Succesfactoren in de Behandeling van Patiënten met een Somatoforme Stoornis

Een kwalitatief-kwantitatief onderzoek vanuit het perspectief van de cliënt

J. Bazen BSc *(3518132)*

Master-thesis Klinische en Gezondheidspsychologie

Juli 2014

Begeleider : Prof. Dr. Rinie Geenen

Universiteit Utrecht

Universiteit Utrecht

altrecht psychosomatiek

Inhoudsopgave:

Voorwoord	……	2
Samenvatting	……	2
Inleiding	……	3
Methode	……	7
Resultaten	……	11
Discussie	……	15
Referenties	……	17
Bijlage 1: Interviewprotocol	……	20
Bijlage 2: Ruwe succesfactoren	……	22
Bijlage 3: Selectie kaartuitspraken	……	29
Bijlage 4: Instructieboek en Kaartsorteertaak	……	31
Bijlage 5: Vragen Body Symptom inventory	……	42
Bijlage 6: Vragenlijst EQ-5D	……	45

Voorwoord:

In het traject van dit onderzoek ben ik zeer dankbaar geweest voor de hulp, begeleiding en gezelligheid die mij is geboden door Prof Dr. Rinie Geenen. Ook wil ik Saskia Broeckhuysen en Sonja Klemm hartelijk danken voor de praktische steun vanuit de instelling Altrecht Psychosomatiek in Zeist.

Samenvatting

Vele factoren hebben een positieve invloed op de behandeling van patiënten met somatoforme stoornissen. Het doel van dit onderzoek is om die factoren te achterhalen door middel van een innovatieve methode waarbij de mening van de patiënt centraal staat. De “concept-mapping” methode is gebruikt waarbij uitspraken uit interviews van patiënten met een somatoforme stoornis op een set van 55 kaarten zijn gezet, welke vervolgens door andere patiënten gesorteerd zijn op zowel inhoud als belangrijkheid. Hieruit volgde een hiërarchische clustering van 11 mediatoren en moderatoren waarbij het leren stellen van grenzen en de regulatie van emoties en gedrag als belangrijkste werden geacht. De resultaten zijn een aanvulling voor de huidige literatuur omdat er nooit eerder onderzoek is geweest op dit onderwerp waarbij het perspectief van de patiënt de grootste rol speelt.

Summary

Many factors facilitate a positive outcome of treatment in patients with somatoform disorder. The goal of this study was to find out what these factors are by using an innovative method emphasizing the patient’s opinion. The concept mapping method was used, in which statements retrieved from patient interviews were put on a set of 55 cards that were categorized by other patients on both similarity and importance. This resulted in a hierarchical clustering of 11 mediators and moderators in which the learning of boundaries and the regulation of emotion and behavior were considered most important. These results are an addition to the current literature as this is the first study to clarifying facilitators of therapy outcome from the patient’s perspective.

Inleiding

Medisch onverklaarbare lichamelijke symptomen zijn zeer prevalent in de eerste lijn. Volgens een meting van De Waal, Arnold, Eekhof & Hemert (2004) in 8 Nederlandse huisartspraktijken hebben ze een prevalentie van 16.1%. De somatoforme stoornis is één van de meest lastige aandoening om te diagnosticeren en behandelen. In het spectrum van somatoforme stoornissen is namelijk een verscheidenheid aan mogelijke klachten te vinden, waaronder: pijnklachten, gastro-intestinale klachten, seksuele klachten en lichamelijke uitvalverschijnselen, welke niet door een medische aandoening verklaard kunnen worden (DSM-VI-TR, APA, 2001). Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de mening van de patiënt over de behandeling en zo een beeld krijgen van factoren die het behandelresultaat positief beïnvloeden zodat de behandeling verbeterd kan worden.

De voornaamste behandelmethode die hiervoor wordt aangewezen door klinische psychologen is de cognitieve gedragstherapie. In cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt geacht dat de patiënt zijn bewustwording van zijn gedachteprocessen verhoogt, en deze probeert te controleren. Vervolgens wordt hierop ook functioneel gedrag aangeleerd. Dit komt voor in de vorm van patiënt-psycholoog gesprekken en ook in groepsgesprekken. Dit zorgt bij cliënten met een somatoforme stoornis voor verbetering van de levenservaring, minder bezoekjes aan de huisarts en vermindering van symptomen (Bleichhardt, Timmer & Rief, 2002). Diverse vormen van psychotherapie blijken een positieve invloed te hebben op de symptoomvermindering van somatoforme stoornissen in de tweede en derde lijn (Koelen, Houtveen, Abbass, Luyten, Eurelings-Bontekoe, Broeckhuysen-Kloth, Buhring en Geenen, 2014).

Dat deze wetenschappelijk gegronde therapievormen effectief zijn gebleken, betekent echter nog niet dat ze optimaal zijn. De effectgroottes die in deze studies worden gevonden, zijn namelijk een stuk kleiner dan bij behandeling van andere mentale stoornissen zoals depressie en angst. Daarnaast is in een studie van Arnold, de Waal, Eekhof & Hemert (2006) gebleken dat na 6 maanden van CGT, 23% van de patiënten CGT niet zagen als een geschikte behandeling voor hun problematiek. Van de mensen die de behandeling wel voortzette, had driekwart na 6 maanden nog steeds doorzettende symptomen van somatoforme stoornis. De meest effectief bewezen behandeling laat dus nog ruimte over voor verbetering.

Het is dus belangrijk om te achterhalen hoe het effect van de huidige CGT vergroot kan worden. Welke factoren in de behandeling zijn bevorderend voor het eindresultaat? In dit

onderzoek wordt onderzocht wat de mediatoren zijn die het behandelresultaat positief beïnvloeden en wat de moderatoren zijn die samenhangen met een positief behandelresultaat.

De vraag welke factoren in en naast de behandeling bevorderlijk zijn geweest voor de verbetering van de patiënt, is al meerdere malen eerder onderzocht. Zo is er een artikel van Poppe, Petrovic, Vogelaers en Crombez (2012), welke aantoont dat een laag niveau van ziekte-acceptatie en een hoge score op neuroticisme een positieve invloed hebben op de verbetering van de zelfgerapporteerde kwaliteit van leven in patiënten met chronisch vermoeidheidssyndroom. In een meta-analyse van Kleinstäuber, Witthöft en Hiller (2011) zijn 27 studies vergeleken op het effect van psychotherapie op mensen met lichamelijke medisch onverklaarbare aandoeningen. In dit onderzoek zijn ook een aantal variabelen gevonden die samenhangen met een positief behandelresultaat. De twee belangrijkste uit dit onderzoek waren; de therapievorm, waarbij de reattributie-training effectiever bleek dan CGT, en de therapiesoort, waarbij een combinatie van individuele en groepstherapie effectiever leek dan slechts één van beide. Verder waren ook de volgende moderatoren gevonden: een groter aantal therapiesessies,de deskundigheid van de therapeut, de kwaliteit van de diagnostische procedure en de controle over een begeleidende farmacologische behandeling. Wiborg, Knoop, Prins en Bleijenberg hebben in 2011 onderzoek verricht naar mediatoren die de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie op chronisch vermoeidheidssyndroom verklaren. Hieruit is gebleken dat wanneer patiënten leren een andere copingstijl te gebruiken, namelijk het minder focussen op hun vermoeidheid, ze meer van de behandeling profiteren. In tabel 1 zijn meer onderzoeken beschreven die de afgelopen paar jaar succesfactoren van dergelijke behandelingen onder de loep nemen. De succesfactoren in de kolom van de mediatoren/moderatoren schetsen een beeld dat de meeste te omschrijven zijn als persoonlijke kenmerken en attitude –in het bijzonder het hebben van motivatie en een positieve uitkomstverwachting– van de patiënt tegenover de behandeling.

Tabel 1. Verzameling onderzoeken naar succesfactoren in behandeling van onverklaarbare lichamelijke klachten

Auteurs	*Patientengroep*	*Correlationeel verband*	*significante moderatoren/ mediatoren*	*Onderzoeksanalyse*
Jensen, Nielson Turner, Romano,Hill (2004)	Diverse Chronische pijnklachten	Meer bereidheid om pijn zelf te managen verandert copingstijl meer proactief en verbeterd dagelijks functioneren	“	ANOVA’s, Regressie-analyses en Pearson correlation
Heins, Knoop, Blijenberg (2013)	Patiënten met Chronisch vermoeidheids syndroom (CVS)	Invloed van CGT op somatische attributies en limitaties in dagelijk leven	positieve Uitkomstverwachting (Mod) en Taakinstemming/ samenklank (Med)	randomized controlled trial multilevel linear regression model
Tummers, Knoop, Dam, Bleijenberg (2013)	CVS patiënten in guided self-instruction therapie	Mate van vermoeidheids vermindering na guided self-instruction therapie	Jonge leeftijd en een lage mate van depressie en vermijdingsgedrag (Mod)	Secondaire analyse van 2 randomized controlled trials
Miro, Martinez, Sanchez, Prados, Madina (2011)	Fibromyalgie patienten of andere chronisch pijn syndromen	Effect van pijn-intensiteit op angst en depressie schalen	Hoge Self- efficacy en betere slaapkwaliteit (Mod)	Cross-sectioneel design en multiple mediation model.
Knox, Lall, Hansen & Lamb (2014)	Pijnklachten in de rug	Effect van “back skill training” op rugklachten	‘compliance’ volgzaamheid behandeling/ behandelingstrouw (Mod)	Randomized controlled trials en linear regression analysis
Wiborg, Knoop, Frank & Bleijenberg (2012)	CVS	Effectiviteit van CBT op CVS vermoeidheid en dagelijk functioneren	minder waargenomen problemen in de activiteit en hoger gevoel van controle over vermoeidheid (med)	Randomized controlled trial en multivariate general linear model en linear regressions
Bleichhardt, Timmer & Rief (2005)	patiënten met Verscheidene Somatoforme stoornissen DSM-Iv geclassificeerd	Effect van CGT in derdelijns zorg op gezondheid gerelateerd kwaliteit van leven	positieve verwachting en motivatie richting therapie, laag subjectief lijden. Recht op handicap-gerelateerde tegoedkoming negatieve invloed (Med)	Randomized controlled trial en multipele regressie-analyse
Koelen, Houtveen, Abbas, Luyten, Eurelings-Bontekoe, Broeckhuysen-Kloth, Bühring & Geenen (2014)	Patienten met ernstig somatoforme stoornissen	Het effect van psychotherapieen op het dagelijks functioneren en symptomen van somatoforme stoornissen	Psychodynamische beter tegenover cognitieve interventies, jongere leeftijd en vrouwelijk geslacht (Mod)	Meta-analyses van effect-sizes en meta-regressieanalyse en CMA-software.

