

Van lijfelijk lijden naar je lichaam zorgvuldig leiden

Psychomotorische therapie voor mensen met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten met als doel herstel en klachtvermindering.

Félice Michels, Edith Kind, Joy Goffin, Brechje Tijssen, Dorothea König, Bella Martens (2015)

Zorgprogramma	Volwassenen met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten
Prototype werkwijze	Focaal-inzichtgevend

Probleemomschrijving

Probleem

Lichamelijke klachten komen veel voor. Het merendeel van deze klachten gaat vanzelf over na enkele dagen of weken. Indien de klachten aanhouden, wordt de huisarts bezocht. Men wil af van rugpijn, misselijkheid of hoofdpijn. De huisarts kan de klachten soms verklaren en/of genezen, maar lang niet altijd. Als klachten (gedeeltelijk) onverklaard en ongenezen blijven (30-50% van de klachten) of zelfs verergeren (10-30%) en als klachten langer dan enkele weken duren en bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoeningen worden gevonden die de klachten voldoende verklaren, spreken we van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Ongeveer één op de zes mensen die een huisarts bezoekt, lijdt eraan (Zonneveld, 2013).

Bij sommige patiënten met lichamelijke klachten wordt wél een somatische aandoening gevonden, maar zijn de klachten ernstiger of langduriger ofwel beperken ze het functioneren sterker dan op grond van de aandoening te verwachten is. Ook dan spreken we van SOLK. Naar schatting 20-30% van de patiënten met SOLK houdt langdurig last van deze klachten (Khan, Khan, Harezlak, Tu & Kroenke, 2003; Verhaak, Meijer, Visser & Wolters, 2006; Jackson & Passamonti, 2005).

Gezien bovengeschetste problematiek is het voor de patiënt met SOLK moeilijk om adequate hulp te vinden. De patiënt loopt risico van medische overconsumptie. SOLK-patiënten bezoeken relatief veel medisch specialisten (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2011). Zij blijken geen baat te hebben bij een veelheid aan medische onderzoeken (Barsky, Orav & Bates, 2005).

Prevalentie

In Nederland lijden naar schatting 0,5 tot 1,9 miljoen mensen aan SOLK (Hiller, Fichter & Rief, 2003; Bos & Rumke, 2013). Bij de huisarts blijft 30-50% van de lichamelijke klachten medisch onverklaard (Khan e.a., 2003). Ook bij de neuroloog, reumatoloog, longarts, gastro-enteroloog, cardioloog, tandarts, gynaecoloog (Nimnuan, Hotopf & Wessely, 2001) en internist (Speckens, Van Hemert, Bolk, e.a., 1995) liggen deze percentages tussen de 40-60%. De meeste klachten gaan over in de loop van 12 tot 15 maanden. Bij 10 tot 30% van de patiënten (Olde Hartman, Borghuis, Lucassen, 2009) nemen de klachten echter toe in de loop van de tijd. In diverse studies is gevonden dat de prevalenties van SOLK en somatoforme stoornissen (APA, 2013) behoorlijk stabiel zijn tot het 65^e levensjaar. Daarna nemen de aantallen af en dit zet door tot op hoge leeftijd (Hilderink, Collard, Rosmalen & Oude Voshaar, 2013). Over de spreiding van het probleem zijn voor zover bekend geen data beschikbaar.

Gevolgen

SOLK-problemen zijn multiple, complex en chronisch. Er is sprake van grote emotionele problemen bij patiënten en bij de omgeving inclusief de hulpverlening (bijv. onmacht). Gevolgen van niet/onjuist behandelen kan leiden tot langdurig arbeidsverzuim, invaliditeit, arbeidsongeschiktheid, sociale isolatie en iatrogene schade. Dit leidt tot hoge maatschappelijke kosten (Van der Mast, 2006). Op dit moment is de zorgconsumptie van SOLK-patiënten 2.2 maal hoger dan gemiddeld (Hiller, e.a., 2003).

