



# behandelplan somatisatie

- state of the art -

## **BPO Projectgroep 3**

cohort 2011

Maarten Dekker | Erik Gielen | Abbas Jafri  
Hester Klaassen-Klunder | Lienke Krikken-Bakker  
Wendel Ytsma

## **Opdrachtgevers**

Mieke van Wijk-Engbers | Alice Korenromp

## **Begeleider**

Evelien Swiers

## Inhoud

<b>1. Inleiding</b> .....	4
<b>2. Methode</b> .....	5
2.1 PICO .....	5
2.2 In- en exclusiecriteria .....	6
2.3 Databanken .....	6
2.4 Gebruikte (MeSH) termen .....	6
2.5 Zoekstring .....	7
2.6 Literatuurbeoordeling/ weging .....	7
2.7 “State of the art” in de praktijk .....	7
<b>3 Samenvatting van de conclusies uit de gevonden artikelen</b> .....	10
3.1. Ontspanning .....	10
3.2 Acceptance and Commitment Therapy (ACT) .....	10
3.3 Cognitieve gedragstherapie (CGT) .....	11
3.4 Reattributie .....	12
3.5 Mindfulness .....	14
3.6 Communicatieve Massage .....	15
3.7 Body Awareness Therapy .....	16
3.8 Biofeedback .....	17
<b>4 Weergave van de geselecteerde artikelen.</b> .....	18
4.1 Interventies .....	18
4.1.1 Ontspanningstherapie .....	18
4.1.2 Acceptatie en commitment therapie (ACT) .....	20
4.1.3 Cognitieve gedragstherapie .....	20
4.1.4 Reattributie .....	22
4.1.5 Mindfulness .....	30
4.1.6 Graded Activity .....	32
4.2 klinische relevantie van de gevonden RCT's .....	33
4.3 Beoordeling gevonden reviews .....	35
<b>5. Discussie</b> .....	37
5.1 Reflectie op methode .....	37
5.2 Reflectie op resultaten .....	37
5.3 Conclusie .....	38

Literatuur .....	39
Bijlage 1 Zoekstring PubMed .....	43
Bijlage 2 Zoekstring – Cinahl .....	46
Bijlage 3 Zoekstring – PsychINFO .....	52
Bijlage 4 'level of evidence' volgens de richtlijn van het Centraal Begeleidingsorgaan (CBO).....	55
Bijlage 5 Dutch Cochrane Centre beoordelingslijst.....	56
Bijlage 6 PEDro-schaal.....	58

## 1. Inleiding

---

In het tweede jaar van de opleiding master psychosomatische fysiotherapie wordt er door de projectgroep gewerkt aan een Best Practice Ontwerp (BPO). Een onderdeel van het BPO is het beschrijven van een 'state of the art'. De 'state of the art' geeft inzicht in de meest recente literatuur.

Deze 'state of the art' is tot stand gekomen vanuit de volgende innovatieve vraagstelling: "maak een evidence based protocol voor de behandeling van somatisatieklachten in de eerstelijns psychosomatische fysiotherapiepraktijk voor een cliënt met een matig tot hoge somatisatie score op de vier dimensionale klachtenlijst (4 DKL)." Deze vraag kwam van twee eerstelijns fysiotherapie praktijken te weten: centrum voor fysiotherapie in Den Haag en fysiotherapie Oosteinde in Vriezenveen. In beide praktijken zijn één of meerdere psychosomatische fysiotherapeuten werkzaam.

Bij het opstellen van het projectplan is de uiteindelijke vraagstelling naar voren gekomen: "Welke interventies, binnen het domein van psychosomatische fysiotherapie, worden in de literatuur als meest effectief beschreven bij de behandeling van cliënten met somatisatie in een eerstelijns fysiotherapie praktijk?" Deze vraagstelling vormt de leidraad van deze 'state of the art'.

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden zijn de volgende stappen doorlopen:

- Er is literatuur gezocht naar evidentie van de verschillende behandelvormen bij de fysiotherapeutische behandeling van somatisatie
- Er wordt rekening gehouden met de al beschreven interventies vanuit de bestaande richtlijnen, werkwijzen en behandelstrategieën bij andere disciplines
- Het beroepscompetentie profiel wordt als uitgangspunt genomen bij de keuze van de te onderzoeken therapieën.
- Er wordt rekening gehouden met de behoefte, werkwijze en visie van de opdrachtgevers

In de methode staat omschreven hoe de zoekstrategie tot stand is gekomen en is uitgevoerd. De uitkomsten van de zoekstrategie zijn in een extractietabel weergegeven. In de discussie en conclusie wordt de zoekstrategie geëvalueerd. Daarnaast wordt beschreven welke behandelvormen als beste uit de literatuur naar voren zijn gekomen.

## 2. Methode

---

Vooraf hebben we (MESH) termen geformuleerd om met behulp van een PICO formule zo gericht mogelijk naar artikelen te zoeken. De reden om naast somatisatie andere aandoeningen mee te nemen in de zoekstrategie, is voortgekomen uit het feit dat de term somatisatie een overkoepelende term is voor een breed scala aan aandoeningen. Daarnaast is er ook voor een aantal DSM IV diagnoses gekozen, omdat deze een gevolg kunnen zijn van somatisatie en het klachtenbeeld overeenkomt en ze informatie kunnen geven over behandelmogelijkheden. Voorwaarde voor inclusie is dat de interventie staat beschreven in het beroepscompetentieprofiel van de PSF (Nederlandse Vereniging voor fysiotherapie volgens de psychosomatiek, 2009). Om een beeld te krijgen van de mogelijke interventies bij somatisatie is er eerst een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd. Aan de hand van dit oriënterend onderzoek zijn de bovenstaande in- en exclusiecriteria voor interventie opgesteld. De interventies die geëxcludeerd zijn, werden niet genoemd in het oriënterend literatuuronderzoek.

### 2.1 PICO

#### **Patiënten:**

Inclusie: somatisatie, somatoforme stoornissen, somatisatie stoornis, functionele stoornis, functioneel syndroom, medically unexplained symptoms (MUS), medically unexplained pain symptoms (MUPS), fibromyalgia, prikkelbare darm, chronisch vermoeidheid syndroom (CVS), chronische pijn, chronisch pijnsyndroom, chronische whiplash.

Exclusie: mensen <18 jaar

#### **Interventie:**

Inclusie: fysiotherapie, cognitieve (gedragmatige) therapie, mindfulness, ontspanningstherapie, reattributie, psycho-educatie, acceptance and commitment therapy (ACT), rational emotive(behavior) therapy (REBT), graded activity

Exclusie: runningtherapy, (communicatieve) massage, systeemtherapie en psychoanalyse

#### **Comparison:**

Geen, controle groep, wachtlijstgroep, interventies onderling, andere interventies of combinatie met een andere interventie

## Outcome:

Alle uitkomsten, bijvoorbeeld pijn, kwaliteit van leven, fysiek functioneren, symptomen etc.

## 2.2 In- en exclusiecriteria

Om tot een Best Practice Product te komen is er voor gekozen om in de literatuur naar de best mogelijke evidentie te kiezen.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Humans	Alle andere organismen
Randomized Controlled Trials (RCT's) en systematische reviews (SR)	Cohort, patiënt controle, pre experimentele designs, kwalitatief- en beschrijvend onderzoek
Jaargangen 2000 tot en met 2012	Gepubliceerd voor 2000
Engels en Nederlandstalig	Alle andere talen
Fulltekst beschikbaarheid	Alleen samenvatting beschikbaar

## 2.3 Databanken

Er is gezocht in PubMed, Cinahl en Psycinfo. Ook is er gezocht via de 'sneeuwbal methode' en via aanverwante links.

## 2.4 Gebruikte (MeSH) termen

Er is gezocht op de volgende termen: somatization, somatisation, somatizing patients, persistent somatizing patients, somatising patients, persistent somatising patients, somatic syndromes, functional somatic syndromes, multiple functional somatic syndromes, multiple somatic syndromes, medically unexplained symptoms, medically unexplained physical symptoms, medically nexplained pain symptoms, functional syndromes, fibromyalgia, irritable bowel syndrome, chronic fatigue syndrome, chronic pain, chronic pain syndrome, reattribution, chronic whiplash, graded activity, somatoform disorder, physical therapy modalities, mindfulness, cognitive therapy, body awareness therapy, acceptance, acceptance and commitment therapy, relaxation therapy, psycho-education, progressive relaxation, autogene training, problem solving therapy, rational emotive behavioural therapy, rational emotive behavior therapy, rational emotive behavioral therapy, predictors.

De gebruikte MeSH termen: Somatoform disorder, somatic syndromes, physical therapy modalities, cognitive therapy, relaxation therapy

## 2.5 Zoekstring

De zoekstring voor de databanken PubMed, Cinahl en Psychinfo zijn respectievelijk beschreven in bijlage 1, 2 en 3.

## 2.6 Literatuurbeoordeling/ weging

Voor het beoordelen van het niveau van bewijs van de verschillende artikelen wordt er gebruikt gemaakt van de 'level of evidence' volgens de richtlijn van het Centraal Begeleidingsorgaan (CBO) (zie bijlage 4).

Om de artikelen te kunnen beoordelen op methodologische kwaliteit is er gebruik gemaakt van verschillende beoordelingslijsten. Voor de SR is de Dutch Cochrane Centre beoordelingslijst gebruikt ([www.cochrane](http://www.cochrane) 2008)(zie bijlage 5). Voor de RCT's is de Physiotherapy Evidence Database ro. (Pedro, 2012) lijst gebruikt (zie bijlage 6).

De gevonden artikelen zijn vervolgens eerst gescreend op de inclusie- en exclusiecriteria gesteld binnen de PICO en daarna in het geheel Resultaten beoordeeld.

In de literatuurlijst zijn ook auteurs opgenomen die niet terug te vinden zijn in de extractietabel. Het betreft hier waardevolle artikelen over prognostische factoren, combinaties van somatisatie en depressie of angst etc., maar geen RCT's of SR's.

## 2.7 "State of the art" in de praktijk

Als onderdeel van de "State of the art" is, doormiddel van een vragenlijst, de huidige situatie betreffende de behandeling van cliënten met somatisatie in kaart gebracht. Aan de hand van de vragen wordt verslag gedaan van de huidige situatie.

