

Universiteit Utrecht  
Master Kinder- en Jeugdpsychologie

## THESIS

### **De waarde van de Zelfkonfrontatiemethode bij jongeren met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten**

Caroline Janssen (3181545)

Datum: 16-06-2010

Begeleider: Prof. Dr. D. Brugman

Onderhavige studie betreft een pilotstudie die deel uitmaakt van een groter onderzoek dat binnen het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven door Drs. K.P.J. van Gestel wordt uitgevoerd.

Tweede beoordelaar: Dr. H.W. van Boxtel



**Universiteit Utrecht**



## **Inhoudsopgave**

<b>Samenvatting</b>	3
<b>Inleiding</b>	4
<b>Methode:</b>	
<i>Participanten</i>	10
<i>Design</i>	10
<i>Meetinstrumenten</i>	11
<i>Procedure</i>	14
<i>Analyses tweede onderzoeksvraag</i>	16
<i>Analyses derde onderzoeksvraag</i>	16
<b>Resultaten:</b>	
<i>Onderzoeksvraag 1</i>	17
<i>Onderzoeksvraag 2</i>	22
<i>Onderzoeksvraag 3</i>	23
<b>Discussie</b>	24
<b>Literatuurlijst</b>	29
<b>Bijlagen:</b>	
<i>Bijlage 1: toestemmingsformulieren</i>	31
<i>Bijlage 2: gevoelsmatrix</i>	33
<i>Bijlage 3: waarderingsstelsel</i>	34
<i>Bijlage 4: evaluatievragenlijst</i>	35

## **Samenvatting**

Onderhavige studie geeft inzicht in de subjectieve beleving van jongeren met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke klachten (SOLK). Tevens wordt er nagegaan of diagnostiek gericht op de subjectieve beleving van jongeren met SOLK met behulp van de Zelfkonfrontatiemethode (ZKM) voor meer verbeteringen zorgt in het functioneren en voor meer verbetering zorgt van lichamelijke klachten van deze jongeren, dan met behulp van traditionele diagnostiek.

Op basis van literatuuronderzoek werd verwacht dat bij de beleving van jongeren met SOLK, machteloosheid en isolement aan de hand van de ZKM dominant naar voren komt. Tevens werd verwacht dat bij diagnostiek met behulp van de ZKM meer verbetering optreedt, met een matig tot sterk effect, in het individueel, interpersoonlijk, sociaal, schools en geheel functioneren en meer verbetering optreedt van lichamelijke klachten van jongeren met SOLK, dan met behulp van traditionele diagnostiek.

Er hebben 10 jongeren die gediagnosticeerd zijn met SOLK, in de leeftijd van 13 tot 18 jaar, deelgenomen aan dit onderzoek.

Uit onderhavige studie blijkt dat met behulp van de ZKM, machteloosheid en isolement niet dominant naar voren komt bij jongeren met SOLK. Tevens blijkt dat bij diagnostiek met behulp van de ZKM meer verbetering optreedt in het individueel, sociaal, schools en geheel functioneren en meer verbetering optreedt van lichamelijke klachten van jongeren met SOLK, dan met behulp van traditionele diagnostiek. Het effect van de verbetering in individueel en sociaal functioneren is zeer groot. Het effect van de verbetering in schools en geheel functioneren is matig. Het effect van de verbetering van lichamelijke klachten is matig.

## **Inleiding**

Een meisje van 15 jaar wordt omwille van maandenlange hoofdpijn door de huisarts naar de kinderarts verwezen. Het meisje gaat al drie maanden niet meer naar school. Onderzoek bij de kinderarts levert geen aanknopingspunten op voor een somatische oorzaak. De arts diagnosticeert het kind met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en verwijst haar naar de afdeling medische psychologie kind en jeugd.

Dit is geen uitzondering. Veelvuldig komen huisartsen, kinderartsen en psychologen, jongeren tegen met SOLK. Er wordt van SOLK gesproken bij lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij na adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart. SOLK wordt beschreven als klachten waarvoor nù, na adequate diagnostiek, geen ziekteoorzaak gevonden wordt. Dat wil niet zeggen dat er niet ooit een ziekte ontdekt zal worden die de klachten kan verklaren, bijvoorbeeld doordat het klachtenpatroon zich verder ontwikkelt of wanneer er nieuwe diagnostische tests komen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2009).

SOLK kan zich in de praktijk onder meer voordoen in de vorm van vermoeidheid, rugpijn, hoofdpijn, pijn in armen of benen, pijn op de borst, maag-darmklachten, gewrichtsklachten en duizeligheid (Van Dieren & Vingerhoets, 2007). Er zijn wereldwijd verschillende studies gedaan naar het voorkomen van SOLK. Hoofdpijn is bij de meeste onderzoeken de meest ervaren klacht (10 %), buikpijn komt bij 2.8 % voor en gewrichtsklachten bij 2.2 % van de kinderen (Egger, Costello, Erkanli & Angold (1999). In een Britse studie is onderzoek gedaan naar het voorkomen van lichamelijke klachten onder schoolgaande jongeren van 11–16 jaar (Eminson, Benjamin, Shortall, Woods & Faragher, 1996). Dit onderzoek laat zien dat meisjes meer klachten rapporteren dan jongens. Ook laat dit onderzoek zien dat oudere meisjes meer klachten rapporteren dan jongere meisjes, waarbij meisjes aangeven langere periodes last te hebben van klachten; deze zijn niet gekoppeld aan menstruatie of leeftijd. Uit een studie, verricht door Berntsson, Köhler en Gustafsson (2001) bij 10.000 kinderen tussen 2 en 27 jaar oud, blijkt het aantal lichamelijke klachten met de leeftijd toe te nemen.

Ook blijkt uit onderzoek dat de co-morbiditeit van SOLK aanzienlijk is, in het bijzonder met angststoornissen en depressieve stoornissen (Egger, et al. 1999). In dit onderzoek van Egger, et al. (1999) zijn jongens en meisjes in de leeftijd van 9 tot en met 16 jaar onderzocht. Uit de resultaten komt naar voren dat er bij meisjes een sterk verband gevonden wordt tussen SOLK en angststoornissen en depressieve stoornissen. Bij jongens

wordt een verband gevonden tussen een depressieve stoornis en de aanwezigheid van spieren- en botpijn. Ook blijkt uit dit onderzoek dat jongens met een gedragsstoornis vaker hoofdpijn rapporteren dan jongens zonder gedragsstoornis. Jongens met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en jongens met ADHD rapporteren vaker buikpijn dan jongens zonder deze stoornissen. Uit onderzoek van Lieb, Mastaler en Wittchen (1998) blijkt dat de co-morbiditeit en het aantal comorbide stoornissen bij jongeren met SOLK toeneemt met de leeftijd. Pijnsymptomen komen vaker gecombineerd voor. Zo komt hoofdpijn vaker voor bij jongeren met terugkerende buikpijn dan bij jongeren in de algemene populatie (Scharff, 1997).

De oorzaak van SOLK is multifactorieel bepaald; SOLK kent somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies (Maasen, 2009). Genetische factoren, een hoge mate van beleefde stress en inadequate oplossingsstrategieën lijken van bijzondere betekenis te zijn als oorzaak van SOLK. Daarnaast lijken andere psychosociale factoren, op micro-, macro- en meso-niveau een belangrijke, maar vaak nog onduidelijke rol te spelen (Eminson, 2007). Ook het belang van de secundaire ziekte winst wordt door sommigen gebruikt als instandhoudende factor voor de SOLK klachten. Met secundaire ziekte winst wordt bedoeld dat iemand door zijn klacht niet alleen iets naars vermijdt, maar ook direct voordeel uit de klacht haalt. Echter, het belang van ziekte winst voor het blijven bestaan van SOLK klachten is in wetenschappelijk onderzoek niet aangetoond (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2009).

Wanneer de klachten langere tijd bestaan of gepaard gaan met belemmeringen in het dagelijks functioneren, ontstaan er problemen voor de jongere, de ouders, de arts en de maatschappij. Deze problemen hebben vooral te maken met het verschil in perspectief tussen arts en de jongere/ouders, de communicatie tussen arts en de jongere/ouders, het versnipperende zorgaanbod en veelvuldig schoolverzuim (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2009). Door het veelvuldig schoolverzuim, ontstaat een leerachterstand en neemt het kind minder deel aan sociale en lichamelijke activiteiten. De klachten vormen om deze redenen een bedreiging voor een leeftijdsadequate ontwikkeling. Dit maakt dat deze groep jongeren specifieke aandacht vraagt (Eminson, 2007).

Binnen het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven worden op de afdeling Medische Psychologie veel jongeren gezien met SOLK. (Kinder)artsen en medisch psychologen zoeken vaak naar een oplossing hoe om te gaan met deze klachten. Ondanks dat de problematiek van SOLK tot grote problemen kan leiden in het dagelijks functioneren en de ontwikkeling van de jongeren, zijn effectieve behandelingsmethoden afwezig. Vanuit de afdeling Kindergeneeskunde en Medische Psychologie van het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven

komt de vraag naar voren om te kijken naar een behandelingsmethode die aansluit bij deze doelgroep.

Ongeveer 85-95% van de mensen uit de algemene bevolking rapporteren veelvuldig lichamelijke klachten (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2009). Uit een pilot onderzoek van Ter Wolbeek (2007) komt naar voren dat 8% van gezonde adolescenten vermoeidheidsklachten rapporteren die te vergelijken zijn met de vermoeidheidsklachten van adolescenten die gediagnosticeerd zijn met het chronisch vermoeidheidssyndroom, wat onder de term SOLK valt. Vanuit deze meting is de vraag ontstaan wanneer de klachten leiden tot ziekte(gedrag). Of mensen met hun lichamelijke klacht naar een dokter gaan, blijkt namelijk sterker samen te hangen met de betekenis die de klacht voor hen heeft en de ideeën die zij over hun klacht hebben (subjectieve beleving), dan met de ernst van de klacht. De ideeën over de klacht en betekenis die de klacht heeft voor de patiënt, heeft gevolgen voor de stemming, het gedrag, het lichamenlijk en sociale functioneren en deze gevolgen kunnen de lichamenlijke klacht in stand houden (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2009).

