



Psychologische profielen bij patiënten met een ernstige somatoforme stoornis en de samenhang met de toestand van de patiënten

Een clusteranalyse

H. Özçulha

3861686

Begeleider:

Prof. dr. R. Geenen

Masterthesis

Klinische en Gezondheidspsychologie

februari, 2015

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Voorwoord.....	4
Inleiding.....	5
Methode.....	9
Participanten.....	9
Design.....	10
Procedure.....	11
Meetinstrumenten.....	11
Statistische analyse.....	16
Resultaten.....	17
Psychologische factoren.....	17
Psychologische profielen.....	19
Participanten verdeeld over de profielen.....	20
Toestandsvariabelen.....	20
Discussie.....	24
Referentielijst.....	30
Bijlage.....	34
Begrippenlijst inleiding.....	34

Samenvatting

Bij patiënten met een ernstige somatoforme stoornis is gemiddeld sprake van een matig behandelingseffect, waarbij niet alle patiënten verbeteren na behandeling. In dit onderzoek worden psychologische profielen gevormd aan de hand van relevante psychologische variabelen en wordt de samenhang met de toestand van de patiënten onderzocht. Een specificatie van psychologische profielen kan gebruikt worden in predictieonderzoek en effectonderzoek. Een factor- en clusteranalyse voor het opstellen van profielen zijn gedaan met vragenlijstcores van 398 patiënten met een ernstige somatoforme stoornis uit de database van Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. Er werden vijf psychologische profielen gevonden, te weten inflexibel, actief, begrenzend, adaptief en maladaptief. Bij de psychologische profielen werden significant verschillende toestanden gevonden, waarbij patiënten met een maladaptief profiel in de meest slechte toestand verkeerden, gevolgd door patiënten met een inflexibel profiel, begrenzend profiel, actief profiel en tot slot patiënten met een adaptief profiel. De psychologische profielen kunnen worden gebruikt in vervolgonderzoek naar het effect van indicatiestelling en het aanbieden van therapie op maat.

Abstract

Research has shown a moderate effect of treatment in patients with a severe somatoform disorder; not all patients improved after treatment. In the current study psychological profiles will be identified out of relevant psychological variables and the association of these profiles with the condition of the patients will be studied. A specification of psychological profiles can be used in predictive and outcome research. Factor and cluster analyses were conducted to derive psychological profiles using questionnaire scores of 398 patients with a severe somatoform disorder, obtained from the database of Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. Five psychological profiles were identified: inflexible, active, limiting, adaptive and maladaptive. Analyses showed significant differences in condition between the psychological profiles: the patients with a maladaptive profile were in the worst condition, followed by patients with an inflexible profile, limiting profile, active profile and, finally, patients with an adaptive profile. Future research must show whether the psychological profiles are of use in assessment and treatment allocation, and in offering more effective customized therapies.

Voorwoord

Voor u ligt mijn Masterthesis, een onderzoek naar psychologische profielen bij patiënten met een ernstige somatoforme stoornis en de samenhang met de toestand van de patiënten. De thesis is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de Masteropleiding Klinische en Gezondheidspsychologie. Graag wil een aantal mensen bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan het tot stand komen van mijn Masterthesis. Allereerst gaat mijn dank uit naar de onderzoeksgroep, bestaande uit R. Geenen, S. Van Broeckhuysen, R. Scholten, L.V.J. Gerritsen, J. Valentijn en C.M. Muyden. Ik wil hen bedanken voor hun betrokkenheid, enthousiasme, prettige samenwerking en feedback gedurende dit onderzoek. Het was een leerzame en inspireerde periode, waarin ik mijn onderzoeks- en schrijfvaardigheden verder ontwikkeld heb. Mijn dank gaat daarbij in het bijzonder uit naar mijn thesisbegeleider prof. dr. R. Geenen voor zijn kritische kijk, motiverende woorden, prettige begeleiding en zijn hulpvaardigheid. Tot slot mijn dank aan u, lezer van deze thesis, voor het tonen van interesse in dit onderzoek.

Inleiding

Somatoforme stoornissen worden gekenmerkt door lichamelijke klachten die niet of onvoldoende verklaard worden door een lichamelijke aandoening, de directe effecten van middelen of een andere psychische stoornis (American Psychiatric Association, 2000). Het betreft een veelvoorkomende stoornis met een geschatte prevalentie van 6% in de algemene populatie, 16% in de eerstelijnsgezondheidszorg en circa 33% in de tweedelijnsgezondheidszorg (Houtveen, Van Broeckhuysen-Kloth, Lintmeijer, Bühring & Geenen, 2015). Naast een grote lijdensdruk gaan somatoforme stoornissen gewoonlijk gepaard met ernstig disfunctioneren (de Waal, Arnold, Eekhof & Van Hemert, 2004), grote zorgconsumptie (Barsky, Orav & Bates, 2006), en hoge zorgkosten (Barsky, Orav, & Bates, 2005). Bij patiënten met ernstige somatoforme stoornissen uit de derdelijnsgezondheidszorg is daarbij de comorbiditeit met angststoornissen (62,1%), stemmingsstoornissen (49,4%) en persoonlijkheidsstoornissen (50%) hoog (Van der Boom & Houtveen, 2014). Mede door deze comorbiditeit zijn patiënten met ernstige somatoforme stoornissen moeilijk te behandelen (Koelen et al., 2014; Woivalin, Krantz, Mäntyranta & Ringsberg, 2004). Bovenstaande gegevens benadrukken de behoefte aan effectieve behandelmethoden.

Onderzoekers stellen dat cognitieve gedragstherapie al dan niet in combinatie met de therapievormen psycho-educatie, revalidatiegeoriënteerde therapie en gerichte psychofarmacologische interventies, vooral effectief lijkt te zijn voor patiënten met minder ernstige somatoforme stoornissen (Spaans, Veselka, Luyten & Bühring, 2009). Patiënten met ernstige somatoforme stoornissen lijken niet altijd optimaal te reageren op deze behandelingen (Spaans et al., 2009). Een recente meta-analyse (Koelen et al., 2014) en een observationele evaluatie (Houtveen et al., 2015) verschaffen echter enig bewijs voor positieve effecten van multidisciplinaire behandeling bij ernstige somatoforme stoornissen. Koelen en collega's (2014) hebben daarbij een positief effect van psychotherapie bij ernstige somatoforme stoornissen gevonden. De gevonden effecten zijn klein tot matig. Ondanks dat met name bij de patiënten met ernstige somatoforme stoornissen er slechts matig behandelingseffect te zien is en niet alle patiënten verbeteren na behandeling, zijn mogelijkheden om deze groep effectiever te behandelen weinig onderzocht. Om mensen beter te kunnen helpen zou het een gunstige ontwikkeling zijn als in de diagnostische fase al een inschatting gemaakt zou kunnen worden in hoeverre de patiënt baat heeft bij een specifieke behandeling.

Om tot een dergelijke inschatting te komen dient er gekeken te worden naar factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan en in stand houden van klachten. Diverse aanpassingsmodellen veronderstellen namelijk dat mensen over veerkracht- en kwetsbaarheidsfactoren beschikken die toestandsbepalend kunnen zijn. Onder toestand worden symptomen, welbevinden en functioneren verstaan. Zo stellen het kwetsbaarheid-stressmodel (Brown & Harris, 1978; Goldberg & Huxley, 1992; Zuckerman, 1999) en het dubbel-risico model (Belsky & Pluess, 2009; Sameroff & Fiese, 2000) dat bepaalde genetische, fysiologische, cognitieve, en gedragsmatige factoren mensen vatbaarder maken voor een negatieve beïnvloeding door stressoren uit de omgeving. Deze kwetsbaarheidsfactoren zouden eveneens de kans op het ontwikkelen van psychopathologie onder stressvolle omstandigheden vergroten (Hankin & Abela, 2005). De interpretatie van en de reactie op stressvolle omstandigheden speelt hierbij een grote rol. De transactionele theorie van stress en coping beschrijft dat men door het toepassen van adequate emotionele-, cognitieve- en gedragsstrategieën de invloed van een stressor kan verminderen (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus, 1966; Quine & Pahl, 1991). Adequate copingstrategieën vormen zo veerkrachtfactoren.

Met betrekking tot ernstige somatoforme stoornissen zijn factoren gespecificeerd die specifiek van belang zijn voor dergelijke patiënten. Zo omvat het klinisch werkmodel M.A.M.S., dat speciaal voor mensen met ernstige somatoforme stoornissen van toepassing is, de vier therapeutische elementen: Mentaliseren, Accepteren, Moduleren en Systemisch werken (Spaans, 2006). Dit werkmodel richt zich op het bevorderen van lichaamsgericht mentaliseren, het accepteren van klachten, het moduleren van gedrag, cognities en emoties en het verbeteren van interpersoonlijke relaties (Spaans et al., 2009). Waar mentaliseren, accepteren en moduleren interne factoren impliceren, betreft systemisch werken de wisselwerking tussen de patiënt en het omringende systeem (systeemfactoren). Deze wisselwerking speelt ook een rol in het ontstaan en in stand houden van klachten (Spaans, 2006).

De aanpassingsmodellen en het klinisch werkmodel (M.A.M.S.) vormden een basis voor de selectie van relevante variabelen in het huidige onderzoek. Anderzijds zijn empirische bevindingen enigszins sturend geweest voor keuzes van variabelen in dit onderzoek. In de empirische literatuur is de samenhang tussen scores op deze kwetsbaarheids-, veerkracht- en systeemfactoren en de toestand van mensen namelijk veelvuldig in beeld gebracht. In Tabel 1 wordt een overzicht uit empirisch onderzoek gegeven van factoren die samenhangen met de toestand bij allerlei populaties.

Tabel 1

Psychologische factoren die toestandbepalend lijken te zijn^a

Veerkrachtfactoren	Kwetsbaarheidsfactoren	Systeemfactoren
<i>Acceptatie</i> (Evers, Kraaimaat, Van Lankveld, Jacobs & Bijlsma, 1998)	<i>Hulpeloosheid</i> (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978)	<i>Sociale steun</i> (Kool, Van Middendorp, Lumley, Bijlsma & Geenen, 2012)
<i>Positieve betekenis aan de ziekte geven</i> (Evers et al., 1998)	<i>Vermijdende coping (passief)</i> (Jacobs, Kleen, De Groot & A-Tjak, 2008; Van den Bosch, 1989)	
<i>Probleemgerichte coping (actief)</i> (Hoyer, Rybash & Roodin, 1999; Van den Bosch, 1989)	<i>Negativisme/Pessimisme</i> (Hanssen & Peters, 2009)	
<i>Zelfacceptatie</i> (Chamberlain & Haaga, 2001)	<i>Gebrekkig mentaliseren</i> (Fonagy, Gergerly & Jurist, 2002)	
<i>Controle over het leven ervaren</i> (Beurs, Hollander-Gijsman, Buwalda, Trijsburg & Zitman, 2005; Widerström-Noga, Felix, Cruz-Almeida & Turk, 2007)	<i>Moeite met emotieregulatie</i> (Hankin & Abela, 2005)	
<i>Psychologische flexibiliteit</i> (Powers, Vörding & Emmelkamp, 2009)	<i>Neuroticisme</i> (Poppe, Crombez, Hanouille, Vogelaers & Petrovic, 2012)	
	<i>Alexithymie</i> (Grabe, Spitzer & Freyberger, 2004)	
	<i>Negatief lichaamsbeeld</i> (Woertman & Van den Brink, 2008)	

Noot. ^a De factoren zijn nader toegelicht in de begrippenlijst in bijlage 1.

