

University of Groningen

Zijn lichamelijke ervaringen in cijfers uit te drukken?

Landsman-Dijkstra, Johanna; van Wijck, Rudy

Published in:
Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2004

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):
Landsman-Dijkstra, J., & van Wijck, R. (2004). Zijn lichamelijke ervaringen in cijfers uit te drukken? Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie, 10(1), 4-12.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Zijn lichamelijke ervaringen in cijfers uit te drukken?

Effectonderzoek bij ervaringsgerichte technieken

Jeanet Landsman-Dijkstra en Ruud van Wijck

In december 2002 werden de eindresultaten bekend van een driejarig onderzoek naar de effecten van een leefstijltraining voor mensen met Chronische Aspecifieke Lichamelijke Klachten. De leefstijltraining bestaat voornamelijk uit ervaringsgerichte technieken uit de haptonomie en het emotioneel lichaamswerk.

Aanleiding voor het onderzoek

De prevalentie van chronische onverklaarde lichamelijke klachten is in de afgelopen jaren steeds verder gegroeid (1, 2). De klachten veroorzaken een aantasting van de kwaliteit van leven, een toename van kort- en langdurig ziekteverzuim en een steeds grotere medische consumptie. De meest effectieve aanpak van het probleem is nog niet gevonden, al komt er wel steeds meer bewijs voor de effectiviteit van zelfmanagement.

Het Leefstijl Trainingscentrum (LTC) geeft een zelf-ontwikkelde driedaagse leefstijltraining. Het doel van deze training is om mensen met genoemde klachten te leren met zo weinig mogelijk energie, zelfsturend en adequaat te reageren op verstoringen van de balans tussen belasting en belastbaarheid.

Het initiatief voor het Leefstijl Trainingscentrum kwam in 1991 van verzekeraar Groene Land (nu Groene Land / PWZ Achmea) en Ziekenhuis De Weezenlanden in Zwolle (sinds 1998 gefuseerd met het Sophiaziekenhuis, samen Isalaklinieken geheten). Zij wilden

investeren in een programma gericht op preventie van aspecifieke stressgerelateerde klachten. De door het centrum ontwikkelde groepstraining onderscheidt zich van de meeste andere trainingen door de lichaamsgerichte aanpak en doordat de cursus wordt gegeven in acht aaneengesloten dagdelen. Vergroten van het lichaamsbewustzijn is het doel. Het programma gestandaardiseerd met behulp van onderzoek tussen 1995 en 1998 (3). In onderhavig onderzoek is dit gestandaardiseerde programma geëvalueerd voor een specifieke doelgroep: mensen met Chronische Aspecifieke Lichamelijke Klachten (4). In het onderstaande volgt eerst uitleg over het klachtenpatroon, vervolgens wordt de opzet van de training beschreven, en tot slot komt het onderzoek aan de orde.

I. Chronische Aspecifieke Lichamelijke Klachten

Hoe ontstaan Chronische Aspecifieke Lichamelijke Klachten (CALK)?

'CALK' wordt omschreven als het proces waarin het individu door gebrek aan inzicht niet in staat is adequaat te reageren op terugkerende verstoringen in de balans tussen fysieke en psychosociale belasting en belastbaarheid (5-7). Hierdoor kost het reageren op balansverstoringen dusdanig veel moeite dat dit leidt tot lichamelijke klachten, stemmings- en/of gedragsveranderingen en een verminderd vermogen tot sociaal functioneren. Dit proces duurt langer dan drie maanden en er is geen onderliggende specifieke lichamelijke en/of psychische oorzaak gevonden. Het heeft tot gevolg dat men regelmatig kortdurend ziek is of uiteindelijk langdurig in de ziekte weet raakt. Wanneer het veel moeite kost om op balansverstoringen te reageren, wordt gesproken van een stress-situatie: de

situatie zoals die is, komt niet overeen met hoe het individu zou willen dat de situatie is (8). Het individu gaat zich aanpassen en tracht zo goed mogelijk te blijven functioneren. Uiteindelijk ontstaan hierdoor klachten omdat deze geforceerde balans steeds moeilijker is vol te houden.

Welke factoren spelen een rol bij het ontstaan van CALK?

Voor een adequate reactie op stress, is (h)erkenning van en communicatie over belastingsymptomen en de gevolgen van belasting onontbeerlijk. Door stresssignalen van het lichaam te herkennen, kan de persoon adequate actie ondernemen ten aanzien van balansverstoringen. Dit wordt door Jan van Dixhoorn interne zelfregulatie genoemd (9). Lichaamsbewustzijn is hiervoor een noodzakelijke voorwaarde. Het gedrag dat hieruit volgt, wordt coping genoemd. Van belang bij de reactie op stress is verder de betekenis die eraan wordt gegeven. Hierbij spelen twee factoren een rol: self-efficacy en attributiestijl.