Doelgroep

Volwassenen met SOLK die problemen hebben om hun lichaamssignalen waar te nemen en/of problemen hebben met lichaamsbewustzijn en/of lichaamsmentaliteit. Bij deze patiënten ontbreekt vaak een mentaal beeld van het aangedane deel van hun lichaam (Roelofs, Näring, Keijsers, e.a., 2001). Er is sprake van:

1. Het niet herkennen van lichaamssignalen, zoals bijvoorbeeld spierspanning, vermoeidheid, onrust en hoge ademhaling (Goffin, Broekmans & Besemer, 2010);
2. Gering lichaamsbewustzijn. Lichaamsbewustzijn houdt in: aandacht hebben voor en bewust zijn van interne lichaamssignalen. De waarneming is subjectief en fenomenologisch. De lichaamssignalen kunnen onder invloed van mentale processen als emoties, overtuigingen, aandacht, interpretaties, conditionering, herinnering en houding veranderen (Mehling, Wrubel, Daubenmier, e.a., 2011, p.1);
3. Geringe lichaamsmentaliteit. Lichaamsmentaliteit is 'het vermogen om eigen en andermans lichaamssignalen waar te nemen, er ontvankelijk voor te zijn en verbinding te ervaren met onderliggende mentale toestanden' (Spaans e.a., 2009, p.241).

Indicatie

Er dient bij patiënt een minimale bereidheid te zijn voor een andere dan puur medische aanpak van de lichamelijke klachten.

Contra-indicatie

Patiënten met een acute crisis, bijv. in het kader van een psychotische of bipolaire stoornis. Punten van aandacht zijn lopende medische onderzoeken die een psychomotorische behandeling in de weg staan; rechtszaken, zoals een letselschadezaak, of patiënten die in beroep zijn gegaan tegen beslissingen van uitkeringsinstanties.

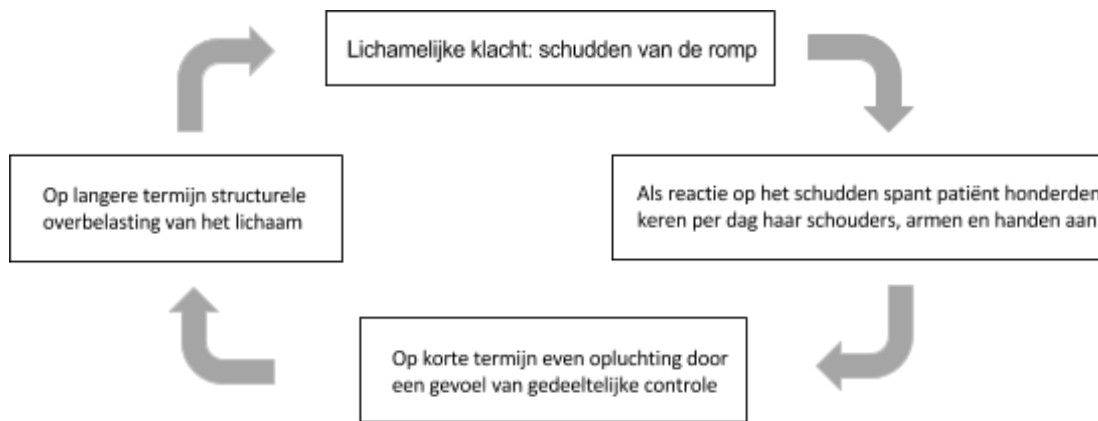
Selectie (verwijzing, intake, O&A traject)

Verwijzing kan geschieden door huisarts, eerstelijns psycholoog, revalidatiecentra, medisch specialisten en geestelijke gezondheidszorg.

Intake en vaktherapeutisch onderzoek worden uitgevoerd door de psychomotorisch therapeut. Vragen die tijdens de selectiefase beantwoord worden, zijn:

- Betreft het een correcte indicatie voor deze behandeling?
- Hoe neemt de patiënt het eigen lichaam waar?
- Hoe verwoordt patiënt zijn lichaamssignalen?
- Welke betekenis kent patiënt aan zijn lichamelijke klachten toe?
- In hoeverre is er sprake van adequate lichaamsmentaliteit (Spaans, Veselka, Luijten & Bühring, 2009)?
- Hoe houdt patiënt onbewust en onbedoeld zijn lichamelijke klachten in stand? De eerste vicieuze cirkel (zie figuur 1 voor een voorbeeld van een SOLK-klacht) wordt tijdens de selectie opgesteld.

