

# Onderzoek naar cliënttevredenheid en klachtreductie bij lichaamsgerichte (psycho)therapie

*Samenvatting van twee onderzoeken door de faculteit Klinische Psychologie van de  
Vrije Universiteit Amsterdam 2012/2013*



## **Inleiding**

De Commissie Cliënttevredenheid van de Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en andere beroepen (NVPITea) kreeg begin 2012 de opdracht van het bestuur de vereniging om onderzoek te laten uitvoeren naar de tevredenheid van cliënten die behandeld worden door de geregistreeerde therapeuten van de NVPIT. De commissie, bestaande uit de leden Henk-Jan van Reenen en Nienke Hammingh, legde contact met de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit in Amsterdam, waar enkele afstuderende masterstudenten werden gevonden die het onderzoek wilden verrichten in het kader van hun masterthese.

Klanttevredenheidsonderzoek wordt binnen de gezondheidszorg doorgaans uitgevoerd door middel van CQI-vragenlijsten (Customer Quality Indexing). Hiernaast is binnen de GGZ steeds gebruikelijker om ROM (Routine Outcome Measurement) onderzoek te verrichten. Hierbij worden klachten geïnventariseerd vooraf, tijdens en na de behandeling, zodat klachtreductie kan worden gemonitord.

Uit de afspraken met de VU volgden uiteindelijk twee verschillende onderzoeken:

- ⤴ Onderzoek naar de tevredenheid bij lichaamsgeoriënteerde therapie en de beleving van de cliënten. In dit onderzoek, uitgevoerd door Kavita Binda, werd gebruik gemaakt van een online vragenlijst, gebaseerd op de Consumer Quality Index (CQI) voor Zelfstandig Gevestigde Professionals in de GGZ.
- ⤴ Onderzoek of lichaamsgerichte therapie leidt tot reductie van klachten bij cliënten, en tevens naar de relatie tussen klachtreductie en tevredenheid van de cliënten over de therapie. Dit onderzoek, uitgevoerd door Rosanne Dokkum, is opgezet rond een Routine Outcome Monitoring (ROM) klachtenvragenlijst. De metingen voor dit onderzoek werden verricht voor de start van de therapie en acht weken daarna. Tijdens het tweede meetmoment werd ook de CQI-cliëntervaringsvragenlijst afgenomen.

Nog voor de start van het project werd besloten om ook de geregistreeerde leden van het Nederlands Instituut voor Bio-energetische Analyse (NIBA), van de Nederlandse Beroepsvereniging voor Biodynamische Therapie (NVBT) en de Nederlandse Vereniging voor Lichaamsgeoriënteerde Psychotherapie (NVLP) bij het onderzoek te betrekken. De therapievormen die deze geregistreeerde therapeuten toepassen behoren net als die van de NVPIT tot het veld van de lichaamsgerichte (psycho)therapie.

Het uitvoeren van beide onderzoeken heeft enkele maanden in beslag genomen; het uitwerken van de resultaten en de samenvatting daarvan nam daarna nog meer tijd in beslag. De uitkomst van het ROM-onderzoek kwam beschikbaar bij de afronding van de masterthese van de betreffende student in augustus 2012. De uitwerking van het CQI-onderzoek liep echter nogal wat vertraging op. De resultaten van het onderzoek zijn uiteindelijk niet door de betreffende student uitgewerkt, maar in opdracht van de NVPIT door DPSSStatistics. In de periode daarna is op basis van de beide onderzoeken gewerkt aan deze overkoepelende samenvatting. Praktijken met meer dan 10 respondenten ontvingen ondertussen ook een verslag met resultaten van hun praktijk ten opzichte van gemiddelden.

Dit stuk geeft de resultaten weer van beide onderzoeken van de gehele populatie.

