

Psychopathologische profielen bij patiënten met een ernstige somatoforme stoornis

En de rol van acceptatie en hulpeloosheid

L.V.J. Gerritsen
3660656

Begeleiding: prof. dr. R. Geenen

Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie

Universiteit Utrecht

In samenwerking met Altrecht Psychosomatiek
Eikenboom, te Zeist

Februari 2015

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Samenvatting..... | 2 |
| Voorwoord..... | 3 |
| Inleiding..... | 4 |
| Methode..... | 8 |
| Design..... | 8 |
| Procedure..... | 8 |
| Deelnemers..... | 8 |
| Instrumenten..... | 9 |
| Statistische analyse..... | 11 |
| Resultaten..... | 12 |
| Hoofdeffecten psychopathologie..... | 12 |
| Acceptatie en hulpeloosheid..... | 14 |
| Interactiemodellen..... | 16 |
| Discussie..... | 19 |
| Comorbide psychopathologie..... | 19 |
| Acceptatie..... | 20 |
| Hulpeloosheid..... | 21 |
| Opvallende resultaten..... | 21 |
| Sterke punten en beperkingen..... | 22 |
| Vervolgonderzoek en klinische implicaties..... | 23 |
| Referentielijst..... | 24 |
| Appendix A: Regressiecoëfficiënten en determinatiecoëfficiënten hoofdeffecten..... | 30 |
| Appendix B: Exploratieve interactiemodellen..... | 33 |
| Appendix C: Regressiecoëfficiënten en determinatiecoëfficiënten interactiemodellen..... | 35 |

Abstract

Severe somatoform disorders are characterized by a chronic disease course and prevalent comorbid disorders. Patients are often highly distressed and treatment is not consistently effective. This cross-sectional study aims to contribute to the body of research on treatment indications. The study examined the association between psychopathological profiles based on DSM-IV-TR classifications and health status in patients with a severe somatoform disorder, as well as the moderating role of acceptance and helplessness. Data of 322 patients (99 men and 223 women, mean age 44 years) during the diagnostic phase at Altrecht Psychosomatiek Eikenboom were retrieved from clinical files. Health status was assessed with four variables: general physical functioning, general mental functioning, physical symptoms, and frequency of daily activities. The results indicated that both comorbid clinical disorders and comorbid psychosocial problems were associated with a decrease in patients' health status. Acceptance was associated with better mental functioning but reduced physical functioning. Furthermore, it was tentatively indicated that acceptance buffered the negative effects of comorbid psychopathology. Helplessness was associated with an overall decreased health status. However, the expected interaction between helplessness and comorbid psychopathology was not confirmed. These cross-sectional findings will feed outcome research. If psychopathological profiles in combination with acceptance and helplessness predict therapy outcome, this may lead to an improvement of the indication for and customization of treatment of the individual with a severe somatoform disorder.

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis, geschreven in het kader van de masteropleiding Klinische en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Zonder de waardevolle bijdrage van enkele personen had ik dit onderzoek niet tot een mooi einde kunnen brengen. Mijn dank gaat uit naar mijn begeleider, prof. dr. Rinie Geenen, voor zijn enthousiasme en zijn kritische opmerkingen. Daarnaast bedank ik Altrecht Psychosomatiek Eikenboom voor het kunnen gebruiken van de database. Ook wil ik Saskia van Broeckhuysen, Ron Scholten, Carmelita Muyden, Jacqueline Valentijn en Kees Jan van der Boom bedanken voor het kritisch meedenken, wanneer ik er alleen niet uitkwam. Tot slot bedank ik u, lezer, voor uw interesse in mijn onderzoek.

Inleiding

Patiënten met een somatoforme stoornis – in de DSM-5-classificatie ‘somatisch-symptoomstoornis’ geheten – hebben uiteenlopende lichamelijke klachten die niet of onvoldoende verklaard kunnen worden door een lichamelijke aandoening, middelengebruik of een andere psychische stoornis (American Psychiatric Association [APA], 2000). Deze patiëntengroep lijdt aanzienlijk, de zorgafname is hoog en er is, in het bijzonder bij de subgroep met ernstige problematiek, sprake van comorbide stoornissen en een chronisch verloop (Barsky, Orav & Bates, 2005; Van der Boom & Houtveen, 2014; Van der Feltz-Cornelis, Hoedeman, Keuter & Swinkels, 2011).

Desondanks zijn resultaten van behandeling van deze groep matig te noemen. Therapieën die worden toegepast, zoals Acceptance and Commitment Therapie (ACT) (Hayes, 1999), systeemtherapie, en cognitieve gedragstherapie met mindfulness blijken niet bij iedereen effectief (Houtveen, Van Broeckhuysen-Kloth, Lintmeijer, Bühring & Geenen, 2015). Vooral bij de groep met ernstige klachten zijn successen maar moeilijk te behalen. Ondanks dat deze patiënten de gezondheidszorg veel geld kosten en er slechts matig behandel-effect te zien is, zijn mogelijkheden voor betere behandeling weinig onderzocht. In het gewenste scenario zou ‘aan de voordeur’ al een inschatting gemaakt worden van in hoeverre een specifieke patiënt met een ernstige somatoforme stoornis baat heeft bij een bepaalde behandeling.

Bij verschillende andere patiëntpopulaties zijn profielen opgesteld om bij aanvang van de behandeling tot een dergelijke inschatting te komen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij patiënten met borstkanker (Dirksen, Belyea & Epstein, 2009), sarcoïdose (De Kleijn, Drent, Vermunt, Shigemitsu & De Vries, 2011; Korenromp, Grutters, Van den Bosch & Heijnen, 2012) en chronisch vermoeidheidssyndroom (Cella, Chalder & White, 2011). Bij het opstellen van deze profielen is telkens uitgegaan van psychologische eigenschappen van patiënten. Wanneer variabelen herhaaldelijk in specifieke combinaties voorkomen, wijst dit mogelijk op een onderliggend mechanisme. Dit mechanisme kan op zijn beurt aansturen op expliciete aandacht voor specifieke aspecten van behandeling en kan het effect van een behandeling versterken of belemmeren.

De opvallend hoge mate van comorbiditeit bij de patiëntengroep met ernstige somatoforme stoornissen (Van der Boom & Houtveen, 2014) is een factor waar wellicht rekening mee gehouden moet worden bij de keuze en inhoud van behandeling. Alleen de ernst van de somatische klachten in acht nemen doet deze patiëntengroep tekort, aangezien elke patiënt ernstige klachten heeft. Bij het in kaart brengen van profielen binnen deze groep is het dan ook raadzaam oog te hebben voor psychische problemen die naast de somatoforme stoornis bestaan. Bij het vaststellen van deze stoornissen is de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (APA, 2000) een belangrijk instrument. De DSM is een gestandaardiseerde classificatie van psychische stoornissen en

wordt binnen de gezondheidszorg breed toegepast. Internationaal erkende vormen van psychopathologie zijn volgens de DSM ondergebracht in vijf assen. De assen die zijn opgenomen in de vierde versie (zie Kader 1) van de DSM (DSM-IV-TR) (APA, 2000) zijn: klinische stoornissen (As I), persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid (As II), somatische aandoeningen (As III), psychosociale- en omgevingsproblemen (As IV) en een algehele beoordeling van het functioneren (As V). Aan de hand van deze assen kan zowel de ernst en het beloop van een stoornis als eventuele comorbiditeit worden afgelezen. Volgens *common factor models* is het gelijktijdig voorkomen van stoornissen het gevolg van onderliggende risicofactoren, zoals genetische predispositie en socio-economische status (Caron & Rutter, 1991; Teesson, Degenhardt, Proudfoot, Hall & Lynskey, 2005). Een dergelijke risicofactor vergroot de kwetsbaarheid voor meerdere stoornissen.

Kader 1. Alhoewel inmiddels sprake is van een vijfde versie van de DSM, is dit onderzoek gebaseerd op de vierde versie van de DSM (DSM-IV-TR), omdat alle onderzoeksdeelnemers nog volgens die versie zijn gediagnosticeerd. In de DSM-IV-TR is de classificatie van somatoforme stoornissen omstreden. De stoornissen worden aangegeven op As I, als een klinische stoornis, terwijl de klachten waarmee een patiënt zich presenteert beter passen op As III. Het vaststellen van de stoornis gebeurt op basis van het uitblijven van een medische oorzaak (Van der Feltz-Cornelis & Balkom, 2010), waarmee de mogelijkheid blijft bestaan dat er toch sprake is van een somatische aandoening (Escobar & Gara, 1999). Daartegenover kan een overtuigende As I-classificatie te denken geven dat de klachten worden weggeschreven als 'tussen de oren' (Sykes, 2006). Desalniettemin is bij de behandeling de oorzaak van deze stoornissen secundair aan de klachten.

Comorbiditeit bij patiënten met ernstige somatoforme stoornissen blijkt uiteen te lopen van angst- en stemmingsstoornissen tot borderline en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (Van der Boom & Houtveen, 2014). Bekend is dat zowel comorbide klinische stoornissen (Carpentier et al., 2009; Fusar-Poli, Nelson, Valmaggia, Yung & McGuire, 2014; Pirkola et al., 2009) als comorbide persoonlijkheidsstoornissen (Brieger, Ehrt, Bloeink & Mernerros, 2002; Douzenis, Tsopeles & Tzeferakos, 2012; Viinamäki, H. et al., 2006) samenhangen met meer klachten, een slechter functioneren en een algeheel verminderde kwaliteit van leven. Onduidelijk blijft of bepaalde comorbide stoornissen sterker samenhangen met de kwaliteit van leven dan andere. Echter, het is helder dat comorbiditeit op zich in verband staat met een verminderde gezondheidstoestand (Soeteman, Verheul & Busschbach, 2008) en dat dit verband voor meerdere comorbide stoornissen sterker is dan voor één comorbide stoornis (Brieger et al., 2002; Eddy et al., 2012; Soeteman et al., 2008). Ook comorbide somatische aandoeningen (Chang, Chen, Yen, Chen & Lee, 2012; Ho et al., 2014) en comorbide psychosociale problemen (Azuma & Akechi, 2014; Lackner, Gudleski, DiMuro, Keefer &

Brenner, 2013; Pulgar, Alcalá & Reyes del Paso, 2015) hangen samen met een verminderd functioneren.

Deze algemene benadering van comorbiditeit, waarbij geen onderscheid gemaakt wordt tussen verschillende stoornissen, wordt onder andere ondersteund door ACT. De theorie van ACT gaat niet uit van specifieke stoornissen en de inhoud daarvan. Psychopathologie wordt beschouwd als hetgeen dat tegengesteld is aan normale psychologische processen (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; Hayes, Pistorello & Levin, 2012). Aangezien in het huidige onderzoek bovendien As III, As IV en As V worden meegenomen, waarop strikt genomen geen sprake is van een stoornis, is comorbiditeit in dit onderzoek samengebracht onder de noemer psychopathologie. Gebaseerd op de empirie en de theorie van ACT wordt verwacht dat psychopathologie samenhangt met een slechtere toestand van patiënten met een ernstige somatoforme stoornis.

Naast de psychopathologie waarvan sprake is bij een patiënt, draagt de wijze van omgaan met deze psychopathologie bij aan de gezondheidstoestand (Lazarus & Folkman, 1984). Zo is eerder aangetoond dat acceptatie van moeheid door patiënten met chronisch vermoeidheidssyndroom positief samenhangt met emotionele en psychologische toestand (Van Damme, Crombez, Van Houdenhove, Mariman & Michielsen, 2006). Ook bij ouderen (Butler & Ciarrochi, 2007; Kurpas, Mroczek & Bielska, 2013), hemofiliepatiënten (Elander, Morris & Robinson, 2013; Elander, Robinson, Mitchell & Morris, 2009), jongeren met een chronische medische aandoening (Verhoof, Maurice-Stam, Heymans, Evers & Grootenhuys, 2014) en patiënten met chronische pijn (McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004) is aangetoond dat de toestand van patiënten relatief goed bleef, wanneer er sprake was van acceptatie van de klachten. Mogelijk duidt dit er op dat acceptatie beschermt tegen de negatieve effecten van (psycho)pathologie. De mate waarin een patiënt gevoelens van hulpeloosheid ervaart, blijkt daarentegen een belemmerende factor te zijn voor een positieve gezondheidstoestand. Bij reumapatiënten bleek dat gevoelens van hulpeloosheid negatief samenhangen met fysieke en mentale kwaliteit van leven (Kwan, Joh, Leong & Wee, 2014). Bij andere populaties, zoals bij patiënten met fibromyalgie (Palomino, Nicassio, Greenberg & Medina, 2007), bloedkanker (Allart, Soubeyran & Cousson-Gélie, 2013) en chronische pijn (Samwel, Kraaimaat, Crul & Evers, 2007), is dit eveneens aangetoond.