SOLK vormt een lastige problematiek voor de geneeskunde in zijn algemeenheid. Artsen vinden dat 5% van de jongeren met door ziekte verklaarde klachten zeer tot extreem moeilijk te behandelen is, dit stijgt naar 20% als de klachten deels door ziekte verklaard kunnen worden en is 50% bij mensen met medisch onverklaarde klachten (Carson, Stone & Warlow, 2004). Artsen kunnen waarschijnlijk makkelijker omgaan met ziekte dan met de subjectieve beleving van het ziek zijn, terwijl jongeren omgekeerd juist ervaringsexpert zijn in de subjectieve beleving van het ziek zijn en minder systematische kennis hebben over de ziekte. Zelfs als dokters proberen gebruik te maken van een meersporenbeleid, vallen veel mensen met SOLK tussen wal en schip in de gezondheidszorg. Vaak sluit het perspectief van de dokter niet aan bij het perspectief van de jongere (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2009). Er wordt te weinig aandacht besteed aan de betekenis van de klacht voor de jongere en het gezin. Het gevolg hiervan is dat jongeren lang blijven tobben in de zorg en er geen concreet en persoonlijk behandelingsdoel wordt opgesteld. Er zal dus een behandeling gevonden moeten worden die aansluit bij de persoon en die direct iets oplevert, dit is zowel van belang voor het ziekenhuis als het van belang voor de jongere.

Uit bovenstaande blijkt dat het belangrijk is om naar een behandelingsmethode te zoeken die meer stil staat bij de betekenis van de klacht voor de jongere. Hiervoor is het van belang om te weten wat de subjectieve beleving is van jongeren met SOLK. Op basis van

deze gegevens zou een meer concreet en persoonlijk toegespitste behandeling ontwikkeld kunnen worden.

Het eerste doel van onderhavige studie is inzicht te geven in de subjectieve belevingswereld van een groep jongeren van 13 tot 18 jaar met SOLK om zo een meer persoonlijk toegespitste begeleiding te kunnen inzetten.

Om inzicht te krijgen in de subjectieve belevingswereld van jongeren met SOLK lijkt de Zelfkonfrontatiemethode (ZKM) van Hermans en Hermans-Jansen (1995) een uiterst geschikte methode. Deze methode biedt de mogelijkheid om vanuit een eerste persoonsperspectief op een systematische manier te bestuderen hoe de ervaringswereld van de jongeren is opgebouwd, hoe zij zich sociaal opstellen en hoe zij proberen vorm te geven aan hun leven. De ZKM is gebaseerd op de narratieve psychologie waarin het verhaal van de jongere over zijn leven centraal staat. Narratieve psychologie is een vorm van psychologie die zich bezighoudt met wat de mens over zichzelf vertelt. De narratieve psychologie bouwt voort op de veronderstelling dat mensen hun identiteit construeren door het vertellen van verhalen over zichzelf en over wat hen overkomt. Bij de ZKM staat de jongere centraal als expert op het gebied van zijn eigen leven en is de ZKM-coach expert van de methode. In de samenwerking staat gelijkwaardigheid voorop. De ZKM-coach is geen adviseur, beoordelaar of hulpverlener, maar ondersteunt, begeleidt en laat de cliënt zijn verhaal vertellen. (Hermans & Hermans-Jansen, 1995).

De ZKM sluit op deze manier aan bij de doelgroep. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de autoritatieve opvoedingsstijl het beste aansluit bij adolescenten (Berk, 2006). Autoritatieve ouders zorgen voor een democratische sfeer waarin gepraat wordt met de kinderen. Deze stijl sluit goed aan bij de adolescentie, omdat deze gekenmerkt wordt door overleg. De ZKM probeert aan te sluiten bij het gevoel van gelijkwaardigheid die de adolescent nastreeft. Tevens lijkt de ZKM goed aan te sluiten bij jongeren met SOLK. De ZKM-coach spreekt zich niet uit over zijn eigen opvattingen over lichamelijk onverklaarde klachten. De ZKM-coach is neutraal en begeleidt de jongere in het onderzoek van zijn eigen zelfverhaal waardoor het unieke van elke persoon maximaal tot zijn recht komt. In een dialoog met de ZKM coach worden alle belangrijke ervaringen uit het verleden, heden en de toekomst van het leven van de jongere geïnventariseerd. Het verhaal van de jongere wordt vastgelegd in enkele tientallen kernzinnen, waardegebieden genoemd. Vervolgens geeft de participant aan de hand van 24 opgestelde gevoelens een gevoelswaardering aan deze waardegebieden. Elk waardegebied wordt aan de hand van de gegeven gevoelswaardering ingedeeld in één van de zes typen waardegebieden: machteloosheid en isolement, kracht en eenheid, eenheid en liefde,

onvervuld verlangen, verzet en boosheid, zelfstandigheid en succes. Samen vormen deze zes typen waardegebieden het waarderingsstelsel van de jongere. (Hermans & Hermans-Jansen, 1995).

Met behulp van de ZKM wordt in onderhavige studie antwoord gegeven op de eerste onderzoeksvraag: In welke mate komt machteloosheid en isolement voor aan de hand van de ZKM bij de beleving van jongeren met SOLK? Verwacht wordt dat bij de beleving van jongeren met SOLK machteloosheid en isolement aan de hand van de ZKM dominant naar voren komt, aangezien uit onderzoek van Egger, et al. (1999) blijkt dat SOLK vaak samengaat met een depressieve stoornis. Het toeschrijven van klachten aan somatische oorzaken, die niet gevonden worden, kan het gevoel van machteloosheid versterken en daarmee gevoelens van depressie oproepen. Deze gevoelens kunnen gepaard gaan met meer somatische klachten, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Een probleem voor veel jongeren met SOLK is dat de omgeving niet aan hen kan zien dat ze serieuze klachten hebben. Vaak wordt gereageerd met woorden als: iedereen is wel eens moe, iedereen heeft wel eens buikpijn of hoofdpijn. Zowel de klachten op zich als ook de reacties uit de omgeving van de jongere kunnen leiden tot een sociaal isolement. De jongere gaat nergens meer naar toe, trekt zich terug uit sociale situaties, voelt zich niet begrepen, waardoor versterking van de klachten kan optreden.

Wanneer jongeren met SOLK op de afdeling Medische Psychologie kind en jeugd van het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven binnenkomen, wordt vaak gezien dat ze niet meer naar school gaan en sociaal geïsoleerd zijn. Er wordt dan met behulp van traditionele diagnostiek (intelligentieonderzoek en andere kindafhankelijke psychologische tests en/of vragenlijsten) naar een mogelijke oorzaak van de SOLK gezocht om vervolgens een geschikte begeleiding te kunnen inzetten.

Van der Heijden, Derksen en Egger (2008) pleiten voor een integratie tussen diagnostiek en behandeling. Zij zien psychologisch testonderzoek als een methode om informatie te verzamelen die een unieke en waardevolle bijdrage kan leveren aan het inzicht in de cliënt en diens mogelijkheden en daarmee rechtstreeks aan het therapeutisch effect.

Het tweede doel van onderhavige studie is om na te gaan of diagnostiek gericht op de subjectieve beleving (ZKM) van jongeren met SOLK voor meer verbeteringen zorgt in het functioneren en voor meer verbetering zorgt van lichamelijke klachten van deze jongeren, dan met behulp van de traditionele vorm van diagnostiek binnen het Catharina-ziekenhuis.

Hieruit volgt de tweede en derde onderzoeksvraag. Onderzoeksvraag twee, luidt: Is er meer verbetering, en in welke mate, in het individueel, interpersoonlijk, sociaal, schools en geheel functioneren van jongeren met SOLK bij diagnostiek met behulp van de ZKM, dan



met behulp van traditionele diagnostiek? Verwacht wordt dat bij diagnostiek met behulp van de ZKM meer verbetering optreedt in het individueel, interpersoonlijk, sociaal, schools en geheel functioneren van jongeren met SOLK, dan met behulp van traditionele diagnostiek. Deze verwachting sluit aan bij de theorie van Hermans en Hermans-Jansen (1995) over de dialogische zelf. In deze theorie wordt er uitgegaan van een gedecentraliseerd zelf, waarin de ander zich niet buiten het zelf, maar in het zelf bevindt. Dialogische relaties ontstaan als de verschillende ik-posities bereid zijn naar elkaar te luisteren en elkaar antwoord te geven vanuit hun eigen perspectief en vanuit hun specifieke ervaringen. Bij monologische relaties zijn ik-posities in het zelf zo dominerend dat ze andere niet aan het woord laten en niet bereid zijn om naar anderen te luisteren. In onderzoek van Fuchs en Van Geelen (in voorbereiding) komt naar voren dat jongeren met het chronisch vermoeidheidssyndroom (SOLK) meer in de positie blijven zitten van de ziekte en zich meer vasthouden aan de ziekte dan jongeren met reuma. Zij richten zich dus meer op de monologische relaties dan op dialogische relaties. Met behulp van de ZKM leert de jongeren zich te richten op de dialogische relaties. Daardoor is de verwachting dat de jongeren zichzelf hierdoor als méér gaan zien dan enkel de ziekte en dat de jongeren dus door diagnostiek met behulp van de ZKM een matig tot sterk effect laat zien in verbetering in het individueel, interpersoonlijk, sociaal, schools en geheel functioneren in vergelijking met traditionele diagnostiek.

De derde onderzoeksvraag luidt: Is er meer verbetering, en in welke mate, van lichamelijke klachten van jongeren met SOLK bij diagnostiek met behulp van de ZKM, dan met behulp van traditionele diagnostiek? Verwacht wordt dat bij diagnostiek met behulp van de ZKM meer verbetering optreedt van lichamelijke klachten bij jongeren met SOLK, dan met behulp van traditionele diagnostiek. Tevens wordt verwacht dat diagnostiek met behulp van de ZKM een matig tot sterk effect laat zien in verbetering van lichamelijke klachten in vergelijking met traditionele diagnostiek. Deze verwachtingen zijn gebaseerd op de verwachtingen van onderzoeksvraag twee.