Deze onderzoeken kijken echter enkel naar de factoren die worden gemeten met de bijbehorende vragenlijsten. De bevindingen van de succesfactoren van behandeling worden dusdanig gelimiteerd tot de constructen van hun meetinstrumenten. In de meeste onderzoeken over medisch onverklaarbare lichamelijke klachten worden globale succesfactoren ontleend aan uitkomstmaten of demografische kenmerken, maar er zijn weinig onderzoeken die een analyse uitvoeren die diepgaand kijkt naar de factoren waarvan de patiënten vinden dat ze cruciaal zijn geweest voor verandering. Zo blijkt dus uit de tabel dat deze onderzoekers de succesfactoren vooral vinden in de kenmerken van de andere partij (namelijk de patiënten).

Wanneer patiënten zelf vertellen wanneer ze het meeste baat bij de therapie hebben, kunnen meer factoren boven water komen waar onderzoekers zich eerder nog niet in hebben verdiept. Daar kan dan rekening mee worden gehouden in de klinische setting. Een studie van Ryan &

Deci (2000) toont aan met de zelfbepalingstheorie, dat gedragsverandering in grotere mate zal plaatsvinden wanneer de persoon voldoet aan de volgende drie eisen; Autonomie, sociale steun en gevoel van competentie (Ryan & Deci, 2000). Oftewel wanneer de patiënt intrinsiek gemotiveerd is om te veranderen, het gevoel dat hij de touwtjes in handen heeft aanwezig is en ook sociale steun krijgt. Dit suggereert dat het van belang is wat de patiënt te zeggen heeft omdat het doel om het behandelresultaat te verhogen dus mede afhangt van de subjectieve ervaringen van de patiënt zelf.

De zelfbepalingstheorie wordt ondersteund in een studie van Silva, Vieira, Coutinho, Minerico, Matos, Sardinha & Teixeira (2010) naar een therapie voor het verhogen van fysieke beweging. Er werden twee groepen behandeld, de ene was een controlegroep, de ander was een groep die werd behandeld met de zelfbepalingstheorie als centraal punt. Patiënten mochten in die groep zelf bepalen in welk tempo ze hun lichamelijk activiteit wilde opvoeren. Uit de resultaten bleek dat de patiënten uit de laatste groep na 12 maanden meer aan fysieke activiteit deed dan de eerste groep. Ook in levensstijl bleek de laatste groep na 12 maanden actiever te zijn. Dit onderzoek laat dus zien dat autonomie een positieve invloed kan hebben op de therapie.

In het huidige onderzoek wordt op een inductieve manier onderzocht welke factoren in en om de CGT, het eindresultaat positief beïnvloeden. In tegenstelling tot standaard vragenlijst constructen zal nu de mening van de patiënten centraal staan en zullen zij vrijuit mogen spreken over de factoren zoals zij die hebben ervaren als bevorderend voor hun verbetering. De patiënten zelf hebben een ander denkkader dan de onderzoeker. Zij zouden daardoor een nieuw licht kunnen schijnen op de optimale werkingen van de behandeling. Dit onderzoek maakt gebruik van een open benadering waarbij de bestaande literatuur benaderd kan worden met nieuwe factoren door gebruik te maken van een nieuwe en innovatieve onderzoeksmethode. Dit onderzoek exploreert een nieuwe benadering naar kennis binnen de wetenschap. Anders dan eerder onderzoek zullen de resultaten niet beperkt worden door de voorgaande verwachtingen van de onderzoekers maar zullen de resultaten het huidige onderzoeksspectrum aan factoren verbreden door open ingevingen via nieuwe perspectieven. Dit zal worden gerealiseerd met de methode van “concept-mapping”. De verwachting van de resultaten van dit onderzoek is dat de deelnemers ons inzicht kunnen geven in de elementen van de behandeling die naar hun mening bevorderend zijn voor het behandelresultaat en wat in de behandeling voor hen werkelijk heeft geholpen.

Op basis van tabel 1 wordt er verondersteld dat er in dit onderzoek zowel factoren naar voren komen die het behandelresultaat voorspellen, als factoren die het behandelresultaat beïnvloeden. Als moderatoren wordt er verwacht dat de deskundigheid van de therapeut en de duur van de therapie een rol spelen in het behandelresultaat volgens de patiënt. Als mediatoren wordt er verwacht dat de eigen attitude tegenover de behandeling zoals verwachting, motivatie en taakinstemming naar voren zullen komen als potentiële succesfactoren volgens de patiënten.

Methode

"Concept-Mapping"

In de afgelopen paar jaren is er een nieuwe manier in opkomst om in een breder perspectief, informatie van participanten te vergaren. Deze methode heet 'concept-mapping'. Het bestaat uit drie stappen: interviews, kaartsorteertaak en een hiërarchische clusteranalyse. Met behulp van interviews met participanten wordt een set met kaartjes gevormd, op elk kaartje staat een geciteerde uitspraak van een geïnterviewde. Deze kaartjes met uitspraken worden vervolgens gesorteerd door een andere groep participanten. Met een statistische analyse wordt berekend welke uitspraken het vaakst bij elkaar worden gesorteerd en samen dus een concept vormen. Deze methode van onderzoek is eerder succesvol gebleken in een studie van Bossema, Janssens, Landwehr, Treucker, Duinen, Nap & Geenen (2012). Hiermee werd op een wetenschappelijke wijze een aantal redenen van mannen in kaart gebracht om sperma wel of niet te doneren. Deze methode wordt niet veel gebruikt, maar is daardoor ook juist zeer relevant.

Onderzoeksteam

Het onderzoek is uitgevoerd door een team met leden van verschillende vakgebieden. Het bestaat uit een onderzoeksbegeleider Prof. Dr. van Universiteit Utrecht, twee werknemers van Altrecht Psychosomatiek, twee master-studenten van de UU en een ex-patiënt als patiëntenvertegenwoordiger van de betreffende kliniek.

Participanten

Participanten zijn geworven door ex-patiënten van Altrecht Psychosomatiek in Zeist een brief te sturen waarin hen het doel en de verwachting uitgelegd werd. Er zijn in totaal 234 ex-patiënten benaderd per post. Waarvan 48 personen zijn aangeschreven voor een interview, en

186 voor de kaartsorteertaak. Een aantal dagen later zijn alle benaderden bereikt via de telefoon om te vragen of ze zouden willen helpen met het onderzoek.

Interviews

Van de 48 genodigden hebben er 12 (8 vrouwen en 4 mannen, M=48jr, *SD*=13, spreiding 30-68) ingestemd met een interview. In het interview stonden drie hoofdvragen centraal om de succesfactoren uit te vragen. Dit waren: "Wat heeft ervoor gezorgd dat het tijdens de behandeling beter met u ging?", "Wat waren voor u de belangrijkste veranderingen die tot het slagen van de behandeling leidde?", en "Wat heeft er buiten de behandeling om toe bijgedragen dat u beter bent geworden/veranderde. Het interview is voorbereid door een protocol op te zetten, deze is te zien in de bijlage 1. De interviews hadden gemiddeld een duur van 1 uur en 20 minuten. Voor het interview is telkens gevraagd of er een geluidsopname gemaakt mocht worden. Alle ex-patiënten stemden hiermee in.

11 interviews zijn woord voor woord (Ad verbatim) uitgetypt, één geluidsopname was foutief opgeslagen en daarvan zijn enkel de notities gebruikt. Alle onderzoeksleden maakten vervolgens een selectie van bruikbare uitspraken van de ex-patiënt, om de kaartsorteertaak op te zetten. Deze uitspraken omvatten succesfactoren genoemd door de geïnterviewde. Er is een totale lijst opgesteld van 185 verschillende succesfactoren genoemd in de 12 interviews. Deze zijn alle te zien in bijlage 2.

Om de balans tussen een breed onderwerpsreikwijdte en de doenbaarheid van de taak te behouden is er door het onderzoeksteam gekozen voor een selectie van 55 uitspraken voor de kaartjes van de sorteertaak. Deze uitspraken voldoen aan 3 criteria: ze zijn veralgemeniseerbaar, ze hebben een concrete betekenis en de uitspraak wijkt niet teveel af van de citaat van de geïnterviewde. Ook is ervoor gezorgd dat de uiteindelijke selectie van uitspraken een gedifferentieerd beeld weergaf van de genoemde succesfactoren van de behandeling. De 55 uiteindelijke geselecteerd uitspraken zijn te vinden in bijlage 3.

KaartSorteerTaak (KST)

In eerste instantie was het de bedoeling dat de KST zich plaatsvond op een vaste datum en locatie, zodat alle participanten tegelijk de taak konden voltooien met de aanwezigheid van de onderzoeksleden voor het geval er eventuele vragen ontstaan van de participanten. De participanten zijn benaderd via de post en zijn vervolgens een aantal dagen later teruggebeld. Het was echter zo dat van de 100 aantal mensen die zijn uitgenodigd voor deze taak, er slechts 2 a 3 mee wilden of konden doen. Dit had voornamelijk als reden dat het voor de

participantengroep teveel inspanning zou kosten om naar één bepaalde locatie te reizen. Toen is besloten de taak zo aan te passen dat deze bij de mensen thuis gemaakt en via de post opgestuurd kon worden. Hierna is een nieuwe set mensen uitgenodigd voor de vernieuwde KST, er zijn in totaal 186 ex-patiënten benaderd voor de KST. Elk hebben een informatiebrief opgestuurd gekregen en zijn vervolgens een aantal dagen later teruggebeld met de vraag of ze de KST opgestuurd zouden willen krijgen. Uiteindelijk waren er 36 mensen bereid om de KST opgestuurd te krijgen. De kaartsorteertaak is te vinden in bijlage 4. Geincludeerd in het pakket waren: Een set met kaarten voor de succesfactoren, een uitleg van de taak, een formulier waar de sortering in gerapporteerd kon worden en een retourbrief. Er zijn uiteindelijk 15 pakketjes teruggestuurd, waarvan er 12 bruikbaar waren voor de analyse van de KST (11 vrouwen en 1 man).