Voor de originele documenten refereren we aan:

1. Klanttevredenheidsonderzoek: Totaalanalyse, bureau DPSSStatistics, statistische uitwerking van het CQI-onderzoek van Kavita Binda, faculteit Klinische Psychologie VU Amsterdam, maart 2013
  2. Lichaamsgericht te werk: Onderzoek naar cliënttevredenheid bij en effectiviteit van lichaamsgerichte psychotherapie, Masterthese Klinische Psychologie Rosanne Dokkum, VU Amsterdam, augustus 2012
- en verder het document met de bijlagen:
3. Bijlages CQI onderzoek: Originele vragenlijst, samenvatting open vragen, correspondentie

## Geselecteerde vragenlijsten

Binnen de GGZ werd voor het meten van klanttevredenheid en -ervaring tot voor kort gebruik gemaakt van de GGZ-thermometer. Deze korte vragenlijst bleek niet specifiek genoeg. Hierom is men overgegaan op CQI-metingen. CQI staat voor Customer Quality Index. Het zijn langere vragenlijsten die zijn toegespitst op een bepaalde beroepsgroep in de gezondheidszorg. Zo is er een CQI voor huisartsen, een voor apothekers, voor fysiotherapeuten enzovoorts.

Voor de beroepsgroep van lichaamsgerichte (psycho)therapeuten zou de CQI voor Zelfstandig Gevestigde Professionals het meest in aanmerking komen. Deze lijst is ontwikkeld door het Trimbos instituut (Van Wijngaarden, 2012). De vragenlijst is voor dit onderzoek aangepast, allereerst omdat de CQI voor Zelfstandig Gevestigde Professionals nooit in productie is genomen. Er is dus geen referentiekader met de lijst. Daarnaast sluit de vragenlijst niet volledig aan bij het beroepsveld van lichaamsgerichte therapeuten. Zo staan in de lijst vragen over DBC's en andere zaken welke niet van toepassing zijn op de werkwijze van een lichaamsgericht therapeut. De CQI voor Zelfstandig Gevestigde Professionals is daarom enigszins aangepast, zodat deze meer toegespitst werd op de lichaamsgerichte therapie.

Voor het ROM onderzoek naar klachtenreductie is de BSI gekozen, Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1975). Deze lijst bestaat uit 63 multiple choice-vragen en meet voorkomen en zwaarte van klachten in zeven dimensies: somatische klachten, cognitieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. De keuze voor deze lijst is gemaakt door de eenvoud van de lijst en ook omdat voorkomen van (psycho)somatische klachten wordt gemeten, wat mogelijk relevante informatie geeft binnen *lichaamsgerichte* therapie.

## Procedures

De CQI vragenlijst is *online, cross-sectioneel* (eenmalig) afgenomen onder cliënten die lichaamsgerichte therapie volgen of hebben gevolgd, waarbij de behandeling maximaal een half jaar geleden is afgerond. Het afnemen van de vragenlijst vond plaats in de periode maart/april 2012. Uit privacyoverwegingen hebben de therapeuten, die allen binnen een zelfstandige praktijk werken, hun cliënten zelf benaderd voor het onderzoek. Therapeuten ontvingen hiertoe een lijst met anonieme inlogcodes die ze aan hun cliënten hebben gedistribueerd. Elke cliënt kreeg 1 code. Door met inlogcodes te werken is gewaarborgd dat cliënten de vragenlijst maar 1 keer hebben ingevuld. Het invullen van de vragenlijsten was anoniem: therapeuten had zelf geen toegang tot de resultaten en bij de onderzoekers zijn slechts de inlogcodes bekend. Er is nadrukkelijk benoemd dat deelnemende therapeuten al hun cliënten moesten benaderen en hier geen enkele schifting in aan te brengen. Deelname aan het onderzoek was vrijwillig.

Bij het ROM onderzoek kregen de cliënten in de periode 1 februari 2012 tot en met 1 maart 2012 na afloop van het eerste intake gesprek de BSI vragenlijst. Afname geschiedde schriftelijk in de praktijkruimte van de therapeut en in afwezigheid van de therapeut om sociaal-wenselijk antwoorden te voorkomen. Na ongeveer 8 weken werd deze lijst nogmaals afgenomen en kregen de cliënten tevens een brief mee naar huis met daarop de uitnodiging en inlogcodes voor het online onderzoek naar tevredenheid (CQI).