## **Methode**

Onderhavige studie is een pilotstudie en maakt deel uit van een groter onderzoek dat op de afdeling Medische Psychologie kind en jeugd, binnen het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven gedaan wordt.

## ***Participanten***

In totaal hebben 10 participanten deelgenomen aan het onderzoek. Bij 6 participanten is de ZKM afgenomen (5 meisjes en 1 jongen) en bij 4 participanten (2 meisjes en 2 jongens) is traditionele diagnostiek afgenomen. De participanten zijn jongeren in de leeftijd van 13 tot 18 jaar ( $M = 15.66$ ), ( $SD = 1.18$ ) die gediagnosticeerd zijn met SOLK en door de kinderarts zijn verwezen naar de Afdeling Medische Psychologie van het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven.

De ouders en de jongeren zijn na een intakegesprek op de Afdeling Medische Psychologie van het Catharina-ziekenhuis mondeling op de hoogte gesteld van het onderzoek. Daarna is er één week na de intake telefonisch contact geweest waarbij uitleg gegeven is over het onderzoek en gevraagd is om deel te nemen. Wanneer de jongere wil deelnemen aan het onderzoek, is zowel aan de ouders als aan de jongere schriftelijk toestemming gevraagd. Deze toestemmingsformulieren (zie bijlage 1) worden voorafgaand aan de eerste onderzoekssessie ondertekend.

De jongeren zijn ad random ingedeeld in één van de twee onderzoeksgroepen, namelijk de groep jongeren waarbij de ZKM is afgenomen en de groep jongeren waarbij traditionele diagnostiek is afgenomen.

## ***Design***

De eerste onderzoeksvraag vraagt louter beschrijvende statistieken. Voor het beantwoorden van deze vraag is enkel gebruik gemaakt van de groep jongeren waarbij de ZKM is afgenomen. Er zijn twee indicatoren gebruikt om deze vraag te beantwoorden, namelijk, in welke mate de jongere het gevoel ‘machteloos’ en ‘eenzaam’ heeft gescoord en in welke mate het type waardegebied ‘machteloosheid en isolement’ voorkomt in het waarderingsstelsel van de jongere.

Voor het beantwoorden van de tweede en derde onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel design. Er is sprake van een voor- en nameting bij beide groepen jongeren; zowel bij de jongeren waarbij de ZKM is afgenomen als bij de jongeren waarbij traditionele diagnostiek is afgenomen. De afhankelijke variabele van de tweede onderzoeksvraag is de zelfgerapporteerde verbetering in functioneren van de jongeren op vijf gebieden: individueel, interpersoonlijk, sociaal, schools en geheel functioneren. De afhankelijke variabele van de derde onderzoeksvraag is de zelfgerapporteerde verbetering van lichamelijke klachten. De onafhankelijke variabele van beide onderzoeksvragen is de wijze van diagnostiek: gebruikmaking van de ZKM dan wel traditionele diagnostiek.

## ***Meetinstrumenten***

Voor onderhavige studie is de ZKM, traditionele diagnostiek (intelligentieonderzoek en andere kindafhankelijke psychologische tests en/of vragenlijsten), een evaluatievragenlijst en de gezondheidsvragenlijst (Child Helath Questionnaire) gebruikt.

### ZKM

De ZKM is een methode die de mogelijkheid biedt om vanuit een eerste persoonsperspectief op een systematische manier te bestuderen hoe de ervaringswereld van de jongeren is opgebouwd, hoe zij zich sociaal opstellen en hoe zij proberen vorm te geven aan hun leven. De ZKM is gebaseerd op de narratieve psychologie waarin het verhaal van de jongere over zijn leven centraal staat. De ZKM kent drie functies. Dit zijn de diagnostische, procesbevorderende en evaluerende functies van de methode, waarbij de organisatie en reorganisatie van het waarderingssysteem centraal staat. Deze drie functies komen samen in een dynamisch zelfonderzoek met behulp van de ZKM. Het is van belang om te realiseren dat de ZKM zich in onderhavige studie richt op de diagnostische fase. De diagnostische fase geeft overzicht en inzicht in de inhoud en ordening van het waarderingssysteem. De ZKM wordt volgens een gestandaardiseerd protocol afgenomen. Bij de ZKM staat de jongere centraal als expert op het gebied van zijn eigen leven en is de ZKM-coach expert van de methode. In de samenwerking staat gelijkwaardigheid voorop. De ZKM-coach is geen adviseur, beoordelaar of hulpverlener, maar ondersteunt, begeleidt en laat de cliënt zijn verhaal vertellen. In een dialoog met de ZKM-coach worden alle belangrijke ervaringen uit het verleden, heden en de toekomst van het leven van de jongere geïnventariseerd. Dit gebeurt aan de hand van zogenaamde ontlokkers. Dit zijn kaarten met vragen die de jongere krijgt aangeboden om de belangrijke ervaringen uit het verleden, heden en de toekomst van het leven van de jongere te achterhalen. De ontlokkers hebben de bedoeling om het waarderingssysteem van de jongere zo uitputtend mogelijk te beschrijven, om zoveel mogelijk te proberen alle facetten die de jongere in een bepaalde periode van zijn leven van belang vindt een plaats te geven in het zelfonderzoek. Iedere jongere krijgt dezelfde ontlokkers aangeboden. Het verhaal van de jongere wordt vastgelegd in enkele tientallen kernzinnen, waardegebieden genoemd. Deze waardegebieden moeten op een concrete wijze geformuleerd worden, zodat de participant zich opnieuw kan inleven in de situatie. Voorbeelden van waardegebieden zijn: 'Ik ga van jongs af aan elke zaterdag met mijn moeder naar de markt', 'Ik kan er niet tegen als mijn

broer mij kleinerend behandelt’, ‘In de zomer van 2009 ben ik samen met mijn vriend op vakantie geweest in Zweden’.

Vervolgens krijgt elke participant een zelfde lijst met 24 gevoelens (zie bijlage 2). De 24 gevoelens bestaan uit positieve gevoelens (zoals bijvoorbeeld: geluk, vreugde, vrijheid), negatieve gevoelens (zoals bijvoorbeeld: machteloosheid, angst, schuld), gevoelens gericht op bevestiging van jezelf (zoals bijvoorbeeld: eigenwaarde, trots, krachtigheid) en gevoelens die gericht zijn op verbondenheid met iemand anders (zoals: tederheid, intimiteit, zorgzaamheid). Per waardegebied geeft de participant met behulp van een schaal van 0 tot en met 5 aan, in hoeverre hij de gevoelens 1 tot en met 24 ervaart bij dat waardegebied. Wanneer de participant een 5 invult, dan betekent dit dat het gevoel heel veel ervaren wordt. Wordt er een 4 ingevuld, dan betekent dit dat het gevoel veel ervaren wordt. Bij een 3, wordt er gevoel tamelijk veel ervaren. Bij een 2, wordt het gevoel nogal ervaren. Bij een 1, wordt het gevoel weinig ervaren en bij een 0 wordt het gevoel wordt helemaal niet ervaren. Op deze manier geeft de participant een gevoelswaardering aan elk waardegebied. Het geheel aan waarderingen wordt ingevoerd in het ZKM-computerprogramma dat analyseert en weergeeft hoe gevoelens ten opzichte van de waardegebieden met elkaar samenhangen. (Hermans & Hermans-Jansen, 1995).

Om te onderzoeken in welke mate het gevoel ‘machteloos’ en ‘eenzaam’ voorkomt, wordt nagegaan op een reeks van 24 gevoelens in welke mate het gevoel ‘machteloos’ en ‘eenzaam’ voorkomt ten opzichte van andere gevoelens. Deze mate wordt uitgedrukt in de plaats van rangorde binnen de reeks van 24 gevoelens.

Binnen de ZKM bestaan er zes typen waardegebieden die deel uit kunnen maken van het waarderingssysteem: kracht en eenheid, eenheid en liefde, onvervuld verlangen, machteloosheid en isolement, verzet en boosheid, zelfstandigheid en succes; samen vormen deze zes typen waardegebieden het waarderingssysteem. Op grond van de gevoelens die de participant heeft gegeven aan het waardegebied, wordt het waardegebied ingedeeld in één van deze typen waardegebieden (zie bijlage 3). Bij het type waardegebied ‘kracht en eenheid’ overheersen de positieve gevoelens, de gevoelens gericht op bevestiging van jezelf en de gevoelens die gericht zijn op verbondenheid met iemand anders. Bij het type waardegebied ‘eenheid en liefde’ overheersen positieve gevoelens en gevoelens die gericht zijn op verbondenheid met iemand anders. In dit type waardegebied voelt de persoon zich met iets of iemand verbonden. Bij het type waardegebied ‘onvervuld verlangen’ overheersen negatieve gevoelens en gevoelens die gericht zijn op verbondenheid met iemand anders. Er is bij dit type waardegebied sprake van een sterke verbondenheid bij iets of iemand, maar de eenheid

en verbondenheid wordt niet bereikt. Bij het type waardegebied ‘machteloosheid en isolement’ overheersen negatieve gevoelens en ontbreken de gevoelens gericht op bevestiging van jezelf en de gevoelens die gericht zijn op verbondenheid met iemand anders, geheel of vrijwel geheel. Dit type waardegebied komt voor in situaties waarin iemand geen greep meer heeft op de dingen die zich aan hem voordoen en zich ook niet meer verbonden voelt met anderen. In dit type waardegebied bevinden zich de meest negatieve gebieden van het waarderingsstelsel. Bij het type waardegebied ‘verzet en boosheid’ overheersen de negatieve gevoelens en de gevoelens gericht op bevestiging van jezelf. Dit komt voor in situaties waarin iemand er onvoldoende in slaagt zichzelf te handhaven of wanneer hij geblokkeerd wordt bij het uitbreiden van zijn invloedssfeer. Bij het type waardegebied ‘zelfstandigheid en succes’ overheersen de positieve gevoelens en de gevoelens gericht op bevestiging van jezelf. Hierbij heeft de persoon een gevoel van positieve zelfbevestiging ervaren (Hermans & Hermans-Jansen, 2007).