1) Als een cliënt, na jouw onderzoek, onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten blijkt te hebben, stel je dan je benadering t.o.v. de cliënt bij? Zo ja, kun je dan aangeven waar deze bijstelling uit bestaat?

Beide opdrachtgevers gaven aan, doormiddel van een biografische anamnese, een bewustwording op gang te zetten bij de cliënt, zodat deze mogelijk zelf het inzicht krijgt dat er een verband is tussen de lichamelijke klachten en de psychosociale problematiek. Lukt dit niet dan wordt samen met de cliënt gezocht naar een gezamenlijk verklaringsmodel om de eigen invloed op de klachten bespreekbaar te maken. In beide praktijken maakt men gebruik

van het “twee sporen beleid”. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van reattributie, psycho- en pijn-educatie, REBT, cognitieve gedrags educatie, graded activity, graded exposure en time management, communicatieve massage, ademhalings- en ontspanningsoefeningen, problem solving en BAT.

2) Als een cliënt, na het onderzoek, onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten blijkt te hebben, ga je daar dan met de cliënt het gesprek over aan? Kun je aangeven wat van de volgende aspecten het gesprek wezenlijk beïnvloed? de duur van de klachten, de aard van de klachten, de aard van de persoonlijkheid.

In eerste instantie wordt het gesprek vooral beïnvloed door de aard van de klachten en de duur van de klachten, maar ook de reeds genoten hulpverlening speelt een rol. De persoonlijkheid van de patiënt speelt zeker ook mee maar is niet gelijk zo duidelijk. Persoonlijkskenmerken mogen niet door de psychosomatisch fysiotherapeut (PSF) gediagnosticeerd worden. Ze worden mogelijk herkend en erkend en soms voorzichtig ter sprake gebracht.

3) Kun je aangeven in hoeverre het genoemde aspect invloed heeft op het gesprek? (een voorbeeld zou kunnen zijn dat je meer tijd plant tussen de verschillende behandelingen door)

Afhankelijk van de mate van de lichamelijke klacht en/of bezorgdheid/angst wordt er snel of minder snel een vervolg afspraak gemaakt. Soms krijgen mensen nog informatie via de mail. Er wordt gestreefd het contact vers te houden en om eventuele boodschappen te laten bezinken. Later als de cliënt met de huiswerk oefeningen en de aangeleverde informatie aan de gang gaat, wordt de tijd tussen twee behandelingen langer.

4) Zijn er nog andere factoren die bepalend zijn voor het gesprek na de constatering dat er waarschijnlijk sprake is van "SOLK" of somatisatie?

Wat verder ook bepalend is voor het gesprek is of de cliënt via directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF) komt of met een verwijzing. Wat heeft de cliënt eerder aan (alternatieve) hulp gezocht? Is de cliënt bekend bij de behandelaar en weet de cliënt dat hij een PSF heeft bezocht en wat dit inhoudt?

5) Ben je bekend met het "stepped care model" en zo ja, hoe krijgt dat vorm in jouw praktijk als het gaat om mensen die somatiseren of SOLK hebben?

Beide opdrachtgevers zijn bekend met het “stepped care model”. Belangrijk hierbij is dat er “zorg op maat” geleverd wordt en het probleem niet te zwaar gemaakt wordt. Verder is het wat langer aanhouden van “het twee sporen beleid” een werkzame wijze waardoor cliënten



de tijd krijgen om enerzijds informatie te verwerven over hun fysieke klachten en anderzijds de tijd krijgen om te wennen aan het idee van andere oorzaken.

6) Als een cliënt niet via de huisarts komt, wat is dan voor jou een reden om contact op te nemen met de huisarts en in welk stadium doe je dit? Gaat dit altijd in overleg met de cliënt? Beide praktijken geven aan dat bij het ontbreken van informatie of bij de wenselijkheid om multidisciplinair te gaan behandelen contact opgenomen wordt met de huisarts. Dit steeds in overleg met de cliënt. Soms kan een PSF bij de huisarts nog een extra onderzoek voorstellen als onderdeel van de therapie, om daarna het spoor van de biomedische oorzaak te gaan verlaten.

7) Waar bestaat de behandeling van cliënten met "SOLK" of somatisatie nu uit? Wat beide praktijken doen is CGT interventies, zoals REBT, ontspanningsoefeningen, re-tributie, time management en graded activity en graded exposure. Acceptance and commitment therapy (ACT), massage en biofeedback wordt niet bij beide opdrachtgevers toegepast.

8) Is somatisatie of "SOLK" van invloed op de frequentie waarmee je een cliënt behandelt? Zo ja, waarin zit dan het verschil met "andere" cliënten? Vaak is, natuurlijk afhankelijk van de cliënt, het traject wat langer dan bij niet somatiserende cliënten. Dit wordt opgevangen door aanvankelijk wat intensiever te behandelen en later met tussenpauzes van twee weken.

9) In hoeverre werk je bij de cliënt met het vermoeden van "SOLK" of somatisatie met een dagboek? Waarin is dit eventueel anders dan bij "andere" cliënten? Op dit moment wordt er bij de opdrachtgevers zeker niet structureel met een dagboek gewerkt. Er wordt wel eens gevraagd aspecten van het leven op te schrijven, maar niet zo gestructureerd.

## 3 Samenvatting van de conclusies uit de gevonden artikelen

---

### 3.1. Ontspanning

Er was weinig literatuur te vinden over het effect van ontspanningstherapie bij Somatisatie of Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Er werden een aantal artikelen gevonden, maar deze waren vaak verouderd of niet full-text te verkrijgen. De laatste 10 jaar werd er meer onderzoek verricht naar functionele syndromen. Omdat deze door ons geïnccludeerd werden, hebben we ook artikelen gezocht waarbij het effect van ontspanningstherapie is onderzocht bij functionele syndromen. Fibromyalgie en het prikkelbare darm syndroom waren de meest onderzochte functionele syndromen. (Afton, 2009) gaf aan dat er geen RCT's gevonden zijn waarin het effect van alleen progressieve relaxatie is onderzocht bij patiënten met Fibromyalgie. Vaak werd er een combinatie behandeling gegeven, wat het moeilijk maakte om te beoordelen welke behandeling welk effect geeft. Autogene training lijkt niet effect te zijn bij patiënten met Fibromyalgie. Anderen (Veek van der P.P.J., 2007) toonden aan dat er een significante verbetering is van progressieve relaxatie bij patiënten met het prikkelbare darmsyndroom. Er werden minder pijnklachten ervaren, er was een verbetering van kwaliteit van leven en er werden minder doktersbezoekjes afgezegd. Boyce (Boyce, 2003) heeft gestandaardiseerde zorg door de maag-darm specialist vergeleken met deze zorg gecombineerd met cognitieve gedragstherapie of relaxatie therapie. Er werden geen significante verbeteringen aangetoond wanneer de gestandaardiseerde zorg gecombineerd wordt met cognitieve gedragstherapie of relaxatie therapie. Afton (Afton, 2009) gaf aan dat relaxatie wel een goede aanvulling is op de cognitieve gedragstherapie.

### 3.2 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Het doel van ACT is een rijk en zinvol leven te krijgen terwijl je de pijn accepteert die daar onvermijdelijk bij hoort. Bij ACT is de gewenste uitkomst mindful leven, overeenkomstig de waarden en niet het bestrijden van symptomen. Hoewel de symptomen bij ACT doorgaans wel verminderen, is dit nooit het doel. Bij ACT gaat het bij het aanleren van mindfulness vaardigheden dus niet om de symptomen te verminderen, maar om zijn relatie met de symptomen fundamenteel te veranderen, zodat ze hem er niet langer van weerhouden om naar zijn waarden te leven. Wanneer de symptomen wel verminderen wordt dit als een bonus beschouwd (van Burken 2010).

De ACT behoort tot de derde generatie van de cognitieve gedragstherapie. Er zijn diverse onderzoeken gedaan naar het effect van ACT. Deze onderzoeken werden alleen niet

uitgevoerd bij patiënten die hoog scoren op somatisatie of patiënten met SOLK. Alle gevonden artikelen hebben ACT onderzocht bij patiënten met chronische pijnklachten. Omdat de duur van de klachten van patiënten die hoog scoren op somatisatie of patiënten met SOLK vaak langer was dan drie maanden en het dus valt onder chronische klachten, hebben wij deze artikelen ook meegenomen in de State of the Art. Wij hebben drie onderzoeken (1 RCT en 2 reviews) beoordeeld. Er werden kleine effecten gevonden van ACT. Veehof et al. (2010) vond dat ACT een veelbelovende behandeling was voor vermindering van angst voor pijn, catastroferen, bewegingsangst en de zwaarte van pijn. Jensen et al, (2012) heeft onderzoek gedaan naar verandering van hersenactiviteit na een behandel met ACT. Er werd een toename van activiteit gezien in de pre-frontale cortex en de orbi-frontale cortex. Daarnaast bleek dat de connectie vergroot was tussen de pre-frontale cortex en de Thalamus. Er trad een verandering op van de perceptie van klinische symptomen door een verandering in de cerebrale lus tussen de afferente pijnsignalen, emoties en cognities; dit leidde tot een vergroting van toegang tot de cognitieve regio's. Daarnaast werd er ook een afname in depressie en angst gezien. Er wordt geen verandering gezien in pijnintensiteit.

Naast ACT bevat de derde generatie ook de MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy.) In het Nederlands ook wel Aandachtsgerichte Cognitieve Therapie genoemd. Het verschil tussen ACT en MBCT is dat in de ACT mindfulness op een minder strikte en meer pragmatische wijze toegepast wordt. Mindfulness wordt theoretisch gezien als één van de zes kernprocessen van ACT, naast onder andere acceptatie en diffusie (Jensen 2012). De MBCT is nog weinig onderzocht bij lichamelijke klachten. De meeste onderzoeken van MBCT zijn gedaan bij depressieklachten. In het artikel van Veehof et al (2010) werd aangegeven dat er meer onderzoek gedaan moet worden naar MBCT bij chronische pijn. Bailey et al (2010), heeft verschillende therapieën met elkaar vergeleken. Zowel ACT als exposure leken effectieve behandelingen te zijn bij chronische pijn patiënten met vreesvermijdings gedrag.

