mensen onvriendelijk zijn en je niet mogen	0	1	2	3	4
22. Je tegenover anderen de mindere voelen	0	1	2	3	4
23. Misselijk of je maag van streek	0	1	2	3	4
24. Het gevoel dat je in de gaten gehouden wordt of dat er over je gepraat wordt achter je rug	0	1	2	3	4
25. Moeite met in slaap vallen	0	1	2	3	4
26. Alles wat je doet steeds maar moeten controleren	0	1	2	3	4
27. Moeite met beslissingen nemen	0	1	2	3	4
28. Bang zijn om te reizen met bus, trein of tram	0	1	2	3	4
29. Benauwd, moeite met ademen	0	1	2	3	4
30. Opvliegers of koude rillingen	0	1	2	3	4
31. Bepaalde plaatsen, dingen of activiteiten vermijden omdat je er angstig van wordt	0	1	2	3	4
32. Helemaal van je apropos zijn (de draad van je gedachten kwijt raken)	0	1	2	3	4
33. Gevoelloosheid of tintelingen in bepaalde lichaamsdelen	0	1	2	3	4
HOEVEEL LAST HAD U VAN	helemaal geen	een beetje	nogal	tame-lijk veel	heel veel
34. Het idee dat je zondig bent en gestraft moet worden	0	1	2	3	4
35. Je hopeloos voelen over de toekomst	0	1	2	3	4
36. Concentratieproblemen	0	1	2	3	4
37. Je slap of zwak voelen ergens in je lichaam	0	1	2	3	4
38. Je gespannen en opgefokt voelen	0	1	2	3	4
39. Gedachten aan sterven of aan de dood	0	1	2	3	4
40. De aandrang hebben om iemand te slaan, te verwonden of pijn te doen	0	1	2	3	4

BELEMMERENDE FACTOREN BIJ ERNSTIGE SOMATOFORME STOORNISSEN

41. De aandrang hebben om met dingen te gooien of ze stuk te slaan	0	1	2	3	4
42. Je erg verlegen voelen in gezelschap	0	1	2	3	4
43. Je niet op je gemak voelen in menigten	0	1	2	3	4
44. Je met niemand nauw verbonden voelen	0	1	2	3	4
45. Aanvallen van angst of paniek	0	1	2	3	4
46. Snel ruzie krijgen	0	1	2	3	4
47. Je nerveus voelen als je alleen en verlaten bent	0	1	2	3	4
48. Het gevoel dat anderen je prestaties niet voldoende onderkennen	0	1	2	3	4
49. Je zo rusteloos voelen dat je niet stil kan blijven zitten	0	1	2	3	4
50. Het gevoel dat je niets waard bent	0	1	2	3	4
51. Het gevoel dat anderen misbruik van je maken als je niet oppast	0	1	2	3	4
52. Je schuldig voelen	0	1	2	3	4
53. De gedachte dat je psychisch wat mankeert	0	1	2	3	4

Bijlage 3. Vragenlijst 'kwaliteit van leven' (EuroQol-5D)

Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje bij de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand vandaag.

1. mobiliteit

- ik heb geen problemen met lopen
- ik heb enige problemen met lopen
- ik ben bedlegerig

2. zelfzorg

- ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- ik heb enige problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- ik ben niet in staat om mijzelf te wassen of aan te kleden

3. dagelijkse activiteiten (bijv. werksituatie, huishouden, gezin- en vrijetijdactiviteiten)

- ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- ik ben niet in staat om mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

4. pijnklachten

- ik heb geen pijn of andere klachten
- ik heb matige pijn of andere klachten
- ik heb ernstige pijn of andere klachten

5. stemming

- ik ben niet angstig of somber
- ik ben matig angstig of somber
- ik ben erg angstig of somber