Met behulp van vragenlijsten zijn bij de participanten gespecificeerd wat hun hoogst genoten opleiding is en welke behandeling ze hebben gevolgd en hoelang deze heeft geduurd. Deze resultaten zijn te zien in tabel **2.**

Tabel **2.** Frequentietabel voor opleidingsniveau en behandelingstype en duur

Opleiding:	lager onderwijs	lager beroepsonderwijs	Middelbaar algemeen onderwijs	middelbaar beroepsonderwijs	hoger beroepsonderwijs	wetenschappelijk onderwijs
Interviews	1	2	3	2	2	2
KST	3	0	1	5	2	1
Behandeling:	Klinische opname Den Dolder/Zeist	3 daagse deeltijd behandeling	behandeling oriëntatiegroep	behandeling verdiepingsgroep	individuele behandeling	anders
Interviews	3	4	2	1	1	1
KST	8	3	1	1	1	1
Behandelduur:	tot 3 maanden	3 tot 6 maanden	6 tot 12 maanden	meer dan 12 maanden		
Interviews	3	3	2	4		
KST	6	1	4	11		

Procedure

De participanten werden gevraagd om de set met 55 kaartjes met uitspraken tweemaal te sorteren. De eerste sortering is gebaseerd op inhoud. Hier werd gevraagd om de kaartjes te verdelen gebaseerd op de gelijkenis van het onderwerp van de succesfactor. Ze mochten minstens twee en maximaal twaalf stapeltjes maken, met de regel dat elk stapeltje minstens twee kaartjes bevatte, en dat elk kaartje is ingedeeld. Wanneer blijkt dat participanten niet alle kaartjes ingedeeld hadden, werd er een nieuwe categorie aangemaakt en “overig” genoemd. De tweede sortering is gebaseerd op belangrijkheid. Hier werd gevraagd om alle kaartjes te verdelen over 5 stapeltjes. Waarbij stapeltje 1 de uitspraken die het minst belangrijk en

stapeltje 5 de uitspraken die het meest belangrijk waren voor de participant bevatte. Hier was de regel weer dat elk kaartje een indeling had en dat de vijf stapeltjes van gelijke grootte waren, en dus ieder 11 kaartjes bevatte. De resultaten van de indeling zijn door de participanten op een formulier ingevuld. De participanten leverden ook een toestemmingsformulier bij de retourenvelop.

Vragenlijsten

Beide participantengroepen hebben tevens 2 vragenlijsten ingevuld.

De eerste vragenlijst is de *Brief symptom inventory* (Derogatis & Spencer, 1993). Deze vragenlijst is een verkorte afgeleide van de bekende SCL-90. De BSI bestaat uit 53 items die ieder beoordeeld worden op een 4punts Likertschaal. Zoals de SCL-90 heeft de BSI ook subschalen, de Somatisatieschaal is gebruikt voor dit onderzoek. Deze schaal bestaat uit 7 items. Deze score laat zien in hoeverre mensen last ervaren van hun lichamelijke klachten. Vragen focussen zich vooral op cardiovasculaire of gastro-intestinale systemen en andere veelvoorkomende pijnklachten.

De tweede vragenlijst die is afgenomen, is de *EuroQol 5 dimensies vragenlijst* (EuroQol, G. 1990). Dit is een vragenlijst die de gezondheidskwaliteit van het leven aantoont met behulp van 6 vragen, ook wordt in de EQ5D gevraagd de gezondheidstoestand te beoordelen op een schaal van 1 tot 100 waarbij 1 de laagste score de slechtst voorstelbare gezondheidstoestand is en 100 de best voorstelbare gezondheidstoestand.

Deze vragenlijsten zijn afgenomen om een algemeen beeld te geven van de gezondheidstoestand van de participanten. Maar ook om te verzekeren dat er in de participantengroepen zowel mensen participeren die van de behandeling profiteerden, als mensen die er geen voordeel uit konden halen. Wat dus een eerlijke representatie zal zijn van alle andere participanten in de derdelijns klinieken. De vragenlijsten zijn te vinden in bijlage 5 en 6.

Statistiek

Er is gekozen om een hiërarchische clusteranalyse uit te voeren in SPSS 20.0. Er is door de onderzoeksbegeleider en de twee masterstudenten gekozen voor Ward's methode van "squared euclidian distances". Met deze clusteranalyse wordt berekend welke kaarten het meeste bij elkaar gesorteerd zijn en de analyse maakt dan een verdeling van items in een bepaalde hoeveelheid clusters. Hoeveel clusters de uiteindelijke oplossing bevat, is in een aantal bijeenkomsten besproken met het hele onderzoeksteam. Deze keuze hangt af van de

klaarblijkelijke relevantie van splitsing of samenvoeging van bepaalde clusters, er wordt voor een hoeveelheid clusters gekozen wanneer door alle onderzoeksleden consensus is bereikt over het stoppen met de daaropvolgende clustersplitsing en samenvoeging.
De berekening van belangrijkheid per item en per cluster wordt gedaan door het gemiddelde te nemen van de sortering van de bruikbare participanten op een schaal van 1 tot 5. Voor de berekening van de uitkomsten van de vragenlijsten zijn er formulecodes gebruikt van Microsoft Office Excel 2007.

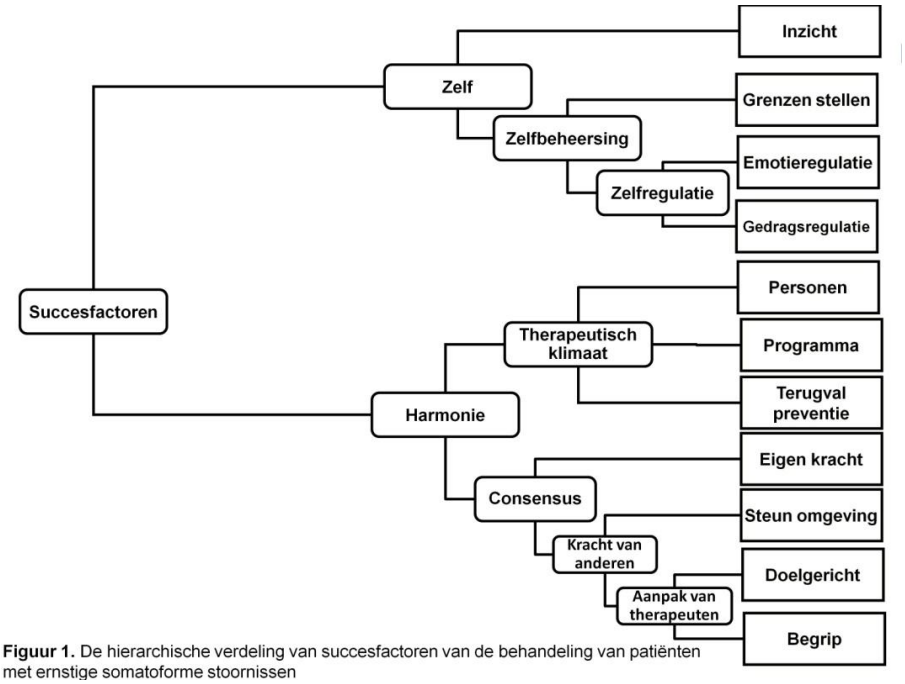
Resultaten

Kaartsorteertaak

Het aantal stapels dat participanten maakte op de sortering van inhoud, varieerde van 4 tot 12 stapels. Het minimum aantal kaarten in een stapel varieerde van 1 tot 6 kaarten. Het meeste aantal in een stapel varieerde van 10 tot 26 kaarten. Voor vier participanten was het nodig om een "overige"categorie aan te maken aangezien zij er niet in slaagden alle kaartjes op te delen in rijtjes. Dit betrof tussen 1 en 7 kaartjes.
Er zijn 3 participanten uit de analyse gehaald vanwege het feit dat ze de kaarten niet op inhoud ingedeeld hadden, maar categoriseerden in hoeverre ze het eens waren met de kaarten. Met labels genaamd: 'niet van toepassing', 'soms' en 'heeft wel geholpen'. Dit was niet het doel van deze taak en hadden anders de resultaten op onlogische wijze beïnvloed.
De labels van de ingedeelde categorieën betroffen onder andere: 'omgeving', 'therapeuten', groepsprocessen', 'acceptatie' en 'persoonlijke kwaliteiten'. Deze labels zijn door de onderzoekers gebruikt als hulpmiddel voor de benaming van de clusters.

Hiërarchische clusteranalyse:

Figuur 1 laat het resultaat zien van de hiërarchische clusteranalyse. Er is voor een 11 clusteroplossing gekozen. Bij twaalf clusters werd het cluster "inzicht" gesplitst, waar geen enkele aanleiding voor was dat dit een toevoeging zou zijn. Bij 10 clusters werden de categorieën: "Personen" en "Programma" onder het "Therapeutisch klimaat" samengevoegd. Er is voor gekozen deze clusters gescheiden te houden vanwege het feit dat deze onderscheiding door de participanten in de kaartsorteertaak vaak naar voren kwam en het inhoudelijk ook conceptueel te onderscheiden is.



Figuur 1. De hierarchische verdeling van succesfactoren van de behandeling van patiënten met ernstige somatoforme stoornissen

Op het hoogste niveau zijn de succesfactoren opgesplitst naar twee clusters die “Zelf”en “Harmonie” zijn genoemd. Het cluster Zelf bevatte vooral items die betrekking hadden op eigen leerervaringen en over hun aandoening en hoe ermee om te gaan. Deze heeft zich in het laatste niveau opgesplitst naar de 4 clusters: Inzicht, grenzen stellen, emotieregulatie en gedragsregulatie. Het hoogste niveau cluster Harmonie bevatte vooral items die meer met het programma en de omgeving te maken hadden, het cluster heet harmonie omdat items betrekking hebben op de participanten die zich tevreden voelden met de manier waarop alles verliep, zonder weerstand. Dit hoogste orde cluster splitste zich in het laagste niveau op in 7 andere clusters, namelijk: Personen, Programma, Terugvalpreventie, Eigen kracht, Steun omgeving, Doelgerichtheid en Begrip. In tabel **3** is te zien welke items onder de 11 laagste clusters waren verdeeld door de participanten.