Er zijn meerdere artikelen gevonden van ACT en chronische pijn, maar er waren maar een aantal artikelen full tekst te verkrijgen.

### 3.3 Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Cognitieve gedragstherapie is een samenstelling van cognitieve therapie en gedragstherapie. Deze zijn zo'n 15 jaar geleden meer en meer geïntegreerd waardoor er steeds meer gesproken wordt van cognitieve gedragstherapie. Cognitieve therapie richt zich op de invloed van het denken op het gevoelsleven. Een sombere gedachte veroorzaakt doorgaans een minder rooskleurige kijk op het leven. De cognitief therapeut probeert met

verschillende therapieën te laten inzien dat het leven niet bepaald wordt door de manier waarop we er tegenaan kijken, maar dat het leven zijn eigen flow heeft. De gedragstherapie stelt het gedrag van de cliënt centraal. Het handelen van iemand zegt vaak iets over hoe iemand zich voelt. Bij gedragstherapie wordt eerst het problematisch gedrag onder de loep genomen, waarna er ander gedrag voor aangeleerd wordt. De cognitieve therapie en de gedragstherapie vullen elkaar heel goed aan en lopen in elkaar over, vandaar dat er de laatste jaren gesproken wordt van cognitieve gedragstherapie (van Burken 2010).

In de literatuur is niet altijd goed terug te vinden wat de auteurs verstaan onder cognitieve gedragstherapie. Maar heel zelden wordt uiteengezet wat men precies met de onderzoeksgroep deed (Barsky 2004). Uit de tekst is soms wel op te maken wat er zoal met de cliënt besproken werd. In de praktijk kwam het vaak neer op een combinatie van “acceptance and commitment therapy”, psycho-educatie, rationele emotieve therapie (RET), de Socratische dialoog en exposure technieken. In andere artikelen wordt er ook een vorm van ontspanningstherapie (Mindfulness) onder verstaan ((Sumathipal 2007).

Hoe onduidelijk de literatuur is over de concrete inhoud van de CGT des te duidelijker zijn is het over de resultaten. Over het algemeen wordt CGT als een veelbelovende therapie gezien bij mensen met somatisch onvoldoende verklaarbare (lichamelijke) klachten en somatisatie (Kroenke, 2000).

### 3.4 Reattributie

Ziekte percepties hebben als doel de klacht begrijpbaar te maken. Het begrijpen van een lichamelijke klacht is belangrijk voor patiënten: het kan geruststellend werken (of juist niet), geeft richting aan de manier van omgang met klachten (coping) en het laat de cliënt zoeken naar eventuele (medische) hulp. De gedachten die optreden bij een lichamelijke klacht zijn afhankelijk van iemands persoonlijke kennis, opvoeding en eerdere ervaring met dit type klacht. Naast persoonlijke kennis en ervaring worden ziektepercepties en emoties bepaald door de externe omgeving, bijvoorbeeld ouders, fysiotherapeut, de huisarts, en tegenwoordig steeds vaker internet. Ten slotte wordt de representatie van de klacht beïnvloed door de interpretatie van de klachten zelf: hoe is het verloop van de klachten, blijven de klachten lang bestaan, hoe intens is de pijn, hoe beperkend zijn de klachten, hoe is de uitwerking van de medicatie, veranderingen in het klachtenpatroon, interpretaties van lichamelijke sensaties zoals pijn, kraken, prikkelingen enzovoort. Als klachten langer blijven bestaan en er geen duidelijkheid komt over de klachten, worden ziektepercepties belangrijk in het ziekteproces en spelen ze een meer dominante rol in het onderhouden van de pijn- en beperkingen. Het op één lijn komen over de onderhoudende factoren en de uit te voeren behandeling is

essentieel om een behandeling te kunnen starten. Het kan frustraties bij zowel de patiënt als de fysiotherapeut voorkomen en therapietrouw vergroten (Burken, 2010).

Als theoretisch model wordt bij ziekte percepties veelal het zelfregulatiemodel van Leventhal, ook wel het "Common-Sense-Model gebruikt (Cameron LD, 2003).

In sommige gevallen is het belangrijk om de attributie van de patiënt aan te passen. Dit wordt ook wel reattributie (RT) genoemd. De reattributie-aanpak helpt de patiënt een functioneler perspectief op zijn klacht te ontwikkelen. De RT benadering is alleen onderzocht binnen de huisartsgeneeskunde. In het boek 'gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut' (Burken, 2010) wordt een aanbeveling gedaan naar de eerste lijn fysiotherapeuten om bij deze RT aan te sluiten. Dit ten eerste omdat de huisarts eenmaal de belangrijkste medespeler is voor de fysiotherapeut. Ten tweede blijkt er ook evidence voor te zijn dat deze aanpak effectief schijnt te zijn.

Met dit als uitgangspunt dat er enig bewijs bestaat dat het reattributie (RT) model volgens Goldberg bruikbaar is bij het benaderen van somatische klachten (Blankenstein, 2002).

In een systematic review (Gask I., 2010) werd het originele RT model beschreven volgens 'Goldberg' in drie fases beschreven; 1 zich begrepen voelen 2 het verbreden van de agenda 3 de fase waarin de link wordt gelegd. De RT aanpak is een primaire kapstok waarin verschillende behandeltechnieken passen, denkend aan 'problem solving' of cognitieve gedragstherapie. Deze manier van handelen is niet alleen een manier van interveniëren maar ook vooral voor de therapeut een beroepsmatige gedragsverandering in communicatie naar de patiënt toe. De effecten waren wisselend, er zijn positieve uitkomsten gemeten met de RT kijkend naar psychologische en fysieke uitkomsten (Gask I., 2010) . Deze resultaten werden overigens niet breed ondersteund, want in een ander SR (Huibers MJ, 2009) kwam reattributie training wat betreft het fysiek functioneren met een beperkt bewijs Level 3 (Gezondheidszorg, Kwaliteits Instituut voor de, 2007) vergeleken met usual care bij huisartsen.

Er zijn aanwijzingen dat reattributie effectief is bij de attitudevorming van de zorgverlener naar de somatische patiënt (Rosendal M, 2005)

RT is niet de sleutel tot succes voor het managen van SOLK klachten als er sprake is van een verstoorde communicatie. (Rosendal M, 2005).

Een aantal andere RCT's melde ook dat RT training de communicatie tussen de zorgverlener en SOLK patiënt optimaliseerde (Morriss, 2008) en het vertrouwen en het beheer met SOLK patiënten verbeterde (Morriss R., 2006). Deze uitkomsten hadden overigens geen klinisch effect op de SOLK klachten zelf op langere termijn (Morriss, 2008) (Morriss R, 2007). Dit werd tevens ondersteund door het hiervoor genoemde kwalitatief goed methodologisch Systematic review van Huibers et al (Huibers MJ, 2009) bij somatisatie.

### 3.5 Mindfulness

Een algemene definitie van mindfulness is 'aandachtig leven op een bepaalde manier: bewust, in het moment en zonder te oordelen' (Dunford & Thompson, 2010).

Er bestaan verschillende soorten mindfulness zoals Mindfulness based stress reduction (MBSR), Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) en als onderdeel binnen verschillende therapeutische modellen zoals Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en Dialectical Behaviour Therapy (DBT) (Dunford & Thompson, 2010).

#### Mindfulness based stress reduction (MBSR)

MBSR is een groepsinterventie van oorsprong bedoeld als mede-interventie bij de behandeling van patiënten met chronische pijn. Het programma bestaat uit intensieve training in mindfulness en leert de patiënt zijn fysieke en psychologische condities meer te accepteren en minder te beoordelen (Keng, Smoski, & Robins, 2011). Uit verschillende studies blijkt dat MBSR zelf gerapporteerde angst, depressie, boosheid, piekeren, algemene ervaren distress, cognitieve desoriëntatie, posttraumatische vermijdingsymptomen en medische symptomen vermindert. Het blijkt positieve affect, gevoel van spiritualiteit, empathie, gevoel van cohesie, mindfulness, vergevensgezindheid, zelf compassie, tevredenheid met het leven en kwaliteit van leven te vergroten.

#### Mindfulness based cognitive therapy (MBCT)

MBCT wordt in het Nederlands ook wel aandachtgerichte cognitieve therapie genoemd. In MBCT wordt mindfulness als vaardigheid aangeleerd bij de behandeling van met name chronische en recidiverende depressies. MBCT combineert mindfulness training en elementen van cognitieve therapie (Keng, Smoski, & Robins, 2011). Net als CT, helpt de MBCT de deelnemer gedachten te zien als mentale gebeurtenissen in plaats van als feiten. MBCT probeert iemands bewustzijn van en relatie tot de gedachten en emoties te veranderen en niet zozeer de gedachten zelf zoals de CT doet. MBCT vermindert recidieven van depressie en depressieve symptomen (Keng, Smoski, & Robins, 2011).

Uit een review van Dunford et al (Dunford & Thompson, 2010) blijkt dat het onderzoek van mindfulness en pijn zich vooral gericht heeft op chronische pijn en er blijkt dat mindfulness beter werkt dan relaxatie. Dit is met name bij de follow-up, hoewel de resultaten direct na de interventie niet altijd sterk zijn (Dunford & Thompson, 2010). Mindfulness trainingen kunnen bruikbaar zijn bij het verbeteren van specifieke psychologische kenmerken geassocieerd met chronische pijn zonder de pijn zelf te veranderen (Chiesa & Serretti, 2011) (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004). Er wordt wel bij aangegeven dat er nog onvoldoende bewijs is om de grootte van de effecten van mindfulness te bepalen bij patiënten met chronische pijn (Chiesa & Serretti, 2011).

De literatuur lijkt duidelijk positief over de effecten van mindfulness op mentale en fysieke gezondheid (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004) (Baer, 2003). Mindfulness training wordt dan ook als een potentiële interventie gezien om patiënten te helpen bij de omgang met chronische ziekte en stress (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004). Er blijkt ook dat veel patiënten die meedoen aan mindfulness de cursus helemaal doorlopen en de vaardigheden ook blijven beoefenen lang nadat de interventie beëindigt is (Baer, 2003).

Conclusie: de resultaten van mindfulness zijn veelbelovend, mn bij chronische pijn, maar veel van de onderzoeken zijn methodologisch te beperkt.