Zowel acceptatie als hulpeloosheid zijn terug te vinden in de huidige behandeling van patiënten met een ernstige somatoforme stoornis. Acceptatie vormt binnen ACT één van de zes kernprocessen die bijdragen aan het vergroten van de psychologische flexibiliteit (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2012). Acceptatie wordt gezien als het tegenovergestelde van het trachten te controleren, veranderen of vermijden van interne of externe omstandigheden. Wanneer een situatie niet controleerbaar is, kan het actief en bewust omarmen van de situatie echter beter aansluiten. Bij patiënten met een ernstige somatoforme stoornis houdt dit bijvoorbeeld in dat zij de pijn of moeheid

volledig durven te ervaren, zonder er mee in gevecht te gaan. Hulpeloosheid kan volgens het principe van *learned helplessness* ontstaan als gevolg van het herhaaldelijk niet kunnen veranderen van omgevingsfactoren met het eigen gedrag (Overmier & Seligman, 1967; Seligman & Maier, 1967). Hulpeloosheid drukt daarmee een gebrek aan controle uit, wat dikwijls voorkomt bij patiënten met een ernstige somatoforme stoornis. In het kader van de cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt hulpeloosheid gezien als ongunstig en wordt er in plaats daarvan gestreefd naar zelfredzaamheid en controle over de eigen gedachten en gevoelens en over de wijze van omgaan met stressvolle situaties (Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer & Hamelink, 2008). In CGT worden nieuwe, meer adaptieve manieren van coping aangeleerd, waardoor oude patronen verminderen in zeggingskracht (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007). Volgens het concept van flexibiliteit hangt juist het kunnen toepassen van verschillende copingstijlen, afhankelijk van wat de situatie vraagt, samen met een gezonde toestand (Cheng, 2003; Vriezekolk et al., 2013). Dit zou betekenen dat patiënten het meest weerbaar zijn wanneer zij beschikken over zowel controle als acceptatie en zij de manier van coping correct kunnen afstemmen op de situatie.

Ondanks dat acceptatie en hulpeloosheid een aanzienlijke plaats innemen binnen de huidige behandeling van ernstige somatoforme stoornissen, zijn deze factoren hierbij nog weinig onderzocht. Het doel van dit onderzoek is dan ook tweeledig. Allereerst is het doel om in beeld te brengen of profielen op basis van psychopathologie samenhangen met de toestand van patiënten met een ernstige somatoforme stoornis. Daarnaast is het een doel om te onderzoeken of acceptatie en hulpeloosheid samenhangen met de toestand van deze patiënten. Dit met het oog op de ontwikkeling van beter aansluitende behandelingen.

De verwachtingen zijn dat psychopathologie samenhangt met een slechtere gezondheidstoestand van patiënten, dat er een positieve samenhang is tussen acceptatie en de toestand, een negatieve samenhang tussen hulpeloosheid en de toestand, en dat acceptatie en hulpeloosheid in interactie met psychopathologie samenhangen met de toestand. Op basis van eerder aangetoonde positieve effecten van acceptatie, ondanks de aanwezigheid van ziekte, wordt verwacht dat een hoge mate van acceptatie samenhangt met een relatief goede gezondheidstoestand van patiënten, ongeacht de mate van psychopathologie. Wat betreft de belemmerende functie van hulpeloosheid wordt verwacht dat hulpeloosheid en psychopathologie elkaar versterken in de negatieve samenhang met toestand.

Methode

Design

Dit onderzoek heeft een cross-sectioneel design dat gebruik maakt van zelfbeoordelvragenlijsten. De onafhankelijke variabelen zijn profielen op basis van DSM-IV-TR-classificaties. De afhankelijke variabelen zijn de toestandsmaten mentaal functioneren, fysiek functioneren, het aantal lichamelijke klachten en de frequentie van dagelijkse activiteiten. Er zijn twee moderatorvariabelen onderzocht, te weten acceptatie en hulpeloosheid. Tenslotte zijn er drie covariaten meegenomen in de analyses, namelijk sekse, leeftijd en opleiding.

Procedure

De data nodig voor het uitvoeren van de analyses werd verkregen uit de database van Altrecht Psychosomatiek (APS) Eikenboom te Zeist, een derdelijnsinstelling gespecialiseerd in multidisciplinaire behandeling voor ernstige somatoforme stoornissen. Patiënten die zich in de periode 2011-2014 hebben aangemeld bij APS Eikenboom hebben bij aanvang een driedaagse diagnostische fase doorlopen waarin verschillende vragenlijsten en interviews bij hen zijn afgenomen. Wanneer patiënten na deze fase startten met behandeling bij APS Eikenboom, zijn vervolgens diagnoses gesteld aan de hand van de DSM-IV-TR. De data is geanonimiseerd en de patiënten in dit onderzoek hebben hun schriftelijke toestemming gegeven voor het gebruik van deze geanonimiseerde data voor onderzoeksdoeleinden.

Deelnemers

Deelnemers aan het onderzoek zijn bij APS Eikenboom in behandeling gekomen en hebben een somatoforme stoornis als hoofddiagnose. Hieronder vallen de DSM-IV-TR-classificaties somatisatiestoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis, conversiestoornis, pijnstoornis gebonden aan psychische factoren, pijnstoornis gebonden aan zowel psychische factoren als een somatische aandoening en de somatoforme stoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO) (APA, 2000). Body dysmorphic disorder (bdd) en hypochondrie behoren hier niet toe, omdat de veronderstelling is dat deze stoornissen beter passen onder de classificatie obsessief-compulsieve stoornis of specifieke angststoornis (Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke en Scharpe, 2005). Van de patiënten hadden er 331 de benodigde vragenlijsten volledig ingevuld. Hiervan zijn er 9 uitgesloten van deelname, wegens het ontbreken van een somatoforme stoornis als hoofddiagnose. De verdeling van hoofddiagnoses in de steekproef is weergegeven in Tabel 1. De uiteindelijke steekproef bestond uit 322 patiënten, variërend in leeftijd van 25 tot 68 jaar ($M = 43.9$, $SD = 10.7$), 223 (69.3%) vrouwen en 99 (30.7%) mannen. Het merendeel van hen had een vaste relatie (48.1%), een deel was nooit getrouwd, was gescheiden of

was weduwe of weduwnaar (26.8%) en van een even groot deel (25.2%) was de burgerlijke staat onbekend. De meeste patiënten hadden als hoogst voltooide opleiding middelbaar beroepsonderwijs (43.5%), daarna hoger beroepsonderwijs (32.9%) en lager beroepsonderwijs (20.5%). Van tien patiënten (3.1%) was de opleiding onbekend.

Tabel 1

Verdeling van Hoofddiagnoses in de Steekproef

| Hoofddiagnose | N | % |
|---|-----|------|
| Somatisatiestoornis | 5 | 1.6 |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 146 | 45.3 |
| Conversiestoornis | 63 | 19.6 |
| Pijnstoornis gebonden aan psychische factoren | 23 | 7.1 |
| Pijnstoornis gebonden aan zowel psychische factoren als een somatische aandoening | 83 | 25.8 |
| Somatoforme stoornis NAO | 2 | 0.6 |

Instrumenten

Psychopathologie

Aan de hand van de vijf assen van de DSM-IV-TR (APA, 2000) zijn de psychopathologische profielen in beeld gebracht. Wegens het kleine aantal patiënten met een diagnose op as II, is deze as uitgesloten van de analyses. Ook as V is uitgesloten van de analyses, omdat er voor deze as binnen APS Eikenboom in de periode 2011-2014 geen sprake was van consistente scoring. Profielen omvatten het type somatoforme stoornis, comorbiditeit op as I, as III en as IV.

Vanwege het kleine aantal patiënten met een somatisatiestoornis, een pijnstoornis gebonden aan psychische factoren en een somatoforme stoornis NAO als hoofddiagnose, zijn deze patiënten samengebracht in een restcategorie. Op basis van samenhang met de uitkomstmaten zijn er binnen comorbiditeit op as I twee groepen gevormd: patiënten zonder en patiënten met één of meer comorbide klinische stoornissen. Bij de meerderheid van de patiënten betrof het een stemmingsstoornis, een angststoornis of een aan een middel gebonden stoornis. De comorbide psychosociale problematiek op as IV had betrekking op problemen met de primaire steungroep, de sociale omgeving, opvoeding, werk, wonen, geld, justitie, toegang tot gezondheidsdiensten en overige problemen. Op basis van samenhang met de uitkomstmaten is er onderscheid gemaakt tussen patiënten met één of twee en patiënten met drie of meer psychosociale problemen.

Acceptatie en hulpeloosheid

Om de psychologische variabelen acceptatie en hulpeloosheid te meten, is gebruik gemaakt van de Ziekte Cognitie Lijst (ZCL), de Nederlandse versie van de Illness Cognition Questionnaire (ICL) (Evers, Kraaimaat, Van Lankveld, Jacobs & Bijlsma, 1998). De ZCL bestaat uit de schalen hulpeloosheid, acceptatie en *disease benefits* (positieve betekenis aan ziekte geven), en meet hiermee de meer en minder adaptieve ziektetecognities. De vragenlijst bestaat uit 18 items, 6 items per schaal, die gescoord worden op een 4-punt Likert schaal, van 1 (niet mee eens) tot 4 (helemaal mee eens). De Cronbach's alpha van de schalen varieert van .84 tot .91, wat wijst op een hoge interne consistentie (George & Mallery, 2003). De test-hertestbetrouwbaarheid is eveneens hoog met correlaties groter dan .67 en de validiteit van de ZCL is goed (Evers, Kraaimaat, Van Lankveld, Jongen, Jacobs & Bijlsma, 2001). In dit onderzoek zijn de schalen acceptatie (met items als 'Ik heb met de ziekte leren leven') en hulpeloosheid (met items als 'Mijn ziekte beheerst mijn leven') meegenomen.

Toestand

Om de gezondheidstoestand van patiënten te meten is gebruik gemaakt van drie zelfbeoordelvragenlijsten, te weten de Nederlandse vertaling (Van der Zee & Sanderman, 1996) van de RAND 36-item Health Survey (RAND-36) (Ware & Sherbourne, 1992), de Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV) (Van Hemert, 2003) en de Nederlandse versie van de Multidisciplinary Pain Inventory (MPI) (Kerns, Turk & Rudy, 1985): de MPI – Dutch Language Version (MPI-DLV) (Lousberg & Groenman, 1994).

RAND-36. De RAND-36 meet de algemene gezondheidstoestand. De lijst bestaat uit 36 items verdeeld over acht schalen: fysiek functioneren (10 items), rolbeperkingen door fysieke problemen (4 items), rolbeperkingen door emotionele problemen (3 items), vitaliteit (4 items), mentale gezondheid (5 items), sociaal functioneren (2 items), pijn (2 items), algemene gezondheidsbeleving (5 items) en 1 item dat betrekking heeft op gezondheidsverandering. Schaalscores worden getransformeerd naar een 100-puntsschaal, waarbij een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand. De interne consistentie van de schalen varieert van $\alpha=.71$ tot $\alpha=.92$, wat matig tot hoog is (George & Mallery, 2003). De test-hertestbetrouwbaarheid is redelijk, variërend van .39 tot .82, en de validiteit is bevredigend (Van der Zee & Sanderman, 2012). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de *Physical Component Summary* (PCS) en de *Mental Component Summary* (MCS), twee overkoepelende schalen die respectievelijk het algemeen fysiek functioneren en het algemeen mentaal functioneren meten.

LKV. De LKV is gebruikt om de ernst en het aantal lichamelijke klachten in kaart te brengen. De LKV bestaat uit 51 items, die elk betrekking hebben op een klacht (bijvoorbeeld 'hartkloppingen'). Voor elk item wordt op een 4-punt Likert schaal aangegeven in hoeverre de patiënt in de afgelopen week last had van deze klacht, van 0 (geen) tot 4 (vaak). De psychometrische eigenschappen van de schaal

zijn niet onderzocht. Echter, in een onderzoek onder eerstelijnspatiënten was de Cronbach's alpha .88 (De Waal et al., 2009), wat wijst op een goede interne consistentie (George & Mallery, 2003).