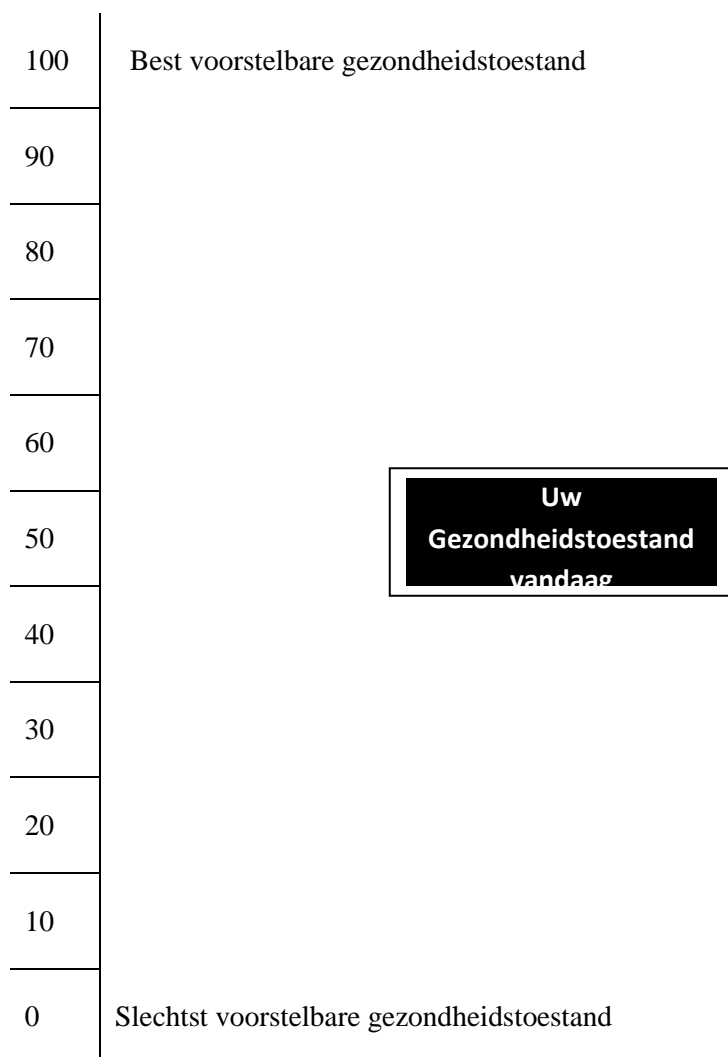
6. vergeleken met mijn gezondheidstoestand gedurende het afgelopen jaar is mijn toestand vandaag

- beter
- ongeveer hetzelfde
- slechter

Om mensen te helpen bij het aan geven hoe goed of hoe slecht een gezondheidstoestand is, hebben we een meetschaal 'te vergelijken met een thermometer' gemaakt.

Op de meetschaal hieronder betekent '100' de beste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen. Wij willen u vragen hoe goed of slecht uw eigen gezondheidstoestand vandaag is. Trek een lijn van het hokje hieronder naar het punt op de meetschaal dat volgens u aangeeft hoe goed of hoe slecht uw gezondheidstoestand vandaag is.

BELEMMERENDE FACTOREN BIJ ERNSTIGE SOMATOFORME STOORNISSEN



Bijlage 4. Algemene gegevens

1. **Wat is de datum van vandaag?** _____
2. **Wat is uw geboortedatum?** _____
3. **Wat is uw geslacht?**
 - Vrouw
 - Man
4. **Wat is op dit moment uw burgerlijke staat?**
 - Gehuwd/samenwonend
 - Gescheiden
 - Weduwe/ weduwnaar
 - Alleenstaand
 - Anders, namelijk _____
5. **Wat is uw hoogst voltooide opleiding?**
 - Lager onderwijs (basisschool)
 - Lager beroepsonderwijs (LHNO/huishoudschool/LTS/VBO/VMBO-p))
 - Middelbaar algemeen onderwijs (MULO/MAVO/VMBO-t/ 3 jaar HAVO/VWO)
 - Middelbaar beroepsonderwijs (MTS,MEAO etc.)
 - Voortgezet algemeen onderwijs (HBS/MMS/HAVO/VWO/Gymnasium/Atheneum)
 - Hoger beroepsonderwijs (HTS,HEAO etc.)
 - Wetenschappelijk onderwijs (universiteit, ingenieursexamen)
 - Anders, namelijk _____
6. **Welke behandeling heeft u bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom gevolgd? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.**
 - klinische opname in Zeist
 - klinische opname in Den Dolder
 - 3 daagse deeltijd behandeling in Zeist
 - behandeling oriëntatiegroep (Zeist of Woerden)
 - behandeling verdiepingsgroep (Zeist of Woerden)
 - individuele behandeling
 - anders, namelijk _____
7. **Wat was de duur van de hele behandeling?**
 - tot 3 maanden
 - 3 tot 6 maanden
 - 6 tot 12 maanden
 - meer dan 12 maanden, namelijk _____
8. **Bent u na behandeling bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom elders in behandeling geweest?**
 - nee, geen behandeling
 - ja, namelijk _____

Bijlage 5. Interviewprotocol

Telefonische benadering cliënten ter participatie

(Nadat informatiebrieven zijn verstuurd)

Jezelf voorstellen, instelling vermelden

Bent u mevr/dhr[...]?