Het wetenschappelijk bewijs naar graded activity is er nog beperkt (Köke A, 2007) ondanks dat er wel meerdere onderzoeken zijn gedaan naar het effect van graded activity op veel uiteenlopende klachten. Ook zijn er een aantal onderzoeken gedaan naar het effect van graded activity bij mensen met functionele syndromen en met name het chronische vermoeidheidssyndroom (Edmonds M, 2010) (Powell P, 2001) (Wallmam K, 2004). Er werden geen duidelijke verbeteringen aangetoond, wel leken de effecten in het voordeel van graded activity uit te vallen. Deze verschillen waren echter erg klein (Wulferink AJM, 1993). Over de term en de inhoud van “graded activity” is onvoldoende eenduidigheid. Deze interventie werd in de onderzoeken niet altijd op dezelfde manier toegepast. Elk artikel had een andere invulling van het graded activity programma. Het aantal behandelingen, de duur van de interventieperiode, maar ook de manier van begeleiding kwamen niet overeen (telefonisch, individueel of alleen huiswerk oefeningen). Ook werden er combinatiebehandelingen gegeven, waardoor het moeilijk te zeggen is welk onderdeel voor het effect verantwoordelijk was (Edmonds M, 2010).

### 3.6 Communicatieve Massage

Om het vak van psychosomatische fysiotherapeut uit te kunnen oefenen, zijn, naast kennis, ook vaardigheden en attitude van belang. Communicatieve Massage is een middel wat ingezet kan worden ter bevordering van de zelfregulatie bij patiënten met complexiteitsniveau 3 en ter ondersteuning van de lichaamsbewustwording bij een multidisciplinaire behandeling van patiënten met complexiteitsniveau 4.

Massage kan gunstige effecten hebben voor patiënten met subacute en chronische aspecifieke lage rugpijn. Massage heeft een aantoonbaar aanvullend effect in combinatie met andere behandelingen zoals oefentherapie en zelfmanagement educatie. De effecten zijn tot 1 jaar merkbaar. (Furlan A.D., 2009)

Massage biedt de angstige patiënten diverse positieve ervaringen die zijn potentiaal tot zelfregulatie weer wat verhoogd. Een punt dat niet genoemd werd in het artikel is dat deze vorm van massage mogelijk psychologische hulpverlening elders ondersteund. Immers de patiënt ervaart ontspanning, aandacht en toegenomen zelfvertrouwen. En herontdekt weer een stukje potentie die hij/zij voor de angststoornis had. Dit toegenomen vertrouwen en hoop kan de psychologische hulpverlening die elders gegeven wordt, positief faciliteren. Een onderzoek hiernaar binnen de (psychosomatische)fysiotherapie moet vrij eenvoudig uit te voeren zijn. (Bilthult A., 2009)

Bij patiënten met het complex regionaal pijnsyndroom en bij patiënten met fantoom ledemaatpijn is al aangetoond dat ze een vervormd lichaamsbeeld hebben. Nu is dit ook bij rugpatiënten aantoonbaar. De in dit onderzoek gevonden veranderingen op stoornisniveau suggereren dat training gericht op lichaamsbewustwording zinvol kan zijn bij (een subgroep van) patiënten met chronische specifieke lage rugpijn. (Moseley, 2008)

### 3.7 Body Awareness Therapy

Aanvankelijk werd dit ontwikkeld voor patiënten uit de psychiatrie, maar meer en meer is dit overgenomen door fysiotherapeuten in de eerste lijns zorg voor cliënten met uiteenlopende pijnklachten. In verschillende studies werd aangetoond dat BAT een bruikbare interventie is voor cliënten met a-specifieke pijnklachten

Juist de psychosomatisch fysiotherapeut is bij uitstek geschikt om cliënten te behandelen met naast hun somatische klachten ook psychische problemen. Dit kan zich uiten in somatisch onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten, a-specifieke pijnklachten al dan niet in combinatie met depressie, angst, somatisatie of distress.

Erikson et al concluderen in hun onderzoek dat BAT ook een positief effect heeft op het prikkelbare darmsyndroom. (Lind B, 1993) (Eriksson E.M., 2007) (Malmgren-Olsson E.B., 2001) (Kendall SA, 2000) (Mattsson M, 1998)



### 3.8 Biofeedback

Biofeedback is bewezen effectief bij de behandeling van angstklachten, hoofdpijn, hoge bloeddruk, temporomandibulaire klachten en urine-incontinentie. Daarnaast is de methode vergelijkbaar effectief bij een scala aan aandoeningen en klachten, zoals chronische pijn, stress, slaapproblemen, spastische colon, nek- en schouderklachten (Yucha&Montgomery, 2008). Biofeedback wordt een “psychofysiologische spiegel” genoemd waardoor cliënten mee kunnen kijken met en leren van de fysiologische signalen die door het lichaam worden afgegeven.(Peper et al, 2009).

Uit een vergelijkend onderzoek(Lehrer et al, 2011) met als doel het onderzoeken van de efficiëntie van psychofysiologische behandeling bij SOLK(Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten) blijkt dat patiënten een psychofysiologische behandeling als lichaamsgericht ervaren en de relatie tussen emotie en klachten makkelijker bespreek wordt. De psychofysiologische begeleiding bestond uit een gestandaardiseerd en uitgeschreven protocol van 10 sessies waarbij aandacht werd besteed aan HRV training,ademtraining, electromyografie en autogene training met temperatuur. (Yucha, 2008) (Peper, 2009) (Katsamanis, 2011)

## 4 Weergave van de geselecteerde artikelen.

---

Op basis van de methodologische kwaliteit en klinische relevantie zijn de artikelen geselecteerd die weergegeven zijn in de extractietabellen hieronder. Voor alle tabellen gelden de volgende afkortingen:

RCT: randomized controlled trial

Et al: et alii (= en anderen)

CGT: Cognitieve Gedragstherapie

ACT: Acceptatie en commitment therapie

HA: Huisarts

RT: Reatributie

MUS: Medically unexplained symptoms

MUPS: Medically unexplained physical symptoms

MSBR: Mindfulness based stress reduction

### 4.1 Interventies

#### 4.1.1 Ontspanningstherapie

Artikel	Onderzoeksdesign	Niveau bewijs	Beoordeling RCT's (volgens de pedro lijst)	Onderzoeksgroep	Gebruikte interventies	Resultaten
Lahmann et	RCT	B	6 (goed)	Patiënten met a-	Functionele ontspanning, 10	Significante verbetering van de Somatisatie,

al, 2008				specifieke borstpijn, zonder somatische oorzaak.	sessie van 90 minuten in 6 weken.	angst en cardiovasculaire klachten in de ontspanningsgroep.
Afton et al, 2009	Maniscript			Patiënten met Fibromyalgie	Progressieve relaxatie/ autogene training	Twee RCT's hebben autogene training onderzocht, maar deze bleek niet effectief. 1 RCT heeft aangetoond dat relaxatie een goede aanvulling is bij CGT om symptomen te verminderen.
Van der Veek et al, 2007	RCT	B		Patiënten met het prikkelbare darm syndroom	4 keer 90 minuten relaxatietraining	De patiënten in de relaxatie groep hadden significant minder dagen pijnklachten in vergelijking met de controlegroep. Er was een significante verbetering op de subschaal 'algemene gezondheid' en 'verandering in gezondheid'. Verbetering van kwaliteit van leven en afname doktersbezoekjes.
Boyce et al, 2003	RCT	B		Patiënten met het prikkelbare darmsyndroom	Gestandaardiseerde zorg + relaxatie en gestandaardiseerde zorg + cognitieve gedragstherapie	Al de patiënten in dit onderzoek laten een verbetering zien op de IBS, score op angst en depressie en functie ongeacht welke therapie ze kregen. Geconcludeerd kan worden dat cognitieve gedragstherapie en relaxatie geen betere resultaten behaald dan gestandaardiseerde zorg (dieet)

#### 4.1.2 Acceptatie en commitment therapie (ACT)

Artikel	Onderzoeksdesign	Niveau bewijs	Beoordeling RCT's (volgens de pedro lijst)	Onderzoeksgroep	Gebruikte interventies	Resultaten
Veehof et al, 2010	Systematic review	A1		Patiënten met chronische pijn	Acceptatie en commitment therapy (ACT) en Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)	Kleine effecten gevonden, goed alternatief voor CGT. Nieuwe stroom MBCT moet onderzocht worden.
Jensen et al, 2012	RCT	B	8	Patiënten met Fibromyalgie	3 <sup>e</sup> generatie CGT (ACT)	Verhoogde de activatie in de ventrolaterale, prefrontale/laterale en de orbifrontale cortex welke geassocieerd zijn met het cognitieve vermogen/ controle.
Bailey et al, 2010 (7)	Systematic review	A1		Patiënten met chronische pijn met vrees-vermijdings gedrag	Vergelijking van 4 behandelingen: exposure, graded activity, ACT en CGT	ACT en exposure hebben het meest effect op het vrees vermijdingsgedrag bij chronische pijnpatiënten

#### 4.1.3 Cognitieve gedragstherapie

Artikelen	Onderzoeksdesign	Niveau bewijs	Beoordeling RCT's (volgens de pedro lijst)	Onderzoeksgroep	Gebruikte interventies	Resultaten
Kroenke et al, 2007	Review van RCT's	A1	6		literatuuronderzoek	CGT is een geschikte therapie bij somatisatie.
Olde Hartman et al, 2009	Systematic Review	A1		1 <sup>e</sup> lijns patiënten	Literatuur onderzoek	Slechts 13 studies met conclusie weinig empirische evidentie
Barsky et al, 2004	RCT	B	1		CGT en reguliere medische zorg	Er zijn significante lange termijn effecten van CGT.
Sumathipala et al, 2007	Systematic Review	A1			literatuuronderzoek	CGT is effectief bij somatisatie.
Magallon et al, 2008	RCT	B	2		CGT en CGT in groepsverband en reguliere zorg	CGT is effectief, zowel in groepsverband als individueel.
Nijs et al, 2010	RCT	B	2		literatuuronderzoek	Er is evidentie voor psycho-educatie bij fibromyalgie.
Martin et al, 2007	RCT	B	3		Één sessie CGT en reguliere zorg	CGT geeft verminderde medische consumptie.
Allen et al, 2001	Preliminary investigation	C	--	N=11 1 drop-out	10 sessies van CGT, PR en diafragmatische ademhaling.	Significante verbetering van alle 10 de cliënten.
Schröder et al, 2012	RCT	A2	6(goed)	N=120 Interventiegroep n=54	9 geprotocolleerde behandelingen in groepsverband versus reguliere	De interventiegroep behaalde een significant beter resultaat in