MPI-DLV. De MPI-DLV meet verschillende aspecten van chronische pijnklachten. De lijst bestaat uit 61 items verdeeld over drie delen: 1) psychosociale aspecten van pijn, 2) gedragsaspecten en 3) frequentie van dagelijkse activiteiten. In dit onderzoek is het derde deel van de vragenlijst meegenomen, bestaande uit vier schalen: huishoudelijke taken (met items als 'doet de was'), buitenshuis werken (met items als 'wast de auto'), activiteiten weg van huis (met items als 'naar de film gaan') en sociale activiteiten (met items als 'familie bezoeken'). De items worden gescoord op een 7-punt Likert schaal, bijvoorbeeld van 0 (helemaal geen controle) tot 6 (volledig onder controle). De interne consistentie varieert van $\alpha=.63$ tot $\alpha=.89$, wat goed is (George & Mallery, 2003). Ook de test-hertestbetrouwbaarheid, variërend van $r=.69$ tot $r=.94$ en de validiteit zijn goed (Lousberg et al., 1999).

Statistische analyse

De analyses zijn uitgevoerd met SPSS voor Windows, versie 21 (IBM Corporation, 2012). Het significantieniveau was gesteld op $p < .05$ (two-tailed). Voorafgaand aan de analyses is nagegaan of aan alle assumpties is voldaan. Aan de hand van histogrammen en skewness-waarden is vastgesteld dat de variabelen normaal verdeeld waren en er geen sprake was van univariate uitschieters. De Mahalanobis distance was nergens groter dan een χ^2 van 14.07 voor $df = 7$ (bij $\alpha = .05$) (Howell, 2013), wat aangeeft dat er geen multivariate uitschieters waren. Een normal probability plot (P-P plot) en een scatterplot van de residuals, alsmede de voorspelde waarden en de VIF-waarden gaven aan dat ook aan de assumpties van lineariteit, homoscedasticiteit en multicollineariteit werd voldaan.

Om het aantal variabelen in regressie-analyses te reduceren zijn in een regressieanalyse met forward methode de correlaties tussen predictoren, covariaten en toestandsmaten onderzocht. As III (somatische aandoeningen) en de covariaten sekse en leeftijd correleerden met geen enkele toestandsmaat en zijn daarom uitgesloten van verdere analyses.

Om de samenhang tussen comorbide psychopathologie, acceptatie en hulpeloosheid enerzijds en de toestand van patiënten anderzijds te toetsen, zijn voor elk van de vier toestandsmaten hiërarchische multiële regressies met enter methode uitgevoerd. Na het centreren van de variabelen acceptatie en hulpeloosheid, zijn de interacties met comorbide psychopathologie onderzocht met een hiërarchische multiële regressie. Ook zijn exploratief de interacties tussen acceptatie en hulpeloosheid, alsmede drieweginteracties tussen acceptatie, hulpeloosheid en psychopathologie onderzocht met hiërarchische multiële regressies voor elke toestandsmaat. Van de significante interacties zijn formules opgesteld aan de hand van standaarddeviaties van de moderatorvariabelen en gemiddelden van de overige variabelen. Aan de hand van deze figuren zijn de interacties geïnterpreteerd (Aiken & West, 1991).

Resultaten

Hoofdeffecten psychopathologie

De covariabele opleiding en de predictoren type somatoforme stoornis, comorbiditeit op as I en comorbiditeit op as IV zijn meegenomen in de regressies. In Tabel 2 zijn van het laatste regressiemodel de niet-gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (B) en de aangepaste determinatiecoëfficiënten (adjusted R^2) voor elke predictor bij de verschillende uitkomstmaten weergegeven. Een volledig overzicht van de coëfficiënten is te vinden in Appendix A.

Fysiek functioneren volgens RAND-36 (Physical Component Scale; PCS). In blok 1 van de regressie was er een negatieve samenhang tussen lage opleiding en fysiek functioneren ($t = -2.02, p < .05$); hoge opleiding hing niet samen met fysiek functioneren ($t = 1.10, p = .27$). In blok 2 was er een negatieve samenhang tussen pijnstoornis gebonden aan psychische en somatische factoren en fysiek functioneren ($t = -2.13, p < .05$). Conversiestoornis ($t = -.89, p = .38$) en ongedifferentieerde somatoforme stoornis ($t = .19, p = .85$) hingen niet samen met fysiek functioneren. In blok 3 en 4 bleken ook comorbiditeit op as I ($t = .88, p = .38$) en comorbiditeit op as IV ($t = -.07, p = .94$) niet samen te hangen fysiek functioneren.

Mentaal functioneren volgens RAND-36 (Mental Component Scale; MCS). In blok 1 was er een samenhang tussen opleiding en mentaal functioneren zoals blijkt uit een significante adjusted R^2 (Tabel 2); lage opleiding ($t = 1.85, p = .07$) en hoge opleiding ($t = -1.56, p = .12$) hingen afzonderlijk niet samen met mentaal functioneren. In blok 2 hing noch conversiestoornis ($t = 1.30, p = .12$), noch pijnstoornis gebonden aan psychische en somatische factoren ($t = .91, p = .37$), noch ongedifferentieerde somatoforme stoornis ($t = .70, p = .49$) samen met mentaal functioneren. In blok 3 bleek hoge comorbiditeit op as I samen te hangen met mentaal functioneren ($t = -7.51, p < .001$). In blok 4 hing comorbiditeit op as IV niet samen met mentaal functioneren ($t = -1.25, p = .21$).

Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV). In blok 1 hing het aantal lichamelijke klachten niet samen met een lage opleiding ($t = -1.11, p = .27$), maar wel met een hoge opleiding ($t = -2.47, p < .05$). In blok 2 hing noch conversiestoornis ($t = -.26, p = .79$), noch pijnstoornis gebonden aan psychische en somatische factoren ($t = .39, p = .70$), noch ongedifferentieerde somatoforme stoornis ($t = -.33, p = .74$) samen met lichamelijke klachten. In blok 3 was er samenhang tussen hoge comorbiditeit op as I en meer lichamelijke klachten ($t = 4.24, p < .001$), alsmede in blok 4 tussen hoge comorbiditeit op as IV en meer lichamelijke klachten ($t = 2.15, p < .05$).

MPI-DLV Frequentie dagelijkse activiteiten schaal. In blok 1 bleek noch lage opleiding ($t = .45, p = .65$), noch hoge opleiding ($t = -.75, p = .45$) samen te hangen met dagelijkse activiteiten. In blok 2 hingen ook conversiestoornis ($t = .50, p = .62$), pijnstoornis gebonden aan psychische en somatische factoren ($t = 1.31, p = .19$) en ongedifferentieerde somatoforme stoornis ($t = 1.37, p = .17$) afzonderlijk niet

samen met dagelijkse activiteiten. In blok 3 hing comorbiditeit op as I niet samen met dagelijkse activiteiten ($t = -.38, p = .70$), maar in blok 4 hing hoge comorbiditeit op as IV wel negatief samen met dagelijkse activiteiten ($t = -3.61, p < .001$).

Samenvatting. Zowel hoge comorbiditeit op as I als hoge comorbiditeit op as IV hingen, bij twee van de vier uitkomstmaten, samen met een ongunstige toestand van patiënten. Pijnstoornis en lage opleiding hingen samen met een slechter fysiek functioneren en hoge opleiding hing samen met minder lichamelijke klachten.

Tabel 2

Resultaten van de Hiërarchische Regressieanalyses die de Samenhang Weergeven tussen Toestand van Patiënten en Opleiding, Type Somatoforme Stoornis, Aantal Comorbide As I Stoornissen en het Aantal Comorbide As IV Problemen

| Predictorvariabele | PCS | | MCS | | LKV | | Activiteiten | |
|--|--------|---------------------|----------|---------------------|---------|---------------------|--------------|---------------------|
| | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² |
| Blok 4 | | .04 | | .16 | | .07* | | .03*** |
| Opleiding (laag) | -2.33 | | 2.63 | | -0.92 | | -0.00 | |
| Opleiding (hoog) | 0.79 | | -2.30 | | -2.32* | | -0.12 | |
| Conversiestoornis | -1.24 | | 0.77 | | -0.64 | | 0.12 | |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.20* | | 0.62 | | 0.29 | | 0.27 | |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.43 | | 0.07 | | -0.82 | | 0.27 | |
| Eén of meer comorbide stoornissen op as 1 | 0.84 | | -9.23*** | | 3.70*** | | 0.01 | |
| Drie of meer comorbide problemen op as IV | -0.07 | | -1.62 | | 2.07* | | -0.37*** | |

Noot. De significantie van de adjusted R² verwijst naar de toename van verklaarde variantie door toevoeging van variabelen in het nieuwe blok.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

PCS = Physical Component Scale RAND-36

MCS = Mental Component Scale RAND-36

LKV = Lichamelijke Klachten Vragenlijst

Activiteiten = frequentie dagelijkse activiteiten, schaal van de MPI-DLV

Acceptatie en hulpeloosheid

In Tabel 3 zijn van het laatste model de niet-gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (B) en de aangepaste determinatiecoëfficiënten (adjusted R^2) voor acceptatie, hulpeloosheid en de interactie hiertussen weergegeven. De coëfficiënten van eerdere regressieblokken zijn te vinden in Appendix A.

Fysiek functioneren volgens RAND-36 (Physical Component Scale; PCS). In blok 5 bleek zowel lage acceptatie ($t = -2.82, p < .01$) als lage hulpeloosheid ($t = -6.42, p < .001$) samen te hangen met een beter fysiek functioneren. In blok 6 was er geen samenhang tussen de interactievariabele en fysiek functioneren ($t = .20, p = .84$).

Mentaal functioneren volgens RAND-36 (Mental Component Scale; MCS). In blok 5 hingen zowel hoge acceptatie ($t = 5.03, p < .001$) als lage hulpeloosheid ($t = -5.49, p < .001$) samen met een beter mentaal functioneren. In blok 6 bleek de interactievariabele geen samenhang te vertonen met toestand ($t = -1.31, p = .19$).

Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV). In blok 5 was er geen samenhang tussen acceptatie en lichamelijke klachten ($t = 1.02, p = .31$), maar wel tussen hoge hulpeloosheid en meer lichamelijke klachten ($t = 5.04, p < .001$). In blok 6 was er geen samenhang tussen de interactievariabele en lichamelijke klachten ($t = -.45, p = .66$).

MPI-DLV Frequentie dagelijkse activiteiten schaal. In blok 5 bleek acceptatie niet ($t = -.81, p = .42$), maar hoge hulpeloosheid wel ($t = -5.47, p < .001$) samenhang te vertonen met minder dagelijkse activiteiten. De interactievariabele in blok 6 hing niet samen met toestand ($t = .30, p = .76$).

Samenvatting. Hoge acceptatie vertoont samenhang met zowel een slechtere fysieke, als een betere mentale toestand. Hoge hulpeloosheid hangt samen met een meer ongunstige toestand voor alle uitkomstmaten. Interacties tussen acceptatie en hulpeloosheid zijn niet significant.

Tabel 3

Resultaten van de Hiërarchische Regressieanalyses die de Samenhang Weergeven tussen Toestand van Patiënten en Opleiding, Type Somatoforme Stoornis, Aantal Comorbide As I Stoornissen, Aantal Comorbide As IV Problemen, Acceptatie, Hulpeloosheid en de Interactie tussen Acceptatie en Hulpeloosheid

| Predictorvariabele | PCS | | MCS | | LKV | | Activiteiten | |
|--|----------|---------------------|----------|---------------------|---------|---------------------|--------------|---------------------|
| | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² |
| Blok 6 | | .14 | | .36 | | .14 | | .12 |
| Opleiding (laag) | -1.77 | | 2.95* | | -1.38 | | 0.05 | |
| Opleiding (hoog) | 1.03 | | -2.46* | | -2.45* | | -0.11 | |
| Conversiestoornis | -0.89 | | 0.06 | | -0.79 | | 0.13 | |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.01* | | 0.23 | | 0.20 | | 0.28 | |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.18 | | -1.38 | | -0.52 | | 0.23 | |
| Eén of meer comorbide stoornissen op as 1 | 1.81 | | -6.26*** | | 2.71** | | 0.14 | |
| Drie of meer comorbide problemen op as IV | 0.41 | | -1.31 | | 1.71 | | -0.33** | |
| Acceptatie | -0.37** | | 0.77*** | | 0.12 | | -0.01 | |
| Hulpeloosheid | -0.82*** | | -0.84*** | | 0.66*** | | -0.08*** | |
| Acceptatie*Hulpeloosheid | 0.01 | | -0.04 | | -0.01 | | 0.00 | |

Noot. De significantie van de adjusted R² verwijst naar de toename van verklaarde variantie door toevoeging van variabelen in het nieuwe blok.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