De structuur en tijdsbelasting van de selectiefase, inclusief het O&A traject, is afhankelijk van de behandelsetting.



Figuur 1: Voorbeeld van een lichamelijke vicieuze gevolgcirkel van een patiënt met SOLK uit een behandeling (Goffin, Broekmans & Bezemer, 2010)

Doelen

Hoofddoel:

Het verminderen of opheffen van de eigen onverklaarde lichamelijke klachten en komen tot herstel.

Subdoelen:

1. Patiënt is in staat om eigen lichaamssignalen (zoals ademhaling, spierspanning, hartslag, temperatuur) waar te nemen, te (h)erkennen en te verwoorden;
2. Patiënt is in staat om gedachten en gevoelens die samenhangen met eigen lichaamssignalen te benoemen (brok in de keel kan samenhangen met verdriet, pijn in de maag met angst);
3. Patiënt is in staat om terugkerende lichaamssignalen te (h)erkennen en interpreteren;
4. Patiënt is in staat om in eigen woorden te vertellen hoe de eigen vicieuze cirkel, waarmee de klachten in stand gehouden worden, eruit ziet;
5. Patiënt is in staat om in eigen woorden uit te leggen hoe de vicieuze cirkel doorbroken kan worden door adequater gedrag;
6. Patiënt experimenteert in het dagelijks leven met nieuw en adequater gedrag. Hij kan vertellen wat hij anders doet, denkt en voelt in vergelijking met vóór de start van de behandeling.

Meting vindt plaats door een evaluatie.

Beschrijving van de interventie-aanpak

Opzet van de interventie

De interventie bestaat uit twee fases. Fase 1 is een voorwaarde om aan fase 2 te beginnen.

Fase I is bedoeld voor subdoelen 1 t/m 3: 8 sessies van 45 minuten.

Fase II is bedoeld voor subdoelen 4 t/m 6: 8 sessies van 45 minuten.

In beide fases kan de patiënt huiswerk krijgen om thuis of elders te oefenen.

Inhoud van de interventie

Fase I bestaat uit vijf onderdelen waarbij patiënt leert:

- zijn aandacht te richten en te verschuiven van omgeving of klacht naar het hele eigen lichaam. Hiervoor worden o.a. de bodyscan uit de Mindfulness gebruikt; ontspanningsinstructies en ademhalingsoefeningen van Van Dixhoorn (1998);
- zijn lichaamssignalen te (h)erkennen en te verwoorden. Hierbij kan de therapeut richting geven middels dóór te vragen en te mentaliseren over wat zichtbaar is aan het lichaam van de patiënt;
- om emotionele lichaamssignalen en pijn toe te laten en te verdragen. Hierbij kan de therapeut gebruik maken van ademhalings-, ontspanningsoefeningen, meditatie en visualisatie-oefeningen, alsmede psychomotorische werkvormen gericht op uiten van emoties (Kind, 2013);
- om de gedachten en gevoelens die samenhangen met de lichaamssignalen te (h)erkennen en verwoorden. Hierbij kan o.a. gebruik gemaakt worden van de techniek focussing (Gendlin, 1989);
- de eigen, vaak terugkerende lichaamssignalen, gevoelens en gedachten te (h)erkennen en interpreteren. Hierbij kan visueel ondersteund worden met emotie- en bewustzijnskaarten (Emoelens.nl).