				Usual care n=66	zorg in de 1 <sup>e</sup> lijn.	vergelijking met de cliënten die usual care kregen.
Hedman et al 2011	RCT	B		N=40	Via internet aangeboden vorm van CGT.	Effective behandeling (Hedman E., 2011)

#### 4.1.4 Reattributie

Artikel	Onderzoeksdesign	Niveau bewijs	Beoordeling RCT's (volgens de pedro lijst)	Onderzoeksgroep	Gebruikte interventies	Resultaten
Gask, L. 2011	Systematic review	A1		MUS doelgroep tov de interventie RT.	Literatuur onderzoek naar effect van Reattributie model volgens Goldberg als interventie..	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effecten zijn wisselen: er zijn positieve uitkomsten kijkend naar iemands psychologische &amp; fysieke uitkomsten. (10,11,12,13)</li> <li>• Doctoren die opgeleid waren de reattributie rapporteerde meer zelfvertrouwen tijdens de beh. Van</li> </ul>

somatisatie  
pat.(24,25)

- HA waren vooral bekwaam qua psychologische skills. (24)
- Patiënten stonden meer open en psychologische factoren kwamen meer te sprake bij HA die RT training hadden gehad. (27)
- Korte termijn verbetering van fysiek functioneren door een getrainde RT therapeut (19,20)
- Er is bewijs dat RT werkt bij pat. die iedergeval al wat openstaan ter bespreking van gele vlaggen (11,28)

						Conclusie artikel is dat het RT model iets te simplistisch is en bevelen het Four-stage model
Huibers M.J. 2009	Systematic Review	A1		Psychosociale interventies door huisartsen waaronder ook Reattributie methode bij somatisatie	Reattributie interventie	Uit literatuur onderzoek komt een beperkt bewijs (level 3) dat reattributie beter is dan usual care.  Wel zijn er maar 3 studies in deze conclusie meegenomen.  Toelatingseisen van studies zijn zeer streng in deze review.
Rosendal, M. 2005	RCT	A2	3	Onderzoekt het effect van training op het gedrag en houding van huisartsen t.o.v chr. Pat. met somatisatie gedrag & stoornissen.	Cognitief educatie programma voor het behandelen en coachen van somatisatie patiënten volgens het bestaande reattributie en management model	Verbeterde voldoening en comfortabeler voelen in het behandelen van somatisatie (significant P=0.002) pat.. Overall was er een verbetering meetbaar maar niet significant. Het negatieve



						gedrag is verbeterd t.o.v. de MUS pat. doelgroep..
Dowrick, C. 2008	verkennende gerandomiseerde controle studie	B		De effecten van reattribution training van GP communicatie gedrag met patiënten met aanhoudende MUS. En de implementatie barrières.	2x 6uur durende Reattribution training. bij behandeling van patiënten met MUST	<p>Reattribution training verhoogt het gevoel van competentie van het behandelen van patiënten met MUS klachten.significant werden de volgende kenmerken opgemerkt in de RT groep:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GP rapporteerde vaker dat ze teveel tijd kosten de MUS pat.</li> <li>- Ervaarde beter te weten hoe deze pat. met MUS te helpen.</li> </ul> <p><b><u>Implementatie barrières:</u></b></p> <p><b>Patiënt barrières</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diepgewortelde</li> </ul>



						<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complex presentaties</li> <li>- Vage definities van MUS</li> <li>- Tijd</li> <li>- Kwaliteit Outcomes</li> <li>- Impact op de tweede lijn</li> </ul>
Morris R, 2006	RCT	A1	3	<p>De doelstellingen van dit onderzoek was om de haalbaarheid en effectiviteit vast te stellen van RT training voor patiënten MUS in de eerste lijn. en manieren te vinden om de resultaten te meten in te identificeren.</p> <p>RT groep tov. Controle groep met</p>	Reattributie training van 3x2uur van huisartsen. Bij MUST patiënten	<p>(82%) KP meldde een gerust gevoel of zeer vertrouwen in het beheer van patiënten met muss na de training, maar. Ongeveer 80% van de KP's meldde dat de training nuttig was en verbeterde hun vertrouwen en het beheer van patiënten met MUS, in hun werk.</p> <p>En de doeltreffendheid ervan is meetbaar in de eerste lijn.</p>

				de usual care.		
<b>Blanken-stein, A.H.</b>	Beschrijvende studie	C		Doel is om RT geschikt te maken voor toepassing bij patiënten met langdurige somatisatie klachten, inclusief hypochondrie. En om de haalbaarheid te evalueren.in huisartspraktijken	RT training bestond uit 20 uur opleiding, zes sessies van variabele lengte.	Het reattribution model is bruikbaar in het benaderen van somatisatie klachten.
<b>Morriss, R. 2007</b>	RCT	B	3	Of er verandering optreedt in arts versus patiënt communicatie en symptomen, bij MUST pat. populatie.	Praktijkgerichte opleiding van huisartsen in reattribution training van 6uur. En een 3 maanden durende interventie.	RT training was effectief in het het veranderen van klinische communicatie, zodat in een groter deel van het overleg arts-patiënt communicatie in overeenstemming was met de RT.

						verbetering in de prognose van de patiënt met MUS klachten na RT was teleurstellend gezien het feit dat RT training internationaal gebruikt wordt voor het beheer van medisch onverklaarde klachten.
Morriss, R 2008	RCT	A2	4	Of RT de communicatie verbeterd van psychosociale informatie en een verminderde communicatie over somatische interventie tussen huisartsen en hun MUS patiënten.	RT versus usual care. RT training bestond uit 3x2uur les aan de huisartsen.	Het verbeterd de communicatie tussen de huisarts en MUS patiënt. Het heeft geen effect op langere termijn op de klinische verbetering van de MUS klachten Patienten omschreven meer psychosociale gebeurtenissen bij de RT geschoolde huisartsen.

#### 4.1.5 Mindfulness

Artikel	Onderzoeksdesign	Niveau bewijs	Beoordeling RCT's (volgens de pedro lijst)	Onderzoeksgroep	Gebruikte interventies	Resultaten
Schmidt et al, 2011	RCT	B	8 (goed)	Vrouwen met fibromyalgie	Mindfulness-based stress reduction (MBSR)	Geen verschil tussen verschillende interventies Op basis van dit onderzoek wordt MBSR niet aanbevolen als een effectieve behandeling bij vrouwen met fibromyalgie.
Keng et al, 2011	Review van empirische onderzoeken	A1		Geen specifieke doelgroep	Mindfulness-based stress reduction (MBSR), Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT), Dialectical Behavior Therapy (DBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	Conclusie: verschillende positieve psychologische effecten als gevolg van mindfulness (subjectieve welzijn, afname van psychologische symptomen en emotionele reactiviteit en toename van gedragsregulatie)
Dunford et al, 2010	Narrative review	A1		Individen met pijn	Relaxatie en mindfulness	Relaxatie kan acute en chronische pijn verminderen maar niet blijvend. Mindfulness kan leiden tot verbetering van psychologische maten en fysiek functioneren en deze zijn er nog bij follow-up.
Grossman et al, 2003	Meta-analyse	A1		Verschillende	Mindfulness-based stress reduction	MBSR kan verschillende individuen helpen bij de omgang met klinische en niet-klinische problemen.

<b>Chiesa et al, 2011</b>	Systematisch review	A1		Patiënten met chronische pijn (fibromyalgie, musculoskeletale pijn, reumatoïde artritis)	Mindfulness-based interventies	Er is nog geen voldoende bewijs om de grootte van het effect van de mindfulness-based interventies te bepalen voor patiënten met chronisch pijn. Verder onderzoek van hogere kwaliteit is nodig.
<b>Bear et al, 2003</b>	Empirische review	A1		Verschillende	Mindfulness-based interventies	Mindfulness-based interventies zouden behulpzaam kunnen zijn in de behandeling van verschillende aandoeningen. Veel tekortkomingen in huidige literatuur
<b>Fjorback et al, 2012</b>	Randomized trial	B	7 (goed)	Patiënten met bodily distress syndrome (BDS)	Mindfulness-based stress reduction en cognitieve gedragstherapie	Een mindfulness interventie kan makkelijk worden geïntegreerd in de behandeling van BDS, en mindfulness therapie is een haalbare en aanvaardbare behandeling. De studie toonde aan dat mindfulness therapie vergelijkbaar was met een verbeterde behandeling zoals gebruikelijk in het verbeteren van kwaliteit van leven en symptomen. Gezien de snellere verbetering na mindfulness, kan mindfulness therapie een potentieel nuttige interventie zijn bij BDS patiënten. Klinisch belangrijke veranderingen lijken vergelijkbaar met CGT benadering.