Dergelijke psychologische factoren kunnen in een bepaalde combinatie voorkomen en zo een psychologisch profiel vormen. Een dussdanige combinatie wijst mogelijk op eenzelfde onderliggend mechanisme dat speciale aandacht in de behandeling behoeft of het effect van de bestaande behandeling zou kunnen versterken of belemmeren (Van Leeuwen et al., 2014). Bij ernstige somatoforme stoornissen kan het gebruik maken van psychologische profielen bij de toewijzing aan (indicatie) of invulling van de behandeling uiteindelijk bijdragen aan het vergroten van het behandelingseffect. Predictieonderzoek en effectonderzoek kan uitwijzen in hoeverre psychologische profielen een valide rol kunnen spelen bij de indicatiestelling en in het aanbieden van therapie op maat. Bij andere ziektebeelden zijn om deze redenen profielen

van patiënten vastgesteld. Zo zijn profielen vastgesteld voor patiënten met sarcoïdose (De Korenromp, Grutters, Van den Bosch & Heijnen, 2012), fibromyalgie (Turk, Okifuji, Sinclair & Starz, 1998), het chronisch vermoeidheidssyndroom (Cella, Chalder & White, 2011), reumatoïde artritis (Lee et al., 2009), systemische sclerose (Merz et al., 2014), het syndroom van Sjögren (Van Leeuwen et al., 2014), dwarslaesie en chronische pijn (Widerström-Noga et al., 2007). In enkele profielonderzoeken worden de profielen samengesteld aan de hand van psychologische variabelen. Gemeenschappelijk wordt een functioneel/adaptief en disfunctioneel subgroep onderscheiden waarbij een samenhang wordt gevonden tussen functionele/adaptieve profielen en minder symptomen, meer welbevinden en beter functioneren (Turk et al., 1998; Van Leeuwen et al., 2014; Widerström-Noga et al., 2007). Daarbij wordt in het onderzoek van Turk en collega's (1998) en Widerström-Noga en collega's (2007) een interpersoonlijk profiel en in het onderzoek van Van Leeuwen en collega's (2014) een alexithym en zelfredzaam profiel gevonden.

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen of het ook mogelijk is om subgroepen van patiënten met ernstige somatoforme stoornissen te onderscheiden op basis van een brede set van relevante psychologische factoren en of deze subgroepen verschillen in de toestandsvariabelen: symptomen, welbevinden en functioneren.

Allereerst zal de vraag of het mogelijk is om subgroepen van patiënten met ernstige somatoforme stoornissen te onderscheiden op basis van psychologische factoren worden beantwoord. Vanuit de theorieën over aanpassingsmodellen en ondersteunende empirie wordt respectievelijk verwacht een veerkrachtig en kwetsbaar psychologisch profiel te vinden. Hierbij zou een veerkrachtig profiel gekenmerkt worden door adaptieve cognities en adequaat coping gedrag zoals (zelf)acceptatie en een positieve betekenis aan de ziekte geven. Een kwetsbaar profiel zou worden gekenmerkt door maladaptieve cognities en inadequaat coping gedrag zoals gevoelens van hulpeloosheid, lage mate van acceptatie, vermijding en negativisme. Vanuit het M.A.M.S.-model en eerder empirisch onderzoek kan verwacht worden eveneens een profiel te vinden met interpersoonlijke problemen, gekenmerkt door de perceptie van weinig sociale steun of onbevredigende sociale contacten.

Voor wat betreft de samenhang tussen de psychologische profielen en de toestand van de patiënten wordt verwacht dat patiënten met een kwetsbaar profiel zich in een slechtere toestand zullen bevinden dan patiënten met een veerkrachtig profiel. Aangezien interpersoonlijke problemen men ook kwetsbaarder maakt, wordt verwacht dat ook patiënten met een interpersoonlijke problemen profiel zich in een slechtere toestand zullen bevinden dan patiënten met een veerkrachtig profiel.

Methoden

Participanten

De participanten bestaan uit patiënten van de derdelijnsinstelling Altrecht Psychosomatiek Eikenboom te Zeist in Nederland (Altrecht, 2014). Eikenboom is gespecialiseerd in multidisciplinaire behandeling voor patiënten met ernstige somatoforme stoornissen. De participanten bevonden zich ten tijde van de dataverzameling in de diagnostische fase, waarbij aan het begin van de behandeling drie dagen diagnostische tests en interviews zijn afgenomen. Op het moment van de dataverzameling werden DSM-IV-TR classificaties gehanteerd en nog niet de onlangs verschenen DSM-V classificaties. Onder de DSM-IV-classificaties voor ernstige somatoforme stoornissen vallen: somatisatiestoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis, conversiestoornis, pijnstoornis en de somatoforme stoornis niet anderszins omschreven. Hypochondrie en Body dysmorphic disorder behoren hier niet toe, omdat de veronderstelling is dat deze stoornissen beter passen onder de classificatie specifieke angststoornis of obsessief-compulsieve stoornis (Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke en Scharpe, 2005).

Participanten die alle vragenlijsten zo volledig mogelijk hebben ingevuld en een toestemmingsverklaring hebben ondertekend om de data te mogen gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek werden geïnccludeerd in het onderzoek. In totaal waren dat er 398, waarvan bij 76 participanten (19%) een diagnose van het type somatoforme stoornis ontbrak.

In Tabel 2 zijn kenmerken van de participanten weergegeven.

Tabel 2

Demografische gegevens van de totale steekproef

Demografische gegevens	Totaal (<i>n</i> = 398)
Leeftijd (in jaren), gem. (S.D.)	43.6 (10.7)
Geslacht, <i>n</i> (%)	
Man	120 (30)
Vrouw	278 (70)
Opleiding ^a , <i>n</i> (%)	
Laag	79 (20)
Midden	173 (44)
Hoog	136 (34)

Onbekend	10 (2)
Burgerlijke staat, <i>n</i> (%)	
Vaste relatie, samenlevend	156 (39)
Gescheiden	28 (7)
Gescheiden, samenlevend	3 (<1)
Ongehuwd, nooit geweest	55 (14)
Weduwstaat	5 (1)
Onbekend	151 (38)
Type somatoforme stoornis, <i>n</i> (%)	
Somatisatiestoornis	5 (1)
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	146 (37)
Conversiestoornis	63 (16)
Pijnstoornis psychische factoren	23 (6)
Pijnstoornis psychische en lichamelijke factoren	83 (21)
Somatoforme stoornis	
NAO	2 (<1)
Onbekend	76 (19)

Noot. ^a Onder een lage opleiding vallen: lagere school, LWO, MAVO 3 en lager, VMBO BBL, VMBO-KL, LBO, LTS A/B en naai/industrieschool, onder een gemiddelde opleiding vallen: MAVO 4, VMBO-GL, VMBO-TL, MULO, ULO, MBO, MEAO en MTS, en onder een hoge opleiding vallen: HAVO, VWO, HBS, Gymnasium, HBO, HEAO, HTS, Universiteit, TH, Wageningen, doctoraal gehaald.

Design

Dit onderzoek heeft een cross-sectioneel design met eenmalige metingen dat gebruikt maakt van zelfbeoordelingsvragenlijsten. Modelmatig zijn de “onafhankelijke” variabelen de profielen op basis van psychologische factoren. De “afhankelijke” variabele is de toestand van de patiënten, waarbij in dit onderzoek symptomen, welbevinden en functioneren worden gemeten.

Procedure

De data voor het uitvoeren van de nodige analyses om de hypothesen te toetsen zijn verkregen uit de database van Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. Het databestand werd geanonimiseerd aangeleverd in een beveiligd Excel bestand. Het databestand bestaat uit een verzameling van diagnostische gegevens uit 2011 tot en met 2014, welke zijn opgedaan tijdens de diagnostische fase van de behandeling. Welke tests en interviews er zijn afgenomen zijn bepaald door professionals op de afdeling op basis van aspecten die belangrijk worden geacht bij deze doelgroep. Van de vijftien beschikbare vragenlijsten zijn enkel de vragenlijsten die door alle patiënten zo volledig mogelijk zijn ingevuld in het Excel bestand opgenomen. Aan de hand van de literatuurstudie zijn daarna enkele vragenlijsten of schalen van vragenlijsten geselecteerd voor het onderzoek.

Meetinstrumenten

Om psychologische profielen op te kunnen stellen van patiënten met ernstige somatoforme stoornissen zijn de zelfrapportagevragenlijsten die afgenomen zijn tijdens de diagnostische fase in het onderzoek gebruikt. Zo worden de kenmerken beschreven in Tabel 1 gemeten door enkele schalen uit de vragenlijsten. Er is een onderscheid gemaakt tussen schalen uit vragenlijsten die gebruikt gaan worden bij het opstellen van psychologische profielen en schalen uit vragenlijsten die gebruikt gaan worden om te meten of de profielen van elkaar verschillen in toestand. De betrouwbaarheidscoëfficiënten van de schalen zijn geïnterpreteerd aan de hand van Field (2009), waarbij een Cronbach's α -coëfficiënt van boven de .7 staat voor een redelijke interne consistentie. Voor enkele vragenlijsten is de betrouwbaarheid van de schalen voor de eigen steekproef van 398 patiënten met een ernstige somatoforme stoornis berekend. Zo nodig zijn de items omgepooled om alle items in dezelfde richting als de schaal te krijgen. Daarbij is gebruikt gemaakt van de betrouwbaarheidsanalyse van IBM SPSS Statistics voor Windows (IBM Corp, 2012).

1. Zelfrapportagevragenlijsten voor de psychologische profielen

Voor het meten van de meer en minder adaptieve ziektecognities is gebruik gemaakt van de *Ziekte Cognitie Lijst (ZCL)*. De *ZCL* bestaat uit 18 items, welke verdeeld zijn over de schalen hulpeloosheid (6 items) (bv., 'Door mijn ziekte voel ik mij vaak hulpeloos'), acceptatie (6 items) (bv., 'Ik heb de beperkingen van mijn ziekte leren aanvaarden') en *disease benefits* (een positieve betekenis aan de ziekte geven) (6 items) (bv., 'Het omgaan met mijn ziekte heeft mij sterker gemaakt').

In het onderzoek van Evers en collega's (1998) werd de interne consistentie van de schalen van de *ZCL* nagegaan bij 263 patiënten met reumatoïde artritis en bij 167 patiënten met multiple sclerose. De Cronbach's α -coëfficiënten varieerden van .84 (*disease benefits*) tot .91 (acceptatie) en wijzen op een goede interne consistentie (Evers et al., 1998).

Aanvullend, voor het meten van cognities, is de *Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)* opgenomen in het onderzoek. De vragenlijst bestaat uit 10 items waarmee acceptatie wordt gemeten als onderdeel van psychologische flexibiliteit (bv., 'Ik heb controle over mijn leven').