De belangrijkheid per item is berekend door het gemiddelde te berekenen van alle aangegeven scores op de schaal van 1 tot 5. De belangrijkheid per cluster is vervolgens berekend door het gemiddelde te nemen van die bijbehorende items. Die score heeft een range tussen de 2.36 (doelgerichtheid) en de 3.5 (Grenzen stellen). Het totaal gemiddelde van alle cluster bij elkaar is 2.85. Aangezien de taakinstructie voorstelde dat alle kaartitems gelijk verdeeld moesten worden over 5 stapels, waarbij stapel 1 de laagste en stapel 5 de hoogste belangrijkheid aantoont zou je hier een gemiddelde precies op de 3.00 verwachten, dit laat dus zien dat wederom niet alle participanten zich aan de taak hebben gehouden.

Tabel 3. De 11 laagste clusters van de hiërarchische clusteranalyse, met onder elk cluster alle items die eronder verdeeld waren, elke uitspraakitem begint met: "Het heeft mij geholpen dat …"

	Belangrijkheid	
	(M)	(SD)
Cluster 1. Inzicht	**3.5**	**0.35**
46. ik leerde inzien dat mijn klachten psychosomatisch zijn.	3.25	1.36
47. ik leerde om beter om te gaan met mijn beperkingen	3.17	1.19
6. ik ging begrijpen waar mijn emotionele klachten vandaan komen	3.42	1.08
36. ik leerde om rustmomenten in te plannen	3.25	0.87
40. ik in de therapie leerde om mijn grenzen aan te geven	4.08	1.16
9. ik leerde om voor mezelf te zorgen in plaats van voor anderen	3.50	1.62
29. ik leerde accepteren dat ik soms over mijn grenzen ga	3.50	1.24
20. ik ophield met vechten tegen mijn klachten	3.58	1.31
27. ik mijn lichaam met beperkingen heb geaccepteerd	3.08	1.16
17. ik meer inzicht kreeg in mezelf	4.25	1.14
48. ik leerde hoe ik mezelf kan ontspannen	3.33	1.07
54. Ik leerde om de lat lager te leggen	3.58	0.79
Cluster 2. Grenzen stellen	**3.52**	**0.43**
18. ik leerde om tijd voor mezelf te maken	3.67	1.07
49. ik leerde wat mijn grenzen zijn	3.42	1.08
39. ik leerde om 'nee' te zeggen	3.75	1.36
7. ik naar mijn lichaam leerde luisteren	4.00	1.48
8. ik leerde om contact te maken met mijn lichaam en gevoel	3.75	1.14
55. ik leerde om hulp te vragen	3.41	1.31
22. er plaats en tijd was voor rust	2.67	1.56
Cluster 3. Emotieregulatie	**3.44**	**0.98**
10. ik handvatten heb gekregen die helpen om mezelf af te leiden	2.33	1.50
38. ik leerde accepteren wie ik ben	4.17	1.19
28. ik geleerd heb om emotie te uiten	3.83	0.83
Cluster 4. Gedragsregulatie	**2.46**	**0.18**
21. Ik oefeningen voor thuis meekreeg	2.33	1.30
37. Ik gemotiveerd werd om meer te bewegen	2.58	1.31
Cluster 5. Personen	**2.49**	**0.56**
23. ik mezelf vaak herkende in groepsgenoten	2.58	1.16
53. ik feedback kreeg van groepsgenoten	2.08	1.16
11. de omgang met de therapeuten prettig (bijna vriendschappelijk) was	2.75	1.54
52. de therapeuten professioneel overkwamen	2.92	1.24
4. ik iets van de aanpak van een therapeut mocht zeggen	2.42	1.24
15. de therapeuten benadrukten hoe normaal mijn gedachten en gevoelens waren	3.17	1.27
33. de therapeuten zelf een goed voorbeeld gaven van hoe het moest	1.5	0.90
Cluster 6. Programma	**2.71**	**0.52**
1. er ruimte was voor kleine contactmomenten	2.67	1.43
34. er geen druk werd uitgeoefend om iets te bereiken in een sessie	2.50	1.38
5. er in de therapiegroep onderling vertrouwen ontstond	2.33	0.98
44. ik serieus genomen werd als ik iets in de therapie niet fijn vond	3.42	1.08
41. er een vast programma van therapieën was	2.08	1.16
26. er een diagnose werd gesteld	3.25	1.42
Cluster 7. Terugvalpreventie	**2.83**	**0**
16. ik een terugvalpreventieplan heb gemaakt	2.83	1.53
Cluster 8. Eigen Kracht	**2.65**	**0.80**

3. ik doorzettingsvermogen heb	3.75	1.28
43. ik humor heb	2.67	1.77
32. ik nuchter ben	1.50	1.17
14. ik vrij makkelijk met mensen omga	2.50	1.51
42. ik de behandeling met positieve verwachtingen inging	2.83	1.34
Cluster 9. Steun omgeving	**2.64**	**0.24**
35. ik werd gesteund door mijn omgeving	2.92	1.38
45. mensen in mijn omgeving wisten hoe zij met mijn ziekte moesten omgaan	2.50	1.17
25. vrienden en familie bij mijn behandeling werden betrokken	2.50	1.24
Cluster 10. Doelgerichtheid	**2.36**	**0.65**
19. er doelgericht aan één van mijn problemen gewerkt werd	2.17	1.34
51. ik mezelf aan het begin van de behandeling een doel had gesteld	1.83	0.93
31. het mij vooraf duidelijk was, dat genezing niet het behandeldoel was	3.08	1.38
Cluster 11. Begrip	**2.80**	**0.68**
30. mijn problemen erkend werden	3.58	1.38
50. ze mij en mijn klachten begrepen	3.50	1.31
02. we in de groep ervaringen konden delen	2.75	1.48
12. ik me veilig voelde in de behandelgroep	2.50	1.09
13. er conflicten waren met medecliënten waarvan ik kon leren	1.75	1.05
24. ik in rollenspelen situaties kon oefenen	2.67	1.30

Vragenlijsten

Elke participant heeft aan het begin van de behandeling bij Altrecht Psychosomatiek een BSI vragenlijst ingevuld, deze scores zijn gebruikt om met de BSI scores van het huidige onderzoek een cohen's d te berekenen. Er is enkel gekeken naar de somatisatieschaal van de BSI. Deze Cohen's D wordt berekend door het verschil in de scores van de voor en na-meting te delen door de standaarddeviatie van het totaal. Deze score geeft aan wat het effect van de behandeling is op de lichamelijke klachten. Zoals te zien in tabel **4** hebben beide participantengroepen een zeer lage effectgrootte wat betreft de voor en na-meting van de BSI, met een relatief hoge standaard deviatie. Dit laat zien dat beide groepen, mensen bevatte die zowel van de behandeling hebben geprofiteerd, als mensen die er op achteruit zijn gegaan. Per participant lag de spreiding van de effectgrootte tussen de -1.08 en de 1.04.

Tabel 4. *BSI gemiddelde,SD en de effectgrootte voor de interviews en voor de kaartsorteertaak*

voormeting	int (12)	kst (12)
M	1,45	1,45
Sd	0,91	0,90
meting nu		
M	1,39	1,48
SD	0,92	1,04
Cohens D	-0,07	0,02
SD	0,68	0,45

Bij de participanten is ook de EQ5D afgenomen, hier was echter geen voormeting van bekend, er kon daardoor geen effectgrootte berekend worden. Er is wel gekeken naar de gemiddeldes van de 6 items die gescoord moesten worden op een schaal van 1 (geen klachten) tot 3 (heel veel klachten). Ook moesten de participanten in de EQ5D op een schaal van 1 tot 100 laten zien hoe ze hun huidige gezondheidstoestand beoordeelden waarbij 1 de laagste score de slechtst voorstelbare gezondheidstoestand is en 100 de best voorstelbare gezondheidstoestand. Hier is te zien dat voor beide groepen een matige gezondheid wordt gerapporteerd, de gemiddelde score ligt vlak bij het midden (50), terwijl de SD's daar veel vanaf wijken. Deze scores zijn te zien in tabel **5**. Volgens de normtabel voor gezonde Nederlanders tussen de leeftijd van 18 en 69 is een gemiddelde score 81.8 (Essink-Bot, Stouthard en Bonsel, 1993). Dit valt gemiddeld dus laag uit.

Tabel 5. *EQ5D gemiddelde,SD voor de interviews en voor de kaartsorteertaak*

6 items	int (12)	kst (12)
M	1.83	1.80
Sd	0.75	0.74
gezondheidsschaal		
M	55.45	51
SD	16.95	17.48

Discussie

Het doel van dit onderzoek is om met behulp van de mening van ernstig somatoforme patiënten, factoren te achterhalen die het behandelresultaat van cognitieve gedragstherapie op een positieve manier beïnvloeden. Er werd verwacht zowel mediatoren als moderatoren te vinden. Als moderator dat de deskundigheid van de therapeut als succesfactor genoemd zal worden. Ook werd er als mediatoren verwacht dat de eigen attitude tegenover de behandeling zoals therapietrouw, motivatie en taakinstemming benoemd zullen worden door de patiënten. De werkelijk gevonden hiërarchische set van factoren bestaat onder andere uit "inzicht", "grenzen stellen", "emotieregulatie", "begrip" en "terugvalpreventie". Voormalig onderzoek heeft voornamelijk factoren omschreven welke toe te schrijven zijn aan de patiënt en zijn attitude tegenover therapie zoals motivatie en typisch klinische onderzoeksconstructen zoals mate van depressie en hoeveelheid vermijdingsgedrag. Met dit onderzoek worden een aantal succesfactoren aan dit rijtje toegevoegd die zijn ondervonden door de mening van de patiënt, zoals "zelfinzicht" "emotie en gedragsregulatie"en het "stellen van grenzen". Daarnaast zijn er nog meer factoren gevonden die wel buiten het kader van kenmerken van de patiënt vallen. Zo zijn er ook succesfactoren genoemd zoals: "steun van omgeving", "therapeutisch klimaat"