Brief ontvangen onderzoek Altrecht? Kunt u zich dat herinneren?

Onderzoek toelichten

- het ging over het onderzoek waarbij we een interview met u wilden doen omdat u in behandeling bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom bent geweest en wat u dat heeft opgeleverd
- doel van het onderzoek is om de behandeling bij Eikenboom in de toekomst te verbeteren

Bereidheid participatie?

- Indien ja, gang van zaken uitleggen: het interview gaat max. 2 uur duren
- Is het op dit moment niet te belastend voor u? (Uitleg: wij vragen dat omdat we alleen mensen kunnen laten meedoen die het interview als niet belastend zullen ervaren. Daarover kunt u zelf het beste beslissen.)
- vertrouwelijkheid gegevens
- wijzen op invullen van de vragenlijsten voorafgaand aan interview (max. 20 min)
- Indien nee: prima, bedankt voor uw reactie

Afspraak maken voor interview (dag, tijdstip en plaats). Thuis of liever ergens anders?

Een dag voor het interview afspraak telefonisch bevestigen/herinnering indien afstand groot en veel tijd ligt tussen telefonisch contact en afspraak.

Interview

- Voorstellen
- ‘ijsbrekend’ praatje (laat mensen vertellen), fijn dat u meedoet!
- Aanspreekvorm (u, je/jij)
- Korte herhaling doel en gang van zaken onderzoek, jouw rol in het onderzoek
- Vragen of je het gesprek mag opnemen, uitleggen dat het wordt uitgetypt om geen informatie kwijt te raken en dat de opname na het uittypen gewist zal worden,

BELEMMERENDE FACTOREN BIJ ERNSTIGE SOMATOFORME STOORNISSEN

aangeven dat gegevens vertrouwelijk zal worden behandeld, (wijzen op recht terugtrekking uit onderzoek)

- Indien opname niet wordt toegestaan: vragen of aantekeningen gemaakt mogen worden
- Vragen of alles helder is
- Toestemmingsformulier laten tekenen (is verplichting)
- Vragen of de vragenlijsten zijn ingevuld en innemen

(Indien mensen toch in crisissituatie blijken te verkeren, vertellen dat contact opgenomen kan worden, in acute situaties is de aangewezen persoon de huisarts)

Semi gestructureerd interview, waarbij zoveel en zo concreet mogelijk gegevens worden verzameld betreffende:

VRAAG 1.

Belangrijkste uitkomsten, bijv:

- Wat is het belangrijkste dat u heeft bereikt met de behandeling?
- Wat zijn de belangrijkste veranderingen die u heeft opgemerkt?
- Wat wilde u het liefst bereiken met de behandeling? Is dat gelukt?

VRAAG 2

U heeft zojuist aangegeven wat u het liefst wilde bereiken met de behandeling en of dat gelukt is. Kunt u aangeven waarom dat wel of niet gelukt is?

VRAAG 3

Succesfactoren, bijv:

- Wat heeft er voor gezorgd dat het tijdens de behandeling beter met u ging?
- Wat waren voor u de belangrijkste veranderingen die tot het slagen van de behandeling leidde?
- Wat heeft er buiten de handeling om toe bijgedragen dat u beter bent geworden/veranderde?

VRAAG 4

Belemmeringen, bijv:

- Wat waren voor u belemmeringen in de behandeling?

BELEMMERENDE FACTOREN BIJ ERNSTIGE SOMATOFORME STOORNISSEN

- Wat waren gebeurtenissen of omstandigheden die uw herstel negatief beïnvloedde of in de weg stonden?
- Wat waren moeilijkheden of hobbels in de weg?
- Wat zou u achteraf anders hebben gewild?

VRAAG 5

- Wat zou u aan de behandeling willen veranderen?