Self-efficacy is de persoonlijke indruk van iemand van zijn eigen competentie. De self-efficacy neemt af wanneer iemand herhaaldelijk op voor hem belangrijke terreinen of problemen geen invloed uit kan oefenen. Daarbij kan een gevoel van incompetentie ontstaan. Dit kan een ervaring van falen tot gevolg hebben waarvoor vervolgens een oorzaak wordt gezocht (10, 11).

Attributiestijl is de manier waarop het individu de oorzaken van diens falen of slagen verklaart. Bij attributiestijlen worden 3 dimensies onderscheiden:

- intern/extern;
- stabiel/instabiel en
- globaal/specifiek.

Bij een interne attributie zoekt iemand de oorzaak bij zichzelf.

Een stabiele attributie wil zeggen dat de door de persoon aangegeven oorzaak van falen of slagen *altijd* zo wordt ervaren. En hoe specifiek de attributiestijl, hoe beter het inzicht is over oorzaken van falen en slagen (12).

Een zogenaamde 'depressieve attributiestijl', dat wil zeggen de relatief stabiele neiging om bij negatieve gebeurtenissen interne, stabiele en specifieke attributies te maken, kan de kans op klachten en inactiviteit doen toenemen (13). Net als een relatief instabiele neiging om bij positieve gebeurtenissen

externe, instabiele en aspecifieke attributies te maken. Met andere woorden: 'als het fout gaat, komt het altijd door mezelf en als het goed gaat, wordt dat veroorzaakt door toeval, de situatie of door een ander'. De self-efficacy is laag bij een depressieve attributiestijl. Bij een gering lichaamsbewustzijn, zullen de attributiestijl en self-efficacy minder reëel zijn (niet of weinig gericht op zichzelf) en gemakkelijker de beschreven 'depressieve' vorm aannemen.

II. De leefstijltraining

Voorkomen en verbeteren van CALK: actieve participatie van de werknemer

Om dit proces van het ontstaan en voortduren van CALK te remmen, is behalve lichaamsbewustzijn en inzicht in bovenbeschreven psychosociale processen, gedragsverandering noodzakelijk. Dat betekent dus actieve participatie van de persoon die CALK heeft. Er is besef en begrip nodig van de situatie zoals die is. Het gaat om het veranderen van gedrag met betrekking tot:

- signaleren van klachten;
- omgaan met klachten (betere interne zelfregulatie);
- omgaan met dagelijkse belasting thuis en/of op het werk.

Veranderen van gedrag is een proces van jaren en verloopt in fases zoals beschreven door onder andere Prochaska (14).

Bij aanvang van de leefstijltraining zitten de deelnemers in een fase van nadenken over eventuele verandering. Het is de bedoeling dat de deelnemers in een voorbereidings- en actiefase terechtkomen in het jaar na de training. Uiteindelijk komt er dan een fase die gericht is op gedragsbehoud en voorkomen van terugval.

Opzet van de leefstijltraining

Het programma van de leefstijltraining is gebaseerd op principes uit de haptonomie en het emotionele lichaamswerk (zie hieronder). Na een eerste theoretische ontwikkelfase is het programma verder ontwikkeld in een pilotfase (1991-1994). In deze pilotfase hebben werknemers van zeven bedrijven de training gedaan. Op grond daarvan is het huidige trainingsaanbod ontwikkeld.

Het totale aanbod bestaat uit:

1. trainingen voor werknemers om te voorkomen dat deze ziek worden (preventietrainingen);

2. trainingen om reïntegratie te bevorderen;
3. team- of managementtrainingen en
4. trainingen voor de ondersteuning van opleiding en bijscholing.

Het doel van de leefstijltraining is mensen te leren om met zo weinig mogelijk energie, zelfsturend en adequaat te reageren op verstoringen van de balans tussen lichamelijke en psychische belasting en belastbaarheid. Lichaamsgerichte methoden en technieken staan centraal in de leefstijltraining. Het basisidee is dat wanneer men sneller lichaamssignalen herkent die op stress duiden, en signalen van de omgeving (h)erkent die op (over)belasting duiden, men sneller, effectief en met minder moeite reageert op balansverstoringen. Het gevolg is dat men zelf meer invloed heeft op de eigen situatie. Ook wordt op die manier het inzicht vergroot in eigen gedrag en de gevolgen van dat gedrag. Als men zich beter bewust is van de hoeveelheid energie die het kost om met balansverstoringen om te gaan, dan weet men ook beter waarom gedrag veranderd moet worden om ervoor te zorgen dat het werken aan de balans zo effectief mogelijk gebeurt. Het kan zijn dat men op bepaalde gebieden te veel van zichzelf vraagt en op andere gebieden juist te weinig. Dat is uiteraard voor iedereen anders.