Fase II bestaat uit drie onderdelen waarbij patiënt leert:

- de gevolgen, die de lichamelijke klachten hebben op het leven van patiënt, in kaart te brengen. Dit aan de hand van het gevolgenmodel voor onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (Speckens,

Spinhoven & Van Rood, 2004), zie figuur 1 op pagina 2. Gevolgen zijn te onderscheiden in: lichamelijk, cognitief, emotioneel, gedragsmatig en sociaal;

- om de eigen gevolgencirkel(s) te bezien met mogelijkheden deze te doorbreken met nieuw, adequater gedrag. De therapeut kan hiertoe psychomotorische werkvormen gebruiken om patiënt aan den lijve adequater gedrag te laten onderzoeken en kiezen (Michels & Teirlinck, 2012);
- om de eigen gevolgencirkel(s) te doorbreken door blijvend voor adequater gedrag te kiezen in het dagelijks leven. De therapeut kan gebruik maken van weekdoelen en evaluatie daarvan. Alsook de patiënt mogelijkheid bieden specifieke vragen uit het dagelijks leven te onderzoeken en te beantwoorden door middel van psychomotorische werkvormen. Bijvoorbeeld in het aangeven van grenzen, behoefte aan hulp of het omgaan met boosheid (Kalisvaart, 2010).

Rol van de therapeut: In de eerste fase is de rol van de therapeut steunend en structurerend, in de tweede fase meer re-educatief, focaal inzichtgevend. Tevens is het belangrijk dat de therapeut in staat is te mentaliseren, het gedrag en de (non verbale) communicatie van de patiënt te spiegelen.

Materialen: Een matje en kussen om op te liggen of een comfortabele stoel. Divers sport- en spelmateriaal. Eventueel opname-, geluids-, en filmapparatuur. Rustige en veilige werkruimte en omgeving.

Onderbouwing

Welke factoren veroorzaken het probleem?

Risicofactoren voor het ontwikkelen van SOLK en somatoforme stoornissen zoals vermeld in de Multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen van het Trimbos-instituut:

	Biologisch	Psychologisch	Sociaal
Voorbeschikkend	genetische kwetsbaarheid	trauma, hechting	(omgang met) ziekte in familie
Uitlokkend	Vermoeidheid	stress	life event
Onderhoudend	Conditieverlies	ongerustheid	weinig sociale steun

Tabel 1: Risicofactoren voor het ontwikkelen van SOLK en somatoforme stoornissen. Uit: GGZ-Richtlijnen – Multidisciplinaire richtlijn SOLK en Somatoforme stoornissen (1.0) – 01-02-2011, p.12.

Onveilige hechting, ontwrichte gezinsomstandigheden en chronische stress zijn factoren die vaak gezien worden bij SOLK-patiënten. Ook een medische aandoening zoals bijv. epilepsie of astma kan een rol spelen bij het ontstaan van SOLK (Spaans e.a., 2009). Plotselinge stress door bijv. een ongeluk, lichamelijke ziekte of medische ingreep kunnen uitlokkende factoren zijn voor het ontstaan van SOLK (Speckens e.a., 2004), evenals werkeloosheid en dood van een dierbare. Factoren die de problematiek verergeren of in stand houden, worden beschreven in de vicieuze cirkels die samen met de patiënt worden opgesteld (Van Rood & Visser, 2008), zoals bijvoorbeeld het aanspannen van de spieren beschreven in figuur 1, pagina 2. Een belemmerende factor tijdens de therapie kan zijn dat patiënten ernstig blijven somatiseren (Lipowski, 1988).

Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden

De interventie is niet gericht op de hierboven genoemde oorzakelijke factoren. De interventie is gericht op de factoren die de problematiek verergeren of in stand houden en de gevolgen die men ervaart in het dagelijks leven.

Theoretische verantwoording

De SOLK-patiënt heeft problemen op het lichamelijke vlak die niet somatisch-medisch van aard zijn, maar ze zijn wel als medische klacht gestart. Het gevolgenmodel voor onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (Speckens e.a., 1999, 2004), dat gebaseerd is op het biopsychosociale model, is bij uitstek geschikt, omdat het start vanuit de lichamelijke klachten en de gevolgen van die lichamelijke klachten op psychisch, emotioneel, gedragsmatig, lichamelijk en sociaal gebied. Het gevolgenmodel heeft zich daarom de afgelopen jaren ontwikkeld tot de gouden standaard in Nederland bij de behandeling van SOLK-problematiek.