PCS = Physical Component Scale RAND-36

MCS = Mental Component Scale RAND-36

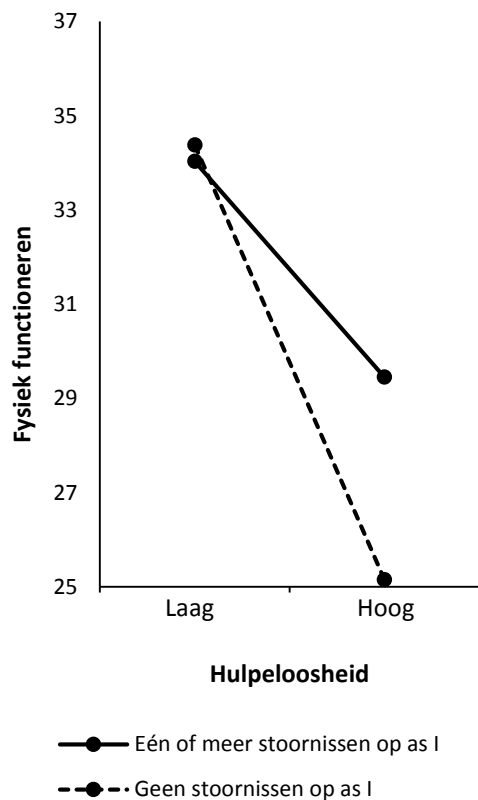
LKV = Lichamelijke Klachten Vragenlijst

Activiteiten = frequentie dagelijkse activiteiten, schaal van de MPI-DLV

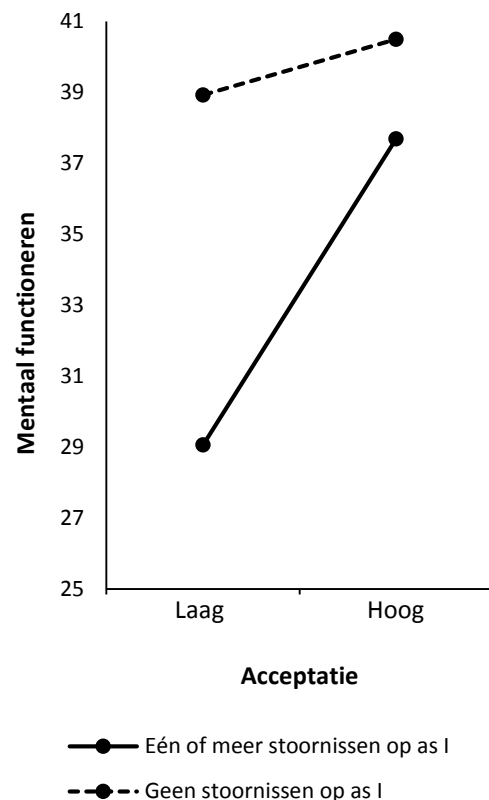
Interactiemodellen

Bij het uitvoeren van de interactie-analyses zijn telkens de eerdere predictoren en covariaten meegenomen. Hieronder worden de significante en relevante interactiemodellen besproken. Overige exploratieve significante interactiemodellen zijn te vinden in Appendix B. Voor alle interactievariabelen zijn in Appendix C de niet-gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (B) en de aangepaste determinatiecoëfficiënten (adjusted R^2) te vinden.

Allereerst bleek er een significante interactie te zijn tussen hulpeloosheid en comorbiditeit op as I voor de uitkomstmaat PCS van de RAND-36 ($t = 2.30, p < .05$). Zoals te zien in Figuur 1, scoren patiënten met een hoge mate van hulpeloosheid zonder een comorbide stoornis op as I aanzienlijk lager op fysiek functioneren dan hulpeloze patiënten met één of meer comorbide stoornissen op as I.



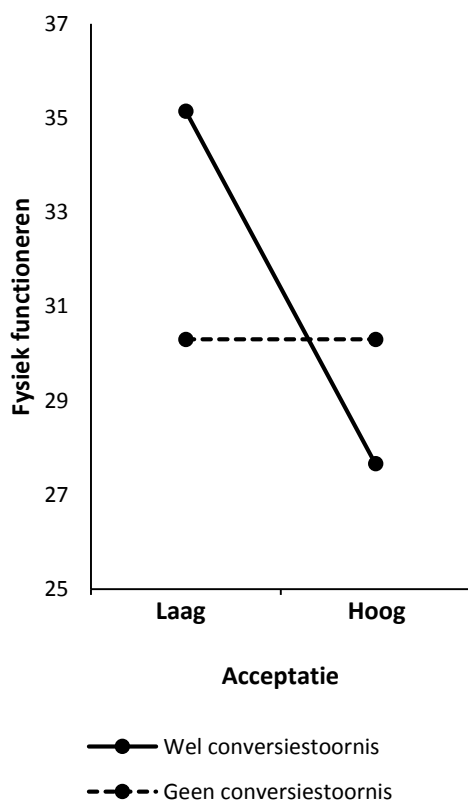
Figuur 1. Interactie tussen hulpeloosheid en comorbiditeit op as I voor fysiek functioneren.



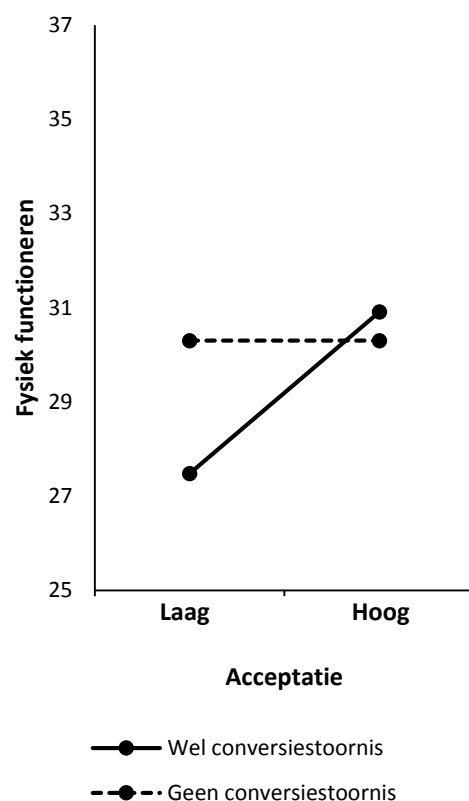
Figuur 2. Interactie tussen acceptatie en comorbiditeit op as I voor mentaal functioneren.

Ook bleek er een significante interactie te zijn tussen acceptatie en comorbiditeit op as I voor de uitkomstmaat MCS van de RAND-36 ($t = 2.81, p < .01$). In Figuur 2 is te zien dat bij een hoge mate van acceptatie het mentaal functioneren relatief hoog blijft, ongeacht de mate van comorbiditeit op as I. Patiënten met een lage mate van acceptatie en één of meer comorbide stoornissen op as I scoren in het bijzonder laag op mentaal functioneren.

Naast de besproken tweeweginteracties, zijn er exploratief twee opvallende drieweginteracties vastgesteld. Er bleek een significante interactie te zijn tussen acceptatie, hulpeloosheid en een aanwezige conversiestoornis voor de uitkomstmaat PCS van de RAND-36 ($t = 2.80, p < .01$). In Figuur 4 is te zien dat in het bijzonder patiënten met conversiestoornis, een lage mate van hulpeloosheid en een hoge mate van acceptatie laag scoren op fysiek functioneren. Zoals te zien in Figuur 5 geldt voor patiënten met een conversiestoornis, een hoge mate van hulpeloosheid en een lage mate van acceptatie dat zij ook laag scoren op fysiek functioneren.

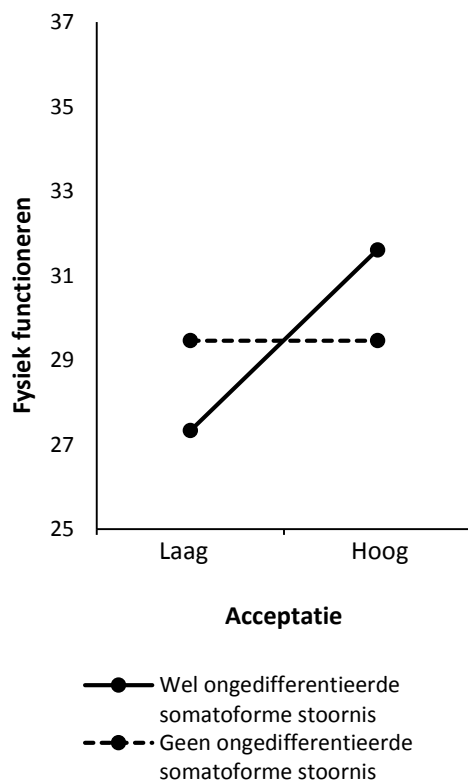


Figuur 4. Interactie tussen acceptatie en conversiestoornis voor fysiek functioneren bij een lage mate van hulpeloosheid.

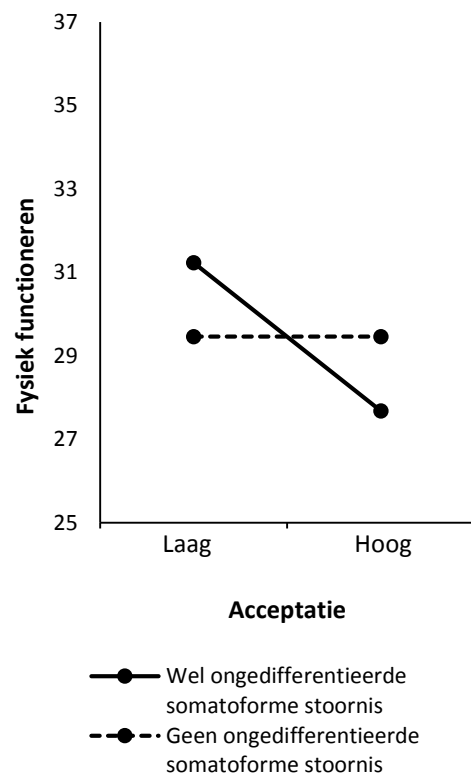


Figuur 5. Interactie tussen acceptatie en conversiestoornis voor fysiek functioneren bij een hoge mate van hulpeloosheid.

Daarnaast bleek voor PCS van de RAND-36 ook de interactie tussen acceptatie, hulpeloosheid en ongedifferentieerde somatoforme stoornis significant ($t = -2.64, p < .01$). In Figuur 6 is te zien dat in het bijzonder patiënten met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis, een lage mate van hulpeloosheid en een lage mate van acceptatie laag scoren op fysiek functioneren. Zoals te zien in Figuur 7 geldt voor patiënten met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis, een hoge mate van hulpeloosheid en een hoge mate van acceptatie dat ook zij laag scoren op fysiek functioneren.



Figuur 6. Interactie tussen acceptatie en ongedifferentieerde somatoforme stoornis voor fysiek functioneren bij een lage mate van hulpeloosheid.



Figuur 7. Interactie tussen acceptatie en ongedifferentieerde somatoforme stoornis voor fysiek functioneren bij een hoge mate van hulpeloosheid.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om in beeld te brengen of bij patiënten met ernstige somatoforme stoornissen rekening moet worden gehouden met comorbide psychopathologie. Daarnaast is onderzocht welk aandeel de factoren acceptatie en hulpeloosheid hebben in de samenhang tussen psychopathologie en de toestand van patiënten. In lijn met de verwachtingen bleek dat patiënten met één of meer comorbide klinische stoornissen mentaal minder goed functioneerden en meer lichamelijke klachten ervoeren. Ook patiënten met veel comorbide psychosociale problemen ervoeren meer lichamelijke klachten en zij ondernamen minder dagelijkse activiteiten. Accepterende patiënten bleken mentaal beter te functioneren en dit mentaal functioneren bleef bij deze patiënten relatief goed, wanneer er sprake was van één of meer comorbide klinische stoornissen. Deze bevinding ondersteunt het verwachte beschermende effect van acceptatie op de toestand van patiënten. Patiënten die zich hulpeloos voelden, functioneerden zowel mentaal als fysiek minder goed, hadden meer lichamelijke klachten en ondernamen minder dagelijkse activiteiten dan niet-hulpeloze patiënten. Echter, hulpeloosheid en comorbide psychopathologie bleken elkaar niet te versterken in hun negatieve samenhang met de toestand van patiënten.

Aan de hand van de predictoren worden hieronder de onderzoeksresultaten nader toegelicht, waarna aanvullende opvallende resultaten, sterke punten, beperkingen en implicaties van het onderzoek worden besproken.

Comorbide psychopathologie

Het hebben van één of meer comorbide klinische stoornissen hing samen met slechter mentaal functioneren en meer lichamelijke klachten, maar niet met fysiek functioneren en dagelijkse activiteiten. Dit lijkt niet overeen te komen met eerder onderzoek, waarin het verband tussen comorbide psychopathologie en een verminderde gezondheidstoestand herhaaldelijk is aangetoond (Eddy et al., 2012; Hawke, Provencher, Parikh & Zagorski, 2013; Pirkola et al., 2009; Wong, Morrison, Heimberg, Goldin & Gross, 2014). Echter, uitkomstmaten van deze onderzoeken omvatten psychisch, sociaal en algemeen functioneren, en niet fysiek functioneren of lichamelijke klachten. Het is denkbaar dat comorbide psychopathologie slechts invloed heeft op het mentaal en niet op het fysiek functioneren. Mogelijk verklaart dit ook het ontbreken van samenhang met de frequentie van dagelijkse activiteiten, daar het fysiek functioneren een patiënt al dan niet in staat stelt om dergelijke activiteiten te ondernemen. Dat er toch sprake is van samenhang met lichamelijke klachten kan komen door de vaak moeilijk te onderscheiden psychische en somatische problematiek in deze patiëntpopulatie.