Lichamelijke ervaringen worden in de training aangewend om het contact met het eigen gevoelsleven en met de buitenwereld te optimaliseren zodat deelnemers zich via hun lichaamstaal bewuster zijn van balansverstoringen en zich ook voor anderen duidelijker kunnen maken.

De leefstijltraining wordt gegeven in groepen van 12-15 personen door steeds twee trainers: een man met de haptotherapie als opleiding en een vrouw die opgeleid is voor het geven van emotioneel lichaamswerk.

Het programma bestaat uit acht verschillende onderdelen die worden verdeeld over de drie aaneengesloten dagen waarin de deelnemers bij het LTC verblijven. Het is dus een kortdurend, intensief programma.

Inhoud van de leefstijltraining

Trainingsopbouw

De eerste dag wordt gestart met kennismaking en formuleren van doelen. Dan is er een blok emotioneel lichaamswerk, na de lunch gevolgd door een blok haptotherapie en psychoeducatie. Na het avondeten staat een creatief onderdeel gepland. Het accent ligt de eerste dag vooral op het 'naar binnen richten'.

Op de tweede dag is de volgorde van blokken hetzelfde, maar de inhoud is nu meer gericht op 'ik en de ander'.

De derde dag wordt er na een blok lichaamswerk en een blok haptotherapie afgesloten met het 'maken en bespreken van een plan van aanpak'. De focus ligt de derde dag vooral op de buitenwereld: het toepassen van de trainingservaringen in het dagelijks leven. Gedurende de training neemt de intensiteit van de oefeningen toe. De volgorde van de verschillende methodieken is gekozen op basis van de ervaringen in de pilotfase van de ontwikkeling van het programma. De onderdelen blijken elkaar op deze manier te versterken waardoor de verwachting is dat het geheel meer effect zal hebben dan alleen de som der delen. Hieronder worden enkele onderdelen nader toegelicht.

1. Doelstellingen

Voorafgaande aan de training formuleren deelnemers hun persoonlijke doelstellingen. Deze doelen dienen als leidraad voor de accenten die tijdens de training worden gelegd. Aan het eind van de training wordt een plan van aanpak geformuleerd. Dit plan bestaat uit concreet meetbare doelen op korte, middellange en lange termijn in de privé- en werksfeer.

2. Spanning, ontspanning en emoties

Door middel van oefeningen uit het emotioneel lichaamswerk waarbij de spieren afwisselend worden aangespannen en ontspannen, ervaren deelnemers vastgehouden spanning. Door de diepe ontspanning die steeds op een serie oefeningen volgt, komen vaak emoties los.

3. Het lichaam als barometer

In de training wordt de deelnemers geleerd hun lichaam te gebruiken als een soort barometer voor stress waardoor ze hun eigen mogelijkheden (weer) leren kennen en meer zelfvertrouwen krijgen. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van oefeningen uit de haptonomie waarbij deelnemers hun grenzen leren kennen en verleggen waardoor ze leren contact te maken met hun lichaam en met anderen. Deelnemers ervaren de positief bevestigende invloed van de affectieve aanraking en nabijheid en het feit dat de belastbaarheid daardoor toeneemt (16).

4. Verwoording van de ervaringen

De lichamelijke ingang staat centraal in de training. Het gaat in de eerste plaats om de persoonlijke ervaring en het scherpen van de waarneming van

zichzelf. Maar vervolgens worden de deelnemers aangesproken om die ervaringen te benoemen. Verder komen deelnemers in de oefeningen allerlei vragen tegen waarmee ze ook in het dagelijkse leven te maken hebben. Waar sta ik in het leven? Hoe reageer ik op anderen in moeilijke situaties? Kan ik geven, maar ook ontvangen? Wil ik altijd alles onder controle houden, of kan ik me overgeven? Ze ervaren daarbij aan hun lichaam wat dit alles bij hen teweeg brengt.

5. Psychoeducatie

Ook wordt deelnemers iets verteld over hoe belasting en belastbaarheid elkaar kunnen beïnvloeden en over de onderschatte rol van spiritualiteit en gevoel in het leven van alledag. Verder is er een onderdeel dat inzicht geeft in het verschil tussen denken, voelen en doen en een onderdeel waarin deelnemers op zoek gaan naar wat nou echt bij hen past aan kwaliteiten en rollen.