Interview afsluiten

- Vragen of zij/hij nog dingen kwijt wil heeft die niet zijn gevraagd
- Bedanken voor de medewerking
- Indien iemand graag de resultaten van onderzoek wil weten kan hij/zij die krijgen toegestuurd

Doorvragen/verduidelijkende vragen zoals

- Wat bedoelt u precies met...
- Kunt u dat verduidelijken? Hoe? Leg uit?
- Kunt u daar iets meer over vertellen?
- Kunt u een voorbeeld noemen?
- Hoe zou u dat in een paar woorden kunnen omschrijven?
- Wat betekende dat voor u/ waarom vond u dat belangrijk
- Wat vond u van al die dingen het belangrijkste?
- Waren er nog meer belangrijke veranderingen/belemmeringen...
- Geef deelnemer tijd om na te denken

Bijlage 6. Aanbevelingsbrief APS

Geachte heer, mevrouw,

Altrecht Psychosomatiek Eikenboom doet veel onderzoek bij de groep cliënten met ernstige onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Met deze brief willen wij u uitnodigen deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek.

In samenwerking met Altrecht Psychosomatiek Eikenboom start de afdeling Psychologie van de Universiteit Utrecht (Prof. dr. R. Geenen) een onderzoek. Het doel is om bij mensen die in behandeling zijn geweest bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom in kaart te brengen wat het resultaat van behandeling is geweest, wat tot dat resultaat heeft geleid en wat hieraan een positieve of negatieve bijdrage heeft geleverd. Gegevens in het onderzoek zullen uiteraard vertrouwelijk worden behandeld.

Bij deze brief treft u verdere informatie over het onderzoek. Omdat het onderzoek nuttige informatie kan opleveren voor de behandeling bij toekomstige cliënten, achten wij uw deelname van groot belang. U beslist zelf of u wel of niet meedoet.

Voor verdere vragen met betrekking tot het onderzoek kunt u contact opnemen met de uitvoerende onderzoeker J. Bazen.

Hoogachtend,

Dr. S. van Broeckhuysen
hoofd onderzoek Altrecht Psychosomatiek Eikenboom
GGZ Altrecht

Bijlage 7. Informatiebrief interview**Universiteit Utrecht**

Utrecht, oktober 2013

Betreft: uitnodiging voor medewerking aan het onderzoek
'Uitkomsten, succesfactoren en belemmeringen bij de behandeling van cliënten bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. Een kwalitatief-kwantitatief onderzoek vanuit het perspectief van de cliënt'.

Geachte mevrouw of heer,

In deze brief informeren wij u over het onderzoek 'Uitkomsten, succesfactoren en belemmeringen' waarvoor wij uw medewerking vragen. Het is een onderzoek waarin uw mening over de behandeling bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom centraal staat. Het onderzoek wordt uitgevoerd door onderzoekers van de Universiteit Utrecht in samenwerking met Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. Op grond van de informatie in deze brief kunt u beslissen of u wel of niet mee wilt doen.

Voor een optimale kwaliteit van de zorg is het belangrijk om te weten wat het resultaat van de behandeling is. Ook willen we graag weten wat tot dat resultaat heeft geleid. Het onderzoek vindt plaats bij mensen die in behandeling zijn geweest bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. We willen achterhalen 1) wat voor u belangrijke resultaten van de behandeling waren, 2) wat cruciaal is geweest voor verandering (succesfactoren) en 3) welke factoren verandering hebben bemoeilijkt of tegengehouden (belemmeringen).

Het onderzoek bestaat uit een gesprek (interview). Dat gesprek zal ongeveer een a twee uur duren en zal worden opgenomen (indien u hiervoor toestemming geeft). Als u besluit om mee te doen, dan kunt u zelf beslissen of u dit gesprek thuis wilt laten plaatsvinden of elders. Wij zullen hierover met u een afspraak maken via de telefoon. We willen u bovendien vragen om voorafgaand aan het interview bijgevoegde vragenlijsten in te vullen. Hierin wordt gevraagd naar een paar persoonlijke gegevens zoals leeftijd en burgerlijke staat. Ook wordt er gevraagd naar kwaliteit van leven en uw symptomen.