Comorbide psychosociale problematiek hing samen met meer lichamelijke klachten en minder dagelijkse activiteiten, maar in tegenstelling tot de verwachting hing het niet samen met mentaal of fysiek functioneren. Deze inconsistente samenhang met toestand heeft mogelijk te maken met het grote aantal psychosociale problemen bij patiënten met ernstige somatoforme stoornissen. In vergelijking met de algemene bevolking, waar deze problemen minder spelen, scoort de gehele groep patiënten in dit onderzoek dan ook laag op mentaal en fysiek functioneren (Van der Zee & Sanderma, 2012). Dit fenomeen wordt wel 'restriction of range' genoemd (Welkowitz, Cohen & Ewen, 2006); verminderd functioneren is zo kenmerkend voor deze groep dat het gebrek aan differentiatie binnen de groep ervoor zorgt dat er geen verbanden worden gevonden.

Acceptatie

In lijn met de verwachting werd gevonden dat hoog accepterende patiënten mentaal relatief goed functioneren. Echter, in tegenstelling tot eerder onderzoek (Butler & Ciarrochi, 2007; Karademas & Hondronikola, 2010; Van Damme et al., 2006; Verhoof et al., 2014) is er geen verband gevonden met lichamelijke klachten of dagelijkse bezigheden. In dit onderzoek bleek lage acceptatie zelfs – tegengesteld aan de verwachting – samen te hangen met een beter fysiek functioneren.

Tevens bleef het mentaal functioneren van accepterende patiënten relatief goed wanneer er sprake was van klinische comorbiditeit. Dit lijkt de verwachte beschermende functie van acceptatie in de samenhang tussen comorbide psychopathologie en gezondheidstoestand te bevestigen. Echter, deze beschermende functie kon niet worden aangetoond bij fysiek functioneren, lichamelijke klachten of dagelijkse activiteiten, noch bij comorbide psychosociale problematiek.

Een verklaring voor deze inconsistente resultaten is dat de inhoudsvaliditeit van het construct acceptatie mogelijk laag is in deze groep. Items uit de ZCL, zoals 'Ik heb met de ziekte leren leven' en 'Ik heb de beperkingen van mijn ziekte leren aanvaarden' (Evers & Kraaimaat, 1998), die beogen acceptatie te meten, zijn niet eenduidig actief of bewust geformuleerd. Bij uitstek in deze populatie, waar patiënten dikwijls jarenlang verschillende behandelingen hebben gekregen voor hun klachten, zonder resultaat, kunnen zij de moed verliezen. Voor sommige patiënten reflecteren hogere acceptatiescores mogelijk een berustende of gelaten vorm van acceptatie, daar het voor anderen acceptatie reflecteert zoals die binnen ACT is gedefinieerd en zoals die wordt gehanteerd in de behandeling van patiënten bij APS Eikenboom (Spaans, 2006): het actief en bewust omarmen van persoonlijke omstandigheden, zonder pogingen te doen om deze omstandigheden te veranderen (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2012). Het is aannemelijk dat hogere acceptatiescores verschillend geïnterpreteerd moeten worden bij diverse patiënten in deze populatie.

Hulpeloosheid

De verwachte interactie tussen hulpeloosheid en comorbide psychopathologie kon in dit onderzoek niet worden vastgesteld. Echter, hulpeloze patiënten scoorden op alle maten van toestand lager dan niet-hulpeloze patiënten. Ook scoorden hulpeloze patiënten met klinische comorbiditeit beter op fysiek functioneren dan hulpeloze patiënten zonder klinische comorbiditeit. Hieruit is op te maken dat hulpeloosheid een belangrijke factor is bij het beschouwen van de toestand van patiënten met een ernstige somatoforme stoornis, ondanks dat de precieze functie van hulpeloosheid nog onbekend is. Vermoedelijk leidt hulpeloosheid tot een slechter welbevinden, maar geldt dit andersom ook. Niettemin kan behandeling gericht op het doorbreken van hulpeloze gevoelens een positief effect hebben op het welzijn van patiënten. Volgens Brewin (1989; 2006) kunnen patiënten met behulp van cognitieve herstructurering nieuwe, meer adaptieve copingstrategieën aanleren, waardoor de eerder gehanteerde hulpeloosheid in zeggingskracht vermindert. Dit is in overeenstemming met de *learned helplessness* theorie (Overmier & Seligman, 1967; Seligman & Maier, 1967), die uitgaat van het aan- en afleren van hulpeloosheid. Cognitief gedragstherapeutische behandelingen die gericht zijn op het verminderen van hulpeloosheid blijken daarnaast een positief effect te hebben op het algemeen welbevinden, (Flannery, 2002; Goldstein & Brooks, 2005), wat het belang van aandacht voor hulpeloosheid in de behandeling van patiënten met ernstige somatoforme stoornissen ondersteunt.

Opvallende resultaten

Wegens het uitvoeren van verscheidene analyses in combinatie met de grote steekproef, is er in dit onderzoek sprake van een aanzienlijk aantal resultaten waarover geen verwachting is geformuleerd. De vele analyses zijn uitgevoerd om een compleet overzicht te geven, maar vergroten het risico op een Type I fout. Dit betekent dat een significant resultaat weliswaar doet vermoeden dat er sprake is van een verband, maar dat het mogelijk zo klein of nietszeggend is, dat de nulhypothese aanvaard zou moeten worden. Hieronder worden met enige voorzichtigheid de meest opvallende resultaten besproken.

Ten eerste is de eventuele samenhang tussen het type somatoforme stoornis en de toestand van patiënten onderzocht. Hieruit bleek dat zowel laag accepterende patiënten met een conversiestoornis, die hoog hulpeloos zijn, als hoog accepterende conversiepatiënten die laag hulpeloos zijn, fysiek slechter functioneerden dan andere patiënten met een conversiestoornis. Bij patiënten met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis is een vergelijkbaar resultaat gevonden. Zowel hoog accepterende patiënten die weinig hulpeloos zijn, als laag accepterende patiënten die hoog hulpeloos zijn, functioneerden fysiek beter dan andere patiënten met een ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Ook bij deze resultaten omtrent het type somatoforme stoornis is het mogelijk dat een vorm van berusting is gemeten in plaats van actieve acceptatie. Het is aannemelijk dat

patiënten die berusten in hun ziekte eerder gebruik maken van een hulpmiddel zoals krukken of een rolstoel, waardoor zij zich minder hulpeloos voelen, maar fysiek wel minder goed functioneren. Andersom is het ook denkbaar dat hulpeloze patiënten die niet berusten in hun ziekte er alles aan doen om fysiek zo goed mogelijk te functioneren en zich niet hulpeloos te voelen.

Ten tweede bleek de covariabele opleiding samen te hangen met gezondheidstoestand. Zo functioneerden patiënten met een lage opleiding fysiek minder goed en hadden patiënten met een hoge opleiding minder lichamelijke klachten. Opvallend is dat patiënten met een lage opleiding een beter mentaal functioneren en patiënten met een hoge opleiding juist een slechter mentaal functioneren leken te hebben, al werd dit effect niet zichtbaar voor de afzonderlijke opleidingscategorieën.

Sterke punten en beperkingen

Het huidige onderzoek kent een aantal sterke punten. Ten eerste is de steekproefomvang groot, waardoor de gevonden effecten significant zijn en generaliseerbaar naar andere patiëntpopulaties met ernstige somatoforme stoornissen. Vanwege de eerder genoemde vergrote kans op een Type I fout, had een Bonferroni-correctie uitgevoerd kunnen worden. Dit is niet gedaan, zodat de kans op een Type II fout (het niet vinden van een aanwezig verband) klein is gebleven. Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat de toestand van patiënten is gemeten met behulp van zelfbeoordelingsvragenlijsten, maar dat de psychopathologie is vastgesteld door een diagnosticus op basis van DSM-IV-TR-classificaties. Een dergelijke combinatie van verschillende meetmethoden vergroot de validiteit van de resultaten.

Daarnaast moet er rekening worden gehouden met een aantal beperkingen. Een belangrijke beperking is dat de scores op as II (persoonlijkheidsstoornissen) en as III (somatische aandoeningen) van de DSM-IV-TR niet zijn meegenomen. Bij uitstek lijken comorbide persoonlijkheidsstoornissen bij te dragen aan een verminderde gezondheidstoestand (Brieger et al., 2002; Douzenis et al., 2012; Unger, Hoffmann, Köhler, Mackert & Fydrich, 2013) en er zijn aanwijzingen dat acceptatie (Evans, Howard, Dudas, Denman & Dunn, 2013; Neacsiu, Lungu, Harned, Rizvi & Linehan, 2014) en hulpeloosheid (Lyons-Ruth, Melnick, Patrick & Hobson, 2007; McGlashan, 1983) ook een rol spelen bij persoonlijkheidsstoornissen. Een tweede beperking is het exploratieve karakter van het onderzoek. Het grote aantal analyses doet af aan de gerichtheid van het onderzoek en de vele bevindingen zijn niet altijd gemakkelijk te interpreteren. Hierbij dient tevens genoemd te worden dat de effecten relatief klein zijn en dat de toestand van de patiënten in dit onderzoek ook bij de best scorende patiënten nog ver onder het landelijk gemiddelde ligt (Van der Zee & Sanderma, 2012; Van Hemert, De Waal, Van Rood, 2004). Een laatste beperking waar rekening mee moet worden gehouden is dat

dit onderzoek cross-sectioneel is. Verbanden die worden beschreven in dit onderzoek betreffen correlaties en de richting van deze verbanden is dus onbekend.

Vervolgonderzoek en klinische implicaties

Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is het toetsen van persoonlijkheidsstoornissen en somatische aandoeningen om zo een meer volledig beeld te krijgen van DSM-profielen bij patiënten met ernstige somatoforme stoornissen. Daarnaast is het aan te bevelen om verder onderzoek specifiek te richten op actieve, bewuste acceptatie, om de inhoudsvaliditeit van het construct te vergroten. Mogelijk bieden de Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004), ontwikkeld voor afname bij patiënten met chronische pijn, en de Emotional and Rational Disease Acceptance questionnaire (ERDA) (Büssing, Matthiessen & Mundle, 2008), die onderscheid maakt tussen rationele en emotionele acceptatie, hierbij uitkomst. Daaropvolgend is het van belang dat wordt onderzocht of en hoe DSM-profielen en acceptatie en hulpeloosheid kunnen bijdragen aan het voorspellen van behandelresultaten en uiteindelijk of deze kennis gebruikt kan worden om op het individu gerichte therapieën te bieden.

Concluderend draagt dit onderzoek bij aan het in beeld brengen van profielen op basis van DSM-IV-TR-classificaties bij patiënten met een ernstige somatoforme stoornis. In dit onderzoek zijn aanwijzingen gevonden dat comorbide psychopathologie bij patiënten met ernstige somatoforme stoornissen bijdraagt aan een verminderde gezondheidstoestand en dat acceptatie mogelijk een beschermende factor is in dit verband. Het belang van hulpeloosheid is aangetoond, maar de precieze functie is nog niet helder. Binnen het behandelkader sturen de bevindingen aan op meer aandacht voor het aanleren van acceptatie en het afleren van hulpeloosheid, in het bijzonder wanneer er bij een patiënt sprake is van comorbide psychopathologie. De intentie is om, op dit onderzoek voortbouwend, DSM-profielen te vormen op basis waarvan een patiënt al bij aanvang de meest passende behandeling kan worden geboden.