6. Creatieve onderdelen

Verder zijn er een aantal creatieve onderdelen waarbij deelnemers hun ervaringen in de training non-figuratief gaan uitbeelden op papier en door middel van een milde vorm van psychodrama. Doel is om de tijdens de training opgedane lichamelijke ervaringen op een andere manier te beschouwen dan door er over na te denken. De creatieve invalshoek blijkt vaak heel verhelderend en leidt tot nieuwe inzichten.

III. Het onderzoek

Vraagstelling onderzoek

De vraagstelling van het onderzoek is: wat is de effectiviteit van de leefstijltraining voor mensen met CALK met betrekking tot kwaliteit van leven, lichamelijke klachten, psychosociaal functioneren, ziekteverzuim, de verhouding tussen werk- en privé-leven en de medische consumptie?

In dit artikel wordt het accent gelegd op de kwaliteit van leven, ziekteverzuim en medische consumptie.

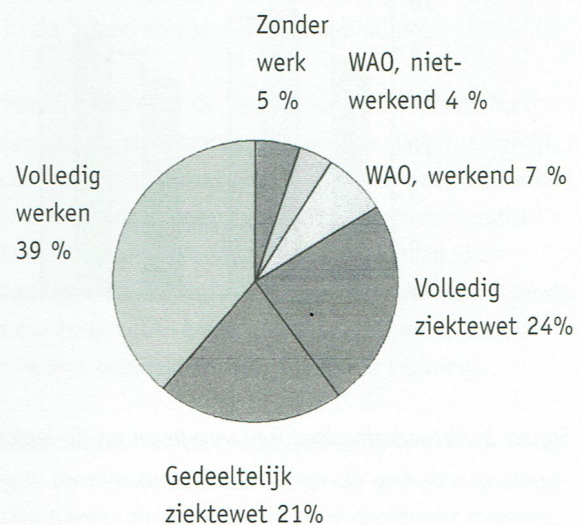
Onderzoeksmethode

De toegepaste methode is theoriegestuurde programma-evaluatie van o.a. Chen, Weiss, Rossi, Freeman en Lipsey (17-19). Om de gedragsverandering te meten, zijn meerdere nametingen gedaan. Het onderzoeksdesign is een design met een voormeting (2 weken voor de training) en twee nametingen (2 en 12 maanden na de training) zonder controlegroep. Het trainingsproces is gemonitord met onder andere evaluatieformulieren en logboeken. Bij de gegevensverzameling werd

gebruik gemaakt van gestandaardiseerde, internationaal gebruikte vragenlijsten. Daarnaast werden vragenlijsten gebruikt die speciaal voor dit onderzoek werden ontwikkeld. De theoretische achtergronden hebben de keuze van de vragenlijsten bepaald. Er is een non-respons onderzoek verricht om inzicht te krijgen in eventuele specifieke selecties in onderzoeksgroepen.

Onderzoeksgroep

Van 122 deelnemers uit 47 trainingsgroepen die voldeden aan de criteria voor CALK, zijn goed ingevulde vragenlijsten van de drie meetmomenten verkregen. Dat wil zeggen: deelnemers hadden langer dan drie maanden last van lichamelijke klachten zonder dat daar een aantoonbare medische oorzaak voor was gevonden. Het aantal van 122 is voldoende om de gestelde onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden (20, 21). De respons was eveneens voldoende: 64%. De gemiddelde leeftijd van de 122 deelnemers is 42,5 jaar en 60% is vrouw. Het opleidingsniveau is gelijkmatig verdeeld over MBO, HBO en WO. De werksituatie voordat men deelnam aan de training is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1: Werksituatie voorafgaande aan de training (n=122)

Het klachtenpatroon komt overeen met de in de literatuur beschreven klachten bij deze groep (6, 7). De meeste deelnemers hadden meerdere klachten (zie figuur 2) waardoor het totale percentage boven de 100% uit komt.

Deelnemers werden voornamelijk verwezen via de huisarts of de werkgever. De kenmerken en resultaten van de trainingsdeelnemers die niet respondeerden, komen overeen met de onderzoeksgroep.