Vanuit vaktherapeutisch oogpunt wordt in Fase I gewerkt met een ervaringsgerichte strategie (Hekking & Fellingner, 2011). Patiënten leren woorden geven aan lichamelijke signalen zoals pijn, vermoeidheid, aangespannen spieren en niet-functionele lichaamshoudingen. En zij leren hoe deze zich verhouden tot de emoties van patiënt, zoals bijvoorbeeld brok in de keel van verdriet, buikpijn van de spanning en zweethanden door angst. De therapeut heeft in deze fase vooral een rol in de lichaamsmentaliteit door

het neutraal benoemen van waarneembare lichaamssignalen en emoties (Spaans, 2009). Deze fase eindigt als de patiënt minder verwarring en angst ervaart ten aanzien van zijn lichaam en emoties. Doel van Fase II is dat patiënt inzicht krijgt in de vicieuze cirkels (zie figuur 1) die zijn lichamelijke klachten in stand houden of verergeren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het gevolgenmodel. Samen met de patiënt worden deze vicieuze gevolgcirkels helder gemaakt en de patiënt geeft aan waar hij de vicieuze gevolgcirkels wil gaan doorbreken door het trainen van nieuw gedrag. Hierbij passend is de ontdekkende, conflictgerichte strategie uit de vaktherapie (Hekking & Fellingner, 2011).

Werkzame elementen

Het richten van de aandacht op het eigen lichaam; het leren waarnemen van de eigen lichaamssignalen; het leren verwoorden van de eigen lichaamssignalen; het leren met adequaat gedrag reageren op de eigen lichaamssignalen; het leren ontspannen; het leren herkennen hoe men met onbedoeld en onbewust gedrag de eigen lichamelijke klachten in stand houdt of zelfs verergert (Speckens e.a., 1999, 2004).

Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak

Uitvoering

- Dit product kan aangeboden worden binnen verschillende behandelsettings, bijvoorbeeld een GGZ-instelling in de tweede en derde lijn, een revalidatie-instelling of door een eerstelijns praktijk senior geregistreerd psychomotorisch therapeut.
- Er zijn folders voor zowel patiënten als verwijzers.

Subtypen

Het product kan zowel in een groep als individueel aangeboden worden.

Opleiding en competenties

HBO+ geschoolde psychomotorisch therapeut en ruime ervaring met en scholing over de bovengenoemde doelgroep.

Algemene randvoorwaarden

- Er moet een ruime, rustige en veilige rolstoeltoegankelijke therapieruimte beschikbaar zijn, waar de temperatuur goed geregeld kan worden, tevens moet de therapeut beschikken over muziekapparatuur, spel- en oefenmateriaal, matjes en kussens;
- Om deel te kunnen nemen is voldoende beheersing van de Nederlandse taal noodzakelijk. Tevens dient men minimaal 90% van de afspraken aanwezig te zijn.

Kosten van de interventie

- Tijdens selectiefase afhankelijk van de behandelsetting 2 of 3 afspraken van 45 minuten met 45 minuten uitwerktijd;
- Fase 1 en 2 bestaan beiden uit 8 sessies van 45 minuten met 30 minuten per sessie indirecte tijd;
- Eindevaluatie: een sessie van 45 minuten en 90 minuten voor afsluitende brief;

Afhankelijk van de behandelsetting en of er individueel of groepsgewijs wordt behandeld, zijn er wisselende materiaalkosten en ruimtelijke voorwaarden

Literatuur

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Barsky, A.J., Orav, E.J. & Bates, D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903-910.

Bos, M. & Rumke, M. (2013) De Cartesiaanse Puzzel, Eindhesis Master of Health Administration, Leergang 18, TIAS School for Business and Society, Tilburg.

Dixhoorn, J.J., van (1998). *Ontspanningsinstructie principes en oefeningen*. Maarssen: Elsevier en Bunge.

Gendlin, T. (1989). *Focussen, gevoel en je lijf*. Haarlem: De Toorts.