Ieder waardegebied wordt aan de hand hiervan ingedeeld in een type waardegebied. Op deze manier wordt er gekeken naar hoeveel waardegebieden er binnen een type waardegebied vallen. Zo kan er nagegaan worden welke typen waardegebieden voorkomen in de beleving van een jongere met SOLK. Het geheel aan typen waardegebieden dat in de beleving van de jongere naar voren komt, wordt het waarderingsstelsel van de jongere genoemd. Sommige waardegebieden, die bijvoorbeeld bijna evenveel positieve als negatieve gevoelens hebben en evenveel gevoelens hebben gericht op bevestiging van jezelf en gevoelens die gericht zijn op de verbondenheid met iemand anders, kunnen niet worden getypeerd aan één van de typen waardegebieden (Hermans & Hermans-Jansen, 2007).

### Traditionele diagnostiek

#### *Intelligentieonderzoek:*

Bij jongeren van 13 tot en met 16 jaar is de Wechsler Intelligence Scale for Children-III (WISC-III-NL) afgenomen (WISC-III-NL; Kort et al., 2005) en bij jongeren van 17 tot en met 18 jaar is de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) afgenomen (WAIS-III-NL; Wechsler, 2005).

#### *Andere kindafhankelijke psychologische tests en/of vragenlijsten:*

Per participant wordt nagegaan welke psychologische tests en/of vragenlijsten naast het intelligentieonderzoek nodig zijn.

### Evaluatievragenlijst

Voor de voor- en nameting is bij zowel de groep jongeren waarbij de ZKM is afgenomen als bij de groep jongeren waarbij traditionele diagnostiek is afgenomen, gebruik gemaakt van een evaluatievragenlijst. Deze vragenlijst heeft betrekking op het functioneren van de jongere en is afgeleid van de Outcome Rating Scale (ORS) die door Miller en Duncan (2000) is ontwikkeld. De vragenlijst (zie bijlage 4) bestaat uit vijf vragen die betrekking hebben op het individueel, interpersoonlijk, sociaal, schools en geheel functioneren van de jongere. Op een lijn van 10 cm moet de jongere met een streepje aangeven hoe het gaat op dat gebied. Hoe meer het streepje links geplaatst wordt, hoe slechter het gaat. Het verschil in millimeters tussen het streepje dat tijdens de voormeting gezet wordt en het streepje dat tijdens de nameting gezet wordt, wordt gebruikt als verbetering of verslechtering van het functioneren op dat type gebied.

### Gezondheidsvragenlijst (Child Health Questionnaire)

Voor de voor- en nameting is bij zowel de groep jongeren waarbij de ZKM is afgenomen als bij de groep jongeren waarbij traditionele diagnostiek is afgenomen, gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de self-report versie van de Child Health Questionnaire (CHQ-PF87 vragenlijst) als evaluatievragenlijst. Dit is een vragenlijst voor kinderen van 10 jaar en ouder en is ontwikkeld om het fysieke en psychosociale welzijn van kinderen te meten, onafhankelijk van de onderliggende aandoening (Landgraf & Ware, 2003).

Voor onderhavige studie zal alleen de vraag met betrekking tot de lichamelijke klachten ('Hoeveel lichamelijke pijn of klachten heb je in de afgelopen vier weken gehad?') worden meegenomen. De participanten kunnen deze vraag op een 6 puntsschaal beantwoorden (schaalscore: 1 = geen, 2 = een klein beetje, 3 = een beetje, 4 = nogal veel, 5 = veel, 6 = heel veel). Het verschil in schaalscores tussen de voor- en nameting wordt gebruikt als verbetering of verslechtering van lichamelijke klachten.

### ***Procedure***

Gezien de afhankelijkheidspositie van hoeveel patiënten zich aandienen bij de kinderarts, wordt het onderzoek door middel van een presentatie en flyers gepromoot bij alle kinderartsen binnen het Catharina-ziekenhuis.

Door de arts wordt een jongere met SOLK samen met zijn ouders verwezen naar de afdeling Medische Psychologie kind en jeugd. Op de afdeling Medische Psychologie kind en

jeugd wordt de jongere random ingedeeld bij één van de psychologen voor een intakegesprek. Vanwege objectiviteit neemt de ZKM psycholoog niet deel aan het intakegesprek. In het intakegesprek wordt nader ingegaan op de klachten en het geheel functioneren. De psycholoog schat aan de hand van opgestelde criteria in of de jongere deel kan nemen aan het onderzoek. De opgestelde criteria voor deelname aan het onderzoek zijn (Louwe & Nauta, 2006):

- De jongere moet openstaan voor een niet-medische behandeling van klachten. De jongere kan en wil de gedachte verdragen dat (mentale) stress/spanning van invloed zou kunnen zijn op fysiek welbevinden.
- De gezinssituatie van de jongere is voldoende dynamisch en biedt genoeg veiligheid om gedrags- en gevoelsveranderingen bij de jongere toe te staan.
- De jongere gelooft in de voorbijgaande aard van de ziekte.

Wanneer de jongere voldoet aan deze criteria, wordt aan het einde van het intakegesprek het onderzoek ter sprake gebracht. Er wordt afgesproken dat de jongere en zijn ouders bedenktijd krijgen en dat er over ongeveer één week telefonische contact wordt opgenomen met de vraag of ze willen deelnemen aan het onderzoek. Mocht de jongere willen deelnemen aan het onderzoek, dan wordt er zowel aan de ouders als aan de jongere schriftelijk toestemming gevraagd. Deze toestemmingsformulieren (zie bijlage 1) worden voorafgaand aan de eerste onderzoekssessie ondertekend. De jongeren zijn ad random ingedeeld in één van de twee onderzoeksgroepen, namelijk de groep jongeren waarbij de ZKM is afgenomen en de groep jongeren waarbij traditionele diagnostiek is afgenomen. De groep jongeren waarbij de ZKM is afgenomen, is door één en dezelfde psycholoog gedaan, die daarvoor een opleiding heeft gevolgd tot ZKM-coach. De groep jongeren waarbij traditionele diagnostiek is afgenomen, is door verschillende andere psychologen gedaan.

In totaal worden er twee onderzoekssessies ingepland, die ieder ongeveer twee uur duren. In de eerste onderzoekssessie wordt bij de groep jongeren waarbij de ZKM is afgenomen de waardegebieden opgesteld en worden hier gevoelswaarderingen aan gegeven. Na afloop van de eerste onderzoekssessie wordt het geheel aan waarderingen door de ZKM-coach ingevoerd in het ZKM-computerprogramma. Dit programma analyseert en geeft weer hoe gevoelens ten opzichte van de waardegebieden met elkaar samenhangen. De computer geeft aan in welk type waardegebied elk waardegebied valt of niet valt. Tijdens de tweede onderzoekssessie wordt bij de groep jongeren waarbij de ZKM is afgenomen de gevoelens ten opzichte van de waardegebieden besproken. Tijdens de eerste onderzoekssessie bij de groep jongeren waarbij traditionele diagnostiek is afgenomen, wordt het gehele

intelligentieonderzoek afgenomen. Tijdens de tweede onderzoekssessie worden er nog andere kindafhankelijke psychologische tests en/of vragenlijsten afgenomen.

Voorafgaand aan de eerste onderzoekssessie en voorafgaand aan de tweede onderzoekssessie vullen alle jongeren de evaluatievragenlijst in die betrekking heeft op het functioneren. Voorafgaand aan de eerste onderzoekssessie en na de tweede onderzoekssessie vullen alle jongeren de CHQ-vragenlijst in.

Voor alle jongeren is er na de twee onderzoekssessies een adviesgesprek ingepland. Tijdens dit gesprek worden de resultaten van het onderzoek besproken met de jongere en de ouders en wordt er een advies uitgebracht voor een geschikte behandeling. In onderhavige studie wordt het adviesgesprek niet meegenomen.

### ***Analyses tweede onderzoeksvraag***

De mate van verbetering of verslechtering in functioneren die naar voren komt aan de hand van de evaluatievragenlijst, wordt ingevoerd in SPSS (versie 16.0). Op deze wijze is het gemiddelde en de standaarddeviatie in verbetering of verslechtering per type functioneren berekend. Voor de mate van verbetering of verslechtering in functioneren is de effectgrootte berekend. De effectgrootte is van belang voor het vaststellen in welke mate de scores van verbetering of verslechtering in het functioneren kunnen worden verklaard door diagnostiek met behulp van de ZKM, vergeleken met traditionele diagnostiek. De gemiddelden en standaarddeviaties zijn hiervoor ingevuld in de effectgrootte calculator.

### ***Analyses derde onderzoeksvraag***

De mate van verbetering of verslechtering van lichamelijke klachten die naar voren komt aan de hand van de vraag uit de CHQ-vragenlijst, wordt ingevoerd in SPSS (16.0). Op deze wijze is het gemiddelde en de standaarddeviatie in verbetering of verslechtering van lichamelijke klachten berekend. Voor de mate van verbetering of verslechtering van lichamelijke klachten is de effectgrootte berekend. De effectgrootte is van belang voor het vaststellen in welke mate de scores van verbetering of verslechtering van lichamelijke klachten kunnen worden verklaard door diagnostiek met behulp van de ZKM, vergeleken met traditionele diagnostiek. De gemiddelden en standaarddeviaties zijn hiervoor ingevuld in de effectgrootte calculator.



## Resultaten

### *Onderzoeksvraag 1*

Om te onderzoeken in welke mate het gevoel ‘machteloos’ en ‘eenzaam’ voorkomt bij jongeren met SOLK, is nagegaan op een reeks van 24 gevoelens in welke mate het gevoel ‘machteloos’ en ‘eenzaam’ voorkomt ten opzichte van andere gevoelens. Deze mate wordt uitgedrukt in de plaats van rangorde binnen de reeks van 24 gevoelens. De resultaten worden weergegeven in tabel 1 en 2.