Resultaten

- De kwaliteit van leven (gemeten met de World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument) neemt significant toe bij alle gemeten domeinen: lichamelijke (1) en psychische (2) gezondheid, sociale relaties (3) en omgevingsfactoren (4). De scores liggen uiteindelijk hoger dan de normscores voor een vergelijkbare groep, behalve bij domein 3. (zie figuur 3).
- Er is een significante afname van lichamelijke en psychische klachten gemeten met de Symptom Checklist-90. Het psychosociaal functioneren verbetert eveneens significant: de self-efficacy neemt toe, deelnemers hanteren een minder 'depressieve' attributiestijl en uiten hun emoties meer dan voorheen.
- Langdurig ziekteverzuim neemt af: 49% van de deelnemers die langdurig in de ziektewet zaten, is weer gaan werken. Dit is 40% van de totale groep (zie figuur 4). Afname van depressieve gevoelens bleek significant gecorreleerd te zijn met werkherleving. Dit komt overeen met cijfers van onderzoek van TNO-arbeid waar ook werd gevonden dat werknemers waarbij depressieve gevoelens afnamen, sneller hun werk hervatten dan werknemers waarbij dit niet het geval was. Het kortdurend verzuim verandert niet.
- De invloed van de training op de verhouding tussen werk- en privé-leven bestaat eruit dat deelnemers die volledig werkzaam zijn, minder overuren gaan maken en hun tijd meer gaan besteden aan het gezin. De deelnemers die in de ziektewet zitten, gaan weer meer werken en besteden minder tijd aan hobby's. Verder neemt het werkplezier toe en ervaart men een betere balans tussen werk- en privé-leven. 15% van de totale groep heeft ander, beter passend werk gevonden.
- Naast de verbetering in het dagelijks functioneren en afname van klachten, neemt de medische consumptie af. Men gebruikt beduidend minder slaap- en pijnmedicatie en maakt minder gebruik van huisarts, bedrijfsarts, specialist en/of fysiotherapeut. Wel wordt er meer gebruik gemaakt van begeleiding waarbij zelfsturing voorop staat: haptotherapie en emotioneel lichaamswerk en/of een coach/supervisor.
- De veronderstelling dat toegenomen lichaamsbewustzijn en interne zelfregulatie aan de basis liggen van gedragsverandering bij de leefstijltraining, lijkt te worden bevestigd. Dit blijkt ook uit onderstaande:
 - 'Ik luister naar mijn lijf en geest, uit mijn gevoelens en krop niets meer op, het gaat goed'.
 - 'Ik kan me beter ontspannen, ook in stresssituaties'.
 - 'Het heeft mij inzicht gegeven hoe mijn lichaam in elkaar steekt, wat je er allemaal mee kan doen en hoe je ermee om kan gaan'.
 - 'Het bewustwordingsproces heeft een steeds sterkere uitwerking'.
 - 'Ik ken mijn eigen lichaam beter en luister er beter naar'.
 - 'Bewustwording waar de klachten vandaan komen en beter hanteren of zelfs voorkomen ervan'.
 - 'Ik ben bewuster van mezelf geworden en daardoor rustiger'.
 - 'Ik herken stresssignalen beter en zorg beter voor mezelf'.
 - 'Wanneer ik nu klachten krijg, ben ik direct alert en onderneem ik actie om de belasting te verminderen'.
 - 'Ik herken beter de panieksituaties en haal dan rust in de beheersing van mijn ademhaling'.
- Verder realiseren de deelnemers grotendeels hun doelen (85%) en plannen van aanpak (94%). Er vindt een gedragsverandering plaats naar een actiefase waarin gedrag wordt aangepast zodat het minder moeite kost om met balansverstoringen om te gaan. Het bestendigen van deze fase en de stap naar de volgende fase om terugval in oude gedragspatronen te voorkomen, wordt gemaakt in het jaar na de training.

De effectiviteit van de leefstijltraining wordt vooral op langere termijn ondersteund door de gemeten gedragsveranderingen en de realisatie van doelen en plannen.

Discussie

Aangezien er geen controlegroep is opgenomen in dit onderzoek, moet met behulp van vergelijkingen tussen voor- en nametingen worden geanalyseerd in hoeverre de training invloed heeft gehad op de gevonden resultaten. Er zijn een aantal argumenten te noemen op grond waarvan je kunt stellen dat de gevonden effecten zijn opgetreden als gevolg van de training en niet door toeval, namelijk:

- Doelen, strategieën en activiteiten van de training zijn vooraf gespecificeerd op grond van theorie, en de

verwachte uitkomsten zijn geoperationaliseerd in meetbare termen. Deze verwachtingen worden door de gegevens bevestigd.

- Door een gestandaardiseerde interventie worden steeds dezelfde effecten gesorteerd, elke training weer.
- De uitkomsten van de verschillende meetmethoden en -instrumenten wijzen allen in dezelfde richting, wat een brede evidentiebasis geeft voor de resultaten. Het ontbreken van een controleconditie is daardoor minder problematisch.
- De effecten zoals die ervaren worden door de deelnemers en hun omgeving, ondersteunen wat met de 'kwaliteit van leven vragenlijsten' wordt gevonden. Hiermee wordt de interne validiteit gewaarborgd waardoor de eindconclusies beter toepasbaar zijn voor een grotere groep.
- Door tevens de geleidelijke veranderingen te meten met een procesevaluatie en niet alleen de eindvariabelen, kan de totstandkoming van de resultaten adequaat worden beoordeeld.