BELEMMERENDE FACTOREN BIJ ERNSTIGE SOMATOFORME STOORNISSEN

U ondervindt geen directe voordelen of nadelen van deelname aan dit onderzoek. Uw deelname aan het gesprek vormt een bijdrage van u aan onze kennis en daarmee aan de behandeling van cliënten met onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Alle gegevens van het onderzoek zullen vanzelfsprekend vertrouwelijk worden verwerkt en geanalyseerd. Na afloop zullen wij u een artikel toesturen met de resultaten van het onderzoek indien u dit wenst.

U bent vrij om te beslissen of u wel of niet wilt deelnemen aan het onderzoek. Laat in uw beslissing ook meewegen of u dit op dit moment niet te belastend vindt. Om te laten weten of u wel of niet mee wilt doen, kunt u contact opnemen met één van onze onderzoekers, Jard Bazen. Uiteraard kunt u ook contact opnemen als u nog vragen heeft. Wilt u graag spreken met een onafhankelijke vertrouwenspersoon, dan kunt u terecht bij Kees Jan van der Boom.

Wij hopen op uw deelname!

Met vriendelijke groet,

mede namens prof. dr. Rinie Geenen (projectleider Universiteit Utrecht) , dr. Saskia van Broeckhuysen (hoofd onderzoek Altrecht Psychosomatiek Eikenboom), Sonja Klemm (onderzoeker Altrecht Psychosomatiek Eikenboom) en Lummy Oosterhuis (projectlid als vertegenwoordiger vanuit de ex-clieënten).

Amy van de Broeck en Jard Bazen, studentonderzoeker bij de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht

Bijlage 8. Informatiebrief kaartsorteertaak**Universiteit Utrecht**

Utrecht, november2013

Betreft: uitnodiging voor medewerking aan het onderzoek
'Uitkomsten, succesfactoren en belemmeringen bij de behandeling van cliënten bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. Een kwalitatief-kwantitatief onderzoek vanuit het perspectief van de cliënt'.

Geachte mevrouw of heer,

In deze brief informeren wij u over het onderzoek 'Uitkomsten, succesfactoren en belemmeringen' waarvoor wij uw medewerking vragen. Het is een onderzoek waarin uw mening over de behandeling bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom centraal staat. Het onderzoek wordt uitgevoerd door onderzoekers van de Universiteit Utrecht in samenwerking met Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. Op grond van de informatie in deze brief kunt u beslissen of u wel of niet mee wilt doen.

Voor een optimale kwaliteit van de zorg bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom is het belangrijk om te weten wat het resultaat van de behandeling is. Ook willen we graag weten wat tot dat resultaat heeft geleid. In de afgelopen maand hebben mensen die in behandeling zijn geweest bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom deelgenomen aan interviews. Hieruit is veel informatie naar voren gekomen. We weten nu wat voor deze cliënten de belangrijkste resultaten van de behandeling waren. Ook weten we welke factoren van belang zijn geweest om een positief resultaat te bereiken en welke factoren een positief resultaat in de weg stonden.

De volgende stap in het onderzoek is nu om alle informatie uit deze interviews te ordenen. Daarvoor vragen we uw hulp als ervaringsdeskundige. Uit de interviews hebben we uitspraken geselecteerd. Al deze uitspraken zijn op kaartjes geschreven. Door middel van kaartsorteertaken willen we deze uitspraken ordenen. Dit houdt in dat in totaal aan 30 ervaringsdeskundigen, waaronder u, wordt gevraagd om kaartjes met uitspraken te sorteren naar inhoud. Ook vragen wij u om de kaartjes te sorteren in volgorde van belangrijkheid voor u. De sorteertaken zullen in totaal 2 tot 3 uur duren. U kunt deze tijd over verschillende dagen verdelen als u dat wilt.

BELEMMERENDE FACTOREN BIJ ERNSTIGE SOMATOFORME STOORNISSEN

Daarnaast willen wij u vragen om twee vragenlijsten in te vullen. Hierin wordt gevraagd naar een paar persoonlijke gegevens zoals leeftijd en burgerlijke staat. Ook wordt er gevraagd naar kwaliteit van leven en uw symptomen. Alle gegevens van het onderzoek zullen vanzelfsprekend vertrouwelijk worden verwerkt en geanalyseerd. Wanneer u mee wilt doen aan dit onderzoek vragen wij u een toestemmingsverklaring te tekenen. Dat is een bij wet opgelegde verplichting.

Indien u bereid bent om aan dit onderzoek mee te doen dan krijgt u de kaartjes met instructies voor de kaartsorteertaak, de vragenlijsten en het toestemmingsformulier met een bijgevoegd antwoordenvelop per brief thuis gestuurd.