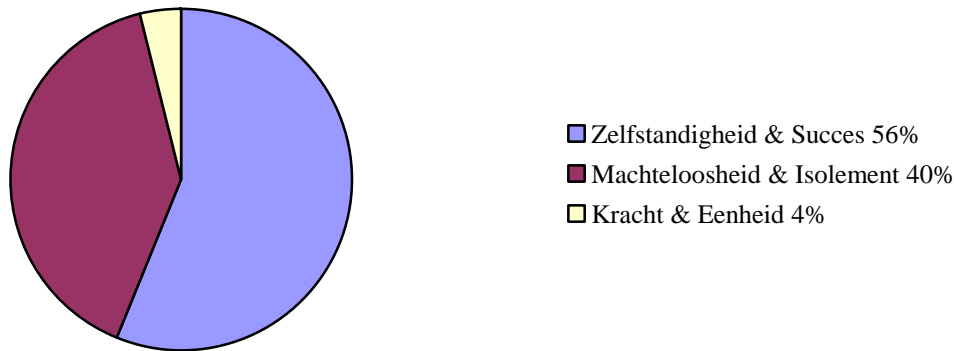
*Tabel 1: Plaats van rangorde per participant van de gevoelens ‘machteloos’ en ‘eenzaam’ binnen de reeks van 24 gevoelens.*

Participantnummer	Plaats van rangorde	
	Machteloos	Eenzaam
1	8	19
2	7	24
3	12	24
4	16	24
5	8	17
6	8	4

*Tabel 2: Het gemiddelde en de standaarddeviatie van de plaats van rangorde van de gevoelens ‘machteloos’ en ‘eenzaam’ van de participanten binnen de reeks van 24 gevoelens.*

	Plaats van rangorde	
	Machteloos	Eenzaam
M	9.83	18.67
SD	3.49	7.79

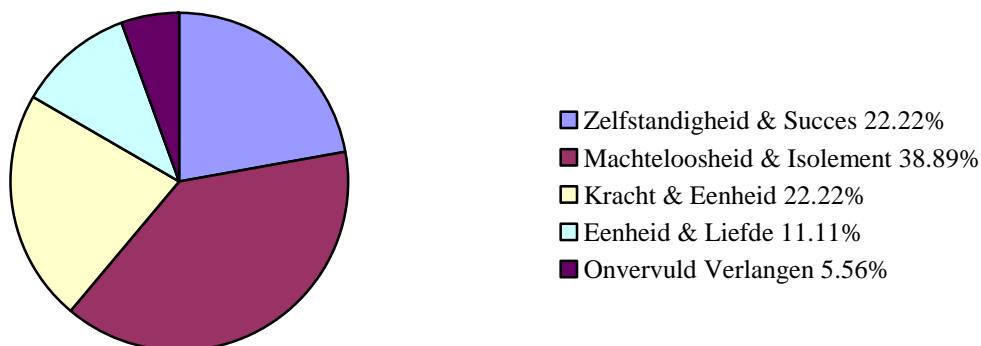
Om te onderzoeken in welke mate machteloosheid en isolement binnen het waarderingssysteem voorkomt, is per participant het waarderingssysteem bekeken. Onderstaande figuren geven een overzicht van het percentage type waardegebieden in het waarderingssysteem per participant met daarbij de beschrijving van de individuele indicatoren.



*Figuur 1: Het waarderingssysteem van participant 1.*

Tabel 1 laat zien dat het gevoel ‘machteloos’ bij participant 1 meer dan gemiddeld voorkomt ten opzichte van de andere gevoelens. Wanneer er naar de waardegebieden gekeken wordt waarbij het gevoel van ‘machteloos’ aanwezig is, valt op dat dit veel aanwezig is bij waardegebieden die betrekking hebben op de SOLK klachten. Het gevoel ‘eenzaam’ komt minder dan gemiddeld voor ten opzichte van de andere gevoelens.

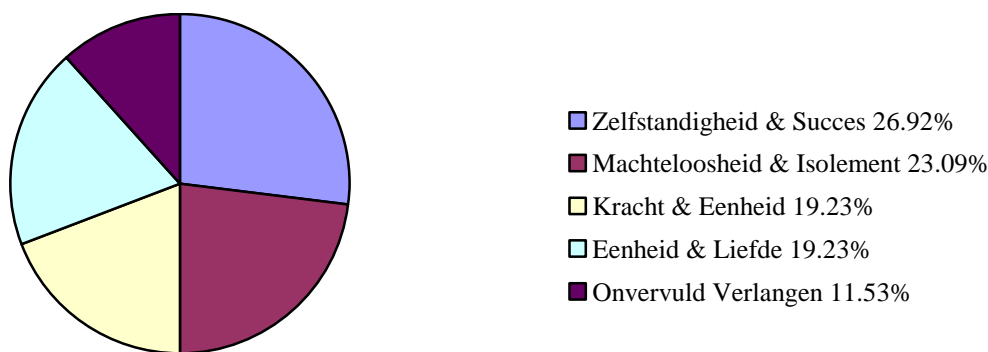
Het waarderingssysteem van participant 1 (figuur 1) laat zien dat het type waardegebied ‘machteloosheid en isolement’ 40% deel uitmaakt van dit systeem. De waardegebieden die binnen dit type vallen, hebben betrekking op de SOLK klachten. Het type waardegebied dat dominant (56%) naar voren komt is ‘zelfstandigheid en succes’. Wanneer naar de waardegebieden gekeken wordt die bij dit type waardegebied horen, valt op dat deze waardegebieden betrekking hebben op presteren op het gebied van sport en school in de toekomst.



*Figuur 2: Het waarderingssysteem van participant 2.*

Tabel 1 laat zien dat het gevoel ‘machteloos’ bij participant 2 meer dan gemiddeld voorkomt ten opzichte van andere gevoelens. Wanneer er naar de waardegebieden gekeken wordt waarbij het gevoel van ‘machteloos’ aanwezig is, valt op dat dit veel aanwezig is bij waardegebieden die betrekking hebben op de SOLK klachten. Het gevoel ‘eenzaam’ komt bij participant 2 niet voor.

Het waarderingssysteem van participant 2 (figuur 2) laat zien dat het type waardegebied ‘machteloosheid en isolement’ dominant naar voren komt (38.89%) in het waarderingssysteem van deze participant. De waardegebieden die in dit type waardegebied voorkomen, hebben vooral betrekking op de SOLK klachten. Tevens komen er naast het type waardegebied ‘machteloosheid en isolement’ nog vier andere typen waardegebieden voor in het waarderingssysteem van deze participant.

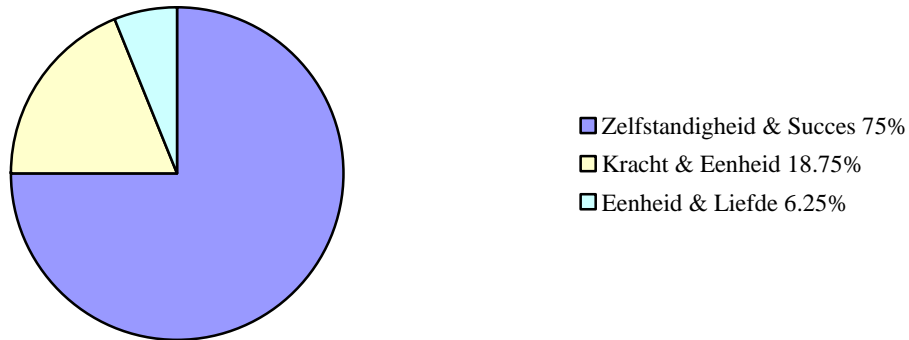


*Figuur 3: Het waarderingssysteem van participant 3.*

Tabel 1 laat zien dat het gevoel ‘machteloos’ bij participant 3 gemiddeld voorkomt ten opzichte van andere gevoelens. Wanneer er naar de waardegebieden gekeken wordt waarbij het gevoel van ‘machteloos’ aanwezig is, valt op dat dit veel aanwezig is bij waardegebieden die betrekking hebben op de SOLK klachten. Het gevoel ‘eenzaam’ komt bij participant 3 heel weinig voor ten opzichte van de andere gevoelens. Het komt vooral voor bij zinnen die betrekking hebben op school en op gepest worden.

Het waarderingssysteem van participant 3 (figuur 3) laat zien dat het type waardegebied ‘machteloosheid en isolement’ 23.09% deel uitmaakt van het waarderingssysteem van deze participant. De waardegebieden die in dit type waardegebied voorkomen, hebben vooral betrekking op de SOLK klachten. Tevens komen er naast het type waardegebied ‘machteloosheid en isolement’ nog vier andere typen waardegebieden voor in

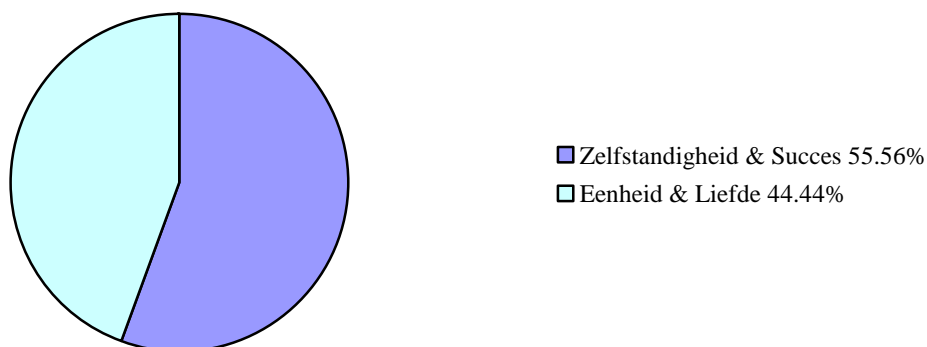
het waarderingssysteem van deze participant. Het type waardegebied dat dominant naar voren komt is 'zelfstandigheid en succes' (26.92%). Deze waardegebieden binnen dit type waardegebied hebben vooral betrekking op zowel het heden als de toekomst.