Het lijkt niet waarschijnlijk dat de gevonden effecten door iets anders dan de training zijn veroorzaakt. Wel zijn er argumenten te noemen die ondersteunen dat andere factoren de gevonden effecten mede hebben beïnvloed:

- In de follow-up periode na afloop van de training zijn er ook verschillende 'beïnvloedingen' geweest zoals begeleiding van haptotherapeut, een coach/supervisor of emotioneel lichaamswerk. Vaak naar aanleiding van de training op eigen initiatief (tijdelijk) ingezet om verder aan de slag te gaan met ontdekkingen als gevolg van de training.
- Mogelijk is de deelname aan het onderzoek van invloed op de resultaten. Het bewust bezig zijn met het invullen van de vragenlijsten over trainingseffecten, kan een (positieve) invloed hebben op de effectiviteit.
- Mogelijk is de vrijwillige deelname aan het onderzoek van invloed (positieve selectiebias). Iemand die wel effect heeft ervaren, zal sneller geneigd zijn de vragenlijst terug te sturen waardoor de resultaten te positief gekleurd kunnen zijn. Er is een non-respons onderzoek uitgevoerd, waaruit bleek dat deelnemers die niet respondeerden, dezelfde effecten hebben ervaren.

Van een aantal meetinstrumenten zijn onvoldoende psychometrische gegevens bekend. Er is deels gekozen voor zelf ontwikkelde vragenlijsten, omdat er geen specifieke meetinstrumenten voorhanden zijn. Dit maakt het moeilijker de resultaten te interpreteren.

Ontbrekend relevant meetinstrumentarium is overigens geen bijzonderheid bij dit soort innovatieve interventies.

Conclusie

Ondanks de beperkingen van deze vorm van onderzoek, levert de evaluatie van de leefstijltraining voldoende overtuigend materiaal op om te kunnen concluderen dat de training ook op de langere termijn leidt tot een toename van de kwaliteit van leven, een verbetering van het psychosociaal functioneren en afname van klachten bij deelnemers met Chronische Aspecifieke Lichamelijke Klachten.

Verder is er een kostenafname gemeten voor werkgevers (afname langdurig verzuim) en ziektekostenverzekeraars (minder medicijngebruik en afname frequentie bezoek huisarts en (para)medici. Er vindt een gedragsverandering plaats waarbij de balans tussen werk- en privéleven verbetert en deelnemers beter omgaan met stress. Vermoedelijk speelt een toegenomen lichaamsbewustzijn een belangrijke rol.

Financiering en uitvoering van het onderzoek

Het onderzoek is gefinancierd door Stichting Zorg (Zwolle), Groene Land Achmea (Zwolle), de Isalaklinieken (Zwolle) en het Leefstijl Trainingscentrum (Dalfsen). Er heeft begeleiding plaatsgevonden vanuit het Instituut voor Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen. Het onderzoek is uitgevoerd door drs. J.A. Landsman-Dijkstra. Eind 2004 promoveert zij op dit onderzoek aan de Rijksuniversiteit Groningen bij het Noordelijk Centrum Gezondheidsvraagstukken, prof. Dr. J.W. Groothoff. Bel voor vragen, opmerkingen en suggesties naar aanleiding van dit artikel en voor een uitgebreide literatuurlijst met het LTC: 0529-435955.

Referenties

- [1] Houtman J.L., Goudswaard A, Dhondt S, van-der-Grinten MP, Hildebrandt VH, van-der-Poel EG. (1998). Dutch monitor on stress and physical load: risk factors, consequences, and preventive action. *Occup. Environ. Med.*, 55:73-83.
- [2] Houtman, I.L., Schaufeli W.B., Taris T. (2000). *Psychische vermoeidheid en werk*. Alphen aan den Rijn: NWO/Samsom.
- [3] Landsman J.A. (1999). *Bewegen en stilstaan in evenwicht; evaluatie leefstijltrainingen*. Dalfsen, Leefstijl Trainingscentrum.
- [4] Landsman J.A. (2002) *Werken aan balans? Evaluatie leefstijltrainingen chronische aspecifieke*

lichamelijke klachten. Dalfsen: Leefstijl Trainingscentrum.