## **Beperkingen van de onderzoeken**

Er is geen no-respons steekproef gedaan. Hierdoor is geen inzicht in de reden van niet deelnemen aan het onderzoek. Het zou kunnen zijn dat juist de ontevreden cliënten niet wilden deelnemen.

Een beperking van het ROM onderzoek was de grote uitval, de lage respons en dat er omwille van gebrek aan resources geen meetmoment is geweest bij *afronding* van de behandeling.

## **Respons**

Ten tijde van het onderzoek werden alle 484 gediplomeerde leden van de beroepsverenigingen gevraagd of ze wilden meewerken aan het onderzoek. Hiervan deden 108 (22%) therapeuten mee.

Voor het CQI onderzoek schreven deze therapeuten 958 cliënten aan. Hiervan gaven 475 (50%) respons. Na uitsluiting van halfingevulde vragenlijsten (n=75) en van cliënten die leertherapie of supervisie volgden (n=7) bleven 393 cliënten over (42%).

Voor het ROM onderzoek waren de onderzoekers afhankelijk van alleen de nieuwe intakes. Er waren bij de 108 deelnemende therapeuten 64 nieuwe cliënten die de eerste meting invulden. In de tweede meting waren 30 respondenten overgebleven, waarvan 20 ook de online CQI-vragenlijst invulden. Het totale uitvalspercentage is hier dus hoog (69%). De uitvallers vertoonden op grond van leeftijd en klachtenpatroon echter geen significante afwijkingen van de deelnemers die tot het eind bleven.

## **De cliënten**

Beide onderzoeken geven nagenoeg hetzelfde demografische beeld van de cliëntèle bij de therapie. Hieronder de gegevens uit het CQI- onderzoek:

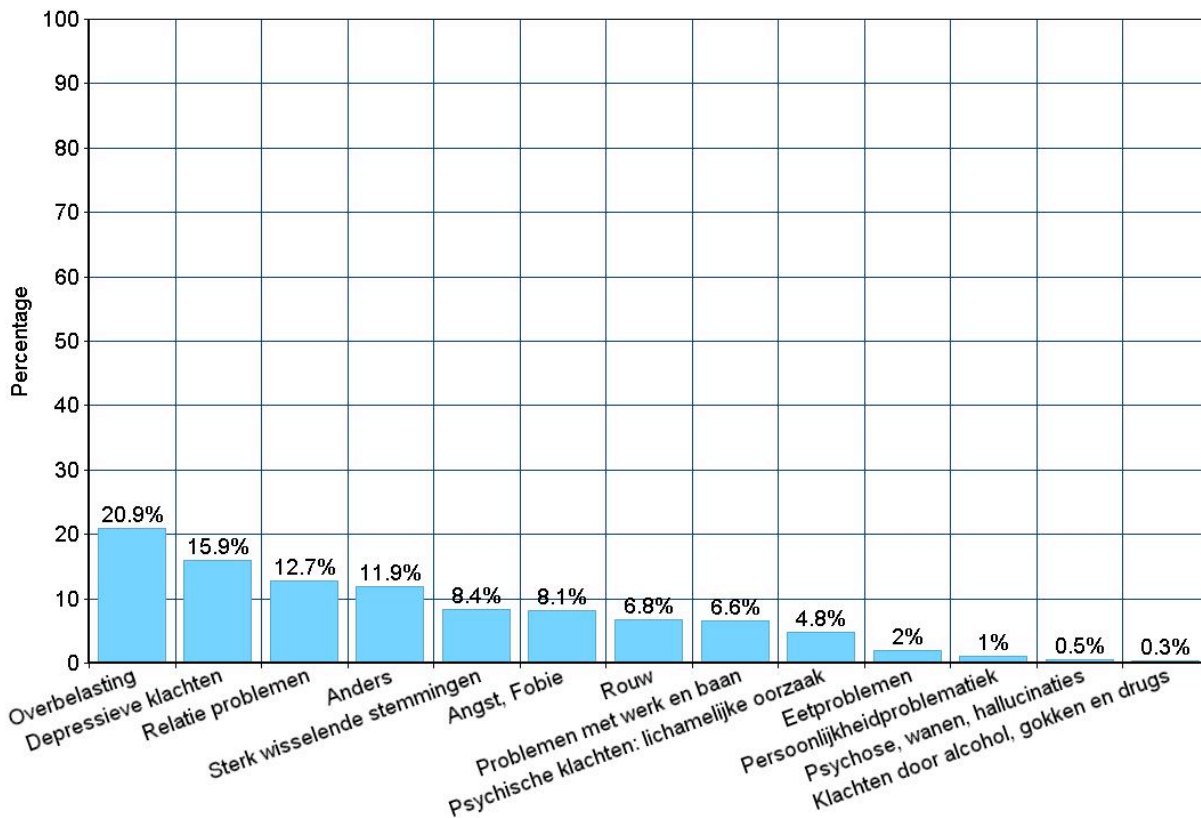
- ⤴ gemiddelde leeftijd is 44 jaar. Er is een spreiding in leeftijden van 20 – 80 jaar
- ⤴ 75% is vrouw
- ⤴ 65% is hoger opgeleid (HBO of WO)
- ⤴ 77% heeft een betaalde baan
- ⤴ 72% vindt van zichzelf dat die een goede psychische gezondheid heeft en 83% een goede algehele gezondheid.
- ⤴ 95% is in Nederland geboren en bij 85% heeft twee Nederlandse ouders.