(personen, programma en terugvalpreventie), en de “aanpak van de therapeuten” (doelgerichtheid en begrip). De hypothese met betrekking tot de deskundigheid van de therapeut als moderator wordt ondersteund doordat de participanten twee clusters toegewijd hadden aan dit concept: de doelgerichtheid en het begrip van de therapeut. De hypothese met betrekking tot de eigen attitude tegenover therapie als mediator wordt ook ondersteund, vanwege het feit dat het cluster “eigen kracht” items bevat als persoonskenmerken als: “hebben van doorzettingsvermogen” en “de behandeling met positieve verwachtingen ingaan”. Naast deze hypotheses zijn de gevonden factoren te verdelen als mogelijke mediatoren (Grenzen stellen, Personen, Programma en Terugvalpreventie) of moderatoren (Emotie en Gedragsregulatie en Steun van omgeving) voor de behandeling. De belangrijkheid van de factoren is ook opgevraagd aan de participanten, de drie belangrijkste factoren zijn “Grenzen stellen” en “Emotie-” en “Gedragsregulatie”. Wat opvalt is dat deze drie factoren toch allemaal met de patiënt zelf te maken hebben. Veel van de uitspraken begonnen ook met de zin: “Ik leerde …”, dit laat wel degelijk zien dat participanten dus vooral op eigen leerpunten en mogelijkheden letten. Desondanks zijn daarnaast ook factoren gevonden die meer met de therapie zelf te maken hebben, er blijkt dus uit de interviews dat veel mensen de terugvalpreventie een belangrijk onderdeel vinden, zodanig dat het als factor een cluster op zichzelf vormde. Dit zegt niet per se iets over de effectiviteit, maar meer over de waardering ervan.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat deze resultaten een aanvulling zijn voor de huidige literatuur omdat er in de context van ernstig somatoforme stoornissen nog geen onderzoek bekend is waarbij de visie van de persoon die het meest bij de behandeling betrokken is, namelijk de patiënt zelf, centraal staat. Wat opvalt wanneer je de gevonden factoren vergelijkt met eerdere literatuur, is dat met dit onderzoek onderwerpen aangekaart worden welke in onderzoek nog niet eerder is onderzocht, dit onderzoek is waardevol voor de literatuur omdat het dus nieuwe factoren aan biedt die de verbetering van de behandeling voor patiënten met somatoforme stoornissen weer een stap reëler maken. Dit is het dankbare gevolg geweest van de open benadering die in dit onderzoek is ingezet. Er is een inductieve methode gebruikt bij een heterogene groep van participanten en dit heeft verse inzichten gegeven in de vorm van 11 duidelijk te onderscheiden clusters. De huidige bevinden kunnen gebruikt worden om de voortgang van de patiënt in de therapie te bewaken. Als therapiesucces uitblijft, dan is het mogelijk om hiermee de focus van de therapie te corrigeren. Dit onderzoek heeft de factoren

op tafel gelegd welke de patiënt belangrijk vindt voor niet alleen een effectieve maar ook een aangename behandeling.

Deze factoren hebben echter nog geen sterke wetenschappelijke onderbouwing, aangezien deze factoren als een soort zelf-rapportage vertekend kunnen zijn, waarbij de locus of control een invloed kan hebben op de rapportage. Wanneer iemand een interne locus of control heeft, zullen positieve veranderingen als snel verklaard worden door de competentie van het zelf, bij een externe locus of control zal verbetering eerder toegeschreven worden aan omgevingsfactoren. Omdat hier niet voor gecontroleerd is kan het de resultaten vertekend hebben. Een ander minpunt is de lage respons van de aantal benaderde participanten. Slechts 8.1% van de benaderden heeft uiteindelijk een kaartsorteertaak geretourneerd. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat de kaartsorteertaak een inspanning vereist die te veel vergt van de patiënten met ernstige somatoforme beperkingen. Dit zou echter ook verklaard kunnen worden doordat de sommigen die de taak wel opgestuurd kregen, de taak te moeilijk vonden om uit te voeren. Dit blijkt ook uit het feit dat er 3 patiënten de taak wel hadden geretourneerd, maar niet goed hadden begrepen. Er is dus uit de resultaten gebleken dat de moeilijkheidsgraad van de kaartsorteertaak te hoog was voor deze participantengroep.

Toekomstig onderzoek kan zich richten op uitbreiding van de gevonden factoren, en deze op empirisch niveau versterken met behulp van gerichte vragenlijsten. Ook kan er in de toekomst één zelfde methode als “concept-mapping” gebruikt worden met een grotere groep participanten, en vervolgens de kaartsorteertaak iets versimpelen en wellicht zelfs aanbieden met begeleiding.

Concluderend, dit onderzoek levert een duidelijk te onderscheiden set aan succesfactoren, bij de derdelijns behandeling van somatoforme patiënten. De hiërarchische clusterboom geeft onderzoekers een richting naar de succesfactoren die onderbouwd moeten worden. Zo zijn er voornamelijk factoren gevonden die met de patiënt zelf en de inhoud en context van de therapie te maken hebben. Zo werkt de wetenschap door naar de uiteindelijke verbetering van de effectiviteit van de cognitieve gedragstherapie voor ernstig somatoforme stoornissen.

Referenties

American Psychiatric Association . (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Pub.

Arnold, I. A., de Waal, M. W., Eekhof, J. A., & Van Hemert, A. M. (2006). Somatoform disorder in primary care: course and the need for cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics*, *47*, 498-503.

Bleichhardt, G., Timmer, B., & Rief, W. (2004). Cognitive-Behavioural Therapy for Patients with Multiple Somatoform Symptoms—a randomised controlled trial in tertiary care. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 449-454.

Bleichhardt, G., Timmer, B., & Rief, W. (2005). Predictors for short-and long-term outcome in patients with somatoform disorders after cognitive-behavioral therapy. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*,*53*, 40-58.

Bossema, E. R., Janssens, P. M., Landwehr, F., Treucker, R. G., Duinen, K., Nap, A. W., & Geenen, R. (2013). A taxonomy of possible reasons for and against sperm donation. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *92*, 679-685.

De Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & Van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *184*, 470-476.

Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1993). *Brief Symptom Inventory: BSI*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Essink-Bot, M. L., Stouthard, M, Bonsel, G,J. (1993) Generalizability of valuations on health states collected with the EuroQol questionnaire. *Health Econ*; 2, 237-46.

EuroQol, G. (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, *16*, 199.

Heins, M. J., Knoop, H., & Bleijenberg, G. (2013). The role of the therapeutic relationship in cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 368-376.

Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E. H., Van Broeckhuysen-Kloth, S. A., Bühring, M. E. F. & Geenen, R. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *204*, 12-19.

Jensen, M. P., Nielson, W. R., Turner, J. A., Romano, J. M., & Hill, M. L. (2004). Changes in readiness to self-manage pain are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment and pain coping. *Pain*, *111*, 84-95.

Kleinstäuber, M., Witthöft, M., & Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *31*, 146-160.

Knox, C. R., Lall, R., Hansen, Z. & Lamb, S.E. (2014) Treatment compliance and effectiveness of a cognitive behavioural intervention for low back pain: A complier average causal effect approach tot the BeST data set. *BMC Musculoskeletal Disorders*, http://www.biomedcentral.com/1471-2474/15/17.

Miró, E., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Prados, G., & Medina, A. (2011). When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality. *British journal of Health Psychology*, *16*, 799-814.

Poppe, C. Petrovic, M., Vogelaers, D. & Crombez, G. (2013) Cognitive behavior therapy in patients with chronic fatigue syndrome: the role of illness acceptance and neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research*, *74*, 3367-372.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*, 68.

Silva, M. N., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., Matos, M. G., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2010). Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *Journal of Behavioral Medicine*, *33*, 110-122.

Tummers, M., Knoop, H., van Dam, A., & Bleijenberg, G. (2013). Moderators of the treatment response to guided self-instruction for chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, *74*, 373-377.

Wiborg, J. F., Knoop, H., Prins, J. B., & Bleijenberg, G. (2011). Does a decrease in avoidance behavior and focusing on fatigue mediate the effect of cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome?. *Journal of Psychosomatic Research*, *70*, 306-310.

Wiborg, J. F., Knoop, H., Frank, L. E., Bleijenberg, G. (2012) Towards an evidence-based treatment model for cognitive behavioral interventions focusing on chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, *72*, 39 –204.

BIJLAGE 1: PROTOCOL INTERVIEW SUCCESFACTOREN/BELEMMERINGEN

Telefonische benadering cliënten ter participatie
(Nadat informatiebrieven zijn verstuurd)

- Jezelf voorstellen, instelling vermelden
- Bent u mevr/dhr[…]?
- Brief ontvangen over een onderzoek vanuit Altrecht? Kunt u zich dat herinneren?
- Onderzoek toelichten
    - het ging over het onderzoek waarbij we een interview met u wilden doen omdat u in behandeling bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom bent geweest en wat u dat heeft opgeleverd
    - doel van het onderzoek is om de behandeling bij Eikenboom in de toekomst te verbeteren
- Bereidheid participatie?
    - Indien ja, gang van zaken uitleggen: het interview gaat max. 2 uur duren
    - Is het op dit moment niet te belastend voor u? (Uitleg: wij vragen dat omdat we alleen mensen kunnen laten meedoen die het interview als niet belastend zullen ervaren. Daarover kunt u zelf het beste beslissen.)
    - vertrouwelijkheid gegevens
    - wijzen op invullen van **de vragenlijsten voorafgaand** aan interview (max. 20 min)
    - Indien nee: prima, bedankt voor uw reactie
- Afspraak maken voor interview (dag, tijdstip en plaats). Thuis of liever ergens anders?