- [5] Schroer K. (1993). *Ziekteverzuim wegens overspanning*. Maastricht: Universitaire pers Maastricht.
- [6] Terluin B. (1994). *Overspanning onderbouwd; een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartsenpraktijk*. Zeist: Kerckebosch.
- [7] Schmidt A.J.M. (2000). *De psychologie van overspanning; theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- [8] Edwards J. (1988). The determinants and consequences of coping with stress. In: Cooper C., Payne R., (eds.) *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester: John Wiley & sons.
- [9] Van Dixhoorn J. (2000). Body awareness and levels of self-regulation. In: Haruki C., Kaku D., (eds.) *Meditation as health promotion: a lifestyle modification approach*. Delft: Eburon publishers: 65-80.
- [10] Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*; 84:191-215.
- [11] Verhagen W.Y.J.M., Vermeer A. (1997). Samenhang tussen zelf-waargenomen competentie en gedrag. *Bewegen en hulpverlening*; 2-34.
- [12] Peterson L.G. (1982). Attribution of style questionnaire. *Cogn. Ther. and Research.*, 6: 287-300.
- [13] Abramson L.Y., Seligman M.E.P., Teasdale J.D. (1987). Learned helplessness in humans: critique and reformation. *J. Abnorm. Psychol.*, 87: 49-74.
- [14] Prochaska J.O., Redding C.O., Evers K.E. (1997). The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K., Lewis F.M., Rimer B.K., (eds.) *Health behavior and health education, theory, research and practice*. San Francisco.
- [15] Chen H.T., Rossi P.H. (1981). The multi-goal, theory-driven approach to evaluation; a model linking basic and applied social science. In: Freeman H.E., Solomon M.A., (eds.) *Evaluation studies; review annual*. 6 ed. London: Sage Publications.
- [16] Veldman F. (1970). *Lichte lasten*. Uitg. Spruyt, van Mantgem en De Does NV. Leiden.
- [17] Chen H.T. (1990). *Theory driven evaluations*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.
- [18] Weiss C.H. (1997). How can theory based evaluation make greater headway? *Evaluation Review.*, 21:501-24.
- [19] Rossi P.H., Freeman H.E., Lipsey M.W. (1999). *Evaluation; a systematic approach*. Sixth. ed. Thousand Oaks, London New Delhi.: Sage Publications.
- [20] Cook T.D., Campbell D.T. (1979). *Quasi-experimentation; design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.

[21] Cohen J. (1977). *Statistical power analyses for the behavioural sciences*. Revised ed. New York: Academic Press.