De interne consistentie van de *AAQ-II* werd in het onderzoek van Jacobs en collega's (2008) nagegaan bij een algemene steekproef bestaande uit 374 en een klinische steekproef bestaande uit 99 psychiatrische patiënten. In beide groepen was de Cronbach's α -coëfficiënt van de gehele vragenlijst .89, wat wijst op een goede interne consistentie (Jacobs, Kleen, De Groot, A-Tjak, 2008).

De *Pijn Coping Inventarisatielijst (PCI)* is opgenomen om cognitieve en gedragsmatige pijn copingstijlen te meten. De *PCI* bestaat uit 33 items, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de dimensies actieve en passieve pijn coping. Onder de actieve pijn copingstrategieën vallen de schalen pijn transformeren (4 items) (bv., 'Doen alsof pijn er niet is'), zichzelf afleiden van de pijn (5 items) (bv., 'Iets plezierigs doen') en eisen verlagen (3 items) (bv., 'In lager tempo doorgaan'). Onder de passieve pijn copingstrategieën vallen de schalen rusten (5 items) (bv., 'Rust nemen door te gaan zitten of liggen'), terugtrekken (7 items) (bv., 'Zorgen dat ik niet gehinderd word door storende geluiden') en piekeren (9 items) (bv., 'Denken aan alles wat blijft liggen').

In het onderzoek van Kraaimaat en collega's (1997) werd de interne consistentie van de schalen van de *PCI* nagegaan bij 275 patiënten met reumatoïde artritis (RA), 410 patiënten met chronische hoofdpijn (HP) en bij 104 patiënten van een pijnpolikliniek (PP). De Cronbach's α -coëfficiënten varieerden van .64 (afleiden) tot .79 (piekeren), en wijzen op een betwistbare tot redelijke interne consistentie (Kraaimaat, Bakker & Evers, 1997).

Voor het meten van persoonlijkheidstrekken is onder andere gebruik gemaakt van de *Nederlandse Verkorte MMPI (NVM)*. Van de vragenlijst zijn de persoonlijkheidsschalen negativisme (22 items) (bv., 'Soms heb ik zin om te vloeken'), verlegenheid (15 items) (bv., 'Ik wou dat ik niet zo verlegen was') en extraversie (13 items) (bv., 'Ik houd van partijtjes en gezellige avonden') opgenomen in het onderzoek. De schalen somatisatie en ernstige psychopathologie zijn niet opgenomen in het onderzoek, omdat ze ook als uitkomstmaten (toestandsvARIABLEN) kunnen dienen.

De interne consistentie van de schalen van de *NVM* werd in het onderzoek van Luteijn & Kingma (1979) nagegaan bij 894 psychiatrische patiënten. De Cronbach's α -coëfficiënten varieerden van .76 (extraversie) tot .86 (verlegenheid), en wijzen op een redelijke tot goede interne consistentie (Luteijn & Kingma, 1979).

Om de persoonlijkheidstrek alexithymie te meten is de *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ)* gebruikt. De vragenlijst bestaat uit 40 items over de omgang met gevoelens. De items zijn verdeeld over affectieve en cognitieve schalen. Onder de affectieve schalen vallen: emotionaliseren (8 items) (bv., 'Als er iets volstrekt onverwachts gebeurt, blijf ik rustig en onbewogen') en fantaseren (8 items) (bv., 'Voor ik inslaap val verzin ik vaak allerlei gebeurtenissen, ontmoetingen en gesprekken'). Onder de cognitieve schalen vallen: identificeren (8 items) (bv., 'Als ik van streek ben, dan weet ik of ik angstig of verdrietig of kwaad ben'), verbaliseren (8 items) (bv., 'Ik vind het moeilijk mijn gevoelens onder woorden te brengen') en analyseren (8 items) (bv., 'Ik verdiep me nauwelijks in mijn emoties'). Er worden twee dimensies onderscheiden, te weten affectieve alexithymie en cognitieve alexithymie. Enkel de totaalscores op deze twee dimensies worden opgenomen in het onderzoek. Personen die hoog scoren op affectieve alexithymie worden niet snel emotioneel bewogen en zijn weinig raakbaar. Eveneens hechten deze personen weinig belang aan fantasie en imaginaire kwesties. Fantasie en emoties worden beschouwd als verzinsels met geen enkel werkelijk belang. Personen die hoog scoren op cognitieve alexithymie kunnen emoties cognitief niet goed representeren. Zij hebben een houding ten aanzien van emoties dat ze niet de moeite waard zijn om bij stil te staan, te doorgronden en te begrijpen. Deze mensen hebben ook moeite om hun emoties onder woorden te brengen en ze praten niet graag over hun gevoelens, zelfs niet met goede vrienden (Vorst & Bermond, 2001).

De interne consistentie van de twee dimensies van de *BVAQ* (affectieve alexithymie en cognitieve alexithymie) is berekend voor de eigen steekproef van 398 patiënten met een ernstige somatoforme stoornis. De Cronbach's α -coëfficiënt voor de affectieve dimensie was .73, wat wijst op een redelijke interne consistentie. De Cronbach's α -coëfficiënt voor de cognitieve dimensie was .68, wat wijst op een redelijke interne consistentie.

Voor het meten van het lichaamsbeeld van de patiënten is de *Dresdner Fragebogen zum Körperbild (DKB-35)* opgenomen in het onderzoek. De *DKB-35* bestaat uit 35 stellingen over lichaamsbeleving, welke verdeeld zijn over de schalen vitaliteit (8 items) (bv., 'Ik heb veel energie'), zelfacceptatie (8 items) (bv., 'Ik ben tevreden met mijn uiterlijk'), seksualiteit (6 items) (bv., 'Mijn seksuele ervaringen zijn bevredigend voor mij'), zelfverheffing (7 items)

(bv., ‘Andere mensen vinden mij aantrekkelijk’) en lichamelijk contact (6 items) (bv., ‘Ik vermijd het bewust, andere mensen aan te raken’).

In het onderzoek van Scheffers en collega’s (2014) werd de interne consistentie van de schalen van de *DKB-35* nagegaan bij 761 Nederlandse burgers (niet afkomstig uit een patiëntenpopulatie). De Cronbach’s α -coëfficiënten varieerden van .73 (zelfverheffing) tot .91 (seksualiteit), en wijzen op een redelijke tot goede interne consistentie (Scheffers, Van Duijn, Bosscher, Wiersma & Van Busschbach, 2014).

Voor het meten van de systeemfactoren is gebruik gemaakt van de *Inventarisatielijst Sociale Betrokkenheid (ISB)*. Van de *ISB* zijn de 11 kwalitatieve items opgenomen in het onderzoek. Het kwalitatieve aspect wordt gemeten met de schalen potentiële emotionele steun (5 items) (bv., ‘Als ik me gespannen voel of onder druk sta, dan is er iemand die me helpt’), feitelijke emotionele steun (3 items) (bv., ‘Ik praat vertrouwelijk met anderen’) en het over en weer bezoeken van elkaar (2 items) (bv., ‘Ik bezoek vrienden of familie’).

De interne consistentie van de schalen van de *ISB* werd in het onderzoek van Dam-Baggen en Kraaimaat (1992) nagegaan bij 362 patiënten met reumatoïde artritis, 132 psychiatrische patiënten en bij 892 gezonde personen. De Cronbach’s α -coëfficiënten varieerden veel tussen de groepen, waardoor er besloten is de interne consistentie te berekenen voor de eigen steekproef van 398 patiënten met een ernstige somatoforme stoornis. De Cronbach’s α -coëfficiënten varieerden van .65 (over en weer bezoeken) tot .85 (potentiële emotionele steun) en wijzen op een betwistbare tot goede interne consistentie.

Aanvullend, voor het meten van de systeemfactoren, zijn twee psychosociale aspecten van pijn uit de *Multidimensionele pijnvragenlijst (MPI-DLV)* opgenomen in het onderzoek. Het betreffen de schalen sociale steun (3 items) (bv., ‘Hoe bezorgd is uw echtgeno(o)t(e)/partner om u vanwege uw pijn’) en ervaren controle over het leven (3 items) (bv., ‘In hoeverre was u in staat, de afgelopen week, met stress om te gaan’).

In het onderzoek van Lousberg en collega’s (1999) werd de interne consistentie van de schalen van de *MPI-DLV* nagegaan bij 733 pijn patiënten. De Cronbach’s α -coëfficiënt van de sociale steun schaal was .88 en van de ervaren controle schaal .74, deze gegevens wijzen op een redelijke tot goede interne consistentie (Lousberg et al., 1999).

2. Zelfrapportagevragenlijsten voor het meten van de toestand

Om de toestandsvariabele ‘symptomen’ te meten is de *Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV)* opgenomen in het onderzoek. De *LKV* bestaat uit 51 items over lichamelijke klachten en omvat alle somatische symptomen die in de DSM-IV genoemd

worden (bv., ‘Hartkloppingen’). De score geeft een indicatie van de ernst van de lichamelijke klachten van de respondent.

De interne consistentie van de *LKV* werd in het onderzoek van de Waal en collega’s (2009) nagegaan bij een gerandomiseerde steekproef bestaande uit 1046 participanten. De Cronbach’s α -coëfficiënt van de gehele vragenlijst was .88, wat wijst op een goede interne consistentie (de Waal et al., 2009).

De toestandsvariabele ‘welbevinden’ in de vorm van symptomen van psychopathologie, is gemeten met de schaal algemene psychische gezondheid van de *Brief Symptom Inventory (BSI)*. Deze schaal is een totaalscore van de 53 items, bestaande uit: somatische klachten (7 items) (bv., ‘Duizeligheid’), cognitieve klachten (6 items) (bv., ‘Moeite iets te onthouden’), interpersoonlijke klachten (4 items) (bv., ‘Gauw gekwetst of geraakt zijn’), depressie klachten (6 items) (bv., ‘Gedachten aan zelfmoord’), angstklachten (6 items) (bv., ‘Bang zijn), hostileiteitsklachten (5 items) (bv., ‘Je snel aan iets ergeren’), agorafobie klachten (5 items) (bv., ‘Angstig zijn op open pleinen of grote ruimten’), paranoïde klachten (5 items) (bv., ‘Het gevoel dat je in de gaten gehouden wordt of dat er over je gepraat wordt achter je rug’) en psychotische klachten (5 items) (bv., ‘Je eenzaam voelen, zelfs als je in gezelschap bent’).

In het onderzoek van de Beurs & Zitman (2006) werd de interne consistentie van de *BSI* nagegaan bij 4650 patiënten in de ambulante zorg en bij 1960 gezonde personen. De Cronbach’s α -coëfficiënt van de gehele *BSI* bedroeg .96, wat wijst op een zeer goede interne consistentie (de Beurs & Zitman, 2006).

Voor het meten van de toestandsvariabele ‘functioneren’ in de vorm van ervaren beperkingen, is van de *RAND-36* de physical component score voor het fysiek functioneren en de mental component score voor het mentaal functioneren berekend en opgenomen in het onderzoek (Westert et al., 2005). De schaalscores zijn hiervoor getransformeerd naar een 100-puntsschaal, waarbij een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand.

De interne consistentie van de lichamelijke en mentale component is berekend voor de eigen steekproef van 398 patiënten met een ernstige somatoforme stoornis. De Cronbach’s α -coëfficiënt voor beide componenten was .79, wat wijst op een redelijke interne consistentie.