Referentielijst

- Aiken, L. S. & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park: Sage.
- Allart, P., Soubeyran, P. & Cousson-Gélie, F. (2007). Are psychosocial factors associated with quality of life in patients with haematological cancer? A critical review of the literature. *Psycho-Oncology*, 22, 241-249.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Azuma, H. & Akechi, T. (2014). Effects of psychosocial functioning, depression, seizure frequency, and employment on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 41, 18-20.
- 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.
- Brewin, C.R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 96, 379-394.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Brieger, P., Ehrt, U., Bloeink, R. & Marneros, A. (2002). Consequences of comorbid personality disorders in major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 304-309.
- Büssing, A., Matthiessen, P.F. & Mundle, G. (2008). Emotional and rational disease acceptance in patients with depression and alcohol addiction. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6. Verkregen op 28 januari 2015, via <http://www.hqlo.com/content>.
- Butler, J. & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, 16, 607-615.
- Carpentier, P.J., Krabbe, P.F.M., Van Gogh, M.T., Knapen, L.J.M., Buitelaar, J.K. & De Jong, C.A.K. (2009). Psychiatric comorbidity reduces quality of life in chronic methadone maintained patients. *The American Journal on Addictions*, 18, 470-480.
- 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.
- Chang, J.-C, Chen, H.H., Yen, A.M.-F, Chen, S.L.-S & Lee, C.-S (2012). Survival of bipolar depression, other type of depression and comorbid ailments: Ten-year longitudinal follow-up of 10,922 Taiwanese patients with depressive disorders (KCIS no. PSY1). *Journal of Psychiatric Research*, 46, 1442-1448.

- Cheng, C. (2003). Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: A dual-process model. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 425-438.
- De Kleijn, W.P.E., Drent, M., Vermunt, J.K., Shigemitsu, H. & De Vries, J. (2011). Types of fatigue in sarcoidosis patients. *Journal of Psychosomatic Research, 71*, 416-422.
- De Waal, M.W.M., Arnold, I.A., Spinhoven, P., Eekhof, J.A.H., Assendelft, W.J.J. & Van Hemert, A.M. (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.
- Dirksen, S.R., Belyea, M.J. & Epstein, D.R. (2009). Fatigue-based subgroups of breast cancer survivors with insomnia. *Cancer Nursing, 32*, 404-411.
- Douzenis, A., Tsopeles, C. & Tzeferakos, G. (2012). Medical comorbidity of cluster B personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 25*, 398-404.
- Eddy, C.M., Cavanna, A.E., Gulisano, M., Cali, P., Robertson, M.M. & Rizzo, R. (2012). Obsessive-compulsive disorder and attention-deficit hyperactivity disorder on quality of life in Tourette syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 24*, 458-462.
- Elander, J., Morris, J. & Robinson, G. (2013). Pain coping and acceptance as longitudinal predictors of health-related quality of life among people with haemophilia-related joint pain. *European Journal of Pain, 17*, 929-938.
- Elander, J., Robinson, G., Mitchell, K. & Morris, J. (2009). An assessment of the relative influence of pain coping, negative thoughts about pain, and pain acceptance on health-related quality of life among people with hemophilia. *Pain, 145*, 169-175.
- Escobar, J.I. & Gara, M.A. (1999). DSM-IV somatoform disorders: Do we need a new classification? *General Hospital Psychiatry, 21*, 154-156.
- Evans, D., Howard, M., Dudas, R., Denman, C. & Dunn, B.D. (2013). Emotion regulation in borderline personality disorder: Examining the consequences of spontaneous and instructed use of emotion suppression and emotion acceptance when viewing negative films. *Journal of Experimental Psychology, 4*, 546-565.
- Evers, A.W.M., Kraaimaat, F.W., Van Lankveld, W. & Bijlsma, J.W.J. (1998). De Ziekte Cognitie Lijst (ZCL) (The Illness Cognition Questionnaire: ICQ). *Gedragstherapie, 31*, 205-220.
- Evers, A.W.M., Kraaimaat, F.W., Van Lankveld, W., Jongen, P.J.H., Jacobs, J.W.G. & Bijlsma, J.W.J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 1026-1036.
- Flannery, R.B., Jr. (2002). Treating learned helplessness in the elderly dementia patient: Preliminary inquiry. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 17*, 345-349.

- Fusar-Poli, P., Nelson, B., Valmaggia, L., Yung, A.R. & McGuire, P.K. (2014). Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: Impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *40*, 120-131.
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Hawke, L.D., Provencher, M.D., Parikh, S.V. & Zagorski, B. (2013). Comorbid anxiety disorders in Canadians with bipolar disorder: clinical characteristics and service use. *Canadian Journal of Psychiatry*, *58*, 393-401.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1-25.
- Hayes, S.C., Pistorello, J. & Levin, M.E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behaviour change. *The Counseling Psychologist*, *40*, 976-1002.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hermans, D., Eelen, P. & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ho, C.S.H., Feng, L., Fam, J., Mahendran, R., Kua, E.H. & Ng, T.P. (2014). Coexisting medical comorbidity and depression: Multiplicative effects on health outcomes in older adults. *International Psychogeriatrics*, *26*, 1221-1229.
- Houtveen, J.H., van Broeckhuysen-Kloth, S., Lintmeijer, L.L., Bühring, M.E.F. & Geenen, R. (2015). Intensive multidisciplinary treatment of severe somatoform disorder: A prospective evaluation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *203*, 141-148.
- Howell, D.C. (2013). *Statistical Methods for Psychology* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Cengage Learning.
- IBM Corporation Released 2012. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM Corporation.
- Karademas, E.C. & Hondronikola, I. The impact of illness acceptance and helplessness to subjective health, and their stability over time: A prospective study in a sample of cardiac patients. *Psychology, Health & Medicine*, *15*, 336-346.
- Kerns, R.D., Turk, D.C. & Rudy, T.E. (1985). The West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, *20*, 345-356.
- Korenromp, I.H.E., Grutters, J.C., Van den Bosch, J.M.M. & Heijnen, C.J. (2012). Post-inflammatory fatigue in sarcoidosis: Personality profiles, psychological symptoms and stress hormones. *Journal of Psychosomatic Research*, *72*, 97-102.

- Kurpas, D., Mroczek, B. & Bielska, D. (2013). The correlation between quality of life, acceptance of illness and health behaviors of advanced age patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *56*, 448-456.
- Kwan, Y.H., Koh, E.T., Leong, K.P. & Wee, H.-L (2014). Association between helplessness, disability, and disease activity with health-related quality of life among rheumatoid arthritis patients in a multi-ethnic Asian population. *Rheumatology International*, *34*, 1085-1093.
- Lackner, J.M., Gudleska, G.D., DiMuro, J., Keefer, L. & Brenner, D.M. (2013). Psychosocial predictors of self-reported fatigue in patients with moderate to severe irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 323-331.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lousberg, R. & Groenman, N.H. Handleiding Multidimensionele Pijnvragenlijst Dutch Language Version (MPI-DLV). *Maastricht: Stichting Klinisch Pijnonderzoek Maastricht*.
- Lousberg, R., Van Breukelen, G.J.P., 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.
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Patrick, M. & Hobson, R.P. (2007). A controlled study of hostile-helpless states of mind among borderline and dysthymic women. *Attachment & Human Development*, *9*, 1-16.
- Mayou, R., Kirmayer, L.J., Simon, G., Kroeke, K. & Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *The American Journal of Psychiatry*, *162*, 847-855.
- McCracken, L.M., Carson, J.W., Eccleston, C. & Keefe, F.J. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, *109*, 4-7.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E. & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, *107*, 159-166.
- McGlashan, T.H. (1983). Omnipotence, helplessness, and control with the borderline patient. *American Journal of Psychotherapy*, *37*, 49-61.
- Neacsiu, A.D., Lungu, A., Harned, M.S., Rizvi, S.L. & Linehan, M.M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *53*, 47-54.
- Overmier, J. & Seligman, M.E. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, *63*, 28-33.
- Palomino, R.A., Nicassio, P.M., Greenberg, M.A. & Medina Jr, E.P. (2007). Helplessness and loss as mediators between pain and depressive symptoms in fibromyalgia. *Pain*, *129*, 185-194.

- Pirkola, S., Saarni, S., Suvisaari, J., Elovainio, M., Partonen, T., Aalto, A.-M, Honkonen, T., Perälä, J. & Lönnqvist, J. (2009). General health and quality-of-life measures in active, recent and comorbid mental disorders: A population-based health 2000 study. *Comprehensive Psychiatry*, *50*, 108-114.
- Pulgar, A., Alcalá, A. & Reyes del Paso, G.A. (2015). Psychosocial predictors of quality of life in hematological cancer. *Behavioral Medicine*, *41*, 1-8.
- Reivich, K., Gillham, J.E., Chaplin, T.M. & Seligman, M.E.P. (2005). From helplessness to optimism. In S. Goldstein & R.B. Brooks (Red.), *Handbook of resilience in children* (p. 223-237). New York, NY: Springer.
- Samwel, H. J.A., Kraaimaat, F.W., Crul, B.J. & Evers, A.W.M. (2007). The role of fear-avoidance and helplessness in explaining functional disability in chronic pain: A prospective study. *International Journal of Behavioral Medicine*, *14*, 237-241.
- Seligman, M.E. & Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, *74*, 1-9.
- Soeteman, D.I., Verheul, R. & Busschbach, J.J.V. (2008). The burden of disease in personality disorders: Diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*, *22*, 259-268.
- Spaans, J. (2006). *Wat is MAMS? Verdere uitleg van het MAMS-model*. Schriftelijke weergave van presentatie op teammiddag van 19 december 2006. Zeist: Altrecht Psychosomatiek Eikenboom.
- Sykes, R. (2006). Somatoform disorders in DSM-IV: Mental or physical disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 341-344.
- Ten Broeke, E., Van der Heiden, C., Meijer, S. & Hamelink, H. (2008). *Cognitieve therapie. De basisvaardigheden*. Amsterdam: Boom.
- Unger, T., Hoffmann, S., Köhler, S., Mackert, A. & Fydrich, T. (2013). Personality disorders and outcome of inpatient treatment for depression: A 1-year prospective follow-up study. *Journal of Personality Disorder*, *27*, 636-651.
- Van Damme, S., Crombez, G., Van Houdenhove, B., Mariman, A. & Michielsens, W. (2006). Well-being in patients with chronic fatigue syndrome: The role of acceptance. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*, 595-599.
- Van der Boom, K.J. & Houtveen, J.H. (2014). Psychiatrische comorbiditeit bij ernstige somatoforme stoornissen in de derde lijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *56*, 743-747.
- Van der Feltz-Cornelis, C.M. & Balkom, A.J.L.M. (2010). The concept of comorbidity in somatoform disorder – a DSM-V alternative for the DSM-IV classification of somatoform disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*, 95-100.

- Van der Feltz-Cornelis, C.M., Hoedeman, R., Keuter, E.J.W. & Swinkels, J.A. (2011). Presentation of the multidisciplinary guidelines medically unexplained physical symptoms (MUPS) and somatoform disorder in the Netherlands: Disease management according to risk profiles. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 168-169.
- Van der Zee, K.I. & Sanderman, R. (2012). *Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de Rand-36. Een handleiding* (2^e druk). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Van Hemert, A.M. (2003). Lichamelijke klachten vragenlijst. *Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum*.
- Van Hemert, A.M., De Waal, M.W.M. & De Rood, Y.R. (2004). Meetinstrumenten bij somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 693-696.
- Verhoof, E.J., Maurice-Stam, H., Heymans, H.S., Evers, A.W. & Grootenhuis, M.A. (2014). Psychosocial well-being in young adults with chronic illness since childhood: The role of illness cognitions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 12.
- Viinamäki, H., Haatainen, K., Honkalampi, K., Tanskanen, A., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Valkonen-Korhonen, M. & Hintikka, J. (2006). Which factors are important predictors of non-recovery from major depression? A 2-year prospective observational study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 410-416.
- Vriezekolk, J.E., Eijsbouts, A.M.M., Van Lankveld, W.G.J.M., Beenackers, H., Geenen, R. & Van den Ende, C.H.M. (2013). An acceptance-oriented cognitive-behavioral therapy in multimodal rehabilitation: A pre-post test evaluation in highly distressed patients with rheumatic diseases. *Patient Education and Counseling*, 91, 357-363.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health status survey (SF-36). *Medical Care*, 30, 473-483.
- Welkowitz, J., Cohen, B.H. & Ewen, R.B. (2006). *Introductory Statistics for the Behavioral Sciences*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Wong, J., Morrison, A.S., Heimberg, R.G., Goldin, P.R. & Gross, J.J. (2014). Implicit associations in social anxiety disorder: The effects of comorbid depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 537-546.