## **Hulpvraag**

Onder de cliënten die meededen aan het CQI-onderzoek worden klachten van overbelasting (burn-out, overspannen) (21%), depressieve klachten (16%) en relationele problemen (13%) het meest gerapporteerd. Hiernaast worden ook wisselende stemmingen, angstklachten, rouw, problemen op het werk en klachten met een lichamelijke oorzaak genoemd. (zie grafiek)

De meeste respondenten (64%) geven aan meerdere klachten te ervaren. Opvallend is verder dat de klachten volgens de cliënten vaak al langer dan 2 jaar aanhouden. Dit is het geval bij 61%. Verderop in deze samenvatting zien we dan ook dat voorafgaand aan het consulteren van de lichaamsgerichte therapeut vaak diverse andere hulpverleners zijn geraadpleegd voor dezelfde problematiek.

## Hulpvraag - verdeling van de hulpvraag



De resultaten van het ROM onderzoek geven een evenredig beeld, hoewel de BSI iets andere categorieën meet: het meest voorkomend zijn hier interpersoonlijke gevoeligheid, cognitieve klachten, depressieve klachten en angstgerelateerde klachten (zonder fobische angst).

### **Behandelvorm**

De behandelvorm van lichaamsgerichte therapie is doorgaans in individuele setting. Er worden diverse methodieken gerapporteerd die de therapeuten inzetten, zoals onder andere lichaams oefeningen, ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen, lichaamsdialoog en massage. Het vertrouwen in deze methodieken is groot (64% staat volledig achter deze methoden en nog eens 28% staat er tamelijk veel achter). Ook het vertrouwen in de visie achter de lichaamsgerichte therapie is groot, namelijk 56% staat er volledig achter en 29% tamelijk veel.

De meeste respondenten hebben dan ook bewust voor deze vorm van behandeling gekozen (48% helemaal en 27% tamelijk veel). Daarnaast wordt 12% verwezen door de huisarts en 8% door een andere hulpverlener uit de reguliere zorg.

Bovenstaande waarnemingen zijn een belangrijke indicatie voor de kans van slagen van de therapie. Uit divers onderzoek is immers herhaaldelijk gebleken dat binnen een psychologische behandeling de meest bepalende factoren voor het al dan niet doen slagen van de therapie zijn (zie Common-factors theorie van Frank):

1. het hebben van vertrouwen in de behandeling
2. de kwaliteit van de relatie met de behandelaar.

### **Behandelaar**

Ook over de relatie met de behandelaar ontstaat een positief beeld. Zo vindt 90% dat er zeer aandachtig wordt

geluisterd; 94% dat de behandelaar de cliënten voldoende serieus neemt; geen enkele respondent (0%) vindt de behandelaar onvoldoende professioneel.