Om ook het ‘functioneren’ in de vorm van het daadwerkelijk uitvoeren van activiteiten te meten, is van de *Multidimensionele pijnvragenlijst (MPI-DLV)* de subschaal frequentie dagelijkse activiteiten opgenomen in het onderzoek. De subschaal is een totaalscore van de schalen huishouden (5 items) (bv., ‘Afwassen’), werk buitenshuis (5 items) (bv., ‘In de tuin

werken'), activiteiten buitenshuis (4 items) (bv., 'Uit eten gaan') en sociale activiteiten (4 items) (bv., 'Kaarten of andere spelletjes doen').

De interne consistentie van de schalen van de *MPI-DLV* werd in het onderzoek van Lousberg en collega's (1999) nagegaan bij 733 pijn patiënten. De Cronbach's α -coëfficiënten varieerden van .63 (sociale activiteiten) tot .83 (werk buitenshuis), en wijzen op een betwistbare tot goede interne consistentie (Lousberg et al., 1999).

Statistische analyse

Voor het uitvoeren van de analyses werd gebruik gemaakt van IBM SPSS Statistics versie 21 voor Windows (IBM Corp, 2012). Een two-tailed niveau van $p < .05$ werd gebruikt om statistische significantie te bepalen.

De eerste fase was erop gericht om een volledig overzicht van de ingevulde vragenlijsten en ontbrekende waarden te krijgen. Op grond hiervan werd een beslissing genomen over de te includeren vragenlijsten en over een eventuele data-imputatiemethode.

Hierna volgden de analyses. Er werd gestart met een hogere-orde principale componenten factoranalyse met oblimin rotatie om het aantal psychologische variabelen samen te vatten in betekenisvolle factoren. De 25 gekozen schalen zijn allereerst gecontroleerd op hoe normaal de schalen verdeeld zijn. Vierentwintig van de 25 schalen hadden een scheefheid < 1 . De schaal met een scheefheid > 1 is doormiddel van Cook's distance gecontroleerd voor multivariate uitschieters. De maximale Cook's distance was in geen enkel geval > 1 . Wegens deze uitkomsten zijn alle 25 schalen opgenomen in de factoranalyse.

De scree plot, interne consistentie en interpreteerbaarheid van de factoroplossing werden gebruikt om het aantal factoren te bepalen; de interpreteerbaarheid werd bepaald in een gesprek tussen klinici, onderzoekers en een patiënt vertegenwoordiger (Geenen, van Broeckhuysen, Scholten, Gerritsen & Muyden). Schalen werden geëxcludeerd als de factor lading $< .40$ was of de lading $> .32$ was op twee of meer factoren (Costello & Osborne, 2005). Vervolgens werden de z -scores op de factoren van de profielvariabelen berekend, waarbij het teken van schalen met een omgekeerd teken werd aangepast.

De volgende analyse was een twee-staps clusteranalyse. In stap 1, werden de z -scores op de factoren (factorscores) gegroepeerd met behulp van een hiërarchische cluster analyse (Ward's methode) om inzicht te krijgen in het aantal profielen dat duidelijk onderscheid maakt tussen de subgroepen. Hierbij werd gebruik gemaakt van het dendogram en de interpreteerbaarheid van de oplossing door te kijken naar de gemiddelde van factorscores bij de diverse profielen. In stap 2, werden patiënten toebedeeld aan de clusters (subgroepen van

psychologische profielen) met een “k-means cluster analyse”. Tot slot werden deze subgroepen van psychologische profielen vergeleken met behulp van univariate variantieanalyses om te bepalen of deze subgroepen verschillen in toestand voor en na het corrigeren voor covariaten, zoals leeftijd, opleiding en geslacht.

Resultaten

Psychologische factoren

Om de homogeniteit van de items vast te stellen is een Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) maat toegepast. In de factoranalyse met de 25 schalen gaf de KMO een waarde van .83, dit geeft aan dat de gekwadrateerde partiële correlaties tussen de items klein waren in vergelijking met de gekwadrateerde correlaties tussen de items en dat de factoranalyse duidelijke en betrouwbare factoren heeft opgeleverd (Field, 2009). De Barlett's test was significant ($\chi^2 = 2682.67, p < .001$), wat aangeeft dat de 25 schalen in de correlatiematrix niet correleren (Field, 2009). Deze waarden geven aan dat een factoranalyse geschikt is voor dit onderzoek.

Zeven factoren hadden een Eigenwaarde >1 (Kaiser criterium). De scree plot gaf een oplossing tussen de drie en zeven factoren. Een drie-factorenoplossing gaf de meest interpreteerbare en betrouwbare factoren. Vanaf een vier-factorenoplossing werden de factoren minder betrouwbaar, waarbij meerdere factoren Cronbach's α -coëfficiënten van $<.5$ hadden. In de zeven-factorenoplossing bestonden daarbij vijf factoren uit enkel twee schalen, in de zes-factorenoplossing bestond een factor uit één schaal en waren de factoren met de schalen van de *BVAQ* moeilijk te interpreteren en bij de vijf- en vier-factorenoplossing vielen tien belangrijke schalen af en bestonden enkele schalen uit twee factoren.

Acht van de 25 schalen zijn niet opgenomen in de definitieve factoroplossing; zes schalen (*DKB-35* zelfacceptatie, *NVM* verlegenheid, *PCI* eisen verlagen, *MPI-DLV* sociale steun, *BVAQ* affectieve alexithymie, *PCI* pijn transformeren) hadden een factorlading $<.40$ en twee schalen (*BVAQ* cognitieve alexithymie, *ZCL* hulpeloosheid) hadden een factorlading van $>.32$ op twee factoren (Field, 2009). De factorladingen van de 25 schalen zijn weergegeven in Tabel 3. De betrouwbaarheid van alle factoren was voldoende ($\alpha \geq .70$) op vermijdend na ($\alpha = .58$), deze factor bestaat echter uit slechts drie schalen.

Tabel 3

Psychologische factoren als resultaat van een hogere-orde principale componenten factoranalyse met 25 psychologische schalen^a

Psychologische variabelen	Factoren ^b		
	Veerkrachtig ($\alpha = .79$)	Kwetsbaar ($\alpha = .82$)	Vermijdend ($\alpha = .58$)
Zelfverheffing (<i>DKB-35</i>)	.72	.05	.07
Extraversie (<i>NVM</i>)	.67	.09	-.08
Lichamelijk contact (<i>DKB-35</i>)	.63	-.06	.05
Potentiele emotionele steun (<i>ISB</i>)	.54	-.08	-.09
Feitelijke emotionele steun (<i>ISB</i>)	.54	.17	-.05
Seksualiteit (<i>DKB-35</i>)	.52	-.18	-.12
Afleiding (<i>PCI</i>)	.50	.04	.08
Over en weer bezoeken (<i>ISB</i>)	.46	-.01	-.25
Cognitieve alexithymie (<i>BVAQ</i>)	-.44	.33	-.21
Positieve betekenis aan de ziekte geven ('disease benefits', <i>ZCL</i>)	.43	-.24	.02
Zelfacceptatie (<i>DKB-35</i>)	.40	-.34	-.06
Verlegenheid (<i>NVM</i>)	-.35	.27	-.03
Eisen verlagen (<i>PCI</i>)	.18	-.01	.02
Sociale steun (<i>MPI-DLV</i>)	.16	.02	.01
Psychologische flexibiliteit (<i>AAQ-II</i>)	.22	-.70	-.16
Negativisme (<i>NVM</i>)	-.01	.66	.19
Ervaren controle over het leven (<i>MPI-DLV</i>)	.23	-.56	-.21
Acceptatie (<i>ZCL</i>)	.27	-.54	-.03
Piekeren (<i>PCI</i>)	.01	.52	.30
Affectieve alexithymie (<i>BVAQ</i>)	-.30	-.39	-.01
Pijn transformeren (<i>PCI</i>)	.04	.27	-.09
Rusten (<i>PCI</i>)	.17	-.16	.69
Terugtrekken (<i>PCI</i>)	.03	.11	.59
Hulpeloosheid (<i>ZCL</i>)	-.17	.36	.43
Vitaliteit (<i>DKB-35</i>)	.27	-.20	-.42

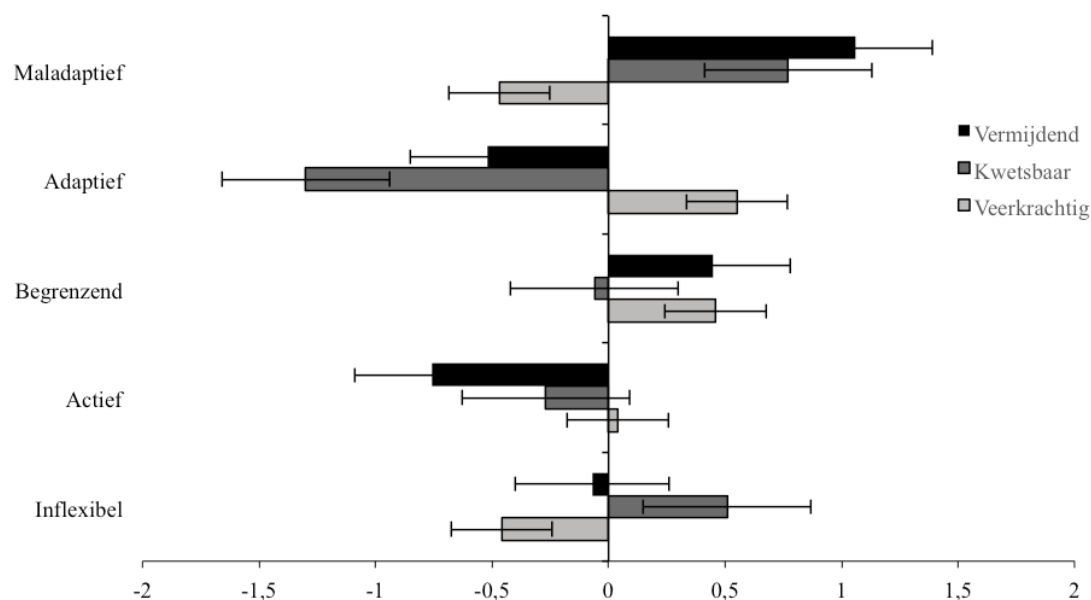
Noot. ^a De factoren bestaan uit de schalen die dikgedrukt en schuingedrukt weergegeven staan in de tabel.

^b De α geeft de Cronbach's α -coëfficiënt weer, welke staat voor de interne consistentie van de factoren.

Psychologische profielen

In de hiërarchische clusteranalyse opperden de agglomeratiecoëfficiënten en de dendrogram een vijf-clusteroplossing. De clusters werden benoemd als een inflexibel ($n = 111$, $\% = 28$), actief ($n = 85$, $\% = 21$), begrenzend ($n = 95$, $\% = 24$), adaptief ($n = 53$, $\% = 13$) en maladaptief ($n = 54$, $\% = 14$) psychologisch profiel.

Figuur 1 geeft een weergave van de vijf psychologische profielen bestaande uit de drie psychologische factoren. Een waarde van .20 staat voor een kleine afwijking van het groepsgemiddelde op de factor, .50 voor een gemiddelde afwijking en .80 voor een grote afwijking (Cohen, 1992). Patiënten met een maladaptief profiel verschillen het meest van patiënten met een adaptief of actief profiel. In Tabel 4 zijn de significante verschillen tussen de subgroepen weergegeven.