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

Interview

- Voorstellen
- ‘ijsbrekend’ praatje (laat mensen vertellen), fijn dat u meedoet!
- Aanspreekvorm (u, je/jij)
- Korte herhaling doel en gang van zaken onderzoek, jouw rol in het onderzoek
- Vragen of je het gesprek mag opnemen, uitleggen dat het wordt uitgetypt om geen informatie kwijt te raken en dat de opname na het uittypen gewist zal worden, aangeven dat gegevens vertrouwelijk zal worden behandeld, (wijzen op recht terugtrekking uit onderzoek)
- Indien opname niet wordt toegestaan: vragen of aantekeningen gemaakt mogen worden
- Vragen of alles helder is
- Toestemmingsformulier laten tekenen (is verplichting)
- Vragen of de vragenlijsten zijn ingevuld en innemen

(Indien mensen toch in crisissituatie blijken te verkeren, vertellen dat contact opgenomen kan worden met S. Klemm indien gewenst, telefoonnummer secretariaat 0306965600 (in acute situaties is de aangewezen persoon de huisarts)

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

- VRAAG 1.
- Belangrijkste uitkomsten, bijv:
    - Wat is het belangrijkste dat u heeft bereikt met de behandeling?
    - Wat zijn de belangrijkste veranderingen die u heeft opgemerkt?
    - Wat wilde u het liefst bereiken met de behandeling? Is dat gelukt?

- VRAAG 2
- U heeft zojuist aangegeven wat u het liefst wilde bereiken met de behandeling en of dat gelukt is. Kunt u aangeven waarom dat wel of niet gelukt is?

- VRAAG 3
- Succesfactoren, bijv:
    - Wat heeft er voor gezorgd dat het tijdens de behandeling beter met u ging?
    - Wat waren voor u de belangrijkste veranderingen die tot het slagen van de behandeling leidde?
    - Wat heeft er buiten de handeling om toe bijgedragen dat u beter bent geworden/veranderde?

- VRAAG 4
- Belemmeringen, bijv:
    - Wat waren voor u belemmeringen in de behandeling?
    - Wat waren gebeurtenissen of omstandigheden die uw herstel negatief beïnvloedde of in de weg stonden?
    - Wat waren moeilijkheden of hobbels in de weg?
    - Wat zou u achteraf anders hebben gewild?

- VRAAG 5
    - Wat zou u aan de behandeling willen veranderen?

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

Doorvragen/verduidelijkende vragen zoals

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

BIJLAGE 2: RUWE SUCCESFACTOREN

Algemeen

1. er ruimte was voor kleine contactmomenten
2. ik me veilig voelde in de behandelgroep
3. er plaats en tijd was voor rust

Rooster / planning

4. er een vast programma van therapieën was

Begrip en Erkenning

5. mijn problemen erkend werden
6. ze mij en mijn klachten begrepen

Functie vd groep afgezien van groepstherapie

7. er conflicten waren met medecliënten waarvan ik kon leren
8. we in de groep ervaringen konden delen
9. ik mezelf vaak herkende in groepsgenoten

~~10. groepsgenoten mij hoop gaven~~

Verwachting /attitude / kennis voor de behandeling

11. ik de behandeling met positieve verwachtingen inging
12. het mij vooraf duidelijk was, dat genezing niet het behandeldoel was
13. ik mezelf aan het begin van de behandeling een doel had gesteld

Persoonlijkheidseigenschappen

14. ik vrij makkelijk met mensen omga
15. ik doorzettingsvermogen heb
16. ik humor heb
17. ik nuchter ben

Aanwezigheid en professionaliteit Therapeuten

18. de therapeuten professioneel overkwamen
19. de therapeuten zelf een goed voorbeeld gaven van hoe het moest
20. de therapeuten benadrukten hoe normaal mijn gedachten en gevoelens waren

~~21. iedereen me met respect behandelde~~

Algemene omgang met de therapeuten

22. ik iets van de aanpak van een therapeut mocht zeggen

Diverse therapieën

23. ik in rollenspelen situaties kon oefenen
24. ik serieus genomen werd als ik iets in de therapie niet fijn vond
25. er geen druk werd uitgeoefend om iets te bereiken in een sessie

Functie vd groep in de therapieën

26. ik feedback kreeg van groepsgenoten

27. er in de therapiegroep onderling vertrouwen ontstond

Na de behandeling

28. ik een terugvalpreventieplan heb gemaakt

Betrokkenheid / steun van de omgeving / het systeem

29. vrienden en familie bij mijn behandeling werden betrokken.
30. mensen in mijn omgeving wisten hoe zij met mijn ziekte moesten omgaan
31. ik werd gesteund door mijn omgeving

Inzicht krijgen in eigen persoon

32. ik meer inzicht kreeg in mezelf
33. ik ging begrijpen waar mijn emotionele klachten vandaan komen
34. er een diagnose werd gesteld
35. ik leerde inzien dat mijn klachten psychosomatisch zijn.

Bewustwording / verandering van gedrag

36. ik leerde om rustmomenten in te plannen
37. ik leerde om de lat lager te leggen
38. ik inzag dat ik niet moest blijven vechten
39. leerde om tijd voor mezelf te maken

Omgaan met lichaam / gedrag

40. ik naar mijn lichaam leerde luisteren
41. ik mijn lichaam met beperkingen heb geaccepteerd
42. ik leerde om beter om te gaan met mijn beperkingen
43. ik gemotiveerd werd om meer te bewegen
44. er doelgericht aan één van mijn problemen gewerkt werd
45. ik leerde om contact te maken met mijn lichaam en gevoel
46. ik geleerd heb om emotie te uiten
47. Ik leerde hoe ik mezelf kan ontspannen

Acceptatie

48. ik leerde accepteren wie ik ben
49. ik ophield met vechten tegen mijn klachten.

Houding tov anderen

50. ik leerde om voor mezelf te zorgen in plaats van voor anderen.
51. ik leerde om hulp te vragen
52. ik leerde om ‘nee’ te zeggen

Opdrachten / handvaten voor thuis

53. ik oefeningen voor thuis meekreeg
54. Ik handvatten heb gekregen die helpen om mezelf af te leiden

Grenzen

55. ik leerde wat mijn grenzen zijn

56. ik in de therapie leerde om mijn grenzen aan te geven
57. ik leerde accepteren dat ik soms over mijn grenzen ga
58. de omgang met de therapeuten prettig (bijna vriendschappelijk) was

Algemeen

59. dat ik tijdens de behandeling regelmatig contact had met mijn eigen huisarts
60. dat ik de hele behandeling nog een keer mocht doen (niet algemeen te maken)
61. dat ik van de medicatie ben afgeholpen
62. dat de behandeling echt hulp op maat was
63. dat ik de tijd had om buiten uit te waaien
64. dat ik tijdens de behandeling vrijheid heb ervaren (?)
65. dat ik werd stopgezet – ik raasde steeds maar door.
66. dat de behandeling lang duurde.
67. dat ze voor mij zorgden in plaats van dat ik voor anderen zorgde.
68. dat met verschillende therapieën gewerkt werd
69. dat er voorlichtingsavonden waren voor familie en vrienden
70. dat ik leerde om toe te geven aan een slechte dag
71. dat er een nazorg was.
72. dat er rusttijden in de behandeldagen zitten
73. ik psychosomatische fysiotherapie had
74. dat er aandachttraining werd gegeven.
75. dat er zowel individuele als groepstherapie was.
76. dat mijn omgeving me door de systeemgesprekken beter kan steunen

Rooster / planning

77. dat er in het maandagochtendgesprek werd teruggekoppeld naar het vrijdaggesprek
78. / om gesprekken op maandagochtend te hebben.
79. dat we tussen 1 en half 3 konden rusten
80. dat er verplichte rusttijd was (of: dat ik door de verplichte rusttijd aanleerde om te rusten)
81. dat ik in het weekend bij kon komen
dat er een slaapzaal met goede bedden was
82.

Begrip en Erkenning

83. dat er eindelijk mensen waren die het snapten.
84. dat ik begrip heb ervaren
85. dat ik niet werd veroordeeld 2 3 13

Functie vd groep afgezien van groepstherapie

86. dat we weinig van elkaar wisten en niet teveel met elkaar bezig waren.
87. dat we in de groep elkaars steun en toeverlaat waren
88. dat ik veel klachten bij groepsgenoten herkende

89. *dat ik niet de enige was met zulke klachten*
dat er meer mensen zijn die dezelfde klachten ervaren/ (soortgelijke / dezelfde; klachten / problemen;) dat gaf me steun en opluchting.
90. dat we in de groep elkaar konden opvangen.
91. dat er in de groep mensen waren die optimistisch waren over hun?/mijn? Herstel
92. dat we het gezellig hadden in de groep 6 6 19

Verwachting /attitude / kennis voor de behandeling

93. / dat ik vóór Altrecht al veel van mijzelf wist
94. dat het mij vooraf duidelijk was, dat ik niet zou genezen 52 24
95. dat ik vóór deze behandeling al veel had gedaan op psychologisch gebied
96. dat ik vooraf wist dat het een kwestie van "leren omgaan met" zou worden.

Persoonlijkheidseigenschappen

97. dat ik geen zeurpiet ben
98. dat ik de dingen eruit kon halen die bij mij passen
99. dat ik iemand ben die gáát voor zijn keuzes 1 6 25

Aanwezigheid en professionaliteit Therapeuten

100. dat de therapeuten **deskundig** overkwamen
101. dat de therapeuten naar me **luisterden**
102. dat de therapeuten mijn klachten **begrepen** / begrip toonden voor
103. dat de therapeuten er **altijd** voor je waren
104. dat de therapeuten **iedereen evenveel** tijd en aandacht gaven.
105. dat de therapeuten overal **doorheen prikten**.
106. dat de therapeuten **rust uitstraalden**
107. dat de therapeuten **fijne mensen** waren
108. er genoeg hulpverleners waren om echt gezién te worden
109. de therapeuten je de volle aandacht gaven.

Algemene omgang met de therapeuten

110. dat de **omgang** met de therapeuten prettig was.
111. de therapeuten van mijn
112. dat de communicatie op een **hoog niveau** lag
113. dat ik mijn begeleider / *evv-er* ? kon vertrouwen

Diverse therapieën

114. om rollenspelen te doen! / *dat ik veel leerde van rollenspelen*
115. dat we rollenspelen kregen om situaties te oefenen.