#### 4.1.6 Graded Activity

Artikel	Onderzoeksdesign	Niveau bewijs	Beoordeling RCT's (volgens de pedro lijst)	Onderzoeksgroep	Gebruikte interventies	Resultaten
Wallman et al, 2004	RCT	B	6 (goed)	Patiënten met het chronische vermoeidheidssyndroom	Graded activity en ontspanningstherapie	Vermindering van depressie in graded activity groep, grotere vermindering van symptomen in de graded activity groep, Verbetering conditie en functioneel vermogen.
Powell et al, 2001	RCT	B	6 (goed)	Patiënten met het chronische vermoeidheidssyndroom	1 <sup>e</sup> groep: 2 keer telefonisch contact (totaal 3 uur); uitleg van de klachten + opstellen graded activity programma voor thuis 2 <sup>e</sup> groep: 7 keer 30 minuten telefonisch contact + graded activity programma voor thuis + hulp hiermee bij problemen die ze tegen komen (motivational interviewing) 3 <sup>e</sup> groep: zeven bijeenkomsten met dezelfde insteek als groep 1 en 2. 4 <sup>e</sup> groep: controlegroep	In alle drie de interventiegroepen zag men een vermindering in vermoeidheid, vermindering van slaap, lichaamsgebrek en verbetering van stemming. Tussen de groepen was geen verschil.
Busch et al 2011	review	A1		Patiënten met Fibromyalgie	Oefentherapie ( thai chi, yoga, trilplaat, nordic walking, leefstijl lichamelijke activiteit	Vermindering van pijn en depressie, verbetering gezondheid en lichamelijke functie



## 4.2 klinische relevantie van de gevonden RCT's

Auteur en jaar	Vergelijkbaarheid patiënten	Reproduceerbaarheid interventie	Klinisch relevante uitkomsten	Effect klinisch relevant	Voordelen > nadelen
Lahmann et al, 2008	ja	ja	ja	nee	ja
Van der Veek et al, 2007	ja	ja	ja	ja	ja
Afton et al, 2009	nee	nee	nee	nee	ja
Boyce et al, 2003	ja	ja	ja	nee	nee
Jensen et al, 2012	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja
Schmidt et al, 2011	ja	ja	nee	nee	ja
Fjorback et al, 2012	ja	ja	ja	ja	ja
Barsky et.al, 2004	ja	nee	ja	nee	ja
Martin et al, 2007	ja	ja	ja	ja	ja
Magallon et al,					

2008					
Nijs et al 2010					
Schröder et al 2012					
Hedman et al 2011	ja	nee	ja	nee	ja
Wallman et al, 2004	Ja	Ja	Nee	nee	Nee
Powell et al, 2001	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee

### 4.3 Beoordeling gevonden reviews

Studies	Vraagstelling adequaat	Zoekactie adequaat uitgevoerd	Selectie procedure adequaat uitgevoerd	Kwaliteitsbeoordeling adequaat uitgevoerd	Adequaat beschreven data-extractie	Belangrijkste kenmerken van	Adequaat omgegaan met klinische en statische heterogeniteit	Statische pooling correct uitgevoerd.	Zijn resultaten valide en toepasbaar	Dichotome uitkomsten	Toepasbaarheid NL	Eindoordeel kwaliteit methodologie /conclusie (aantal positieve antwoorden/totaal aantal vragen)
Veehof et al, 2010	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	ja	Ja	1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn	Erg goed uitgevoerd review. Jammer dat ze maar 2 hoog kwalitatieve studies hebben kunnen gebruiken. Er is op de juiste manier omgegaan met subgroepen, maar voor sommige subgroepen was erg weinig literatuur te vinden.
Olde Hartman 2009	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	matig	ja	1 <sup>e</sup> lijn	Goed uitgevoerde review. Jammer dat het aantal studies (13) niet zo groot is .
Bailey et al, 2010	nee	Ja	Ja	nee	Ja	Ja	nee	nee	nee	Ja	1 en 2 lijn	Matig review. Gebruikt RCT's maar ook onderzoeken van matige kwaliteit/ single case studies.
Crombez et.al, 2009	Ja	Ja	Ja	Ja	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn	Wel een duidelijke zoekstrategie weergegeven, maar zeer matig uitgewerkt. Betrof 120 artikelen. Exlusie criteria zijn goed beschreven.
Sumathipala et al, 2007	ja	ja	ja	ja	ja	ja	matig	Ja	ja	nee	1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn	Overzichtelijk en informatief artikel met duidelijke conclusies. Betrof 421 RCT's
Kroenke et al, 2007	ja	ja	ja	ja	nee	nee	nee	Nee	ja	nee	ja	Zocht alleen in Medline en betrof 34 RCT's met 3922 patiënten
Keng et al, 2011	nee	nee	nee	nee	Ja	Ja	Ja	n.v.t.	nee	Nee	1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn	Het is een beschrijvende review. Matig van kwaliteit. Ook de studies die inbegrepen zijn, hebben methodologische beperkingen
Dunford et al, 2010	Nee	Ja	Ja	nee	Ja	Ja	Ja	n.v.t.	ja	Nee	1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn	Het is een beschrijvende review met als doel een overzicht te geven van de huidige literatuur. ER is verschil in selectie van de studies van relaxatie, die review is gebaseerd op 3 bestaande systematische reviews, terwijl de review van mindfulness gebaseerd is op actuele onderzoeken.

<b>Chiesa et al, 2011</b>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	n.v.t.	ja	Nee	1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn	Eindoordeel voldoende. Goed opgezet review. Beperkingen van deze review zijn: heterogeniteit van de onderzoeksgroepen en controle groepen, de sociale wenselijkheid bij zelfrapportage vragenlijsten, de onderzoeksgroep bestond mn uit vrouwen, blank en westers, verschillen tussen de duur en karakteristieken van de interventies.
<b>Bear et al, 2003</b>	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	ja	?	1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn	Eindoordeel voldoende. Goed opgezet review. Veel tekortkomingen in huidige literatuur.
<b>Grossman et al, 2003</b>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	ja	?	1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn	Eindoordeel voldoende. Goed opgezet review. De opgenomen onderzoeken zijn voor het merendeel van lage kwaliteit en met weinig vergelijkbare follow-up data. Bovendien is het construct mindfulness vaak niet goed geoperationaliseerd.
<b>Busch et al, 2011</b>	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee	nee	Nee	1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn	Matig uitgevoerd review. Uitkomsten staan niet duidelijk beschreven in tabellen.

## 5. Discussie

---

### 5.1 Reflectie op methode

De PICO en de daarbij behorende in- en exclusie criteria die in deze state-of-the-art gebruikt zijn, is tot stand gekomen na de volgende overwegingen:

- Patiënten: Somatisatie is een breed begrip, daarom is er gekozen om ook een aantal aandoeningen mee te nemen in de zoekstrategie. De reden hiervan is dat de term somatisatie een overkoepelende term is en vaak een grote rol speelt bij de gekozen aandoeningen. Daarnaast is er ook voor een aantal DSM-IV diagnoses gekozen, omdat deze een gevolg kunnen zijn van langdurige somatisatie. Verder komt het klachtenbeeld overeenkomt met somatisatie en kunnen ze informatie geven over behandelmogelijkheden.

- Interventie: Voorwaarde voor inclusie van een bepaalde interventie is dat deze staat beschreven in het beroepscompetentieprofiel van de Psychosomatisch Fysiotherapeut (Mulders, Boersma, IJntema, & Coppoolse, 2009). Om een beeld te krijgen van de mogelijke interventies bij somatisatie is er eerst een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd (Feltz-Cornelis & Horst, 2008) (Fisher, Boerema, & Franx, 2010) (Beek, et al., 2004) (Edwards, Stern, Clarke, Ivbijaro, & Kasney, 2010) (Servan-Schreiber, Tabas, & Kolb, 2000). Aan de hand van dit onderzoek zijn de in- en exclusiecriteria voor de interventies opgesteld. De interventies die niet geïnccludeerd werden, zijn niet genoemd in de resultaten tenzij ze effectief waren.

De projectgroep kwam erachter dat er per dag een groot verschil zat in het aantal 'hits' binnen de databases, terwijl steeds dezelfde zoekstring gebruikt is. Hoewel het verschil niet heel groot was zou het toch kunnen dat daardoor literatuur niet door de projectgroep geïnccludeerd is die wel geïnccludeerd had kunnen worden.

Uit de literatuur kwam naar voren, zoals in de resultaten ook wordt beschreven, dat cognitieve gedragstherapie (CGT) als meest effectief is gebleken. Doordat de term CGT in de literatuur vaak een niet nader omschreven begrip is en de daaronder vallende interventies niet geheel afgebakend zijn, hebben we veel gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. De projectgroep heeft apart gezocht op ACT, ontspanning en mindfulness. Ook bij deze interventies is er overduidelijk een overlap met CGT.

### 5.2 Reflectie op resultaten

Zoals eerder in de discussie omschreven was de evidentie van CGT het best omschreven als meest effectief. Dit is overeenkomstig de verwachting van de projectgroep. Omdat er de laatste jaren het meeste onderzoek is gedaan naar CGT, is het lastig te zeggen of de positieve resultaten het gevolg zijn van het vele onderzoek, of dat de resultaten toegeschreven worden aan de behandeling zelf. Dit laatste lijkt het meest voor de hand liggend.

Naast CGT kwamen ook mindfulness en ACT als veelbelovend uit de literatuur. Opvallend is dat ook deze twee interventies onder de noemer CGT vallen in de literatuur. Mindfulness en ACT worden met name toegepast als er sprake is van chronische klachten.

### 5.3 Conclusie

In de gevonden literatuur is de state-of-the-art voor de behandeling van somatisatie CGT. Hoewel dit een psychotherapeutische interventie is en de Psychosomatisch Fysiotherapeut dit niet in kan zetten, wordt in het competentieprofiel (Mulders, Boersma, IJntema, & Coppoolse, 2009) de term cognitief gedragsmatige interventies genoemd. De projectgroep is van mening dat delen uit de CGT ingezet kunnen worden door de PSF om cliënten met somatisatie te behandelen.

Uit de inventarisatie bij de opdrachtgevers kan worden geconcludeerd dat er bij beide opdrachtgevers veel therapievormen aangeboden worden, maar er, afhankelijk van de cliënt, een keuze wordt gemaakt. Het eerste doel is inzicht geven in de complexe problematiek van de verschillende oorzaken, om daarna de cliënt meer bagage te geven om met de klachten op te gaan. Veel van de genoemde therapievormen komen overeen met de state of the art.

## Literatuur

- Afton, L. (2009). Nonpharmacologic Treatment for Fibromyalgia: Patient Education, Cognitive-Behavioral Therapy, Relaxation Techniques, and Complementary and Alternative Medicine. 393-407.
- Allen, L. (2001). Cognitive behavior therapy for somatization disorder: a preliminary investigation, . *Journal of behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* , 53-62.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* , 10.
- Barsky, A. D. (2004). Cognitive Behavior Therapy for Hypochondriasis, A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association* , 1464-70.
- Beek, E. v., Engelen, C., Hoedeman, R., Hoevenaars, J., Koppele, A. t., Kroneman, H., et al. (2004). *STECR-werkwijzer somatisatie. Multidisciplinaire aanpak bij somatoforme verschijnselen door arboprofessionals*. STECR.
- Bilthult A., M. S. (2009). Light pressure massage for patients with severe anxiety. . *Complementary Therapies in Clinical Practice* , 96-101.
- Blankenstein, A. H. (2002). Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. *47 (2002) 229–235*.
- Boyce, P. T. (2003). A Randomized Controlled Trial of Cognitive behavior Therapy, Relaxation Training, and Routine Clinical Care for the Irritable Bowel Syndrome.
- Burken, P. v. (2010). *Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Busch AJ, W. S.-H. (2011). Exercise Therapy for Fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*.
- C.K., J. (2000). Psychological distress and somatisation as prognostic factors in patients with musculo-skeletal illness in general practice. *British Journal of General Practice* , 537-541.
- Cameron LD, L. H. (2003). The common-sense-model of self-regulation of health and illness. *2003 (42-65)*.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* , 17 (1).
- Cochrane. (2012, oktober 31). *Dutch Cochrane*. Opgehaald van [www.cochrane.nl](http://www.cochrane.nl).
- Crombez G., B. K. (2009). The unbearable lightness of somatisation: A systematic review of the concept of somatisation in empirical studies of pain. *Pain* , 31-35.
- Dowrick C., L. G.-J. (2008). General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study. *9:46*.