Figuur 1 De vijf psychologische profielen bestaande uit de drie psychologische factoren

Tabel 4

Verschillen in psychologische factoren tussen de subgroepen

Factoren	Verschillen	$F(p)^a$
Veerkrachtig	Maladaptief, inflexibel < actief < begrenzend, adaptief	94.88 (< .001)
Kwetsbaar	Adaptief, actief < begrenzend < inflexibel < maladaptief	212.46 (< .001)
Vermijndend	Actief < adaptief < inflexibel < begrenzend < maladaptief	188.38 (< .001)

Noot. ^a De factoren verschillen significant voor de vijf clusters van psychologische profielen, gemeten met Bonferroni post hoc tests.

Participanten verdeeld over de profielen

De demografische gegevens van de 398 patiënten die allen zijn geïncludeerd in de cluster analyse zijn weergegeven in Tabel 5. In geslacht ($\chi^2 = 9.94, p = .04$) en opleiding ($\chi^2 = 17.32, p = .03$) verschillen de subgroepen significant, in leeftijd ($F = 2.29, p = .06$) verschillen de subgroepen niet significant.

Tabel 5

Demografische gegevens van de subgroepen van patiënten met verschillende psychologische profielen

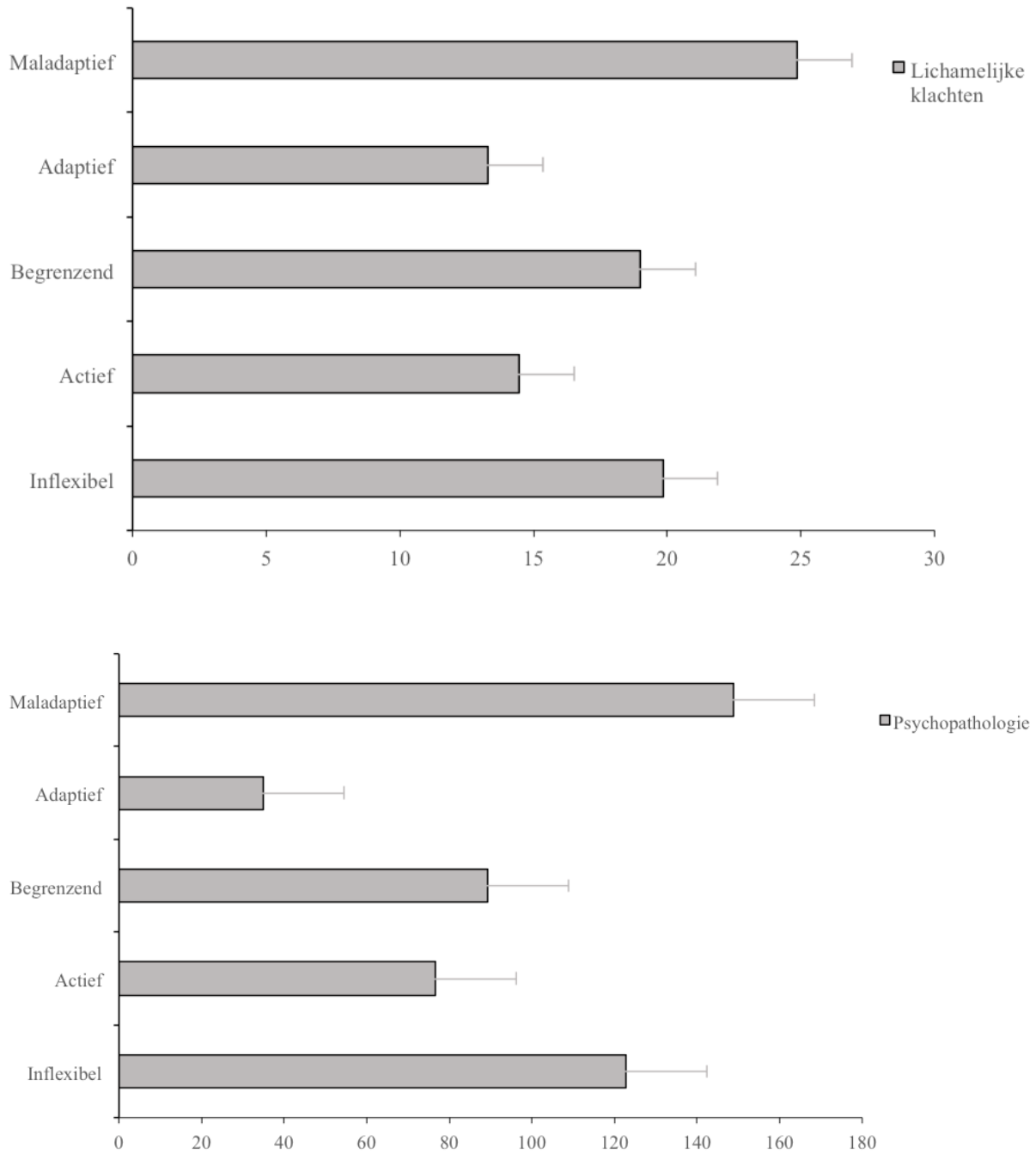
Demografische gegevens	Profielen				
	Inflexibel (<i>n</i> = 111)	Actief (<i>n</i> = 85)	Begrenzend (<i>n</i> = 95)	Adaptief (<i>n</i> = 53)	Maladaptief (<i>n</i> = 54)
Leeftijd in jaren, gem. (<i>S.D.</i>)	43.00 (1.01)	44.13 (1.15)	41.42 (1.09)	46.55 (1.46)	44.61 (1.44)
Geslacht, <i>n</i> (%)					
Man	26 (23)	24 (28)	35 (37)	12 (23)	23 (43)
Vrouw	85 (77)	61 (72)	60 (63)	41 (77)	31 (57)
Opleiding, <i>n</i> (%)					
Laag	22 (20)	14 (16)	10 (11)	18 (34)	15 (28)
Midden	50 (45)	44 (52)	41 (43)	18 (34)	20 (37)
Hoog	36 (32)	24 (28)	40 (42)	17 (32)	19 (35)
Onbekend	3 (3)	3 (4)	4 (4)	-	-

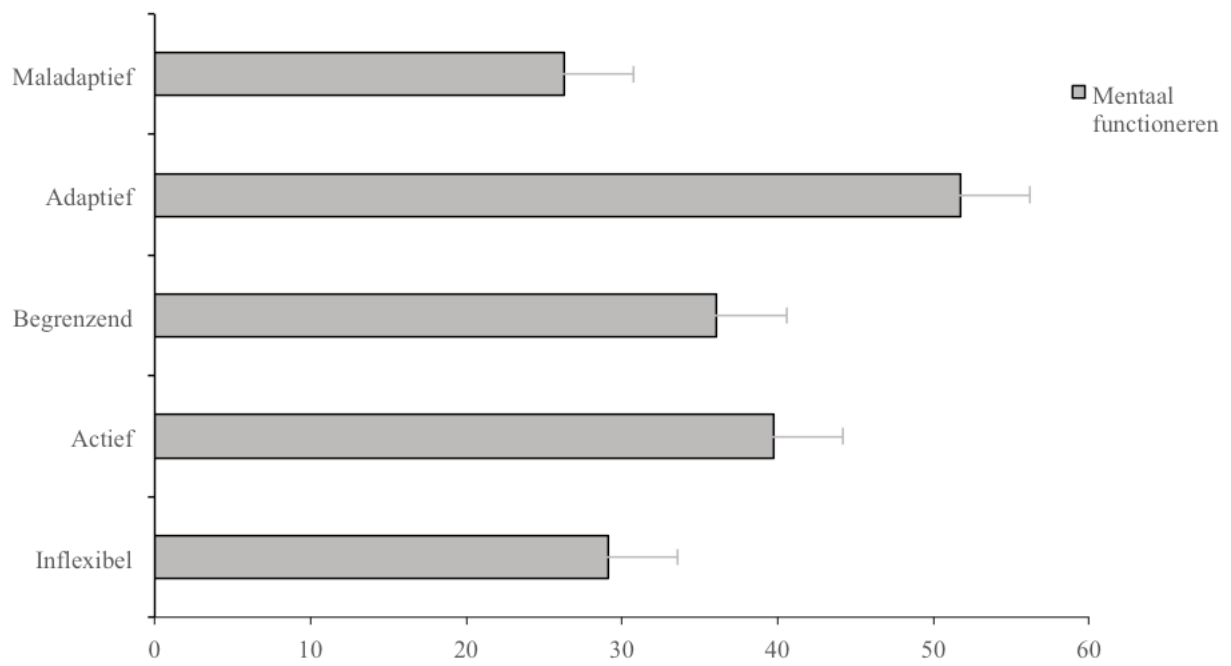
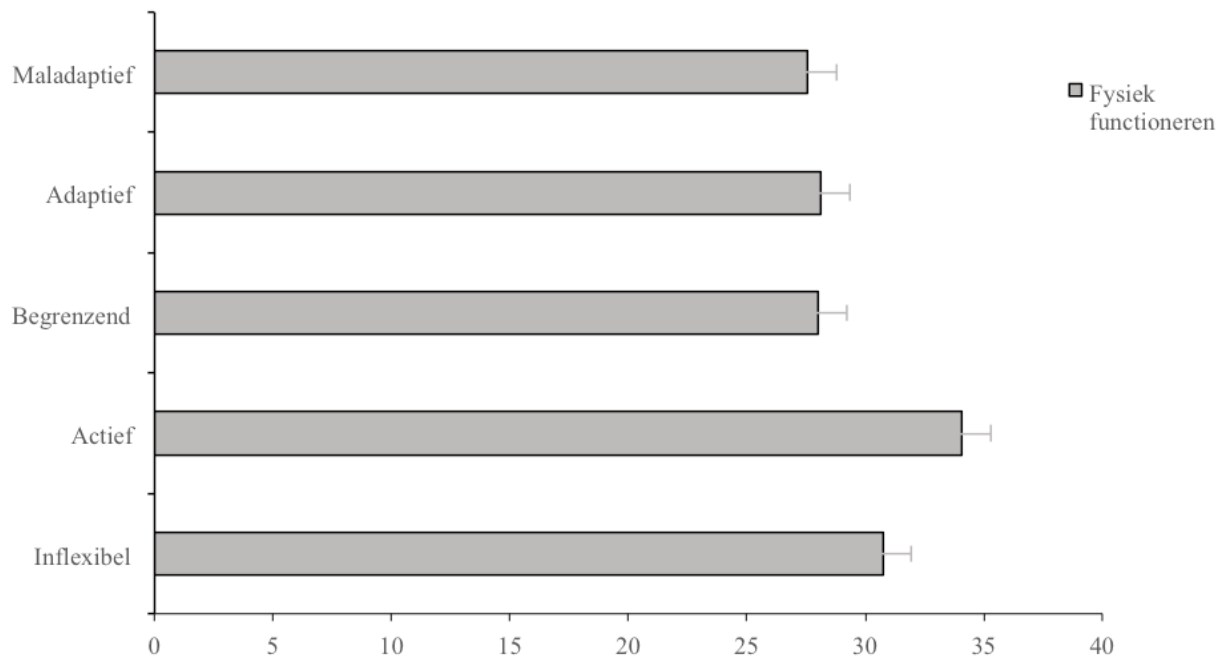
Post hoc vergelijkingen van de subgroepen laten zien dat relatief meer vrouwen een inflexibel, actief of adaptief profiel hebben. Relatief meer mannen hebben een begrenzend of maladaptief profiel. Een inflexibel en actief profiel bestaat relatief meer uit gemiddeld opgeleide patiënten, een begrenzend profiel uit hoog opgeleide patiënten en een adaptief en maladaptief profiel uit laag opgeleide patiënten.