Goffin, J.J.M., Broekmans, S.D. & Besemer, J. (2010). Ik heb écht iets. Een psychomotorisch hulpverleningsmodel voor de behandeling van cliënten met een conversiestoornis. Uit: J. de Lange (red.) *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz* (pp. 71-94). Boom: Amsterdam.

Hekking, P., Fellingner, P. (2011) *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Boom, Amsterdam.

- Hilderink, P.H., Collard, R., Rosmalen, J.G.M. & Oude Voshaar, R.C. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups; a systematic review. *Aging Research Reviews*, 12, 151-156.
- Hiller, W., Fichter, M.M. & Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of health care utilization and cost-effectiveness. *Journal of Psychosomatic Research*, 54:4, 369-380.
- Jackson, J.L. & Passamonti, M. (2005). The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1032-1037.
- Kalisvaart, H. (2010). Mijn lichaam zegt me (n)iets. Psychomotorische therapie bij cliënten met ernstige psychosomatische klachten. Uit: J. de Lange (red.) *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz* (pp. 53-70). Boom: Amsterdam.
- Khan, A.A., Khan, A., Harezlak, J., Tu, W. & Kroenke, K. (2003). Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics*, 44, 471-478.
- Kind, E. (2013). Met vallen en opstaan meer grip op de aanval. Psychomotorische therapie bij psychogene pseudo-epileptische aanvallen. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 9:1, 18-24.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2011). Multidisciplinaire richtlijn *Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Mast, R.C. van der (2006). Onverklaarde lichamelijke klachten: een omvangrijk probleem, maar nog weinig zichtbaar in opleiding en richtlijnen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 686-692.
- Mehling, W.E., Wrubel, J., Daubenmier, J.J., Price, C.J., Kerr, C.E., Silow, T., Gopisetty, V. & Stewart, A.L. (2011). Body awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, Humanities in Medicine*, 6,6. doi:10.1186/1747-5341-6-6 (29-09-2014).
- Michels, F., Teirlinck, R. (2012) Doorgaan tot je er bij neervalt! Congresbundel Lustrum COLK. Gorinchem: Centrum voor Onverklaarde Lichamelijke Klachten.
- Nimnuan, C., Hotopf, M. & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 361-367.
- Olde Hartman, T.C., Borghuis, M.S., Lucassen, P.L.B.J., e.a. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder, and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, may;66(5):363-77. Epub 2008 dec 16. Review.
- Roelofs, K., Näring, G.W.B., Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L., Galen, G.P., van & Maris, E. (2001). Motor imagery in conversion paralysis. *Cognitive Neuropsychiatry*, 6, 21-40.
- Rood, Y. van & Visser, S. (2008). Principes van cognitieve gedragstherapie in de ggz. In: C. van der Feltz-Cornelis, & H. Van der Horst (red.): *Handboek Somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en de tweede lijn* (pp. 269-289). Utrecht: De Tijdstroom.
- Spaans, J.A., Veselka, I., Luyten, P. & Buhning, M.E.F. (2009). Lichamelijke aspecten van mentalisatie; therapeutische focus bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51:4, 239-248.
- Speckens, A.E.M., Hemert, A.M. van, Bolk, J.H., e.a. (1995). The acceptability of psychological treatment in patients with medically unexplained physical symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 7, 855-863.
- Speckens, A.E.M., Spinhoven, P. & Rood, Y.R. van (1999). Protocolaire behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten: cognitieve gedragstherapie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deel 2* (pp. 199-236). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Speckens, A.E.M., Spinhoven, Ph. & Rood, Y.R. van (2004). Protocolaire behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, C.A.L. Hoogduin (red.). *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deel 1* (pp. 183-218). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verhaak, P.F.M., Meijer, S.A., Visser, A.P. & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23, 414-420.
- Zonneveld, L. (2013). *Unexplained Physical Symptoms: patients' quality of life improved by cognitive-behavioral group treatment tailored to their perspective*. PhD thesis of Erasmus MC/Erasmus University.