*Figuur 4: Het waarderingssysteem van participant 4.*

Tabel 1 laat zien dat het gevoel 'machteloos' bij participant 4 minder dan gemiddeld voorkomt ten opzichte van andere gevoelens. Wanneer er naar de waardegebieden gekeken wordt waarbij het gevoel van 'machteloos' aanwezig is, valt op dat dit veel aanwezig is bij waardegebieden die betrekking hebben op de SOLK klachten. Het gevoel 'eenzaam' komt bij participant 4 niet voor.

Het waarderingssysteem van participant 4 (figuur 4) laat zien dat het type waardegebied 'machteloosheid en isolement' geen deel uitmaakt van het waarderingssysteem van deze participant. Het type waardegebied dat dominant (75%) naar voren komt is 'zelfstandigheid en succes'. Wanneer naar de waardegebieden gekeken wordt die bij dit type waardegebied horen, valt op deze waardegebieden betrekking hebben op school, vrienden en familie en op het heden en de toekomst.



*Figuur 5: Het waarderingssysteem van participant 5.*

Tabel 1 laat zien dat het gevoel ‘machteloos’ bij participant 5 meer dan gemiddeld voorkomt ten opzichte van andere gevoelens. Wanneer er naar de waardegebieden gekeken wordt waarbij het gevoel van ‘machteloos’ aanwezig is, valt op dat dit veel aanwezig is bij waardegebieden die betrekking hebben op de SOLK klachten. Het gevoel ‘eenzaam’ komt bij participant 5 minder dan gemiddeld voor ten opzichte van de andere gevoelens.

Het waarderingssysteem van participant 5 (figuur 5) laat zien dat het type waardegebied ‘machteloosheid en isolement’ geen deel uitmaakt van het waarderingssysteem van deze participant. Het type waardegebied dat dominant (55.56%) naar voren komt is ‘zelfstandigheid en succes’. Wanneer naar de waardegebieden gekeken wordt die bij dit type waardegebied horen, valt op dat deze waardegebieden betrekking hebben op de toekomst.

Tabel 1 laat zien dat het gevoel ‘machteloos’ bij participant 6 meer dan gemiddeld voorkomt ten opzichte van andere gevoelens. Het gevoel van ‘machteloos’ komt bij alle waardegebieden van participant 6 voor. Het gevoel ‘eenzaam’ komt bij participant 6 ook meer dan gemiddeld voor ten opzichte van andere gevoelens en ook meer dan het gevoel ‘machteloos’. Het komt ook bij heel veel waardegebieden voor. Er kan dus geen uitspraak gedaan worden over op welke waardegebieden de gevoelens ‘machteloos’ en ‘eenzaam’ vooral betrekking hebben.

Aangezien de gevoelens van participant 6 binnen één waardegebied sterk variëren, kunnen de waardegebieden niet verdeeld worden in type waardegebieden. Hierdoor kan er geen waarderingssysteem worden opgesteld van deze participant.

In tabel 2 is met behulp van SPSS 16.0 het gemiddelde en de standaarddeviatie van de plaats van rangorde van de gevoelens ‘machteloos’ en ‘eenzaam’ van de participanten binnen de reeks van 24 gevoelens weergegeven. Tabel 2 laat zien dat bij de jongeren met SOLK het gevoel ‘machteloos’ gemiddeld, iets meer dan gemiddeld voorkomt ten opzichte van andere gevoelens. Het gevoel ‘eenzaam’ komt gemiddeld, minder dan gemiddeld voor ten opzichte van andere gevoelens. De gevoelens ‘machteloos’ en ‘eenzaam’ komen dus niet dominant naar voren bij jongeren met SOLK.

De figuren 1,2,3,4 en 5 laten zien dat er een grote variatie zichtbaar is in typen waardegebieden die naar voren komen in het waarderingssysteem bij jongeren met SOLK. Bij slechts één participant komt in het waarderingssysteem het type waardegebied ‘machteloosheid en isolement’ dominant naar voren. De verwachting dat machteloosheid en

isolement dominant naar voren komt bij jongeren met SOLK aan de hand van de ZKM, wordt dus verworpen.

### **Onderzoeksvraag 2**

In tabel 3 en 4 is het gemiddelde en de standaarddeviatie weergegeven van verbetering of verslechtering in het functioneren bij diagnostiek met behulp van de ZKM en met behulp van traditionele diagnostiek.

*Tabel 3: Het gemiddelde en de standaarddeviatie van verbetering of verslechtering (-) in millimeters in het functioneren van jongeren met SOLK bij diagnostiek met behulp van de ZKM.*

	Functioneren				
	Individueel	Interpersoonlijk	Sociaal	Schools	Geheel
M	29.50	5.83	11.33	22.00	22.33
SD	16.40	8.64	10.19	25.57	19.48

*Tabel 4: Het gemiddelde en de standaarddeviatie van verbetering of verslechtering (-) in millimeters in het functioneren van jongeren met SOLK met behulp van traditionele diagnostiek.*

	Functioneren				
	Individueel	Interpersoonlijk	Sociaal	Schools	Geheel
M	-11.75	10.50	-15.50	11.25	9.50
SD	36.97	14.82	16.13	8.30	20.92

In de tabel 3 en 4 is te zien dat in het individueel functioneren, sociaal functioneren, schools functioneren en geheel functioneren er meer verbetering optreedt bij diagnostiek met behulp van de ZKM, dan met behulp van traditionele diagnostiek. In het interpersoonlijk functioneren treedt er meer verbetering op met behulp van traditionele diagnostiek, dan bij diagnostiek met behulp van de ZKM.

De verwachting dat bij diagnostiek met behulp van de ZKM meer verbetering optreedt in het individueel, interpersoonlijk, sociaal, schools en geheel functioneren van jongeren met SOLK, dan met behulp van traditionele diagnostiek, wordt dus deels bevestigd.

De effectgrootte (Cohen's d) geeft aan in welke mate de verbeteringen in functioneren kunnen worden verklaard door diagnostiek met behulp van de ZKM, vergeleken met traditionele diagnostiek. De effectgrootte (Cohen's d) op het gebied van individueel functioneren, is:  $d = 1.44$ . Dit is een zeer groot effect. De effectgrootte (Cohen's d) op het gebied van sociaal functioneren, is:  $d = 1.97$ . Dit is tevens een zeer groot effect. De effectgrootte (Cohen's d) op het gebied van schools functioneren, is:  $d = 0.57$ . Dit is een matig effect. De effectgrootte (Cohen's d) op het gebied van geheel functioneren, is:  $d = 0.63$ . Dit is tevens een matig effect.

Op het gebied van interpersoonlijk functioneren treedt er een negatief effect op, namelijk met behulp van traditionele diagnostiek wordt er meer verbetering gezien in het interpersoonlijk functioneren dan bij diagnostiek met behulp van de ZKM. De effectgrootte (Cohen's d) op dit gebied, is:  $d = -0.38$ . Dit is een klein negatief effect te noemen.

De verwachting dat diagnostiek met behulp van de ZKM een matig tot sterk effect laat zien in verbetering in het individueel, interpersoonlijk, sociaal, schools en geheel functioneren in vergelijking met traditionele diagnostiek, wordt dus deels bevestigd.

### ***Onderzoeksvraag 3***

In tabel 5 en 6 is het gemiddelde en de standaarddeviatie weergegeven van verbetering of verslechtering van lichamelijke klachten bij diagnostiek met behulp van de ZKM en met behulp van traditionele diagnostiek.

*Tabel 5: Het gemiddelde en de standaarddeviatie van verbetering of verslechtering (-) in schaalscores van lichamelijke klachten van jongeren met SOLK bij diagnostiek met behulp van de ZKM.*

Lichamelijke klachten	
M	1.25
SD	1.71

*Tabel 6: Het gemiddelde en de standaarddeviatie van verbetering of verslechtering (-) in schaalscores van lichamelijke klachten jongeren met SOLK met behulp van traditionele diagnostiek.*

Lichamelijke klachten	
M	0.50
SD	1.29

In de tabel 5 en 6 is te zien dat er meer verbetering optreedt van lichamelijke klachten bij diagnostiek met behulp van de ZKM, dan met behulp van traditionele diagnostiek.

De verwachting dat bij diagnostiek met behulp van de ZKM meer verbetering optreedt van lichamelijke klachten van jongeren met SOLK, dan met behulp van traditionele diagnostiek, wordt dus bevestigd.

De effectgrootte (Cohen's d) geeft aan in welke mate de verbetering van lichamelijke klachten verklaard kan worden door diagnostiek met behulp van de ZKM, vergeleken met traditionele diagnostiek. De effectgrootte (Cohen's d) is:  $d = 0.50$ . Dit is een matig effect.

De verwachting dat diagnostiek met behulp van de ZKM een matig tot sterk effect laat zien in verbetering van lichamelijke klachten in vergelijking met traditionele diagnostiek, wordt dus bevestigd.

## **Discussie**

SOLK klachten vormen een bedreiging voor een leeftijdsadequate ontwikkeling. Dit maakt dat deze groep jongeren specifieke aandacht vraagt (Eminson, 2007).

Doel van onderhavige studie was inzicht te geven in de subjectieve belevingswereld van een groep jongeren van 13 tot 18 jaar met SOLK om zo een meer persoonlijk toegespitste begeleiding te kunnen inzetten. Tevens was het doel om na te gaan of diagnostiek gericht op de subjectieve beleving (ZKM) van jongeren met SOLK voor meer verbeteringen zorgt in het functioneren en voor meer verbetering zorgt van lichamelijke klachten van deze jongeren, dan met behulp van de traditionele diagnostiek binnen het Catharina-ziekenhuis.