Appendix A: Regressiecoëfficiënten en determinatiecoëfficiënten hoofdeffecten

Tabel 2

Resultaten van de Hiërarchische Regressieanalyses die de Samenhang Weergeven tussen Toestand van Patiënten en Opleiding (blok 1), Type Somatoforme Stoornis (blok 2), Aantal Comorbide As I Stoornissen (blok 3), Aantal Comorbide As IV Problemen (blok 4), Acceptatie en Hulpeloosheid (blok 5) en de Interactie tussen Acceptatie en Hulpeloosheid (blok 6)

| | PCS | | MCS | | LKV | | Activiteiten | |
|--|--------|---------------------|----------|---------------------|---------|---------------------|--------------|---------------------|
| Predictorvariabele | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² |
| Blok 1 | | .02* | | .02* | | .01* | | -.00 |
| Opleiding (laag) | -2.44* | | 3.18 | | -1.35 | | 0.06 | |
| Opleiding (hoog) | 1.12 | | -2.28 | | -2.58* | | -0.08 | |
| Blok 2 | | .04* | | .02 | | .01 | | -.00 |
| Opleiding (laag) | -2.34 | | 3.08 | | -1.33 | | 0.06 | |
| Opleiding (hoog) | 0.80 | | -2.15 | | -2.53* | | -0.08 | |
| Conversiestoornis | -1.47 | | 3.10 | | -1.49 | | 0.09 | |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.36* | | 2.06 | | -0.10 | | 0.22 | |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.28 | | 1.48 | | -1.19 | | 0.21 | |
| Blok 3 | | .04 | | .16*** | | .06*** | | -.01 |
| Opleiding (laag) | -2.32 | | 2.89 | | -1.24 | | 0.06 | |
| Opleiding (hoog) | 0.79 | | -2.13 | | -2.54* | | -0.08 | |
| Conversiestoornis | 1.25 | | 0.61 | | -0.44 | | 0.08 | |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.21* | | 0.36 | | 0.62 | | 0.22 | |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.42 | | -0.19 | | -0.48 | | 0.21 | |
| Eén of meer comorbide stoornissen op as 1 | 0.83 | | -9.46*** | | 3.99*** | | -0.04 | |
| Blok 4 | | .04 | | .16 | | .07* | | .03*** |
| Opleiding (laag) | -2.33 | | 2.63 | | -0.92 | | -0.00 | |
| Opleiding (hoog) | 0.79 | | -2.30 | | -2.32* | | -0.12 | |
| Conversiestoornis | -1.24 | | 0.77 | | -0.64 | | 0.12 | |

| | | | | |
|--|----------|---------------|---------------|---------------|
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.20* | 0.62 | 0.29 | 0.27 |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.43 | 0.07 | -0.82 | 0.27 |
| Eén of meer comorbide stoornissen op as 1 | 0.84 | -9.23*** | 3.70*** | 0.01 |
| Drie of meer comorbide problemen op as IV | -0.07 | -1.62 | 2.07* | -0.37*** |
| Blok 5 | | .14*** | .36*** | .14*** |
| Opleiding (laag) | -1.79 | 3.11* | -1.34 | 0.05 |
| Opleiding (hoog) | 1.04 | -2.51* | -2.46* | -0.11 |
| Conversiestoornis | -0.90 | 0.11 | -0.78 | 0.12 |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.01* | 0.27 | 0.22 | 0.28 |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.16 | -1.20 | -0.47 | 0.23 |
| Eén of meer comorbide stoornissen op as 1 | 1.83 | -6.38*** | 2.68** | 0.14 |
| Drie of meer comorbide problemen op as IV | 0.41 | -1.29 | 1.71 | -0.33** |
| Acceptatie | -0.38** | 0.83*** | 0.14 | -0.01 |
| Hulpeloosheid | -0.82*** | -0.86*** | 0.65*** | -0.07*** |
| Blok 6 | | .14 | .36 | .14 |
| Opleiding (laag) | -1.77 | 2.95* | -1.38 | 0.05 |
| Opleiding (hoog) | 1.03 | -2.46* | -2.45* | -0.11 |
| Conversiestoornis | -0.89 | 0.06 | -0.79 | 0.13 |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.01* | 0.23 | 0.20 | 0.28 |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.18 | -1.38 | -0.52 | 0.23 |
| Eén of meer comorbide stoornissen op as 1 | 1.81 | -6.26*** | 2.71** | 0.14 |

| | | | | |
|---|----------|----------|---------|----------|
| Drie of meer comorbide problemen op as IV | 0.41 | -1.31 | 1.71 | -0.33** |
| Acceptatie | -0.37** | 0.77*** | 0.12 | -0.01 |
| Hulpeloosheid | -0.82*** | -0.84*** | 0.66*** | -0.08*** |
| Acceptatie*Hulpeloosheid | 0.01 | -0.04 | -0.01 | 0.00 |

Noot. De significantie van de adjusted R² verwijst naar de toename van verklaarde variantie door toevoeging van variabelen in het nieuwe blok.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

PCS = Physical Component Scale RAND-36

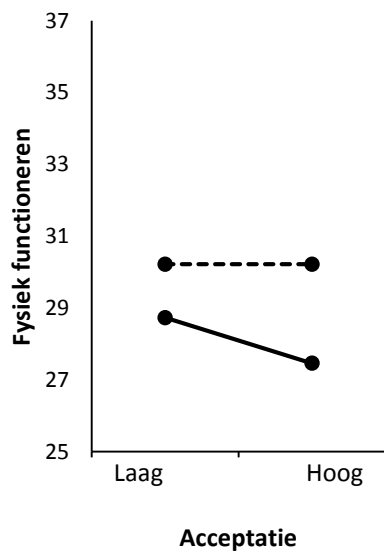
MCS = Mental Component Scale RAND-36

LKV = Lichamelijke Klachten Vragenlijst

Activiteiten = frequentie dagelijkse activiteiten, schaal van de MPI-DLV

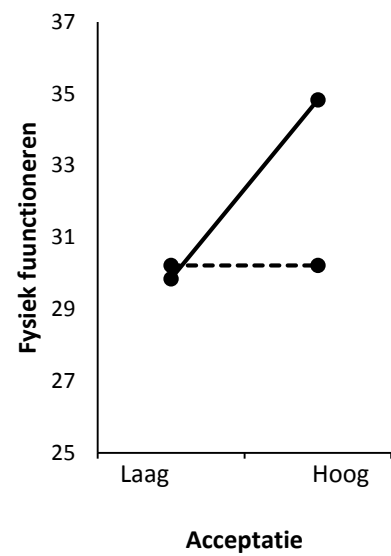
Appendix B: Exploratieve interactiemodellen

In Figuur 1 en Figuur 2 is de significante drieweginteractie tussen acceptatie, hulpeloosheid en comorbiditeit op As I voor de PCS van de RAND-36 afgebeeld ($t = 2.04, p < .05$).



—●— Eén of meer as I stoornissen
-●- Geen as I stoornissen

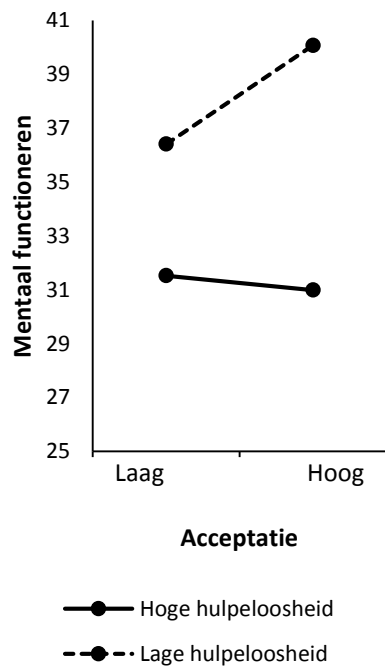
Figuur 1. Interactie tussen acceptatie en comorbiditeit op as I voor fysiek functioneren bij een lage mate van hulpeloosheid.



—●— Eén of meer as I stoornissen
-●- Geen as I stoornissen

Figuur 2. Interactie tussen acceptatie en comorbiditeit op as I voor fysiek functioneren bij een hoge mate van hulpeloosheid.

In Figuur 3 is de significante interactie tussen acceptatie en hulpeloosheid voor de uitkomstmaat MCS van de RAND-36 zichtbaar ($t = -2.25, p < .05$). Deze interactie was slechts significant wanneer de interacties tussen acceptatie, hulpeloosheid en as I aan het regressiemodel waren toegevoegd.



Figuur 3. Interactie tussen acceptatie en hulpeloosheid voor mentaal functioneren.

Appendix C: Regressiecoëfficiënten en determinatiecoëfficiënten interactiemodellen

Tabel 1

Resultaten van de Hiërarchische Regressieanalyses die de Samenhang Weergeeft tussen Toestand van Patiënten en Tweeweginteracties (blok 7) en Drieweginteracties (blok 8) tussen Acceptatie, Hulpeloosheid en Conversiestoornis na Toevoeging van Eerdere Predictoren

| | PCS | | MCS | | LKV | | Bezigheden | |
|--|----------|---------------------|----------|---------------------|---------|---------------------|------------|---------------------|
| Predictorvariabele | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² |
| Blok 7 | | .14 | | .36 | | .14 | | .12 |
| Opleiding (laag) | -1.65 | | 2.97* | | -1.62 | | 0.04 | |
| Opleiding (hoog) | 1.04 | | -2.39* | | -2.57** | | -0.11 | |
| Conversiestoornis | -0.84 | | 0.09 | | -0.92 | | 0.12 | |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.10* | | 0.31 | | 0.26 | | 0.29 | |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.08 | | -1.27 | | -0.52 | | 0.24 | |
| Comorbiditeit as I (aanwezig) | 1.84* | | -6.28*** | | 2.67** | | 0.13 | |
| Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.49 | | -1.35 | | 1.65 | | -0.34** | |
| Acceptatie | -0.24 | | 0.69*** | | 0.02 | | -0.02 | |
| Hulpeloosheid | -0.77*** | | -0.82*** | | 0.54*** | | -0.08*** | |
| Acceptatie*Hulpeloosheid | 0.01 | | -0.04 | | -0.01 | | 0.00 | |
| Acceptatie*Conversiestoornis | -0.52 | | 0.36 | | 0.41 | | 0.05 | |
| Hulpeloosheid*Conversiestoornis | -0.18 | | -0.14 | | 0.53 | | 0.02 | |
| Blok 8 | | .16** | | .36 | | .14 | | .12 |
| Opleiding (laag) | -1.81 | | 2.98* | | -1.55 | | 0.03 | |
| Opleiding (hoog) | 0.92 | | -2.37* | | -2.52* | | -0.11 | |
| Conversiestoornis | 0.37 | | -0.02 | | -1.46 | | 0.19 | |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.09* | | 0.31 | | 0.25 | | 0.29 | |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | -0.01 | | -1.26 | | -0.47 | | 0.23 | |
| Comorbiditeit as I (aanwezig) | 2.24* | | -6.31*** | | 2.49** | | 0.15 | |
| Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.41 | | -1.34 | | 1.68 | | -0.34** | |
| Acceptatie | -0.28 | | 0.69*** | | 0.03 | | -0.02 | |
| Hulpeloosheid | -0.76*** | | -0.82*** | | 0.54*** | | -0.08*** | |
| Acceptatie*Hulpeloosheid | -0.03 | | -0.04 | | 0.00 | | -0.00 | |

| | | | | |
|--|--------|-------|-------|------|
| Acceptatie*Conversiestoornis | -0.28 | 0.34 | 0.30 | 0.06 |
| Hulpeloosheid*Conversiestoornis | -0.29 | -0.13 | 0.57 | 0.02 |
| Acceptatie*Hulpeloosheid* Conversiestoornis | 0.19** | -0.02 | -0.09 | 0.01 |

Noot. De significantie van de adjusted R² verwijst naar de toename van verklaarde variantie door toevoeging van variabelen in het nieuwe blok.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