116. dat er ook met EMDR werd gewerkt. (Is dat wel zo??? Ik dacht dat dat in Altr. Eik. nog niet werd gebruikt)

117. om bodyscans te doen, dat hielp me om te ontspannen&los te laten / *dat ik door bodyscans leerde loslaten en ontspannen*

118. om in de therapie te praten over moeilijke onderwerpen
119. om over mijn gevoel te praten
120. het programma aangepast werd naar wat je aankon
121. dat we creatieve therapie hadden
122. dat de creatief therapeut kon zien wat er in mij omging.
123. dat ik veel aan creatieve therapie had / *dat ik me kon uiten in creatieve therapie* 8 7 44

Functie vd groep in de therapieën

124. dat ik me niet heb laten meeslepen door de (verhalen) problematiek van een ander
125. dat ik leerde om in de groepstherapie bij mezelf te blijven
126. dat ik in de groep leerde van anderen

Na de behandeling

127. dat ik na de behandeling terecht kon bij een hulpverlener in mijn omgeving
128. dat ik tijdens de behandeling instrumenten heb gekregen, die ik nog steeds kan gebruiken
129. dat ik ben doorverwezen en begeleid naar een vervolginstelling
130. dat mijn medicatie voor mij een ruggensteuntje is/blijft?
131. dat ik nog 'gewoon gezellig' contact heb met ex-cliënten
132. ik altijd op altrecht mocht terugvallen
133. ik zag hoe een groepsgenoot na de therapie met zijn of haar situaties omgaat.

Betrokkenheid / steun van de omgeving / het systeem

134. dat er systeemgesprekken waren met familieleden / partner **of** *dat mijn familie/mijn partner bij de behandeling werd betrokken*
135. dat er systeemgesprekken waren met vrienden van me
136. dat mijn omgeving door de systeemgesprekken (meer) begrip toont voor me.
137. dat mijn omgeving door de systeemgesprekken meer rekening met me houdt
138. dat mijn omgeving, familie, partner, of vrienden, begrip toonde /
139. dat ik trouwe vrienden had die mij bleven bellen.
140. dat mijn huisdier mijn negatieve gedachten kan wegnemen.
141. dat mijn kinderen dingen konden vragen die ze niet aan mij durfden te vragen
142. dat in systeemgesprekken mijn verleden werd besproken met mijn familie en mij.
143. dat ik hele fijne mensen en vrienden om me heen heb.

Inzicht krijgen in eigen persoon

144. dat ik ontdekte waar mijn klachten vandaan kwamen
145. angsten vandaan komen

146. dat ik ging inzien waardoor ik zo verdrietig ben.
147. dat ik duidelijkheid kreeg over mezelf in een gesprek met de psychiater
148. dat ik opdrachten voor thuis kreeg – toen leerde ik mezelf goed kennen
149. dat ik daar een spiegel voorgehouden kreeg

Bewustwording / verandering van gedrag

150. dat ik er me van bewust werd dat ik altijd maar doorholde

151. dat ik me bewust werd van mijn altijd-haastige gedrag
152. dat ik een rooster voor mezelf moest maken, dat gaf me veel inzicht.
153. dat ik leerde dat het niet erg is als iets niet af komt
154. dat ik leerde om in gezelschap van anderen minder bezig te zijn met mijn klachten maar in plaats daarvan te ontspannen.
155. dat ik tijdens de behandeling thuis kleine verschillen opmerkte bij mezelf 6 5

Inzicht in lichaam/lichamelijk klachten

156. dat ik door de uitleg van een arts meer inzicht kreeg in mijn lichaam
157. dat ik door de uitleg van een arts meer inzicht kreeg in mijn klachten

Inzicht in lichaam/lichamelijk klachten

158. dat ik ging inzien hoeveel psychisch en lichamelijk met elkaar te maken hebben
159. dat een arts uitlegde hoe alles werkt ih lichaam / dat ze uitlegden/uitleg kreeg over hoe het werkt in mijn lijf
160. dat ik mijn lichaam nu kan zien als thermometer van mijn gevoel
161. dat ik inzicht kreeg in mijn hoeveel energie.
162. dat er door een arts uitleg werd gegeven over psychosomatische klachten.
163. dat de arts het beeld gebruikte van een bankrekening met plus – en minsaldo's.
164. *dat ik leerde wat fibromyalgie eigenlijk is (te specifiek denk ik)*

165. **Omgaan met lichaam / gedrag**
dat ik door mindfulness beter ging letten op mijn ademhaling

166. dat ik leerde hoe ik rekening moest houden met mijn lichaam
167. dat ik leerde omgaan met mijn moeheid
168. dat ik ademhalingsoefeningen leerde
169. dat ik manuele fysiotherapie kreeg (????)

Acceptatie

170. dat ik leerde accepteren dat ik niet meer kan werken
171. dat ik mijn beperkingen heb leren accepteren
172. dat er tegen me werd gezegd dat ik goed ben zoals ik ben

Houding tov anderen

173. dat ik leerde afstand te nemen van de ellende van anderen
174. dat ik leerde hoe ik anderen hulp kan bieden
175. dat ik leerde dat anderen het ook zelf, zonder mijn hulp kunnen doen.
176. dat ik leerde om mezelf af te vragen: hoe is het met MIJ – ipv met een ander.
177.
178. dat ik leerde om 'nee' te zeggen
179. dat ik met behulp van rollenspel leerde om voor mezelf op te komen
180. dat ik kon oefenen om boos te worden

Grenzen

181. Dat ik in de therapie leerde om mijn grenzen te bewaken
182. Dat ik me eerder afvraag: wat voel ik en waar komt dat door. (uitkomst)

Opdrachten / handvatten voor thuis

183. Dat ik de opdrachten en oefeningen voor thuis uitvoerde
184. Ik handvatten heb gekregen hoe ik met angst moet omgaan
185. Dat ik direct 's ochtends een uur met oefeningen bezig ben

BIJLAGE 3: SELECTIE 55 UITSPRAKEN

Het heeft me geholpen dat …

1. er ruimte was voor kleine contactmomenten
12. ik me veilig voelde in de behandelgroep
22. er plaats en tijd was voor rust
41. er een vast programma van therapieën was
30. mijn problemen erkend werden
50. ze mij en mijn klachten begrepen
13. er conflicten waren met medecliënten waarvan ik kon leren
2. we in de groep ervaringen konden delen
23. ik mezelf vaak herkende in groepsgenoten
42. ik de behandeling met positieve verwachtingen inging
31. het mij vooraf duidelijk was, dat genezing niet het behandeldoel was
51. ik mezelf aan het begin van de behandeling een doel had gesteld
14. ik vrij makkelijk met mensen omga
3. ik doorzettingsvermogen heb
43. ik humor heb
32. ik nuchter ben
52. de therapeuten professioneel overkwamen
33. de therapeuten zelf een goed voorbeeld gaven van hoe het moest
15. de therapeuten benadrukten hoe normaal mijn gedachten en gevoelens waren
4. ik iets van de aanpak van een therapeut mocht zeggen
24. ik in rollenspelen situaties kon oefenen
44. ik serieus genomen werd als ik iets in de therapie niet fijn vond
34. er geen druk werd uitgeoefend om iets te bereiken in een sessie
53. ik feedback kreeg van groepsgenoten
5. er in de therapiegroep onderling vertrouwen ontstond
16. ik een terugvalpreventieplan heb gemaakt
25. vrienden en familie bij mijn behandeling werden betrokken.
45. mensen in mijn omgeving wisten hoe zij met mijn ziekte moesten omgaan
35. ik werd gesteund door mijn omgeving
17. ik meer inzicht kreeg in mezelf
6. ik ging begrijpen waar mijn emotionele klachten vandaan komen
26. er een diagnose werd gesteld
46. ik leerde inzien dat mijn klachten psychosomatisch zijn.
36. ik leerde om rustmomenten in te plannen
54. ik leerde om de lat lager te leggen
18. leerde om tijd voor mezelf te maken
7. ik naar mijn lichaam leerde luisteren
27. ik mijn lichaam met beperkingen heb geaccepteerd
47. ik leerde om beter om te gaan met mijn beperkingen
37. ik gemotiveerd werd om meer te bewegen
19. er doelgericht aan één van mijn problemen gewerkt werd
8. ik leerde om contact te maken met mijn lichaam en gevoel
28. ik geleerd heb om emotie te uiten
48. Ik leerde hoe ik mezelf kan ontspannen
38. ik leerde accepteren wie ik ben

20. ik ophield met vechten tegen mijn klachten.
9. ik leerde om voor mezelf te zorgen in plaats van voor anderen.
55. ik leerde om hulp te vragen
39. ik leerde om 'nee' te zeggen
21. ik oefeningen voor thuis meekreeg
10. ik handvatten heb gekregen die helpen om mezelf af te leiden
49. ik leerde wat mijn grenzen zijn
40. ik in de therapie leerde om mijn grenzen aan te geven
29. ik leerde accepteren dat ik soms over mijn grenzen ga
11. de omgang met de therapeuten prettig (bijna vriendschappelijk) was

BIJLAGE 4: INSTRUCTIEBOEKJE KAARTSORTEERTAAK

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

Geachte mevrouw of heer,

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

Informatie uit interviews heeft geleid tot uitspraken over behandeling. Al deze uitspraken zijn op kaartjes geschreven. Door middel van kaartsorteertaken willen we deze uitspraken ordenen. Daarnaast willen wij u vragen om drie vragenlijsten in te vullen. Wanneer u wilt meedoen aan dit onderzoek vragen wij u een toestemmingsverklaring te tekenen. Dat is een bij wet opgelegde verplichting.
Zou u zo vriendelijk willen zijn om het boekje binnen 10 dagen terug te sturen?

Met vriendelijke groet,

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

Voor vragen kunt u contact opnemen met Jard Bazen of Amy van den Broeck.
email: Jard.Bazen@gmail.com, telefoon: 06 4315 7713.
Email: amyvdbroeck@gmail.com, telefoon: 06 4968 0887.

Kaartsorteertaak 1 (envelop 1)

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

U ziet hieronder 6 kaartjes:

Peer	Appel	Aardappel
Prei	Ananas	Banaan

Deze zou u op de volgende twee manieren kunnen ordenen:

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

Voorbeeld 1:

Peer	Aardappel
Appel	Prei
Ananas	
Banaan	

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

Voorbeeld 2:

Peer	Ananas
Appel	Banaan
Aardappel	
Prei	

Pak nu eerst de kaartjes uit envelop 1.