Van vijf vragen die gingen over de behandelaar (*Heeft uw behandelaar genoeg tijd voor u?, Luistert uw behandelaar aandachtig naar u?, Neemt uw behandelaar u serieus?, Begrijpt uw behandelaar in voldoende mate wat uw klachten zijn?, Legt uw behandelaar u dingen op een begrijpelijke manier uit?*) is een totaalscore gemaakt met een schaal van 1 tot 10. Om een 10 te scoren moest de cliënt op alle vijf de vragen de hoogste score ('altijd') hebben gekozen. 54% van de behandelaars kregen een 10, 35% kreeg een 9, 8% een 8 en 2% een 7. Geen van de cliënten gaf zijn behandelaar een cijfer lager dan 7.

### **Informatievoorziening**

De respondenten rapporteren dat de behandelaar vaak informatie gaf over de aanpak van de behandeling (86%) en hoe met de klachten om te gaan (95%).

Er ligt hier echter voor lichaamsgerichte therapeuten ook een leerpunt. Zo heeft het merendeel van de ondervraagden (67%) *geen* informatie ontvangen over de mogelijkheid tot inzage van cliëntdossier; en het ruime merendeel (86%) heeft geen informatie ontvangen over het bestaan van de klachtenprocedure.

### **Inspraak en keuzevrijheid**

Het merendeel van de ondervraagden (74%) vindt dat er voldoende keuzemogelijkheid bestaat uit de behandelmethoden. Nagenoeg alle respondenten (96%) kunnen in voldoende mate kiezen op welk tijdstip van de dag de behandeling plaatsvindt.

Van het al dan niet bestaan van een behandelplan zijn veel respondenten (41%) niet op de hoogte. Volgens 28% van de cliënten is er zelfs geen behandelplan gemaakt. Van degene die wel weet hebben over het behandelplan, geeft een groot merendeel (97%) aan dat er meebeslist kan worden over de inhoud van het behandelplan.

Een leerpunt voor de leden van de beroepsverenigingen zou kunnen zijn om meer transparantie te tonen over behandelplannen.

### **Meerdere behandelaars**

71% van de respondenten krijgt *gelijktijdig* ook hulp van een andere zorgverlener. Hiervan gaat 30% ook naar een psycholoog, 10% naar een psychiater, maar meestal is dat een ander soort hulpverlener (60%).

64% heeft *eerder* contact gehad met een andere hulpverlener voor soortgelijke klachten. Meestal is dit 1 andere hulpverlener geweest (65% van de gevallen), maar soms ook 2 (35%), nooit meer dan 2. De eerdere hulpverlener was vaker psycholoog dan de parallelle hulpverlener, namelijk in 48% van de gevallen, tegenover 30% bij de gelijktijdige hulpverlener.

Het hebben gehad van een *eerdere* hulpverlener komt ook vaker voor bij depressieve en angst klachten, (respectievelijk  $r=0.133$ ,  $p<.01$  en  $r=0.124$ ,  $p< 0.5$ ). Er is ook verband met het aantal klachten: hoe meer klachten, hoe vaker een eerdere hulpverlener is geconsulteerd. ( $r= 0.162$  ,  $p<0.01$ ) Tenslotte is er een verband met de duur van de klachten: respondenten die al langer rondlopen met dezelfde klachten hebben vaker een eerdere hulpverlener geraadpleegd ( $r=0.275$ ,  $p<0.01$ ). Zo ontstaat een beeld van een groep respondenten die al een langere tijd met name stemmingsproblematiek (depressie en angst) heeft te kampen en al diverse dingen heeft geprobeerd voordat men bij een lichaamsgericht werkende therapeut aanklopt.

63% is ten opzichte van de laatste andere hulpverlener voor dezelfde klachten meer tevreden en 32% is even tevreden.