Dunford, E., & Thompson, M. (2010). Relaxation and mindfulness in pain: a review. *Reviews in pain* , 4 (18).

Edmonds M, M. H. (2010). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *The Cochrane Collaboration* , 1-34.

Edwards, T., Stern, A., Clarke, D., Ijbijaro, G., & Kasney, L. (2010). The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Mental Health in Family Medicine* , 209-221.

Eriksson E.M., M. I. (2007). Body awareness therapy: A new strategy for relief of symptoms in irritable bowel syndrome patients. *World Journal of Gastroenterology* , pp. 21;13(23): 3206-3214.

Feltz-Cornelis, C. v., & Horst, H. v. (2008). *Handboek somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.

Fisher, E., Boerema, I., & Franx, G. (2010). *Multidisciplinaire richtlijn. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Fjorback, L., Arendt, M., Ornbol, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schroder, A., et al. (2012). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes - Randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research* .

Furlan A.D., I. M. (2009). Massage for low back pain: an updated systematic review within the framework of the Cochrane back review Group. *Spine* , 1684-1699.

Gask I., C. D. (2010). Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *2011* (71;325-334).

Gezondheidszorg, Kwaliteits Instituut voor de. (2007, November). *Evidence-based richtlijnontwikkeling*. Opgehaald van [www.cbo.nl](http://www.cbo.nl).

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* .

Hatcher s., A. B. (2008). Assessment and management of medically unexplained symptoms. *British Medical Journal* , 1124-1128.

Hedman E., A. G. (2011). Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* , 230-236.

Henningsen P., Z. T. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Medicine* , 528-533.

Huibers MJ, B. A. (2009). Psychosocial interventions by general practitioners (Review). *issue 2*.

Jensen K.B, K. E. (2012). Cognitive Behavioral Therapy increases pain-evoked activation of the prefrontal cortex in patients with fibromyalgia . *International Association for the Study of Pain* .

K.Kroenke, R. S. (2000). Cognitive-Behavioral Therapy for Somatization and Symptoms Syndromes: A Critical Review of Controlled Clinical Trials. *Psychotherapy and Psychosomatics* , 205-215.



Katsamanis, M. L. (2011). Psychophysiologic Treatment for Patients With Medically Unexplained Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Psychosomatics* , pp. 52:218-229.

Kendall SA, B.-M. K. (2000). A pilot study of body awareness programs in the treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Care & Research* .

Keng, S., Smoski, M., & Robins, C. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Review* , 31.

Köke A, W. P. (2007). *Graded activity*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Leikes K.A., F. A. (2007). Course and predictors of medically unexplained pain symptoms in the general population. *Journal of Psychosomatic Research* , 119-128.

Lind B, M. M. (1993). Physiotherapeutic treatment of patients with neck/back pain disorders- experiences of body awareness therapy groups in primary care. *Allman Medicin* , pp. 14:231-235.

Linda Gask, C. D. (2011). Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational. *Journal of Psychosomatic Research* , 71, 325-334.

Malmgren-Olsson E.B., A. B. (2001). A comparative outcome study of body awareness therapy, feldenkrais, and conventional physiotherapy for patients with nonspecific musculoskeletal disorders: changes in psychological symptoms, pain, and self-image. *Physiotherapy Theory & Practice*, 2001.

Mattsson M, W. M. (1998). Armelius Body awareness therapy with sexually abused women. Part 2: Evaluation of body awareness in group. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* , pp. 2:38 –45.

Morriss R, C. D. (2007). Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *191*, 536-542.

Morriss R., C. D. (2006). Turning theory into practice: rationale, feasibility and external validity of an exploratory randomized controlled trial of training family practitioners in reattribution to manage patients with medically unexplained symptoms (the MUST). *28 (2006)* 343– 351.

Morriss, R. L. (2008). Randomized trial of reattribution on psychosocial talk between doctors and patients with medically unexplained symptoms. *2009, Page 1 of 9*.

Moseley, G. (2008). "I can't find it! Distorted body image and tactile dysfunction in patients with chronic back pain. *Pain* , 239-243.

Mulders, N., Boersma, R., IJntema, R., & Coppoolse, R. (2009). *Beroepscompetentieprofiel Psychosomatische Fysiotherapie NFP*. NFP.

Nederlandse Vereniging voor fysiotherapie volgens de psychosomatiek. (2009, mei). Beroepscompetentieprofiel Psychosomatisch Fysiotherapeut . *Beroepscompetentieprofiel Psychosomatisch Fysiotherapeut* . Amersfoort: KNGF.

olde hartman, T. B. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* , 363-377.

Pedro. (2012, oktober 21). Opgehaald van [www.Pedro.org.au](http://www.Pedro.org.au).

Peper, E. H. (2009). Biofeedback an evidence based approach in clinical practice. *Japanese Journal of Biofeedback Research* , pp. 36(1), 3-10.

Powell P, B. R. (2001). Randomised controlled trial of patiënt education to encourage graded exercise in chronic fatigue syndrome. *BMJ VOLUME 322* , 387-389.

Rosendal M, B. F. (2005, Augustus). A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation: effects on GPs' attitudes. 419-27.

Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., Jena, S., Naumann, J., & Walach, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: Results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain* .

Schröder, A. (2012). Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial,. *British Journal of Psychiatry* , 499-507.

Servan-Schreiber, D., Tabas, G., & Kolb, R. (2000). Somatizing patients: part II. Practical management. *American Family Physician* , 1423-1428.

Sumathipala, A. (2007). What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies. *Psychosomatic Medicine* , 889-900.

Veek van der P.P.J., R. v. (2007). Clinical trial: short- and long-term benefit of relaxation training for irritable bowel syndrome. *Alimental Pharmacologic Therapy* , 943-952.

Wallmam K, M. A. (2004). Randomises controlled trial of graded exercise for chronic fatigue syndrome. *Medical Journal of Australia* , 180, 444-448.

Wulferink AJM, W. F. (1993). *De multidisciplinaire behandeling van chronische pijn*.

Yucha, C. M. (2008). Evidence-Based Practice in Biofeedback and Neurofeedback. *Wheat Ridge, CO: Association for Applied Psychophysiology and Neurofeedback* .

## Bijlage 1 Zoekstring PubMed

**Datum: 02 november 2012**

**Filters: Taal: Engels en Nederlands**

**Datum: 1-1-2000 tot 02-11-2012**

**RCT AND systematic review**

**humans**

Het cijfer achter de zoekterm geeft het aantal artikelen aan.

somatization 2986

somatisation 369

somatizing patients 96

persistent somatizing patients 3

somatising patients 14

persistent somatising patients 0

somatic syndromes (Mesh term)158

functional somatic syndromes 135

multiple functional somatic syndromes 0

multiple somatic syndromes 0

medically unexplained symptoms 398

medically unexplained physical symptoms 0

medically unexplained pain symptoms 4

functional syndromes 115

fibromyalgia 7072

irritable bowel syndrome 7720

chronic fatigue syndrome 4864

chronic pain 18385

chronic pain syndrome 423

chronic whiplash 235

somatoform disorder Mesh term 271

(OR) 2822 artikelen AND physical therapy modalities Mesh term 345<sup>1</sup> artikelen

<sup>1</sup> In het onderstaande deel van de zoekstring zijn één van bovenstaande klachten AND physical therapy modalities weergegeven als “#diagnose”.

mindfulness 1280

#diagnose AND mindfulness 4

cognitive therapy Mesh 13196 (hier valt cognitive behavioural therapy)

#diagnose AND cognitive therapy 31

acceptance and commitment therapy met aanhalingstekens 0 artikelen

vrije termen 404 artikelen

#diagnose AND acceptance 5

#diagnose AND acceptance and commitment therapy: 0 items

relaxation therapy (Mesh term) 761

#diagnose AND relaxation Therapy 15

psycho-education 50

#diagnose AND psycho-education 0

progressive relaxation 20

#diagnose AND progressive relaxation 0

autogene training 0

problem solving therapy 803

#diagnose AND problem solving therapy 0

Rational emotive behavioral therapy 4

#diagnose AND Rational emotive behavioral therapy 0

RET 64

#diagnose AND RET 0

Rational emotive behavioural therapy 4

#diagnose AND Rational emotive behavioural therapy 0

Rational emotive behavior therapy 2

#diagnose AND Rational emotive behavior therapy 0

Rational emotive therapy 6

#diagnose AND Rational emotive therapy 133

## Bijlage 2 Zoekstring – Cinahl

**Datum:** 07-11-2012

**Zoekfilters:** all fields

Boolean/phrase

Taal: Engels en Nederlands

Datum: januari 2000 tot november 2012

Humans

Age group: all adults

### Woordenclusters:

## Zoekstring – Cinahl

Datum: 07-11-2012

Zoekfilters: all fields

Boolean/phrase

Taal: Engels en Nederlands

Datum: januari 2000 tot november 2012

Humans

Age group: all adults

### Woordenclusters:

Nummer	AND/OR/NOT	Trefwoorden
<b>S23</b>	OR	Somatization (273 artikelen)
<i>(6897 artikelen)</i>		Somatisation (40 artikelen)
		Somatizing patients (9 artikelen)
		Somatising patients (4 artikelen)