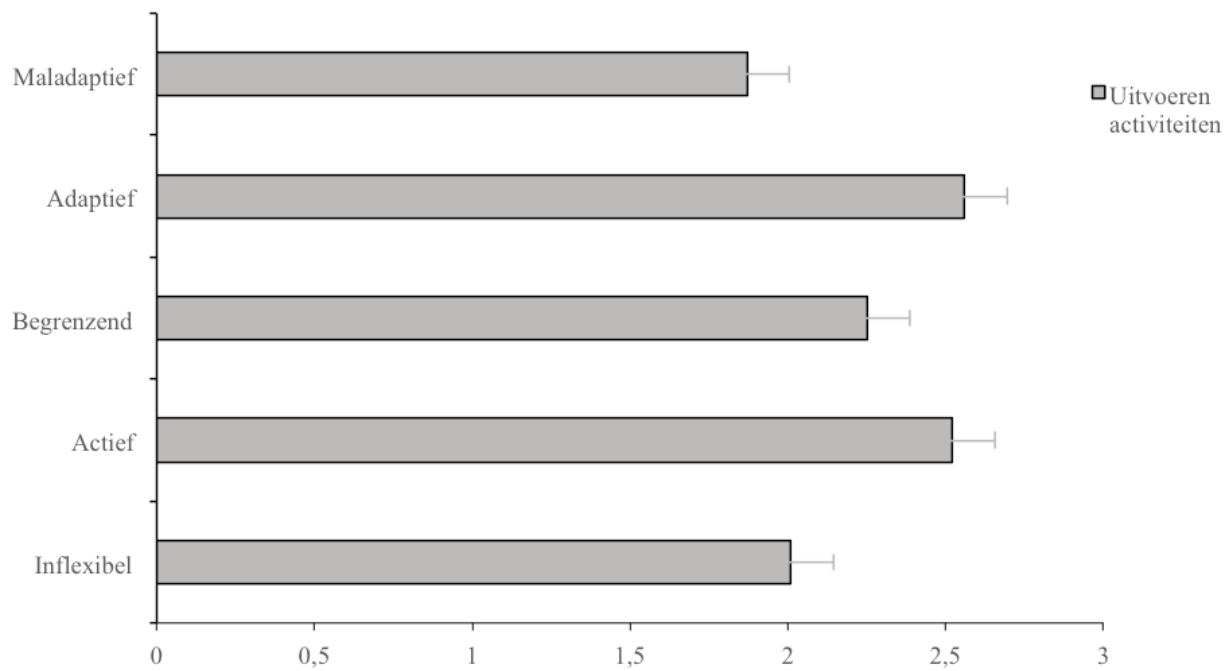
Toestandsvariabelen

In de univariate variantieanalyses om de verschillen tussen de profielen in toestand te meten zijn de variabelen opleiding en geslacht meegenomen als covariaten, omdat de profielen significant verschillen voor deze variabelen. De variabele leeftijd verschilt bijna significant tussen het begrenzend en adaptieve profiel ($p = .05$) en is daarom ook, samen met

opleiding en geslacht, meegenomen als covariaat in de variantieanalyses. Figuur 2 geeft een schematische weergave van de verschillen in toestand tussen de vijf psychologische profielen.







Figuur 2. Gemiddelde scores op lichamelijke klachten, psychopathologie, fysiek functioneren, mentaal functioneren en het uitvoeren van activiteiten bij de vijf psychologische profielen

Patiënten met een maladaptief profiel verschillen het meest van patiënten met een adaptief of actief profiel en verkeren in de meest slechte toestand. In Tabel 6 zijn de significante verschillen tussen de subgroepen in toestand weergegeven (resultaten van de post hoc tests).

Tabel 6

Verschillen in toestand tussen de subgroepen

Toestand	Verschillen	$F(p)^a$
Lichamelijke klachten	Maladaptief < inflexibel, begrenzend < actief < adaptief	23.63 (< .001)
Psychopathologie	Maladaptief < inflexibel < begrenzend, actief < adaptief	64.72 (< .001)
Fysiek functioneren	Maladaptief, begrenzend, adaptief < inflexibel < actief	9.37 (< .001)
Mentaal functioneren	Maladaptief < inflexibel < begrenzend < actief < adaptief	76.37 (< .001)
Uitvoeren activiteiten	Maladaptief < inflexibel, begrenzend < actief, adaptief	9.28 (< .001)

Noot. ^a De toestandsvariabelen verschillen significant voor de vijf clusters van psychologische profielen, gemeten met Bonferroni post hoc test.

Discussie

In dit onderzoek werden subgroepen van patiënten met ernstige somatoforme stoornissen onderscheiden op basis van relevante psychologische variabelen. Daarnaast is onderzocht of de subgroepen verschillen in toestand. Er werden vijf subgroepen gevonden, te weten een maladaptief, inflexibel, begrenzend, actief en een adaptief profiel. Bij deze psychologische profielen werden significant verschillende toestanden gevonden, waarbij patiënten met een maladaptief profiel in de meest slechte toestand verkeerden, gevolgd door patiënten met een inflexibel profiel, begrenzend profiel, actief profiel en tot slot patiënten met een adaptief profiel.

De psychologische profielen werden gevormd op basis van de scores op drie factoren bestaande uit psychologische variabelen. Het betreffen de factoren veerkrachtig, kwetsbaar en vermijgend. Onder de factor veerkrachtig vallen adequate cognities en copingstrategieën, een positief lichaamsbeeld en sociale steun. De factor kwetsbaar wordt gekenmerkt door inadequate cognities en psychologische inflexibiliteit. Onder de factor vermijgend vallen inadequate copingstrategieën en lage vitaliteit. De factor kwetsbaar lijkt vooral neuroticisme te reflecteren en de factor veerkrachtig wat meer extraversie. De factoranalyse onderscheidt twee aparte factoren die dus niet tegenpolen zijn van eenzelfde dimensie; een lage score op kwetsbaar staat niet vanzelfsprekend voor een hoge score op veerkrachtig.

De onderzoeksresultaten worden hieronder nader toegelicht. Allereerst worden de psychologische profielen en de samenhang met de toestand van de patiënten besproken, waarna opvallende resultaten, het M.A.M.S-model, implicaties, sterke punten, beperkingen en de conclusie van het onderzoek volgen.

Psychologische profielen

Wanneer de uitkomsten van dit onderzoek vergeleken worden met andere onderzoeken naar psychologische profielen, zijn overeenkomsten zichtbaar. In eerder onderzoek (Turk et al., 1998; Van Leeuwen et al., 2014; Widerström-Noga et al., 2007), wordt over het algemeen een functioneel profiel gevonden met adequate copingstrategieën, zoals ook het geval is bij het adaptieve en actieve profiel in dit onderzoek. Beide profielen scoren dan ook laag op de factor vermijgend. Ook worden er disfunctionele profielen gevonden in eerdere studies (Turk et al., 1998; Van Leeuwen et al., 2014; Widerström-Noga et al., 2007), welke overeenkomsten vertonen met het maladaptieve en inflexibele profiel in dit onderzoek. Deze profielen scoren laag op de factor veerkrachtig en hoog op de factor kwetsbaar. Een construct dat niet in

andere profielonderzoeken naar voren komt en specifiek is voor somatoforme stoornissen betreft het lichaamsbeeld van de patiënten. Een positief lichaamsbeeld betreft een construct welk onderdeel is van de factor veerkrachtig. Dit construct is tevens terug te vinden in een vrij unieke bevinding van dit onderzoek, te weten het begrenzend profiel. Het betreffen extraverte patiënten met een positief lichaamsbeeld, verdere positieve cognities, sociale steun en passieve copingstrategieën. De mogelijkheid om specifieke psychologische profielen op te stellen voor patiënten met een ernstige somatoforme stoornis is hiermee bevestigd.

Toestandsvariabelen

Vanuit de empirie en de kwetsbaarheidstheorieën, zoals het kwetsbaarheid-stressmodel (Brown & Harris, 1978; Goldberg & Huxley, 1992; Zuckerman, 1999) en het dubbel-risico model (Belsky & Pluess, 2009; Sameroff & Fiese, 2000) werd verwacht dat de psychologische profielen die gekenmerkt worden door de kwetsbaarheidsfactoren in een slechtere toestand zouden verkeren dan de subgroepen die gekenmerkt worden door de veerkrachtfactoren. Dit werd bevestigd. Patiënten met een maladaptief psychologisch profiel rapporteren meer symptomen, slechter welbevinden en meer beperkingen in het functioneren dan de andere patiënten. Dit geldt in mindere mate ook voor patiënten met een inflexibel profiel. Beide profielen scoren hoog op de factor kwetsbaar, de kwetsbaarheidsfactoren blijken zoals verwacht samen te hangen met een slechte toestand.

Waar patiënten met het maladaptieve of inflexibele profiel zich in vergelijking tot de overige patiënten zich gemiddeld in een slechte toestand bevinden, vormt het begrenzend profiel een soort middenklasse. Het lijkt een gebalanceerde groep waarbij veerkracht samenkomt met het tijdig nemen van rust. Een verklaring hiervoor kan gezocht worden in de zelfregulatietheorie van Higgins (1997). Volgens deze theorie heeft ieder mens twee essentiële behoeften: aan de ene kant de behoefte aan groei en ontwikkeling, en aan de andere kant de behoefte aan zekerheid, bescherming en veiligheid. Bij mensen met een promotiefocus overheerst de behoefte aan groei en ontwikkeling. Bij mensen met een preventiefocus zijn veiligheidsbehoeften het belangrijkste (Higgins, 1997). Daarnaast zijn de doelen die mensen met een preventie- of promotiefocus nastreven wezenlijk verschillend. Mensen met een promotiefocus streven ernaar doelen te behalen die zij associëren met hun 'ideale zelf' en daarmee hun hoop, wensen en ambities. Zij richten zich op het behalen van succes. Mensen met een preventiefocus streven doelen na die gerelateerd zijn aan hun 'opgelegde zelf', zoals zij denken dat zij zouden moeten zijn. De doelen zijn vooral gericht op verantwoordelijkheden en het voldoen aan verplichtingen. Zij richten zich op het voorkomen

van mislukking door het hanteren van ‘ontwijk strategieën’ (Higgins, 1997). Het begrenzend profiel lijkt te bestaan uit mensen met preventie gefocuste zelfregulatie. Deze patiënten kiezen mogelijk voor een leven volgens verplichtingen wat gezien kan worden als een vorm van vermijdingsgedrag; er wordt gekozen voor de makkelijke weg om negatieve uitkomsten te voorkomen.