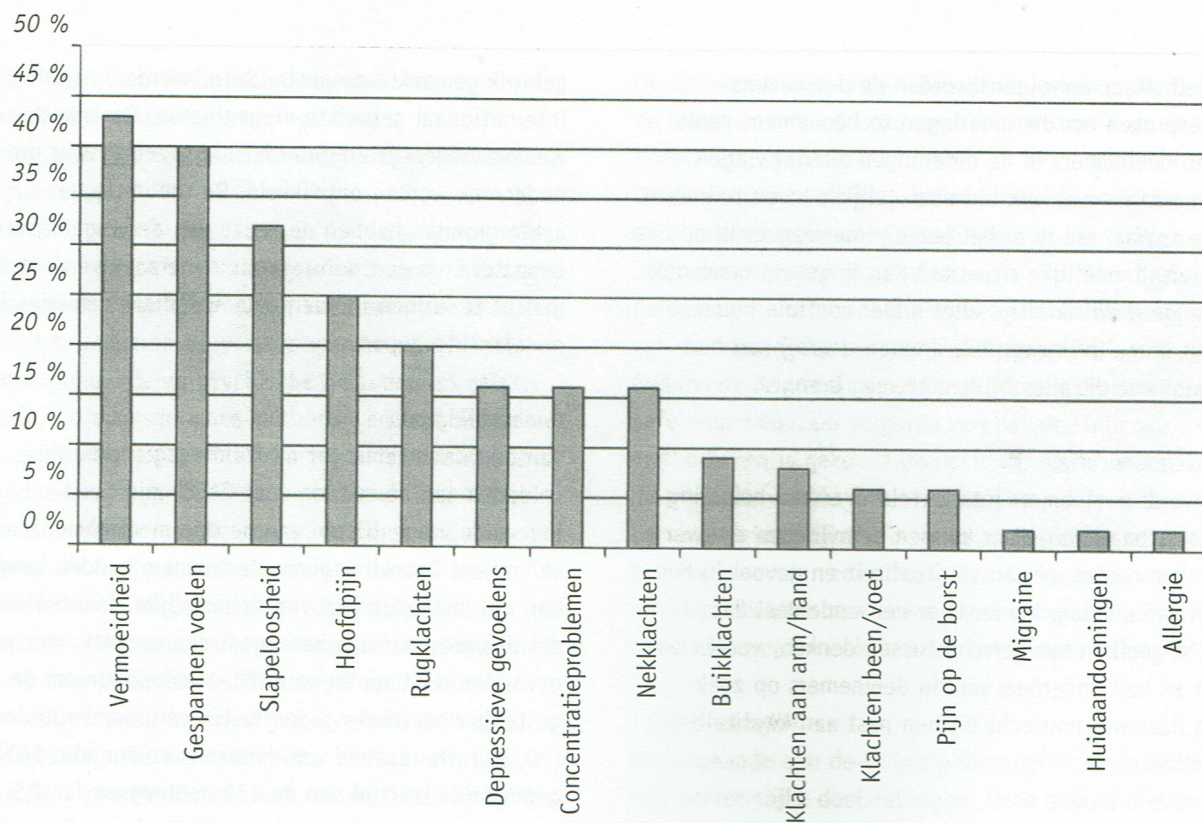
Samenvatting

In december 2002 werden de eindresultaten bekend van een driejarig onderzoek naar de effecten van een leefstijltraining voor mensen met Chronische Aspecifieke Lichamelijke Klachten. De leefstijltraining bestaat voornamelijk uit ervaringsgerichte technieken uit de haptonomie en het emotioneel lichaamswerk. Uit het onderzoek blijkt dat een jaar na het afronden van de training onder andere de kwaliteit van leven is toegenomen, het psychosociaal functioneren verbeterd is en dat lichamelijke klachten zijn afgenomen. Verder is een afname gemeten van het langdurige verzuim en de medische consumptie, en is de verhouding tussen werk- en privé-leven verbeterd. De deelnemers aan de training participeren actief in hun eigen reïntegratieproces en/of hebben 'gereedschap' in handen gekregen om te voorkomen dat ze (weer) ziek worden.

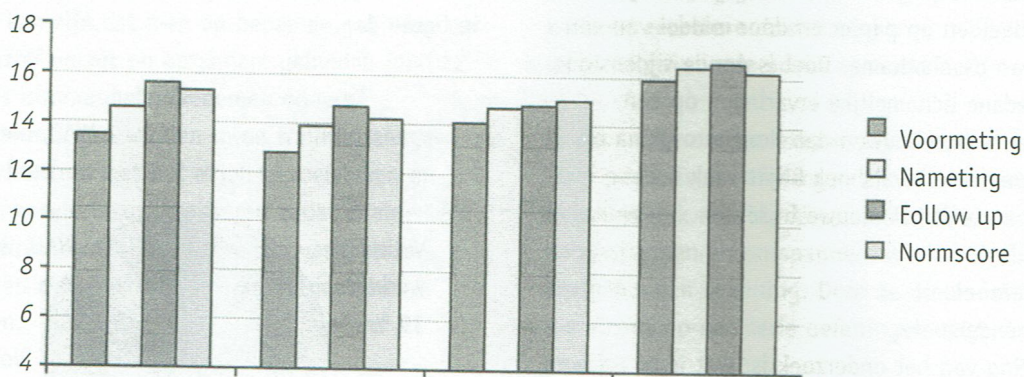
Over de auteurs

Drs. J. Landsman-Dijkstra, is fysiotherapeute en bewegingswetenschapper. Sinds 1995 is zij werkzaam bij het LTC als onderzoeker. Vanaf januari 2004 houdt zij zich hier bezig met het kwaliteitsbeleid, de ontwikkeling van nieuwe producten en wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast schrijft zij artikelen voor een proefschrift met de bedoeling om eind 2004 te promoveren bij Prof. Dr. J.W. Groothoff aan de Rijksuniversiteit Groningen. Dr. R. van Wijck van het Instituut voor Bewegingswetenschappen van de RuG is co-promotor.

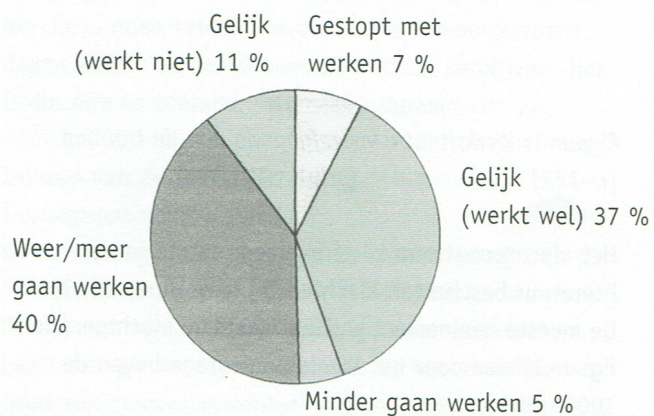
Dr. R. van Wijck, is als universitair docent verbonden aan het Instituut voor Bewegingswetenschappen Rijksuniversiteit Groningen.



Figuur 2: Aard van de klachten voorafgaande aan de training (n=122)



Figuur 3: Verandering kwaliteit van leven na de leefstijltraining (n=122).



Figuur 4: Verandering werksituatie na de leefstijltraining (n=122)