U ondervindt geen directe voordelen of nadelen van deelname aan dit onderzoek. Uw deelname aan het onderzoek vormt een bijdrage van u aan onze kennis en daarmee aan verbetering van de behandeling van cliënten met psychosomatische klachten. Na afloop zullen wij u een artikel toesturen met de resultaten van het onderzoek indien u dit wenst.

U bent vrij om te beslissen of u wel of niet wilt deelnemen aan het onderzoek. Laat in uw beslissing ook meewegen of u dit op dit moment niet te belastend vindt.

Om te laten weten of u wel of niet mee wilt doen, kunt u contact opnemen met één van onze onderzoekers. Uiteraard kunt u ook contact opnemen als u nog vragen heeft. Wilt u graag spreken met een onafhankelijke vertrouwenspersoon, dan kunt u terecht bij Kees Jan van der Boom.

Wij hopen op uw deelname!

Met vriendelijke groet,

mede namens prof. dr. Rinie Geenen (projectleider Universiteit Utrecht) , dr. Saskia van Broeckhuysen (hoofd onderzoek Altrecht Psychosomatiek Eikenboom), Sonja Klemm (onderzoeker Altrecht Psychosomatiek Eikenboom) en Lummy Oosterhuis (projectlid als vertegenwoordiger vanuit de ex-cliënten).

Amy van de Broeck en Jard Bazen, studentonderzoekers bij de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht

Bijlage 9. Toestemmingsformulier

Betreft: Onderzoek 'Uitkomsten, succesfactoren en belemmeringen bij de behandeling van patiënten bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. Een kwalitatief-kwantitatief onderzoek vanuit het perspectief van de cliënt'.

Ik heb de informatiebrief voor de proefpersoon gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe. Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan. Ik geef toestemming om gegevens nog maximaal 15 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren.

Ik vind het goed om aan dit onderzoek mee te doen.

Ik geef wel/geen* toestemming om in de toekomst opnieuw gevraagd te worden voor deelname aan nieuw onderzoek.

**Doorhalen wat niet van toepassing is.*

Datum _____

Naam Deelnemer _____

Handtekening deelnemer _____

Naam onderzoeker _____

Handtekening onderzoeker _____

Bijlage 10. Instructieboekje kaartsorteertaak

Boekje met opdracht voor de kaartsorteertaak en vragenlijsten. Een onderzoek van de Universiteit Utrecht en Altrecht Psychosomatiek Eikenboom

Geachte mevrouw of heer,

U heeft aangegeven mee te willen doen aan het onderzoek over ‘Succesfactoren en belemmeringen bij de behandeling van cliënten bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom’. Het is een onderzoek waarin uw mening over de behandeling bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom centraal staat. Wij danken u voor uw deelname.

Informatie uit interviews heeft geleid tot uitspraken over behandeling. Al deze uitspraken zijn op kaartjes geschreven. Door middel van kaartsorteertaken willen we deze uitspraken ordenen. Daarnaast willen wij u vragen om drie vragenlijsten in te vullen. Wanneer u wilt meedoen aan dit onderzoek vragen wij u een toestemmingsverklaring te tekenen. Dat is een bij wet opgelegde verplichting.

Zou u zo vriendelijk willen zijn om het boekje binnen 10 dagen terug te sturen?

Met vriendelijke groet,

Amy van den Broeck en Jard Bazen, studentonderzoekers bij de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht, mede namens prof. dr. Rinie Geenen (projectleider Universiteit Utrecht), dr. Saskia van Broeckhuysen (hoofd onderzoek Altrecht Psychosomatiek Eikenboom), Sonja Klemm (onderzoeker Altrecht Psychosomatiek Eikenboom) en Lummy Oosterhuis (projectlid als vertegenwoordiger vanuit de ex-clieñten).

Voor vragen kunt u contact opnemen.

Kaartsorteertaak

Er wordt zo meteen aan u gevraagd om kaartjes met uitspraken bij elkaar te leggen. We leggen dit uit met een voorbeeld.

U ziet hieronder 6 kaartjes:

Peer	Appel	Aardappel
Prei	Ananas	Banaan

Deze zou u op de volgende twee manieren kunnen ordenen:

Voorbeeld 1: een stapeltje met fruit (links) en een stapeltje met groenten (rechts).