Vermijding gaat gepaard met meer beperkingen en een verminderde kwaliteit van leven bij chronische pijnpatiënten. Patiënten die minder vermijden en zo flexibeler kunnen omgaan met hun doelen, ervaren minder klachten (Kindermans et al., 2011). Dit is mogelijk een verklaring waarom patiënten met een adaptief en actief profiel zich gemiddeld in een betere toestand bevinden dan de vermijdende patiënten met een begrenzend profiel. Het leven volgens verplichtingen kan echter ook een gevoel van controle over het leven opwekken (de Beurs et al., 2005; Widerström-Noga et al., 2007), wat een kenmerkende veerkrachtfactor is voor patiënten met een begrenzend profiel. Bij patiënten met een maladaptief profiel komt vermijding echter samen met het ontbreken van een gevoel van controle over het leven, waardoor zij zich mogelijk in een slechtere toestand bevinden dan patiënten met een begrenzend profiel. Bovenstaande gegevens zijn in lijn met de verwachting dat de profielen samenhangen met de toestand van de patiënten. De gegevens laten zien dat het van belang kan zijn om aan de profielen te werken om zo mogelijk de toestand te beïnvloeden.

Opvallende resultaten

Naast de aannemelijke verschillen in toestand tussen de profielen is er ook een opvallend verschil naar voren gekomen. Indien er gekeken wordt naar de ervaren fysieke beperkingen is namelijk opmerkelijk dat patiënten met een adaptief profiel gemiddeld bijna evenveel fysieke beperkingen ervaren als de maladaptieve groep. Wanneer er echter gekeken wordt naar het daadwerkelijk uitvoeren van activiteiten scoort de adaptieve groep het hoogst. Het onderscheid zit dus niet in de ervaren fysieke beperkingen, maar in het cognitief en gedragsmatig ermee omgaan. Mogelijk weet de adaptieve groep vrij goed wat gezond psychologisch gedrag is, maar kan deze groep dat toch niet zo inzetten om fysiek beter te functioneren. Dit vormt ook de kern van wat een somatoforme stoornis is (Houtveen et al., 2015; Spaans, 2006). De gemiddeld betere cognitief-gedragsmatige strategieën lijken zelfs bij de adaptieve groep niet in staat om tegenstand te bieden aan het, misschien automatische, verstoorde fysieke functioneren. Ook kan dit resultaat mogelijk wijzen op een type patiënt dat al vaker is onderzocht bij populaties met psychosomatische klachten (Van Koulil et al., 2008), namelijk het persisterende type. Dit zijn patiënten die klachten en met klachten

samenhangende gedachten proberen te negeren of onderdrukken en ondanks de klachten blijven persisteren in hun activiteiten. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de toestand van patiënten (Van Koulik et al., 2008). De term ‘adaptief’ dient dan ook beschouwd te worden als een relatief begrip. Verder is het belangrijk te realiseren dat het gemiddelde van de schaal ervaren fysiek functioneren (*Rand-36*) in de algemene bevolking 50 is met een standaarddeviatie van 10 (Westert et al., 2005). Alle groepen zitten ongeveer twee standaarddeviaties onder het gemiddelde van de algemene bevolking en laten zo fors afwijkende waarden zien.

M.A.M.S.-model

Wanneer de gevonden psychologische profielen worden bekeken in het licht van het behandelkader, zijn er zoals verwacht enige overeenkomsten zichtbaar. De vier therapeutische elementen van het M.A.M.S.-model zijn mentaliseren, accepteren, moduleren en systemisch werken (Spaans, 2006). Op het element mentaliseren na, zijn de elementen van het M.A.M.S.-model terug te vinden in de factoren en profielen. Het element accepteren is terug te vinden in de factor kwetsbaar, waarin lage scores op accepteren en psychologische flexibiliteit aanwezig zijn. Aangezien de patiënten met een adaptief profiel laag scoren op de factor kwetsbaar kunnen ze worden beschreven als meer accepterend. Acceptatie is een actieve dynamische bereidheid om je eigen ervaringen toe te laten en te beleven. Vanuit deze bereidwillige open houding kunnen mensen hun klachten tegemoet treden op een manier die past bij de aard en de ernst van hun klachten (Spaans, 2006). Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het resultaat dat patiënten met een adaptief profiel zich gemiddeld in een betere toestand bevinden dan patiënten met psychologische profielen die gekenmerkt worden door een lage mate van acceptatie. Een lage mate van acceptatie lijkt overigens samen te komen met verdere negatieve cognities en emoties, waardoor het moduleren bemoeilijkt wordt en zo klachten in stand worden gehouden (Spaans, 2006). Het element moduleren lijkt dan ook het minst van toepassing op patiënten met een maladaptief of inflexibel profiel. Ook de invloeden van het systeem waar de patiënten deel van uitmaken is terug te vinden in de profielen. Zo ervaren de patiënten met een adaptief en begrenzend profiel meer emotionele steun vanuit de omgeving en bevinden zich gemiddeld in een betere toestand dan patiënten met weinig emotionele steun, zoals het geval bij een inflexibel profiel. De elementen van het M.A.M.S.-model lijken vertegenwoordigd in de gevonden psychologische profielen in dit onderzoek. Patiënten met een adaptief profiel lijken het hoogst te scoren op de elementen van het M.A.M.S.-model.

Vervolgonderzoek en klinische implicaties

Dit onderzoek vormt de eerste onderzoek naar psychologische profielen bij patiënten met ernstige somatoforme stoornissen. De volgende stap is om te onderzoeken of deze profielen een voorspellende waarde kunnen hebben voor de effectiviteit van verschillende soorten interventies. Onderzoeken naar de effectiviteit van psychotherapie en multidisciplinaire behandeling van patiënten met een ernstige somatoforme stoornis laten kleine tot matige effecten zien (Houtveen et al., 2015; Koelen et al., 2014). Wellicht verschilt de effectiviteit van verschillende vormen van behandeling voor de psychologische profielen. Vanuit theorie en empirie komt naar voren dat het herstructureren van het negatief denken waarschijnlijk vooral nuttig is voor patiënten met een inflexibel en maladaptief profiel (Turk et al., 1998). Om daarbij vermijding te voorkomen en acceptatie te verhogen is Acceptance and Commitment Therapy (ACT) mogelijk een passende interventie voor een begrenzend, inflexibel of maladaptief profiel. Bij ACT worden psychische vaardigheden aangeleerd om zo effectief met pijnlijke gedachten en gevoelens om te gaan, zodat ze minder impact hebben op het leven van mensen (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Bij patiënten met meer adequate cognitieve en gedragsmatige vaardigheden, zoals het geval bij het adaptieve en actieve profiel, wordt cognitieve gedragstherapie aanbevolen om specifieke gedragingen en cognities te behouden (Spaans et al., 2009; Van Leeuwen et al., 2014). Vanuit het perspectief van de positieve psychologie, kan daarbij een focus op het optimaal functioneren naast een focus op het disfunctioneren het welbevinden en functioneren van patiënten vergroten (Lee Duckworth, Steen, & Seligman, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Zo kan in therapie gericht worden op het bevorderen van veerkracht, waardoor mensen beter in staat zullen zijn om te gaan met dagelijkse stressoren en *life events* en zo het welbevinden kan vergroten (Ryff et al., 2012). Door onderzoek te doen naar de effectiviteit van verschillende interventies voor de psychologische profielen zouden de profielen uiteindelijk aanwijzingen kunnen geven voor het opstellen van therapie op maat.

Sterke punten en beperkingen

De grootste beperking van dit onderzoek is dat het een cross-sectioneel design betreft, waardoor causale verbanden en duidelijke implicaties over het aanpassen van de behandelingen niet kunnen worden gegeven. Een sterk punt van dit onderzoek is daarentegen de grote steekproef bestaande uit patiënten met een ernstige somatoforme stoornis uit een derdelijns-instelling. Wegens de grote steekproefomvang worden significante effecten

gevonden die generaliseerbaar zijn naar andere patiëntpopulaties met ernstige somatoforme stoornissen.

Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat het huidige onderzoek een eerste stap kan zijn op weg naar de ontwikkeling van therapie op maat voor patiënten met een ernstige somatoforme stoornis. De in het huidige onderzoek samengestelde psychologische profielen kunnen als input dienen voor vervolgonderzoek en aan de hand daarvan mogelijk dienen als voorspellers voor de effectiviteit van multidisciplinaire interventies en onderdelen daarvan. Zo wordt verwacht dat het vaststellen van psychologische profielen uiteindelijk zal leiden tot effectievere behandelingen, waarmee de kwaliteit van het leven van patiënten met een ernstige somatoforme stoornis verhoogd kan worden.

Referentielijst

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E., & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Altrecht (2014). *Altrecht Psychosomatiek Eikenboom*. Geraadpleegd op 10 oktober 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 edition, text revision)*. Washington, dc: American Psychiatric Association.
- Barsky, A.J., Orav, E.J., & Bates, D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903-910.
- Barsky, A.J., Orav, E.J., & Bates, D.W. (2006). Distinctive patterns of medical care utilization in patients who somatize. *Medical Care*, 44, 803-811.
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135, 885-908.
- Beurs, E. de, Hollander-Gijsman, M.D., Buwalda, V., Trijsburg, R.W., & Zitman, F. (2005). De Outcome Questionnaire OQ-45: Psychodiagnostisch gereedschap. *Psycholoog*, 40, 393-400.
- Beurs, E. de, & Zitman, F.G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL- 90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120- 141.
- Boom, K.J. van der, & Houtveen, J.H. (2014). Psychiatrische comorbiditeit bij ernstige somatoforme stoornissen in de derdelijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 743-747.
- Bosch, R.J. van den (1989). Coping en psychopathologie: een overzicht van theorie en onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31, 587-599.
- Braams, B.R., Blechert, J., Boden, M.T., & Gross, J.J. (2012). The effects of acceptance and suppression on anticipation and receipt of painful stimulation. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 1014-1018.
- Brown, G.W., & Harris, T. (1978). Social origins of depression: a reply. *Psychological Medicine*, 8, 577-588.
- 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.
- Chamberlain, J.M., & Haaga, D.A. (2001). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 19, 163-176.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112, 155-159.
- Dam-Baggen, R. van, & Kraaimaat, F. (1992). De Inventarisatielijst Sociale Betrokkenheid (ISB): een zelfbeoordelingslijst om sociale steun te meten (Inventory for social reliance (ISR): a self-report inventory for the measurement of social support). *Gedragstherapie*, 25, 27-46.
- Evers, A.W.M., Kraaimaat, F.W., Lankveld, W. van, Jacobs, J.W.G., & Bijlsma, J.W.J. (1998). Ziekte-Cognitie-Lijst (ZCL). *Gedragstherapie*, 31, 205-220.

- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage publications.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. In: Carver, C.S., Weintraub, J.K., & Scheier, M.F. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Fonagy, P., Gergerly, G., & Jurist, E. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the Self*. New York: Other Press.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a biopsychosocial approach*. Roudedge: London.
- Grabe, H.J., Spitzer, C., & Freyberger, H.J. (2004). Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1299-1301.
- Hankin, B.L., & Abela, J.R.Z. (2005) *Development of psychopathology: A vulnerability stress perspective*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.
- Hanssen, M.M., & Peters, M.L. (2009). Is optimisme gezond en pessimisme ongezond?. *Psychologie en Gezondheid*, 37, 298-307.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Higgins, E.T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280–1300.
- Houtveen, J.H., Broeckhuysen-Kloth, S. van, Lintmeijer, L.J., Bühring, M.E.F., & Geenen, R. (2015). Intensive multidisciplinary treatment for severe somatoform disorder: a prospective evaluation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 14 - 148.
- Hoyer, W.J., Rybash, J.M., & Roodin, P.A. (1999). *Adult development and ageing*. United Stated of America. New York: McGraw-Hill College.
- Jacobs, N., Kleen, M., Groot, F. de, & A-Tjak, J. (2008) Het meten van experiëntiële vermijding. De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Gedragstherapie*, 41, 349-361.
- Kindermans, H.P.J., Huijnen, I.P.J., Goossens, M.E.J.B., Roelofs, J., Verbunt, J.A., & Vlaeyen, J.W.S. (2011). “Being” in pain: The role of self-discrepancies in the emotional experience and activity patterns of patients with chronic low back pain. *PAIN*[®], 152, 403-409.
- Koelen, J.A., Houtveen, J.H., Abbass, A., Eurelings-Bontekoe, L.H.M., Broeckhuysen, S. van, Luyten, P., Bühring, M.E.F., & Geenen, R. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 12-19.
- Kool, M.B., Middendorp, H. van, Lumley, M., Bijlsma, J.W., & Geenen, R. (2012). Social support and invalidation by others contribute uniquely to the understanding of physical and mental health of patients with rheumatic diseases. *Journal of Health Psychology*, 18, 86-95.
- Korenromp, I.H.E. de, Grutters, J.C., Bosch, J.M.M. van den, & Heijnen, C.J. (2012). Post-inflammatory fatigue in sarcoidosis: Personality profiles, psychological symptoms and stress hormones. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 97-102.

- Koulil, S. van, Kraaimaat, F.W., Lankveld, W. van, Helmond, T. van, Vedder, A., Hoorn, H. van, Cats, H., Riel, P.L.C.M. van, & Evers, A.W.M. (2008). Screening for pain-persistence and pain-avoidance patterns in fibromyalgia. *International Journal of Behavioral Medicine*, *15*, 211-220.
- Kraaimaat, F.W., Bakker, B., & Evers, A.W.M., (1997). Pijn coping-strategieën bij chronische pijn patiënten: De ontwikkeling van de Pijn-Coping-Inventarisatielijst (PCI). *Gedragstherapie*, *3*, 185-201.
- Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. In: L. Quine & J. Pahl, (ed.), Stress and coping in mothers caring for a child with severe learning difficulties: A test of Lazarus' transactional model of coping. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *1*, 57-70.
- Lee, Y.C., Chibnik, L.B., Lu, B., Wasan, A.D., Edwards, R.R., Fossel, A.H., Helfgott, S.M., Solomon, D.H., Clauw, D.J., & Karlson, E.W. (2009). The relationship between disease activity, sleep, psychiatric distress and pain sensitivity in rheumatoid arthritis: A cross-sectional study. *Arthritis Research & Therapy*, *11*, R160.
- Lee Duckworth, A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 629-651.
- Leeuwen, N. van, Bossema, E.R., Knoop, H., Kruize, A.A., Bootsma, H., Bijlsma, J.W.J., & Geenen, R. (2014). Psychological profiles in patients with Sjögren's syndrome related to fatigue: a cluster analysis. *Rheumatology*, in press.
- Lousberg, R., Breukelen, G.J.P. van, Groenman, N.H., Schmidt, A.J.M., Arntz, A., & Winter, F.A.M. (1999). Psychometric properties of the Multidimensional Pain Inventory, Dutch language version (MPI-DLV). *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 167-182.
- Luteijn, F., & Kingma, L. (1979). Een nieuwe verkorte MMPI. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, *34*, 459-471.
- Mayou, R., Kirmayer, L.J., Simon, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 847-855.
- Merz, E.L., Malcarne, V.L., Assassi, S., Nair, D.K., Graham, T.A., Yellman, B.P., & Mayes, M.D. (2014). Biopsychosocial typologies of pain in a cohort of patients with systemic sclerosis. *Arthritis care & research*, *66*, 567-574.
- 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.
- Powers, M.B., Vording, M.B.Z.S., & Emmelkamp, P.M.G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*, 73-80.
- Quine, L., & Pahl, J. (1991). Stress and coping in mothers caring for a child with severe learning difficulties: a test of Lazarus' Transactional Model of Coping. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *1*, 57-70.
- Ryff, C., Friedman, E., Fuller-Rowell, T., Love, G., Miyamoto, Y., Morozink, J., Radler, B., & Tsenkova, V. (2012). Varieties of resilience in MIDUS. *Social and Personality Psychology Compass*, *6*, 792-806.

- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 135-159.
- Scheffers, M., Duijn, M.A.J. van, Bosscher, R.J., Wiersma, D., & Busschbach, J.T. van (2014). Psychometric properties of the Dresden Body Image Questionnaire: A multiple-group confirmatory factor analysis across sex and age in a Dutch non-clinical sample. *Manuscript submitted for publication*.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Spaans, J. (2006). Wat is MAMS? Verdere uitleg van het MAMS-model. Zeist: Altrecht Psychosomatiek Eikenboom.
- Spaans, J., Veselka, L., Luyten, P., & Bühring, M.E.F. (2009). Lichamelijke aspecten van mentalisatie: Therapeutische focus bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 239-249.
- 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 Care & Research*, 11, 397-404.
- Vorst, H., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond–Vorst alexithymia questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30, 413-434.
- Waal, M.W.M. de, Arnold I.A., Eekhof, J.A.H., & Hemert, A.M. van (2004). Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 470-476.
- Waal, M.W.M. de, Arnold, I.A., Spinhoven, P.H., Eekhof, J.A.H., Assendelft, W.J.J., & Hemert, A.M. van (2009). The role of comorbidity in the detection of psychiatric disorders with checklists for mental and physical symptoms in primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 78-85.
- Westert, G.P., Schellevis, F.G., Bakker, D.H. de, Groenewegen, P.P., Bensing, J.M., & Zee, J. van der (2005). Monitoring health inequalities through general practice: The Second Dutch National Survey of General Practice. *European Journal of Public Health*, 15, 59–65.
- Widerström-Noga, E.G., Felix, E.R., Cruz-Almeida, Y., & Turk, D.C. (2007). Psychosocial subgroups in persons with spinal cord injuries and chronic pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 1628-1635.
- Woertman, L., & Brink, F. van den (2008). Seks doe je met je lichaam; wat is de relatie tussen anorexia nervosa, lichaamsbeeld en seksualiteit. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 115-119.
- Woivalin, T., Krantz, G., Mäntyranta, T., & Ringsberg, K.C. (2004). Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Family Practice*, 21, 199-203.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bijlage 1 Begrippenlijst inleiding

Acceptatie = Het actief openstellen voor innerlijke ervaringen, het verwelkomen en aanvaarden van gedachten, emoties en andere ervaringen van het moment, zonder hierover te oordelen (Braams, Blechert, Boden & Gross, 2012).

Alexithymie = Persoonlijkheidstrek gekenmerkt door moeilijkheden in het beschrijven van, onderscheiden van en omgaan met gevoelens, een beperkt fantasieleven en een denken dat voornamelijk gericht is op de buitenwereld en minder op de innerlijke beleving (Grabe et al., 2004).

Controle over het leven ervaren = Dat mensen zelf controle hebben over de richting van hun leven. Deze mensen hebben duidelijke doelen in het leven en manieren om eraan te werken. Zij kiezen de acties die nodig zijn en voeren deze acties uit om aan hun doelen te werken (de Beurs et al., 2005; Widerström-Noga et al., 2007).

Gebrekkig mentaliseren = Mentaliseren is het kunnen begrijpen van je eigen gedrag en dat van anderen in termen van gedachten, wensen, gevoelens en ideeën. Het vermogen tot mentaliseren is cruciaal bij het aangaan van constructieve en intieme relaties. Wanneer er sprake is van gebrekkig mentaliseren, kan men last hebben van emotionele schommelingen en impulsiviteit en ondervindt men problemen op het interpersoonlijke en sociale vlak (Fonagy et al., 2002).

Hulpeloosheid = Een vorm van betekenisverlening bij chronische ziekten, waarbij de negatieve betekenis van een intrinsieke, aversieve stimulus wordt benadrukt (Evers et al., 1998). Mensen leren hierbij dat ze geen invloed kunnen uitoefenen op de gebeurtenissen die hun overkomen (Abramson et al., 1978).

Moeite met emotieregulatie = Regulatie is een essentieel onderdeel van de emotie. Het betreft een reactiepatroon dat bedoeld is om de emotionele beleving hanteerbaar te maken. Bij moeite of enige verstoring in de regulatie is men niet of nauwelijks in staat zijn emoties een beetje te reguleren en kan er sprake zijn van onder andere stemmingswisselingen en gevoelens van innerlijke leegte (Hankin & Abela, 2005).

Negatief lichaamsbeeld = Het hebben van negatieve gevoelens over of beleving van eigenschappen, functies of beperkingen van eigen lichaam of lichaamsdelen (Woertman & Van den Brink, 2008).

Negativisme/Pessimisme = Pessimisten verwachten dat de gebeurtenissen zich slecht zullen ontwikkelen. Ze geloven daarbij vaak dat slechte gebeurtenissen vooral hun eigen

schuld zijn en dat negatieve ervaringen lang, misschien zelfs voor altijd zullen blijven (Hanssen & Peters, 2009).

Neuroticisme = Een persoonlijkheidstrekk gekenmerkt door emotionele instabiliteit.

Neurotische mensen maken zich meer zorgen, zijn onzekerder en nerveus.

Ze zullen sneller boos, ongerust of uitgelaten zijn. Ze kunnen negatieve gevoelens als angst, woede, frustratie, somberheid, schaamte en schuld ervaren (Poppe et al., 2012).

Positieve betekenis aan de ziekte geven ('disease benefits') = De toevoeging van een positieve betekenis aan een intrinsiek, negatieve stimulus (Evers et al., 1998).

Probleemgerichte coping (actief) = Probleemgerichte coping is gericht op het oplossen van een probleem door verandering aan te brengen in de situatie die stress of tegenslag veroorzaakt. Mensen proberen de eisen van de omgeving te verlagen of de eigen bronnen te versterken (Hoyer et al., 1999; van den Bosch, 1989).

Psychologische flexibiliteit = Het vermogen interfererende gedachten, emoties en lichamelijke sensaties op te merken en te accepteren, zonder deze te willen veranderen (Powers et al., 2009).

Sociale steun = Bestaat uit wisselwerkingen tussen mensen die tegemoet komen aan sociale basisbehoeften van de ontvanger, zoals affectie, goedkeuring, erbij horen en veiligheid (Kool et al., 2012).

Vermijdende coping (passief) = Men wil zijn negatieve emoties die gerelateerd zijn aan de stressvolle gebeurtenis reguleren, vaak doormiddel van terugtrekking en ontkenning. De stressvolle situatie zelf wordt niet veranderd (Jacobs et al., 2008; Van den Bosch, 1989).

Zelfacceptatie = Het accepteren van de eigen tekortkomingen en prestaties. Met andere woorden, goede eigenschappen maar ook slechte eigenschappen van jezelf toelaten en ervaren (Chamberlain & Haaga, 2001).