### **Verandering in klachten en functioneren**

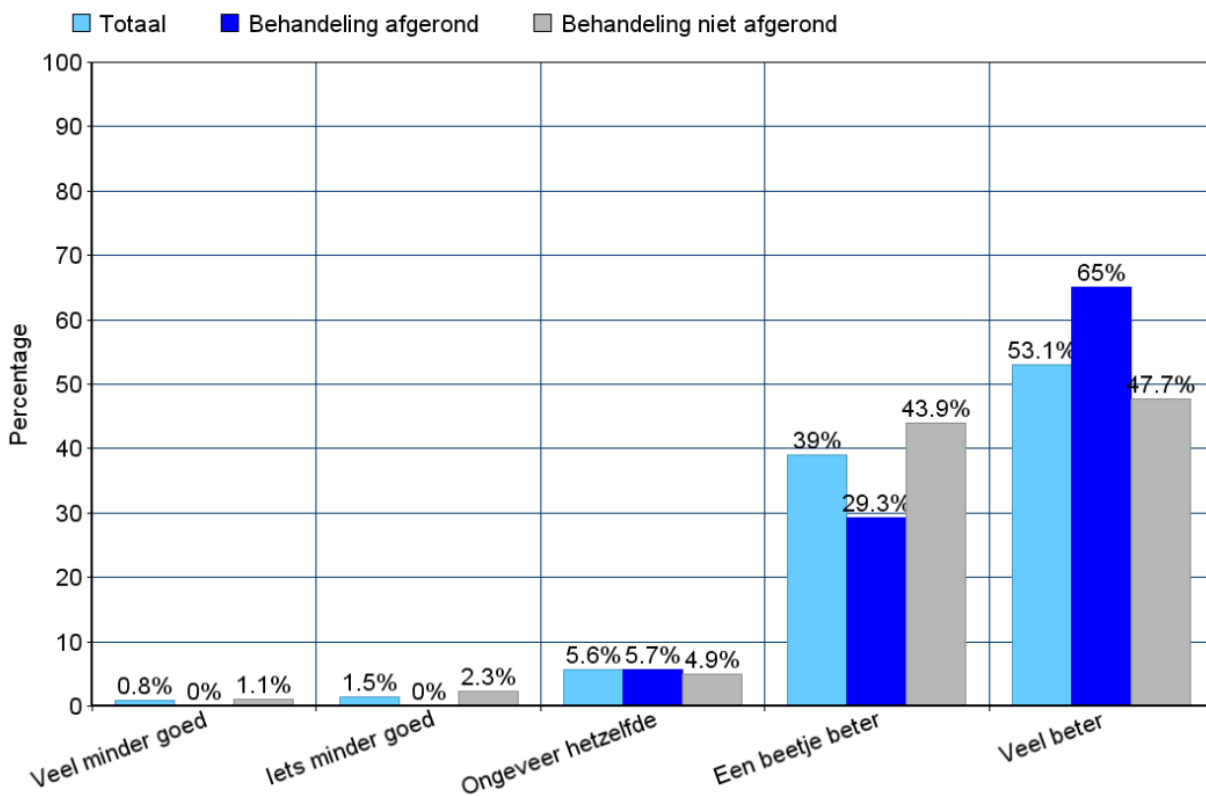
Via de CQI kregen we inzicht in de subjectieve beleving van klachtenreductie: nagenoeg alle respondenten (92%)

rapporteren dat het vergeleken met de afgelopen 12 maanden beter met hun gaat; 53% geeft aan dat het veel beter gaat en 39% rapporteert 'een beetje beter'. Nog meer mensen (95%) geeft aan dat ze beter met hun klachten om gaan ten opzichte van de afgelopen 12 maanden.

In de gegevens is zoals te verwachten samenhang te vinden tussen de mate van verbetering en de totaalscore op de behandelaar: hoe meer vooruitgang wordt ervaren, hoe tevredener men is over de behandelaar. ( $r=0.153$ ,  $p<0.1$ ) Dit verband blijkt echter nog sterker met de score op informatievoorziening. Waar respondenten aangeven dat er goede informatievoorziening is geweest, rapporteren ze meer reductie van klachten ( $r=0.215$ ,  $p < 0.01$ ). Het verband tussen de totaalscore van de behandelaar en goede informatie voorziening is dan ook aanwezig ( $r=0.204$ ,  $p < 0.01$ ).

Van de 393 respondenten is bij 120 respondenten op het moment van invullen de CQI de behandeling reeds afgerond. Van alleen de afgeronde behandelingen geeft een groter deel aan dat het veel beter gaat dan van de respondenten die nog onder behandeling zijn (zie onderstaande grafiek).