Voorbeeld 1:

Peer	Aardappel
Appel	Prei
Ananas	
Banaan	

Voorbeeld 2: een stapeltje met Nederlandse groenten/fruit (links) en een stapeltje buitenlandse groenten/fruit (rechts).

Voorbeeld 2:

Peer	Ananas
Appel	Banaan
Aardappel	
Prei	

Pak nu de kaartjes uit de envelop.

- 1) U heeft nu 60 kaartjes met uitspraken voor u liggen (kris kras door elkaar).
- 2) Wij vragen u om deze uitspraken te ordenen door uitspraken bij elkaar te voegen die naar uw mening inhoudelijk bij elkaar horen. U beslist zelf hoe. Er zijn geen goede of foute manieren.
- 3) Leg de kaartjes waarvan u vindt dat ze bij elkaar horen in kolommen bij elkaar (op tafel). Let er hierbij op dat:
 - Alle uitspraken worden ingedeeld.
 - Elke uitspraak maar één keer wordt gebruikt.
 - U minimaal 4 en maximaal 12 kolommen van uitspraken maakt.
 - Elke kolom minimaal 2 en maximaal 25 uitspraken heeft.

BELEMMERENDE FACTOREN BIJ ERNSTIGE SOMATOFORME STOORNISSEN

Leg nu opnieuw alle 60 kaartjes die u zojuist heeft gebruikt weer kras door elkaar

In dit onderdeel vragen wij u de uitspraken naar belangrijkheid te verdelen van 'minst' naar 'meest' belangrijk.

Onder kolom 1 kunt u de uitspraken noteren die u het minst belangrijk vond.

Onder kolom 5 kunt u de uitspraken noteren die u het meest belangrijk vond.

Wilt u alle uitspraken over de 5 kolommen verdelen (dus 12 per kolom)? Dit betekent dat u voor alle uitspraken een keuze moet maken van 1 (minst belangrijk) naar 5 (meest belangrijk).

Wilt u opnieuw de nummers van de uitspraken hieronder noteren.

Minst belangrijk

Meest belangrijk

1	2	3	4	5

De vragenlijsten die participanten dienden in te vullen zijn reeds opgenomen in bijlage 2,3 en 4.

Afsluiting

Controleert u goed of alle tabellen met uitspraken en alle vragenlijsten zijn ingevuld.

Zou u bovendien de toestemmingsverklaring willen invullen? Deze verklaring is verplicht in onderzoek. Als u de verklaring niet invult, kunnen wij uw gegevens niet gebruiken.

Zou u zo vriendelijk willen zijn om het hele boekje (met de ingevulde tabellen en vragenlijsten) en het toestemmingsformulier binnen 10 dagen terug te sturen? Dan kunnen wij uw mening meenemen in het onderzoek.

Mocht u vragen hebben over de taken of over het onderzoek, neemt u dan gerust contact op met Jard Bazen of Amy van den Broeck (studentonderzoekers)

Bijlage 11. Tabel belangrijkheid items en clusters belemmeringen

Tabel 4. De vier clusters met uitspraken over belemmerende factoren met gemiddelde belangrijkheid en standaarddeviatie. Alle uitspraken begonnen met “Het heeft mij belemmerd dat...”

	Belangrijkheid	
	M	(SD)
Cluster 1. Houding therapeuten	3.03	1.26
... ik me niet begrepen voelde door de therapeuten	3.60	1.42
... therapeuten bleven graven in mijn verleden	2.60	0.96
... therapeuten zich weinig in dossier verdiepten	1.80	0.78
... als een kleuter behandeld werd	4.10	1.37
... niet hebben geholpen met verwerken wat werd opgerakeld	3.00	1.41
... ik te weinig privacy had	2.60	1.34
... niets kon vertellen zonder dat het in mijn dossier kwam	2.20	1.39
... ik een vertrouwenspersoon miste	3.70	1.15
... mensen in mijn omgeving te weinig werden betrokken	3.20	1.54
... niet opmerkten dat ik therapie onderdelen niet aan kon	3.10	1.10
...de behandeling meer gericht was op de psyche	2.60	1.26
... mijn sociale leven minder werd	3.50	1.35
... vooraf onduidelijk was wat de behandeling zou inhouden	3.50	1.35
Cluster 2. Organisatorische aspecten	3.21	1.36
... ik geen vrije keuze in de therapie had	3.30	1.33
... er te weinig individuele therapie was	3.90	0.99
...de duur van de behandeling te kort/lang was	3.10	1.28
... de wachttijd voor start van de behandeling zo lang duurde	4.10	1.20
... ik bang was dat ik niet door mocht gaan	2.90	1.85
... ik verplicht werd om met onderdelen mee te doen	1.80	0.78
... er weinig ruimte was voor vervolgbehandeling	4.30	1.05
... het traject naar de nazorg onvoldoende geregeld was	4.10	1.37
... er onvoldoende aandacht was voor problemen thuis	2.80	1.61
... het in de praktijk allemaal minder goed werkte	3.70	1.76
... mensen in mijn omgeving niet konden omgaan met mijn verandering	3.10	0.99
... er te weinig sport of beweging was	2.30	1.25