De eerste onderzoeksvraag luidt: In welke mate komt machteloosheid en isolement voor aan de hand van de ZKM bij de beleving van jongeren met SOLK? Verwacht werd dat bij de beleving van jongeren met SOLK machteloosheid en isolement aan de hand van de ZKM dominant naar voren komt.



Uit onderhavige studie kan geconcludeerd worden dat het gevoel ‘machteloos’ iets meer dan gemiddeld voorkomt ten opzichte van andere gevoelens bij jongeren met SOLK. Het gevoel ‘eenzaam’ komt minder dan gemiddeld voor ten opzichte van andere gevoelens bij jongeren met SOLK. De gevoelens ‘machteloos’ en ‘eenzaam’ komen dus niet dominant naar voren bij jongeren met SOLK. Wanneer er naar het waarderingssysteem van de jongeren met SOLK gekeken wordt, kan geconcludeerd worden dat er een grote variatie in typen waardegebieden zichtbaar is bij jongeren met SOLK. Het type waardegebied ‘machteloosheid en isolement’ komt aan de hand van de ZKM wisselend voor bij jongeren met SOLK. Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat aan de hand van de ZKM machteloosheid en isolement niet dominant naar voren komt bij jongeren met SOLK. De verwachting wordt dus verworpen.

De tweede onderzoeksvraag luidt: Is er meer verbetering, en in welke mate, in het individueel, interpersoonlijk, sociaal, schools en geheel functioneren van jongeren met SOLK bij diagnostiek met behulp van de ZKM, dan met behulp van traditionele diagnostiek? Verwacht werd dat bij diagnostiek met behulp van de ZKM meer verbetering optreedt in het individueel, interpersoonlijk, sociaal, schools en geheel functioneren van jongeren met SOLK, dan met behulp van traditionele diagnostiek. Ook werd verwacht dat diagnostiek met behulp van de ZKM een matig tot sterk effect laat zien in verbetering in het individueel, interpersoonlijk, sociaal, schools en geheel functioneren in vergelijking met traditionele diagnostiek.

Uit onderhavige studie kan geconcludeerd worden dat er meer verbetering optreedt in het individueel functioneren, sociaal functioneren, schools functioneren en geheel functioneren bij diagnostiek met behulp van de ZKM, dan met behulp van traditionele diagnostiek. Het effect van de verbetering in het individueel functioneren en sociaal functioneren is bij diagnostiek met behulp van de ZKM in vergelijking met traditionele diagnostiek zeer groot te noemen. Het effect van de verbetering in schools functioneren en geheel functioneren is bij diagnostiek met behulp van de ZKM in vergelijking met traditionele diagnostiek matig te noemen. Op het gebied van het interpersoonlijk functioneren treedt er een negatief effect op, namelijk met behulp van traditionele diagnostiek wordt er meer verbetering gezien in het interpersoonlijk functioneren dan bij diagnostiek met behulp van de ZKM. Het is een klein negatief effect te noemen. De verwachting wordt dus deels bevestigd.

De derde onderzoeksvraag, luidt: Is er meer verbetering, en in welke mate, van lichamelijke klachten van jongeren met SOLK bij diagnostiek met behulp van de ZKM, dan met behulp van traditionele diagnostiek? Verwacht werd dat bij diagnostiek met behulp van

de ZKM meer verbetering optreedt van lichamelijke klachten van jongeren met SOLK, dan met behulp van traditionele diagnostiek. Tevens werd verwacht dat diagnostiek met behulp van de ZKM een matig tot sterk effect laat zien in verbetering van lichamelijke klachten in vergelijking met traditionele diagnostiek.

Uit onderhavige studie kan geconcludeerd worden dat bij diagnostiek met behulp van de ZKM meer verbetering optreedt van lichamelijke klachten van jongeren met SOLK, dan met behulp van traditionele diagnostiek. Het effect van de verbetering van lichamelijke klachten bij diagnostiek met behulp van de ZKM in vergelijking met traditionele diagnostiek, is matig te noemen. De verwachtingen worden dus bevestigd.

Uit onderhavige studie kan dus geconcludeerd worden dat bij diagnostiek met behulp van de ZKM meer verbeteringen (matig tot sterk effect) optreden in functioneren en meer verbetering van lichamelijke klachten optreedt bij jongeren met SOLK, dan met behulp van traditionele diagnostiek. Mogelijk kan daarom in de toekomst binnen het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven beter de ZKM als diagnostisch instrument worden ingezet bij jongeren met SOLK dan traditionele diagnostiek.

Een sterk punt van onderhavige studie is dat deze zich richt op een doelgroep die specifieke aandacht vraagt, gezien het feit dat de klachten van deze doelgroep een bedreiging vormen voor de leeftijdsadequate ontwikkeling. Tevens worden er in onderhavige studie inzichten gegeven waar binnen de huidige literatuur nog geen onderzoek naar gedaan is.

Een kritisch punt in onderhavige studie is dat de steekproefomvang erg klein is. Hierdoor zullen de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden en kunnen er geen harde conclusies aan verbonden worden. Vervolgonderzoek met een grotere steekproefomvang zal moeten nagaan of de conclusies kloppen.

Tevens zijn de resultaten van de eerste onderzoeksvraag niet vergeleken met een normgroep, aangezien deze afwezig is. De resultaten zullen daarom ook met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Een ander kritisch punt is dat het geven van een waardering aan de waardegebieden aan de hand van de gevoelens, een momentopname is. De participant moet zich echter wel inleven in de gebeurtenis, maar wanneer de participant bijvoorbeeld op het moment van invullen van de gevoelens net een negatieve of een positieve ervaring heeft gehad met een persoon die in het waardegebied genoemd wordt, kan dit van invloed zijn op de waardering die de participant aan dat waardegebied geeft.

Wat opvalt, is dat het gevoel 'machteloos' bij jongeren met SOLK vooral wordt aangegeven bij waardegebieden die betrekking hebben op de SOLK klachten. Jongeren met

SOLK ervaren dus bij deze klachten een gevoel van machteloosheid. Het gevoel van 'eenzaam' komt minder dan gemiddeld voor bij jongeren met SOLK. Het type waardegebied machteloosheid en isolement komt aan de hand van de ZKM niet dominant naar voren bij jongeren met SOLK; bij drie participanten komt het type waardegebied voor in het waarderingssysteem. Tijdens intakegesprekken valt echter op dat een ruime meerderheid van de jongeren met SOLK sociaal geïsoleerd is en zich machteloos voelt. Het kan zijn dat enkel de twee opgestelde indicatoren in onderhavige studie geen goede methode is om machteloosheid en isolement zichtbaar te krijgen bij jongeren met SOLK. Mogelijk is de deskundigheid van de ZKM-coach nodig om machteloosheid en isolement zichtbaar te krijgen bij jongeren met SOLK. Vervolgonderzoek is hiervoor nodig.

Tevens valt op dat het type waardegebied 'zelfstandigheid en succes' bij iedere participant een groot deel uitmaakt van het waarderingssysteem. Bij vier participanten is dit type waardegebied dominant aanwezig in het waarderingssysteem. Wanneer er naar de waardegebieden gekeken wordt die bij dit type waardegebied horen, valt op dat deze waardegebieden vooral betrekking hebben op de toekomst. In onderhavige studie komt het type waardegebied 'zelfstandigheid en succes' gemiddeld 39.28% naar voren in de waarderingssystemen van de jongeren met SOLK. Het type waardegebied 'machteloosheid en isolement' komt gemiddeld 16.99% naar voren in de waarderingssystemen van de jongeren met SOLK. In vervolgonderzoek met een grotere steekproefomvang en een normgroep kan nagegaan worden of het type waardegebied 'zelfstandigheid en succes' dominant naar voren komt bij jongeren met SOLK.

Tevens valt op dat het type waardegebied 'verzet en boosheid' bij geen enkele participant voorkomt in het waarderingssysteem. Echter, tijdens de tweede onderzoekssessie wordt door de ZKM-coach opgemerkt dat verzet en boosheid zeker voorkomt bij jongeren met SOLK. Het kan zijn dat enkel de twee opgestelde indicatoren in onderhavige studie geen goede methode is om verzet en boosheid zichtbaar te krijgen bij jongeren met SOLK. Mogelijk zal hiervoor de deskundigheid van de ZKM-coach ingeschakeld moeten worden. Vervolgonderzoek is hiervoor nodig. Om dit zo objectief mogelijk te laten plaatsvinden, zal er gebruik moeten worden gemaakt van verschillende ZKM-coachen die geen weet mogen hebben van de onderzoeksvraag en hypothese.

Opvallend is ook dat de waardegebieden van de jongeren met SOLK vaak niet getypeerd kunnen worden aan één van de type waardegebieden. De waardegebieden die niet getypeerd kunnen worden aan één van de type waardegebieden hebben bijna evenveel positieve als negatieve gevoelens en evenveel gevoelens gericht op bevestiging van jezelf en

gevoelens die gericht zijn op de verbondenheid met iemand anders. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de zelfreflectie van de doelgroep zwak ontwikkeld is of dat ze hun gevoelsleven onderdrukken. Er zijn namelijk verschillende aanwijzingen dat patiënten met SOLK moeite hebben met het herkennen van gevoelens en deze te onderscheiden van fysieke sensaties (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2009). Uit onderhavige studie kunnen hier geen conclusies aan verbonden worden, omdat de resultaten niet vergeleken zijn met een normgroep. Vervolgonderzoek is hiervoor nodig.

Onderhavige studie is een pilotstudie en maakt deel uit van een groter onderzoek dat op de afdeling Medische Psychologie kind en jeugd, binnen het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven gedaan wordt. De resultaten uit deze pilotstudie zullen met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden aangezien de steekproefomvang erg klein is. Binnen het Catharina-ziekenhuis wordt door mevrouw drs. Van Gestel verder onderzoek gedaan met betrekking tot jongeren met SOLK en de ZKM.