Verandering in Klachten en functioneren - Mate van functioneren vergeleken met 12 maanden geleden.



### **Klachtreductie volgens ROM onderzoek**

Klachtreductie wordt bevestigd door de metingen met de BSI vragenlijst.

Bij BSI wordt een totaalscore berekend met een range van 0 – 212; een hoge score impliceert hierbij ernstige psychiatrische symptomatologie. Participanten scoorden gemiddeld lager op de BSI-nameting (29), dan op de BSI-voormeting (51). Dit verschil bleek significant,  $t(29)=5.31$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d = .89$ , wat aangeeft dat er duidelijke vermindering van klachten optrad.

Binnen alle dimensies werd een significante reductie van klachten gevonden. Het meest reductie werd gevonden bij cognitieve klachten en bij depressieve klachten. Reductie van fobische angst bleek het minst. Reductie van cognitieve klachten, depressieve klachten en angstgerelateerde klachten bleek groter dan reductie van



somatische klachten.

Er werd overigens geen significantie correlatie gevonden tussen klachtreductie gemeten door middel van de BSI, en de subjectieve klachtreductie gerapporteerd in de CQI ( $r=0.38$ ,  $p<=0.10$ )

### **Evaluatie & afronding**

Therapeuten die deelnamen aan het onderzoek kregen in de CQI vragenlijst als gemiddelde rapportcijfer een 8,5; 75% zou de behandelaar beslist aanbevelen bij een ander; 96% vindt de behandeling de juiste aanpak voor hun klachten en 98% vindt dat de behandeling naar wens wordt uitgevoerd.

Bij alleen de reeds afgeronde behandelingen worden iets lagere percentages gevonden dan bovenstaande: hier vindt 89% de behandeling de juiste aanpak voor hun klachten en vindt 96% dat de behandeling naar wens wordt uitgevoerd.

Afgeronde behandelingen bestrijken meestal tussen de 5 en 15 consulten: 30% heeft 5-9 sessies gehad en 29% 10-14 sessies, er is een totale spreiding van 1 tot > 40 sessies.

Er bleek sprake van een significante correlatie tussen het cijfer dat voor de behandeling werd gegeven en de subjectieve rapportage van klachtreductie ( $r=0.309$ ,  $p<0.001$ ). Er was, anders dan verwacht, echter geen significante correlatie gevonden tussen cliënttevredenheid en de reductie van klachten zoals gemeten middels de BSI ( $r= .00$ ,  $p>.05$ ). Mogelijk kon geen verband worden gevonden door de lage respons.

### **Sterke punten & aanbevelingen**

In de CQI vragenlijst stonden drie open vragen. De antwoorden op deze open vragen zijn gecategoriseerd en geteld.

Op de vraag: *“Indien er verbetering in klachten is opgetreden, wat heeft naar uw idee het meest bijgedragen aan de verbetering van uw klachten.”* rapporteerde men:

- ▲ Ik kreeg meer inzicht, 35%
- ▲ Beter contact met mijn gevoelens en lichaam, 29%
- ▲ De combinatie van technieken, de algehele aanpak, 16%
- ▲ Mijn zelfvertrouwen nam toe, 12%
- ▲ De aandacht die ik kreeg, 11%

Sterke punten van de therapie vindt men:

- ▲ Goede tot zeer goed afstemming met de cliënt en zijn of haar behoeften, 30%
- ▲ De therapie geeft een betere balans tussen lichaam en geest, verstand en gevoel, 18%
- ▲ De aandacht die gegeven wordt, 14%
- ▲ Persoon en de persoonlijke inbreng van de therapeut (aardig, liefdevol, betrokken, geeft eigen ervaring door), 10%
- ▲ Er wordt goed tot zeer goed geluisterd 10%

Als aanbevelingen noemt men:

- ▲ Geen, is moeilijk te zeggen, 11%
- ▲ Meer aandacht voor structuur in de therapie bijvoorbeeld behandelplan, een vast evaluatiemoment, 10%
- ▲ Minder zweverig, meer sturend, duidelijker confronteren, 4%
- ▲ Meer lichaamsgericht werken, 4%
- ▲ Betere vergoedingen, meer bekendheid, erkenning voor deze therapie, 4%

### **Eindconclusie**

Lichaamsgerichte therapie wordt over het algemeen positief beoordeeld en er wordt een significante klachtenreductie waargenomen, wat zowel blijkt uit de subjectieve beleving van de respondenten als uit de transversale ROM-metingen: binnen alle dimensies van de BSI is klachtenreductie te zien.