BELEMMERENDE FACTOREN BIJ ERNSTIGE SOMATOFORME STOORNISSEN

... ik tijdens de behandeling te vaak niets te doen had	3.00	1.69
... deskundigen in de maatschappij mijn aandoening niet serieus namen	3.20	1.61
... de therapie zweverig was	2.60	1.64
Cluster 3. Individuele factoren	3.01	1.25
... ik het lastig vond om steun te zoeken	3.40	1.07
... ik mij realiseerde dat ik niet beter zou worden	2.80	1.31
... ik me zorgen maakte dat het erger zou worden	2.70	1.70
... ik moeite had om over mijn problemen te praten	3.20	1.39
... ik moeilijk kon accepteren dat de problematiek ook psychisch is	2.60	1.50
... ik niet tevreden was met mijzelf	3.50	1.50
... ik geen hoop op verbetering had	2.90	1.37
... ik geen klik had met de therapeut	2.70	1.15
... ik me niet thuis voelde	2.90	1.19
... ik niet wist wat ik emotioneel voelde	3.70	0.94
... ik mijn gevoel niet kon uiten	3.10	1.10
... ik te nuchter ben	2.50	1.64
... ik de geneigd was om mezelf te vergeten	4.30	0.67
... ik meer herstel van klachten verwachtte dan mogelijk was	3.10	1.28
... ik heimwee naar huis had	1.70	0.94
Cluster 4. Groeps factoren	2.66	1.21
... er botsingen waren in de groep	2.00	1.05
... in de periode tussen therapieën niet over ziekte gepraat mocht worden	1.60	0.84
... de mensen in mijn omgeving mijn problemen niet begrepen	3.60	1.26
... niets aan mijn bijkomende problemen werd gedaan	3.10	0.99
... de therapie buiten mijn eigen omgeving was	2.80	1.61
... de problemen van een ander mij erg raakten	3.20	1.61
... ik mijn verbetering vergeleek met de verbetering van anderen	2.40	1.17
... niet veilig voelde om in de groep over persoonlijke thema's te praten	3.20	1.22
... ik andermans problemen moest aanhoren	3.30	1.25
... er steeds nieuwe mensen in de groep kwamen	2.00	1.24
... er na behandeling geen contact meer is met de groep	2.50	1.84
... de groep te druk en stressvol was	3.00	1.63
... er subgroepjes binnen de grote groep ontstonden	2.40	1.42

Bijlage 12. Checklist persoonlijke inventarisatie van mogelijke belemmeringen tijdens het veranderingsproces

Belemmeringen. Orden de onderstaande factoren naar belangrijkheid. Bedenk uzelf welke factoren voor u (waarschijnlijk) het meest belemmerend zullen zijn om tot een goed behandelresultaat te komen.

1= meest belangrijk

2= belangrijk

3= enigszins belangrijk

4= minst belangrijk

1. De houding van therapeuten tijdens de behandeling (zoals begrip, verdieping in dossier, vertrouwensrelatie, betrokkenheid, informatieverstrekking)

2. Organisatorische aspecten (zoals de invulling/duur van therapie, autonomie in de behandeling, nazorg mogelijkheden en regelingen)

3. Individuele factoren (zoals persoonlijke eigenschappen, gebrek aan acceptatie, hoop, verwachtingen)

4. Groepsfactoren (zoals problemen in de omgang met anderen, sociale moeilijkheden, onbegrip of weinig steun van anderen)