## Literatuur

- Berk, L.E. (2006). *Child Development (7<sup>th</sup> ed.)*. Boston: Pearson Education.
- Berntsson, L., Köhler, L., & Gustafsson, J. (2001). Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 44-54.
- Carson, A.J., Stone J., & Warlow, C. (2004). Patients whom neurologists find difficult to help. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 75, 1776-1778.
- Egger, H.L., Costello, E.J., Erkanli, A., & Angold, A.C. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescent: Stomach aches, muscular-skeletal pains and headaches. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (7), 852-860.
- Eminson, D. M., Benjamin, S., Shortall, A., Woods, T., & Faragher, B. (1996). Physical symptoms and illness attitudes in adolescents: An epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 519–527.
- Eminson, D.M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 27, 855–871.
- Fuchs, C., & Van Geelen, S.M. (in ontwikkeling).
- Hermans, H.J.M., & Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-Narratives. The Construction of meaning in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Hermans, H.J.M., & Hermans-Jansen, E. (2007). *Het verdeelde gemoed*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Kort, W., Schittekatte, M., Dekker, P.H., Verhaeghe, P., Compaan, E.L., Bosmans, M., & Vermeir, G. (2005). *WISC-IIIINL Wechsler Intelligence Scale for Children. David Wechsler. Derde Editie NL. Handleiding en Verantwoording*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers. Amsterdam: NIP Dienstencentrum.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling (2009). *Conceptrichtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Landgraf, J.M., & Ware, J.E. (2003). CHQ: Child Health Questionnaire. Available: <http://www.healthact.com/chq.html>
- Lieb, R., Mastaler, M., & Wittchen, H.U. (1998) Gibt es somatoforme Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen? Erste epidemiologische Befunde der Untersuchung einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Verhaltenstherapie* 8, 81-93.

- Louwe, J.J. & Nauta, J.J. (2006). *Zelfonderzoek met kinderen en jongeren. Een relationele methodiek*. Utrecht: Uitgeverij Agiel.
- Maasen, H. (2009). Ongezond en ongerust. *Medisch contact*, 64, 1060-1063.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). The Outcome Rating Scale [On-line]. Available: <http://heartandsoulofchange.com/measures/>
- Scharff L. (1997) Recurrent abdominal pain in children: a review of psychological factors and treatment. *Clin Psychol Rev* 17:145-166.
- Ter Wolbeek, M. (2007). Severe fatigue in adolescents Psychological, neuro-endocrine, and immunological characteristics. Proefschrift. Utrecht.
- Van Dieren, Q., & Vingerhoets, A.J.J.M. (2007) Medisch onverklaarde somatische symptomen zijn geen onverklaarde, onbegrepen of vage lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 823-834.
- Van der Heijden, P., Egger, J. & Derksen, J. (2008). Psychotherapeutische diagnostiek revisited: dupliek op de repliek van Jan Jaspers. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 34, 379-386.
- Wechsler, D. (2005). *WAIS-III Nederlandstalige bewerking. Technische handleiding*. Lisse: Harcourt Test Publishers.

## **Bijlage 1: Toestemmingsformulieren**



### **Toestemmingsformulier onderzoek**

#### **“Zelfonderzoek als instrument voor verandering bij jongeren met onverklaarde lichamelijke klachten”**

De ouder(s)/verzorger(s) van:

Naam (voor- en achternaam):  
Geboorte datum:  
Adres:  
Postcode:  
Woonplaats:  
Telefoonnummer:  
E-mailadres:

.....(naam invullen )heeft ons schriftelijk en mondeling ingelicht over het doel, de procedure en de consequenties van dit onderzoek. Wij zijn geïnformeerd over de rechten tijdens dit onderzoek. Wij kunnen de toestemming en deelname aan dit onderzoek te allen tijde intrekken zonder dat dit op enige wijze nadelige gevolgen voor mijn behandeling heeft.

Daarom geven wij toestemming voor :

- deelname aan het onderzoek
- (anoniem) gebruik van de gegevens voor verder onderzoek

Daarnaast willen we wel / niet (doorstrepen wat niet van toepassing is) geïnformeerd worden over de uiteindelijke uitslag van deze studie.

Datum:

Handtekening :

Vader

Moeder

Michelangelolaan 2, Eindhoven  
Correspondentie-adres: Postbus 1350, 5602 ZA Eindhoven  
[www.catharina-ziekenhuis.nl](http://www.catharina-ziekenhuis.nl)

### Toestemmingsformulier onderzoek

#### “Zelfonderzoek als instrument voor verandering bij jongeren met onverklaarde lichamelijke klachten”

Naam (voor- en achternaam):

Geboorte datum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

.....(naam invullen )heeft mij schriftelijk en mondeling ingelicht over het doel, de procedure en de consequenties van dit onderzoek. Ik ben geïnformeerd over mijn rechten tijdens dit onderzoek. Ik kan mijn toestemming en deelname aan dit onderzoek te allen tijde intrekken zonder dat dit op enige wijze nadelige gevolgen voor mijn behandeling heeft.

Daarom geef ik toestemming voor :

- deelname aan het onderzoek
- (anoniem) gebruik van de gegevens voor verder onderzoek

Daarnaast wil ik wel / niet (doorstrepen wat niet van toepassing is) geïnformeerd worden over de uiteindelijke uitslag van deze studie.

Datum:

Naam:

Handtekening :



Bijlage 2: Gevoelsmatrix

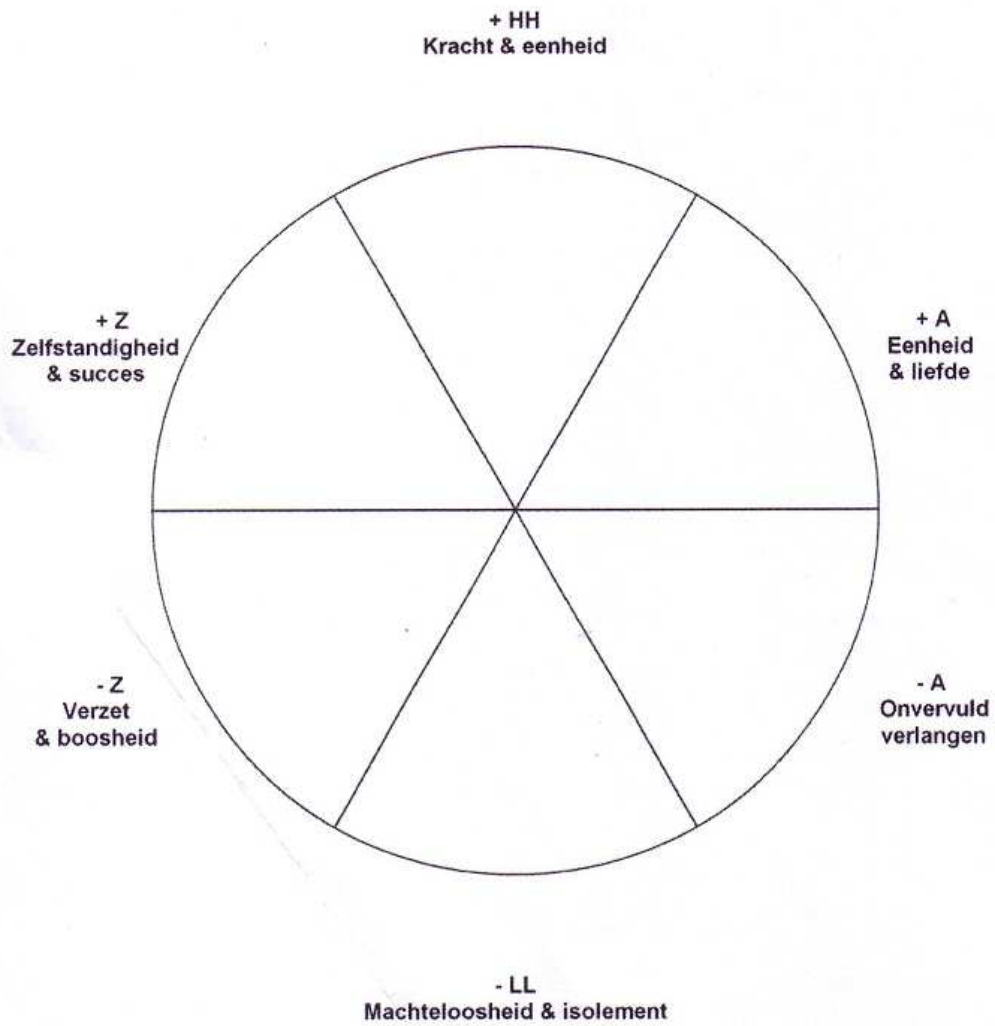
**Gevoelsmatrix**

Datum:	Naam:																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
1	Waardegebied	Vreugde	Machteloosheid	Eigenwaarde	Angst	Geluk	Krachtigheid	Schamie	Genieten	Zorgzaamheid	Liefde	Mezelf niet zijn	Tederheid	Schuld	Zelfverzekerdheid	Enzaamheid	Vertrouwen	Minderwaardigheid	Inimiteit	Veiligheid	Kwadheid	Trots	Energie	Inerlijke rust	Vrijheid
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									

F\_24\_a

© Stichting Waarderingstheorie en Zelfkonfrontatiemethode

**Bijlage 3: Waarderingsysteem**



## **Bijlage 4: Evaluatievragenlijst**

### **Hoe gaat het met je?**

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Zitting:

Terugkijkend op de afgelopen week, inclusief vandaag: hoe is het met je gegaan? Zet op elke lijn een vertikaal streepje.

Hoe meer je het streepje naar links plaatst, des te slechter is het met je gegaan.

Hoe meer je het streepje naar rechts plaatst, des te beter is het met je gegaan.

#### **Individueel**

(Hoe ging het met jezelf?)

|-----|

#### **Interpersoonlijk**

(Hoe ging het in de contacten thuis, met de mensen die dichtbij je staan?)

|-----|

#### **Sociale contacten**

(Hoe ging het met je functioneren m.b.t. sociale contacten?)

|-----|

#### **School**

(Hoe ging het met je functioneren op school?)

|-----|

#### **Over het geheel**

(Hoe ging het over het geheel met je?)

|-----|

Dank je voor het invullen van deze vragenlijst