		Persistent somatizing patients (0 artikelen)
		Persistent somatising patients (0 artikelen)
		Somatic syndromes (14 artikelen)
		Functional somatic syndromes (9 artikelen)
		Multiple functional somatic syndromes (0 artikelen)
		Multiple somatic syndromes (0 artikelen)
		Medically unexplained symptoms (83 artikelen)
		Medically unexplained physical symptoms (19 artikelen)
		Medically unexplained pain symptoms (0 artikelen)
		Functional syndromes (28 artikelen)
		Fibromyalgia (1027 artikelen)
		Irritable bowel syndrome (438 artikelen)
		Chronic fatigue syndrome (407 artikelen)
		Chronic pain (4436 artikelen)
		Chronic pain syndrome (142 artikelen)
		Chronic whiplash (107 artikelen)
		Somatoform disorder (56 artikelen)
		Somatoform disorders (753 artikelen)
<b>S26</b> (35289 artikelen)	OR	Physical therapy (32183 artikelen) Physiotherapy (8062 artikelen)
<b>S34</b> (10582 artikelen)	OR	Cognitive therapy (10575 artikelen) Cognitive behavioral therapy (1447 artikelen) Cognitive behavioural therapy (902 artikelen)
<b>S59</b> (42 artikelen)	OR	Rational emotive therapy (42 artikelen) Rational emotive behavior therapy (12 artikelen) Rational emotive behavioral therapy (10 artikelen) Rational emotive behavioural therapy (3 artikelen)

<b>S67</b> (4123 artikelen)	OR	Attribution (4123 artikelen) Attribution theory (97 artikelen)
<b>S70</b> (360 artikelen)	OR	Relaxation therapy (87 artikelen) Progressive relaxation (232 artikelen) Autogenic training (59 artikelen)

Zoekcombinaties:

S23 AND S26 (532 artikelen) = S27

S23 AND S34 (249 artikelen)

S27 AND S34 (36 artikelen)

S23 AND S59 (0 artikelen)

S27 AND S59 (0 artikelen)

S23 AND S67 (34 artikelen)

S27 AND S67 (0 artikelen)

S23 AND S70 (16 artikelen)

S27 AND S70 (4 artikelen)

Mindfulness (1048 artikelen)

S23 AND Mindfulness (40 artikelen)

S27 AND Mindfulness (1 artikelen)

Acceptance and Commitment Therapy (95 artikelen)



S23 AND Acceptance and Commitment Therapy (6 artikelen)

S27 AND Acceptance and Commitment Therapy (0 artikelen)

Psycho-education (105 artikelen)

S23 AND Psycho-education (1 artikelen)

S27 AND Psycho-education (0 artikelen)

Problem Solving Therapy (152 artikelen)

S23 AND Problem Solving Therapy (0 artikelen)

S27 AND Problem Solving Therapy (0 artikelen)

Predictors (28203 artikelen)

S23 AND Predictors (267 artikelen)

S27 AND Predictors (12 artikelen)

Graded activity (42 artikelen)

S23 AND Graded activity (5 artikelen)

S27 AND Graded activity (5 artikelen)

<b>S70</b>	<b>OR</b>	<b>Relaxation therapy (87 artikelen)</b>
(360 artikelen)		<b>Progressive relaxation (232 artikelen)</b>
		<b>Autogenic training (59 artikelen)</b>

Zoekcombinaties:

S23 AND S26 (532 artikelen) = S27

S23 *AND* S34 (249 artikelen)

S27 *AND* S34 (36 artikelen)

S23 *AND* S59 (0 artikelen)

S27 *AND* S59 (0 artikelen)

S23 *AND* S67 (34 artikelen)

S27 *AND* S67 (0 artikelen)

S23 *AND* S70 (16 artikelen)

S27 *AND* S70 (4 artikelen)

Mindfulness (1048 artikelen)

S23 *AND* Mindfulness (40 artikelen)

S27 *AND* Mindfulness (1 artikelen)

Acceptance and Commitment Therapy (95 artikelen)

S23 *AND* Acceptance and Commitment Therapy (6 artikelen)

S27 *AND* Acceptance and Commitment Therapy (0 artikelen)

Psycho-education (105 artikelen)

S23 *AND* Psycho-education (1 artikelen)

S27 *AND* Psycho-education (0 artikelen)

Problem Solving Therapy (152 artikelen)

S23 *AND* Problem Solving Therapy (0 artikelen)

S27 *AND* Problem Solving Therapy (0 artikelen)

Predictors (28203 artikelen)

S23 *AND* Predictors (267 artikelen)

S27 *AND* Predictors (12 artikelen)

Graded activity (42 artikelen)

S23 *AND* Graded activity (5 artikelen)

S27 *AND* Graded activity (5 artikelen)

## Bijlage 3 Zoekstring – PsychINFO

Zoekfilter: deze is vooraf dusdanig ingesteld dat artikelen die van voor 2000 zijn worden geexclueerd, ook artikelen in een andere taal dan Engels worden niet geïncludeerd.

### Woordenclusters:

Nummer	AND/OR/NOT	Trefwoorden
#1 <i>(35586 artikelen)</i>	OR	Somatization (10521 artikelen) Somatisation (12222 artikelen) Somatizing patients (561 artikelen) Somatising patients (63 artikelen) Persistent somatizing patients (99 artikelen) Persistent somatising patients (4 artikelen) Somatic syndromes (856 artikelen) Functional somatic syndromes (702 artikelen) Multiple functional somatic syndromes (1 artikelen) Medically unexplained symptoms (1561 artikelen) Medically unexplained physical symptoms (694 artikelen) Medically unexplained pain symptoms (29 artikelen) Functional syndromes (121 artikelen) Fibromyalgia (8083 artikelen) Irritable bowel syndrome (3794 artikelen) Chronic fatigue syndrome (5434 artikelen) Chronic pain (26812 artikelen) Chronic pain syndrome (330 artikelen) Somatoform disorders (1059 artikelen)
#2 <i>(8310 artikelen)</i>	OR	Physical therapy Physiotherapy

#3 (51233 artikelen)	OR	Cognitive therapy Cognitive behavioral therapy Cognitive behavioural therapy
#4 (4072 artikelen)	OR	Relaxation therapy Relaxation training Progressive relaxation Autogenetic training Autogenous training
#5 (2798 artikelen)	OR	RET REBT Rational emotive therapy Rational emotive behavioral therapy Rational emotive behavioural therapy

#1 AND #2 AND Mindfulness (54 artikelen)

AND Mindfulness (1695 artikelen)

AND #2 AND #3 (215 artikelen)

AND #3 (5349 artikelen)

AND #2 AND acceptance and commitment therapy (18 artikelen)

AND #2 AND #4 (97 artikelen)

AND #4 (1151 artikelen)

AND #2 AND #5 (8 artikelen)

AND #5 (235 artikelen)

AND #2 AND "graded activity" (56 artikelen)

## Bijlage 4 'level of evidence' volgens de richtlijn van het Centraal Begeleidingsorgaan (CBO)

Tabel 1.2. Indeling van onderzoeksresultaten naar mate van bewijskracht (Level of Evidence: LoE) voor interventie- en diagnostische studies (CBO, 2007).

	<b>interventie</b>	<b>diagnostisch accuratessesonderzoek</b>	<b>schade of bijwerkingen, etiologie, prognose</b>
<b>A1</b>	systematische review van ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
<b>A2</b>	gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat is gecontroleerd voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
<b>B</b>	vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontroleonderzoek, cohortonderzoek)	onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohortonderzoek of patiëntcontroleonderzoek
<b>C</b>	niet-vergelijkend onderzoek		
<b>D</b>	mening van deskundigen		

## Bijlage 5 Dutch Cochrane Centre beoordelingslijst

### METHODEN

1. Is de vraagstelling adequaat geformuleerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

2. Is de zoekactie adequaat uitgevoerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

3. Is de selectieprocedure van artikelen adequaat uitgevoerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

4. Is de kwaliteitsbeoordeling adequaat uitgevoerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

5. Is adequaat beschreven hoe data-extractie heeft plaatsgevonden?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

6. Zijn de belangrijkste kenmerken van de oorspronkelijke onderzoeken beschreven?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

7. Is adequaat omgegaan met klinische en statistische heterogeniteit van de onderzoeken?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

8. Is statistische pooling op een correcte manier uitgevoerd?

Ja / niet van toepassing (vanwege heterogeniteit terecht geen pooling uitgevoerd)

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

### ALGEMEEN OORDEEL

9. Zijn de resultaten van de systematische review valide en toepasbaar?



Voldoende valide en toepasbaar ⇐ ga verder bij 10

Twijfelachtig ⇐ ga verder bij 10; voorzichtig oordeel bij 13

Onvoldoende valide en toepasbaar U kunt stoppen met het invullen van de checklist, tenzij er geen betere artikelen op dit gebied zijn (terugkoppelen naar de werkgroep)

## Bijlage 6 PEDro-schaal

- 1 Zijn de in- en exclusiecriteria duidelijk beschreven? ja / nee
- 2 Zijn de patiënten random toegewezen aan de groepen? 0 / 1
- 3 Is de blindingprocedure van de randomisatie gewaarborgd (concealed allocation)? 0 / 1
- 4 Zijn de groepen wat betreft de belangrijkste prognostische indicatoren vergelijkbaar? 0 / 1
- 5 Zijn de patiënten geblindeerd? 0 / 1
- 6 Zijn de therapeuten geblindeerd? 0 / 1
- 7 Zijn de beoordelaars geblindeerd voor ten minste 1 primaire uitkomstmaat? 0 / 1
- 8 Wordt er ten minste 1 primaire uitkomstmaat gemeten bij > 85% van de 0 / 1 geïnccludeerde patiënten?
- 9 Ontvingen alle patiënten de toegewezen experimentele of controlebehandeling of is er een intention-to-treat analyse uitgevoerd? 0 / 1
- 10 Is van ten minste 1 primaire uitkomstmaat de statistische vergelijkbaarheid |tussen de groepen gerapporteerd? 0 / 1
- 11 Is van ten minste 1 primaire uitkomstmaat zowel puntschattingen als spreidingsmaten gepresenteerd? 0 / 1

- Somscore

Classificatie van methodologische kwaliteit

PEDro-score Classificatie

- 9-10 punten Zeer goed
- 6-8 punten Goed
- 4-5 punten Redelijk
- 0-3 punten slecht