PCS RAND-36 = fysieke component RAND-36

MCS RAND-36 = mentale component RAND-36

Bezigheden = frequentie dagelijkse bezigheden, schaal van de MPI-DLV

Tabel 2

Resultaten van de Hiërarchische Regressieanalyses die de Samenhang Weergeeft tussen Toestand van Patiënten en Tweeweginteracties (blok 7) en Drieweginteracties (blok 8) tussen Acceptatie, Hulpeloosheid en Pijnstoornis Gebonden aan Psychische en Somatische Factoren na Toevoeging van Eerdere Predictoren

| | PCS | | MCS | | LKV | | Bezigheden | |
|--|----------|---------------------|----------|---------------------|---------|---------------------|------------|---------------------|
| Predictorvariabele | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² |
| Blok 7 | | .14 | | .36 | | .13 | | .12 |
| Opleiding (laag) | -1.72 | | 2.92* | | -1.45 | | 0.05 | |
| Opleiding (hoog) | 1.01 | | -2.45* | | -2.42* | | -0.11 | |
| Conversiestoornis | -0.83 | | 0.01 | | -0.88 | | 0.13 | |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.05* | | 0.14 | | 0.16 | | 0.30 | |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.19 | | -1.42 | | -0.57 | | 0.24 | |
| Comorbiditeit as I (aanwezig) | 1.89* | | -6.28*** | | 2.64** | | 0.14 | |
| Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.38 | | -1.38 | | 1.68 | | -0.32** | |
| Acceptatie | -0.44** | | 0.83*** | | 0.21 | | -0.02 | |
| Hulpeloosheid | -0.92*** | | -0.86*** | | 0.72*** | | -0.07*** | |
| Acceptatie*Hulpeloosheid | 0.01 | | -0.04 | | -0.01 | | 0.00 | |
| Acceptatie*Pijnstoornis_ps | 0.27 | | -0.22 | | -0.37 | | 0.02 | |
| Hulpeloosheid*Pijnstoornis_ps | 0.40 | | 0.09 | | -0.22 | | -0.03 | |
| Blok 8 | | .14 | | .36 | | .13 | | .11 |
| Opleiding (laag) | -1.81 | | 2.93* | | -1.55 | | 0.05 | |
| Opleiding (hoog) | 0.95 | | -2.45* | | -2.48* | | -0.11 | |
| Conversiestoornis | -0.87 | | 0.01 | | -0.92 | | 0.13 | |

| | | | | |
|--|----------|----------|---------|----------|
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -2.71 | 0.12 | 0.52 | 0.32 |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.12 | -1.42 | -0.64 | 0.23 |
| Comorbiditeit as I (aanwezig) | 1.83 | -6.28*** | 2.58** | 0.14 |
| Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.39 | -1.38 | 1.68 | -0.32** |
| Acceptatie | -0.45** | 0.83*** | 0.19 | -0.02 |
| Hulpeloosheid | -0,91*** | -0.86*** | 0.73*** | -0.07*** |
| Acceptatie*Hulpeloosheid | -0.01 | -0.04 | -0.02 | 0.00 |
| Acceptatie* Pijnstoornis_ps | 0.32 | -0.22 | -0.31 | 0.03 |
| Hulpeloosheid* Pijnstoornis_ps | 0.40 | 0.09 | -0.22 | -0.03 |
| Acceptatie*Hulpeloosheid* Pijnstoornis_ps | 0.07 | -0.01 | 0.07 | 0.00 |

Noot. De significantie van de adjusted R² verwijst naar de toename van verklaarde variantie door toevoeging van variabelen in het nieuwe blok.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

PCS RAND-36 = fysieke component RAND-36

MCS RAND-36 = mentale component RAND-36

Bezigheden = frequentie dagelijkse bezigheden, schaal van de MPI-DLV

Tabel 3

Resultaten van de Hiërarchische Regressieanalyses die de Samenhang Weergeeft tussen Toestand van Patiënten en Tweeweginteracties (blok 7) en Drieweginteracties (blok 8) tussen Acceptatie, Hulpeloosheid en Ongedifferentieerde somatoforme stoornis na Toevoeging van Eerdere Predictoren

| Predictorvariabele | PCS | | MCS | | LKV | | Bezigheden | |
|--|---------|---------------------|----------|---------------------|--------|---------------------|------------|---------------------|
| | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² |
| Blok 7 | | .14 | | .36 | | .13 | | .12 |
| Opleiding (laag) | -1.84 | | 3.01* | | -1.39 | | 0.07 | |
| Opleiding (hoog) | 1.00 | | -2.44* | | -2.45* | | -0.10 | |
| Conversiestoornis | -0.73 | | -0.05 | | -0.67 | | 0.10 | |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -2.91 | | 0.16 | | 0.28 | | 0.27 | |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.30 | | -1.46 | | -0.43 | | 0.22 | |
| Comorbiditeit as I (aanwezig) | 1.83 | | -6.28*** | | 2.70** | | 0.13 | |
| Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.37 | | -1.27 | | 1.70 | | -0.32** | |
| Acceptatie | -0.47** | | 0.84*** | | 0.02 | | -0.01 | |

| | | | | |
|---|----------|--------------|------------|------------|
| Hulpeloosheid | -0.78*** | -0.87*** | 0.64*** | -0.10*** |
| Acceptatie*Hulpeloosheid | 0.01 | -0.05 | -0.01 | -6.76 |
| Acceptatie*Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.22 | -0.15 | 0.25 | -0.00 |
| Hulpeloosheid*Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | -0.06 | 0.06 | 0.09 | 0.05 |
| Blok 8 | | .15** | .36 | .13 |
| Opleiding (laag) | -2.14 | 3.02* | -1.38 | 0.06 |
| Opleiding (hoog) | 0.77 | -2.42* | -2.45* | -0.11 |
| Conversiestoornis | -0.44 | -0.07 | -0.68 | 0.12 |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -2.70 | 0.15 | 0.27 | 0.28 |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | -0.42 | -1.42 | -0.41 | 0.18 |
| Comorbiditeit as I (aanwezig) | 1.99* | -6.29*** | 2.70** | 0.13 |
| Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.39 | -1.28 | 1.70 | -0.32** |
| Acceptatie | -0.40* | 0.83*** | 0.02 | -0.00 |
| Hulpeloosheid | -0.79*** | -0.87*** | 0.64*** | -0.10*** |
| Acceptatie*Hulpeloosheid | 0.09* | -0.05 | -0.01 | 0.00 |
| Acceptatie*Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.05 | -0.13 | 0.25 | -0.01 |
| Hulpeloosheid*Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | -0.00 | 0.06 | 0.09 | 0.05 |
| Acceptatie*Hulpeloosheid*Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | -0.14** | 0.01 | 0.00 | -0.01 |

Noot. De significantie van de adjusted R² verwijst naar de toename van verklaarde variantie door toevoeging van variabelen in het nieuwe blok.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

PCS RAND-36 = fysieke component RAND-36

MCS RAND-36 = mentale component RAND-36

Bezigheden = frequentie dagelijkse bezigheden, schaal van de MPI-DLV

Tabel 4

Resultaten van de Hiërarchische Regressieanalyses die de Samenhang Weergeeft tussen Toestand van Patiënten en Tweeweginteracties (Blok 7) en Drieweginteracties (Blok 8) tussen Acceptatie, Hulpeloosheid en Comorbiditeit op As I na Toevoeging van Eerdere Predictoren

| | PCS | MCS | LKV | Bezigheden |
|--|-----|-----|-----|------------|
|--|-----|-----|-----|------------|

| Predictorvariabele | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² |
|--|----------|------------------------|----------|------------------------|---------|------------------------|----------|------------------------|
| Blok 7 | | .15 | | .38* | | .13 | | .12 |
| Opleiding (laag) | -1.94 | | 3.18* | | -1.31 | | 0.04 | |
| Opleiding (hoog) | 1.12 | | -2.63* | | -2.48* | | -0.10 | |
| Conversiestoornis | -0.92 | | -0.00 | | -0.76 | | 0.13 | |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.00 | | 0.32 | | 0.16 | | 0.28 | |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.10 | | -1.40 | | -0.47 | | 0.23 | |
| Comorbiditeit as I (aanwezig) | 1.98* | | -6.34*** | | 2.62** | | 0.14 | |
| Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.41 | | -1.27 | | 1.71 | | -0.33** | |
| Acceptatie | -0.46* | | 0.21 | | 0.25 | | 0.01 | |
| Hulpeloosheid | -1.19*** | | -0.90*** | | 0.88*** | | -0.08*** | |
| Acceptatie*Hulpeloosheid | 0.01 | | -0.07* | | -0.01 | | 0.00 | |
| Acceptatie*Comorbiditeit as I (aanwezig) | 0.11 | | 0.96** | | -0.19 | | -0.03 | |
| Hulpeloosheid*Comorbiditeit as I (aanwezig) | 0.60* | | 0.07 | | -0.36 | | 0.02 | |
| Blok 8 | | .16* | | .38 | | .13 | | .12 |
| Opleiding (laag) | -2.03 | | 3.25* | | -1.31 | | 0.05 | |
| Opleiding (hoog) | 1.02 | | -2.55* | | -2.47* | | -0.09 | |
| Conversiestoornis | -0.55 | | -0.30 | | -0.78 | | 0.10 | |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -2.90 | | 0.28 | | 0.16 | | 0.28 | |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.13 | | -1.43 | | -0.47 | | 0.23 | |
| Comorbiditeit as I (aanwezig) | 2.65** | | -6.88*** | | 2.60* | | 0.10 | |
| Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.50 | | -1.34 | | 1.70 | | -0.34** | |
| Acceptatie | -0.61** | | 0.34 | | 0.25 | | 0.02 | |
| Hulpeloosheid | -1.15*** | | -0.93*** | | 0.88*** | | -0.09*** | |
| Acceptatie*Hulpeloosheid | -0.04 | | -0.03 | | -0.01 | | 0.01 | |
| Acceptatie*Comorbiditeit as I (aanwezig) | 0.25 | | 0.85* | | -0.20 | | -0.04 | |
| Hulpeloosheid*Comorbiditeit as I (aanwezig) | 0.55* | | 0.12 | | -0.36 | | 0.02 | |
| Acceptatie*Hulpeloosheid*Comorbiditeit as I (aanwezig) | 0.11* | | -0.09 | | -0.00 | | -0.01 | |

Noot. De significantie van de adjusted R² verwijst naar de toename van verklaarde variantie door toevoeging van variabelen in het nieuwe blok.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

PCS RAND-36 = fysieke component RAND-36

MCS RAND-36 = mentale component RAND-36

Bezigheden = frequentie dagelijkse bezigheden, schaal van de MPI-DLV

Tabel 5

Resultaten van de Hiërarchische Regressieanalyses die de Samenhang Weergeeft tussen Toestand van Patiënten en Tweeweginteracties (Blok 7) en Drieweginteracties (Blok 8) tussen Acceptatie, Hulpeloosheid en Comorbiditeit op As IV na Toevoeging van Eerdere Predictoren

| | PCS | | MCS | | LKV | | Bezigheden | |
|--|----------|---------------------|----------|---------------------|---------|---------------------|------------|---------------------|
| Predictorvariabele | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² | B | Adj. R ² |
| Blok 7 | | .17 | | .36 | | .17 | | .12 |
| Opleiding (laag) | -1.69 | | 3.11* | | -1.33 | | 0.06 | |
| Opleiding (hoog) | 1.07 | | -2.43* | | -2.47* | | -0.10 | |
| Conversiestoornis | -0.95 | | 0.03 | | -0.73 | | 0.12 | |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.08* | | 0.12 | | 0.19 | | 0.28 | |
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.16 | | -1.41 | | -0.53 | | 0.23 | |
| Comorbiditeit as I (aanwezig) | 1.83 | | -6.25*** | | 2.68** | | 0.14 | |
| Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.51 | | -1.22 | | 1.63 | | -0.32** | |
| Acceptatie | -0.53* | | 0.80** | | 0.47 | | -0.03 | |
| Hulpeloosheid | -1.10*** | | -1.03*** | | 0.95*** | | -0.11*** | |
| Acceptatie*Hulpeloosheid | 0.01 | | -0.04 | | -0.01 | | 0.00 | |
| Acceptatie*Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.22 | | -0.04 | | -0.50 | | 0.03 | |
| Hulpeloosheid*Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.40 | | 0.28 | | -0.42 | | 0.05 | |
| Blok 8 | | .17 | | .36 | | .17 | | .12 |
| Opleiding (laag) | -1.60 | | 3.24* | | -1.44 | | 0.06 | |
| Opleiding (hoog) | 1.04 | | -2.48* | | -2.43* | | -0.10 | |
| Conversiestoornis | -0.94 | | 0.04 | | -0.74 | | 0.12 | |
| Pijnstoornis psychische en somatische factoren | -3.09* | | 0.11 | | 0.19 | | 0.28 | |

| | | | | |
|---|----------|----------|---------|----------|
| Ongedifferentieerde somatoforme stoornis | 0.20 | -1.36 | -0.57 | 0.23 |
| Comorbiditeit as I (aanwezig) | 1.81 | -6.29*** | 2.71** | 0.14 |
| Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.32 | -1.51 | 1.86 | -0.33** |
| Acceptatie | -0.49 | 0.85** | 0.42 | -0.03 |
| Hulpeloosheid | -1.11*** | -1.05*** | 0.96*** | -0.11*** |
| Acceptatie*Hulpeloosheid | 0.03 | -0.01 | -0.04 | 0.00 |
| Acceptatie*Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.18 | -0.11 | -0.45 | 0.03 |
| Hulpeloosheid*Comorbiditeit as IV (hoog) | 0.41 | 0.30 | -0.44 | 0.05 |
| Acceptatie*Hulpeloosheid*Comorbiditeit as IV (hoog) | -0.03 | -0.04 | 0.04 | -0.00 |

Noot. De significantie van de adjusted R² verwijst naar de toename van verklaarde variantie door toevoeging van variabelen in het nieuwe blok.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

PCS RAND-36 = fysieke component RAND-36

MCS RAND-36 = mentale component RAND-36

Bezigheden = frequentie dagelijkse bezigheden, schaal van de MPI-DLV