Clientèle zijn veelal hoogopgeleide mensen met gemiddelde leeftijd van 44 jaar, drie kwart is vrouw. Het zijn vaak

cliënten die meerdere klachten ervaren waar ze vaak al langer mee rondlopen. Klachten die het meest worden gerapporteerd zijn overbelastingsklachten, depressie en relationele problemen; fobische angsten en zwaardere psychiatrische problemen komen nauwelijks voor.

Respondenten hebben vaak meerdere behandelaars geraadpleegd voordat ze bij de lichaamsgerichte therapeut aanklopten. Ze staan achter de behandeling en ook de behandelaar wordt als goed luisterend, begripvol en professioneel ervaren. Men vindt haast altijd dat de behandeling naar wens wordt uitgevoerd en men zou de behandelaar in veel gevallen beslist aanraden bij een bekende met soortgelijke klachten, men beoordeelt de therapie dan ook gemiddeld met een 8,5.

Een verbeterpunt voor lichaamsgerichte therapeuten ligt in het geven van betere informatie over hun behandelplan, de klachtenprocedure en mogelijkheid tot inzage van het cliëntdossier. Uit de open vragen blijkt ook dat cliënten iets meer structuur in behandelplan en therapie wenselijk vinden.

## **Nawoord**

Er is nog weinig onderzoek verricht naar lichaamsgerichte therapie. Het niet-procedurele karakter van de therapie (anders dan bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie), staat effectiviteitsonderzoek naar een specifieke interventie bijvoorbeeld in de weg. De intuïtieve afstemming wordt door de cliënten juist als specifieke kracht ervaren, zoals blijkt uit het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek.

Met bovenstaand onderzoek kan geen hard wetenschappelijk bewijs worden geleverd voor de effectiviteit van lichaamsgerichte therapie. Bij onderzoek naar psychotherapie en counseling spelen immers algemene factoren een rol die in elke therapie gelden, namelijk de relatie met de therapeut, en het vertrouwen in de behandeling (Frank). Deze algemene factoren zijn zelfs nog belangrijker dan de specifieke factoren, waardoor voor specifieke klachten alle vormen van psychotherapie ongeveer even goed blijken te werken.

Je kunt dus concluderen dat het gevonden resultaat niet door het specifieke effect van lichaamsgerichte therapie kan worden verklaard. Je kunt echter ook zeggen dat het onderzoek wel laat zien dat deze vorm van therapie een positief effect heeft, juist omdat blijkt dat aan de algemene factoren wordt voldaan: cliënten kiezen er bewust voor; staan achter de behandeling en de relatie met de therapeut wordt als positief en professioneel ervaren.

Het klantervaringsonderzoek geeft dus wel degelijk een betrouwbare indicatie voor de werking van deze therapievorm. Het toont aan dat deze vorm van therapie een plek behoeft binnen de (aanvullende) GGZ.

Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn vergelijkingen te maken met andere vormen van psychotherapie. Gaat het om eenzelfde klachtenpatroon? Behoren de cliënten binnen eenzelfde populatie? Zo nee, wat is dan de specifieke kracht van lichaamsgerichte therapie? Voor welke klachten en bij wat voor soort cliënten kun je het best deze therapievorm aanbevelen? Dan kan een vollediger beeld ontstaan van de specifieke kwaliteit van deze therapievorm en kunnen mensen (nog) beter worden geholpen.

## **Bijlagen:**

Masterthese ROM-onderzoek  
Analyses bij CGI-onderzoek  
Bijlagen CGI-onderzoek

(Klikken om de bijlage te openen)