1) U heeft nu 55 kaartjes met uitspraken voor u liggen (kris kras door elkaar).
2) Wij vragen u om deze uitspraken te ordenen door uitspraken bij elkaar te voegen die naar uw mening inhoudelijk bij elkaar horen. U beslist zelf hoe. Er zijn geen goede of foute manieren.
3) Leg de kaartjes waarvan u vindt dat ze bij elkaar horen in kolommen bij elkaar (op tafel). Let er hierbij op dat:

- Alle uitspraken worden ingedeeld.
- Elke uitspraak maar één keer wordt gebruikt.
- U minimaal 4 en maximaal 12 kolommen van uitspraken maakt.
- Elke kolom minimaal 2 en maximaal 25 uitspraken heeft.

1) Probeer een naam te verzinnen voor iedere kolom die u heeft gemaakt. Bijvoorbeeld: ‘kolom 1= fruit’
2) Als u klaar bent, vul dan de tabel in (op de volgende pagina) door de **kolomnamen** en de **nummers** van de geordende kaartjes daaronder op te schrijven. Zo is het voor ons duidelijk welke kaartjes u op basis van inhoud bij elkaar heeft gekozen.

Tabel groeperen uitspraken uit envelop 1

Naam												
Kolom	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Nr.												

Leg nu opnieuw alle 55 kaartjes die u zojuist heeft gebruikt weer kris kras door elkaar

In dit onderdeel vragen wij u de uitspraken naar belangrijkheid te verdelen van ‘minst’ naar ‘meest’ belangrijk.
Onder kolom 1 kunt u de uitspraken noteren die u het minst belangrijk vond.
Onder kolom 5 kunt u de uitspraken noteren die u het meest belangrijk vond.

Wilt u **alle** uitspraken over de 5 kolommen verdelen (dus 11 per kolom)? Dit betekent dat u voor alle uitspraken een keuze moet maken van 1 (minst belangrijk) naar 5 (meest belangrijk).
Wilt u opnieuw de **nummers** van de uitspraken hieronder noteren.

Minst belangrijk **Meest belangrijk**

1	2	3	4	5

Kaartsorteertaak 2 (envelop 2)

Pak nu de kaartjes uit envelop 2.

1) U heeft nu 60 kaartjes met uitspraken voor u liggen (kris kras door elkaar).
2) Wij vragen u om deze uitspraken te ordenen door uitspraken bij elkaar te voegen die naar uw mening inhoudelijk bij elkaar horen. U beslist zelf hoe. Er zijn geen goede of foute manieren.
3) Leg de kaartjes waarvan u vindt dat ze bij elkaar horen in kolommen bij elkaar (op tafel). Let er hierbij op dat:

- Alle uitspraken worden ingedeeld.
- Elke uitspraak maar één keer wordt gebruikt.
- U minimaal 4 en maximaal 12 kolommen van uitspraken maakt.
- Elke kolom minimaal 2 en maximaal 25 uitspraken heeft.

1) Probeer een naam te verzinnen voor iedere kolom die u heeft gemaakt. Bijvoorbeeld: ‘kolom 1= fruit’
2) Als u klaar bent, vul dan de tabel in (op de volgende pagina) door de **kolomnamen** en de **nummers** van de geordende kaartjes daaronder op te schrijven. Zo is het voor ons duidelijk welke kaartjes u op basis van inhoud bij elkaar heeft gekozen.

Tabel groeperen uitspraken uit envelop 2

Naam												
Kolom	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Nr.												

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

In dit onderdeel vragen wij u de uitspraken naar belangrijkheid te verdelen van ‘minst’ naar ‘meest’ belangrijk.
Onder kolom 1 kunt u de uitspraken noteren die u het minst belangrijk vond.
Onder kolom 5 kunt u de uitspraken noteren die u het meest belangrijk vond.

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

Minst belangrijk **Meest belangrijk**

1	2	3	4	5

Vervolgens vragen we u om de vragenlijsten op de volgende bladzijden in te vullen:

1) Algemene gegevens

1. Wat is de datum van vandaag? _____

2. Wat is uw geboortedatum? _____

3. Wat is uw geslacht?
- ❑ Vrouw
- ❑ Man

4. Wat is op dit moment uw burgerlijke staat?
- ❑ Gehuwd/samenwonend
- ❑ Gescheiden
- ❑ Weduwe/ weduwnaar
- ❑ Alleenstaand
- ❑ Anders, namelijk_____

5. Wat is uw hoogst <u>voltooide</u> opleiding?
- ❑ Lager onderwijs (basisschool)
- ❑ Lager beroepsonderwijs (LHNO/huishoudschool/LTS/VBO/VMBO-p))
- ❑ Middelbaar algemeen onderwijs (MULO/MAVO/VMBO-t/ 3 jaar HAVO/VWO)
- ❑ Middelbaar beroepsonderwijs (MTS,MEAO etc.)
- ❑ Voortgezet algemeen onderwijs (HBS/MMS/HAVO/VWO/Gymnasium/Atheneum)
- ❑ Hoger beroepsonderwijs (HTS,HEAO etc.)
- ❑ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit, ingenieursexamen)
- ❑ Anders, namelijk _____

6. Welke behandeling heeft u bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom gevolgd? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
- ❑ klinische opname in Zeist
- ❑ klinische opname in Den Dolder
- ❑ 3 daagse deeltijd behandeling in Zeist
- ❑ behandeling oriëntatiegroep (Zeist of Woerden)
- ❑ behandeling verdiepingsgroep (Zeist of Woerden)
- ❑ individuele behandeling
- ❑ anders, namelijk _____

7. Wat was de duur van de hele behandeling?

- ❑ tot 3 maanden
- ❑ 3 tot 6 maanden
- ❑ 6 tot 12 maanden
- ❑ meer dan 12 maanden, namelijk _____

8. Bent u na behandeling bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom elders in behandeling geweest?

- ❑ nee, geen behandeling
- ❑ ja, namelijk _____

Afsluiting

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

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

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

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

email: Jard.Bazen@gmail.com, telefoon: 06 4315 7713
email: amyvdbroeck@gmail.com, telefoon: 06 4968 0887

BIJLAGE 5: BODY SYMPTOM INVENTORY CHECKLIST

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

Een voorbeeld:

Hoeveel last had u van	**hele-maal geen**	**een beetje**	**nogal**	**tame-lijk veel**	**heel veel**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**
1. Pijn					

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

Hoeveel last had u van	**hele-maal geen**	**een beetje**	**nogal**	**tame-lijk veel**	**heel veel**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**
16. Je eenzaam voelen					
17. Je somber voelen					
18. Geen interesse kunnen opbrengen voor dingen					
19. Bang zijn					
20. Gauw gekwetst of geraakt zijn					
21. Het gevoel dat mensen onvriendeijk zijn en je niet mogen					
22. Je tegenover anderen de mindere voelen					
23. Misselijk of je maag van streek					
24. Het gevoel dat je in de gaten gehouden wordt of dat er over je gepraat wordt achter je rug					
25. Moeite met in slaap vallen					
26. Alles wat je doet steeds maar moeten controleren					
27. Moeite met beslissingen nemen					
28. Bang zijn om te reizen met bus, trein of tram					
29. Benauwd, moeite met ademhalen					
30. Opvliegers of koude rillingen					
31. Bepaalde plaatsen, dingen of activiteiten vermijden omdat je er angstig van wordt					
32. Helemaal van je apropos zijn (de draad van je gedachten kwijt raken)					
33. Gevoelloosheid of tintelingen in bepaalde lichaamsdelen					
34. Het idee dat je zondig bent en gestraft moet worden					
35. Je hopeloos voelen over de toekomst					
36. Concentratieproblemen					
37. Je slap of zwak voelen ergens in je lichaam					

Hoeveel last had u van	**hele-maal geen**	**een beetje**	**nogal**	**tame-lijk veel**	**heel veel**
	0	**1**	**2**	**3**	**4**
38. Je gespannen en opgefokt voelen					
39. Gedachten aan sterven of aan de dood					
40. De aandrang hebben om iemand te slaan, te verwonden of pijn te doen					
41. De aandrang hebben om met dingen te gooien of ze stuk te slaan					
42. Je erg verlegen voelen in gezelschap					
43. Je niet op je gemak voelen in menigten					
44. Je met niemand nauw verbonden voelen					
45. Aanvallen van angst of paniek					
46. Snel ruzie krijgen					
47. Je nerveus voelen als je alleen en verlaten bent					
48. Het gevoel dat anderen je prestaties niet voldoende onderkennen					
49. Je zo rusteloos voelen dat je niet stil kan blijven zitten					
50. Het gevoel dat je niets waard bent					
51. Het gevoel dat anderen misbruik van je maken als je niet oppast					
52. Je schuldig voelen					
53. De gedachte dat je psychisch wat mankeert					

BIJLAGE 6: EQ-5D

Vragenlijst over de kwaliteit van leven

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

1. mobiliteit
- ❑ ik heb geen problemen met lopen
- ❑ ik heb enige problemen met lopen
- ❑ ik ben bedlegerig

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

3. dagelijkse activiteiten (bijv. werksituatie, huishouden, gezin- en vrijetijdactiviteiten)
- ❑ ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- ❑ ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- ❑ ik ben niet in staat om mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

4. pijnklachten
- ❑ ik heb geen pijn of andere klachten
- ❑ ik heb matige pijn of andere klachten
- ❑ ik heb ernstige pijn of andere klachten

5. stemming
- ❑ ik ben niet angstig of somber
- ❑ ik ben matig angstig of somber
- ❑ ik ben erg angstig of somber

6. vergeleken met mijn gezondheidstoestand gedurende het afgelopen jaar is mijn toestand vandaag
- ❑ beter
- ❑ ongeveer hetzelfde
- ❑ slechter

Om mensen te helpen bij het aan geven hoe goed of hoe slecht een gezondheidstoestand is, hebben we een meetschaal 'te vergelijken met een thermometer' gemaakt.
Op de meetschaal hieronder betekent ´100´ de beste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen.
Wij willen u vragen hoe goed of slecht uw eigen gezondheidstoestand vandaag is. Trek een lijn van het hokje hieronder naar het punt op de meetschaal dat volgens u aangeeft hoe goed of hoe slecht uw gezondheidstoestand vandaag is.

100	Best voorstelbare gezondheidstoestand
90	
80	
70	
60	
50	Uw Gezondheidstoestand vandaag
40	
30	
20	
10	Slechtst voorstelbare gezondheidstoestand