

GGZet

Wetenschappelijk

2009 • Jaargang 13 • nummer 2

Mindfulness

Een studie naar de effecten van Mindfulness-Based Cognitive Therapy en Mindfulness-Based Stress Reduction

Robby van der Meulen, Elske Bos, Erik van den Brink en Martin Appelo

Een ethische bezinning op de FSNA en de professionalisering van het forensisch maatschappelijk werk

Swanny Kremer

**Van hutten bouwen naar meetinstrument bouwen
Of hoe een observatieopdracht een wetenschappelijk
meetinstrument werd**

Mathilde Tubben

Inhoudsopgave

Redactioneel 3

Artikel

Mindfulness 5

Een studie naar de effecten van Mindfulness-Based Cognitive Therapy en Mindfulness-Based Stress Reduction

Robby van der Meulen, Elske Bos, Erik van den Brink en Martin Appelo

Een ethische bezinning op de FSNA en de professionalisering van het forensisch maatschappelijk werk 40

Swanny Kremer

Van hutten bouwen naar meetinstrument bouwen 54

Of hoe een observatieopdracht een wetenschappelijk meetinstrument werd

Mathilde Tubben

Redactioneel

Zelfdefiniëring van de psychiater en maatschappelijke veranderingen

Frits Milders

In augustus 1996 bracht de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) een 'profielschets psychiater' uit. De NVvP was van mening dat daarmee in een breed gevoelde maatschappelijke behoefte werd voorzien. Volgens de NVvP bestond er in de samenleving veel onduidelijkheid over wat van een psychiater wel of niet kan worden verwacht. Een antwoord hierop werd van belang geacht voor een adequate beroepsuitoefening van de psychiater. Hoewel de publicatie van deze profielschets psychiater een duidelijk maatschappelijk doel diende wekte zij ook enige bevreemding. Wie zou er ooit denken aan een profielschets chirurg of - zelfs als het om de 'beschouwende' medische vakken naast de psychiatrie gaat - aan een profielschets internist of neuroloog? Deze medisch specialismen hebben geen profielschets nodig omdat hun fundamenteën hecht verankerd zijn in het menselijk lichaam (c.q. orgaan-systemen). De psychiatrie omvat daarentegen zeer heterogene werkelijkheidsdomeinen (het biotische substraat, de psychische realiteit en de sociale werkelijkheid) waarvan de onderlinge samenhang buitengewoon complex is. Het is dan ook begrijpelijk dat in het concept van de hernieuwde versie van de profielschets psychiater gezocht werd naar een stevige somatische fundering van de psychiatrie om haar 'body' te geven en legitimiteit als medisch specialisme. De (nogal potsierlijke) poging om de psychiater te karakteriseren als een hersenspecialist kon gelukkig rekenen op veel kritiek. In de definitieve versie (april 2005) is deze opvatting vrijwel verdwenen, op één (filosofisch en wetenschapstheoretisch) vreemde passage na alsof men zich toch nog wil vastklampen aan een somatische rietstengel: "De psychiater richt zich op de hersefunctie van betekenisverlening". Hoe dan ook, de publicatie van deze tweede profielschets, binnen 10 jaar na de eerste, wekt wederom bevreemding. Is de identiteit van de psychiater zó veranderlijk? De commissie was van mening dat de psychiater (in tegenstelling tot de eerste versie van de profielschets) geen playing captain binnen de multidisciplinaire organisatie van de geestelijke gezondheidszorg meer moet zijn. Bovendien zouden maatschappelijke ontwikkelingen met betrekking tot de opleiding - leren en handelen volgens de zeven competenties - en met betrekking tot de maatschappij - de domeindiscussie en de consequenties van de DBC's voor het aanbod van de psychiater (waar overigens geen antwoord op wordt gegeven) - tot een herziening van de profielschets nopen. In de tweede versie wordt de kern van de psychiater als volgt weergegeven: "Als medisch specialist behandelt de psychiater patiënten die lijden of disfunctioneren doordat hun cognitieve en emotio-

nele betrokkenheid op henzelf of hun leefomgeving verstoord is geraakt. Vanuit een medisch referentiekader gebruikt de psychiater daartoe zowel de therapeutische relatie als technieken die deze verstoring opheffen of de gevolgen ervan verzachten". Dit is een zelfdefiniëring die er zeker mee doorkan en voor lange tijd haar geldigheid - als kern - kan behouden. Maar is zij voldoende krachtig en compleet om het hoofd te bieden aan de huidige maatschappelijke krachten die de identiteit van de psychiater kunnen bedreigen? Is zij overtuigend genoeg voor het veld van GGZ professionals en voor de overheid en zorgverzekeraars? Daar ligt mogelijk toch een legitimiteitsprobleem. Probeer als denkoefening in bovengenoemde definitie van psychiater het woord "medisch" te vervangen door "psychologisch". Dan is te begrijpen waarom er aan wordt gedacht om psychologen (en ook verpleegkundigen) de bevoegdheid te verlenen om psychofarmaca voor te schrijven. Biedt de tweede profielschets psychiater voldoende munitie om de ontaarde DBC ontwikkeling, met de daaraan gekoppelde bureaucratie, bezuinigingen en versmallen van de functie van de psychiater tot diagnosticus en pillenvoorschrijver, een halt toe te roepen? Zeer waarschijnlijk niet. Dat komt omdat in de profielschets niet kritisch wordt stilgestaan bij maatschappelijke ontwikkelingen zoals de DBC. Deze systematiek is immers een sigaar uit eigen doos waar de zorgverzekeraars en de overheid dankbaar gebruik van maken. Aan de DBC systematiek ligt immers een onkritisch gebruik van de DSM IV ten grondslag. Daarom zou het goed zijn als in de profielschets een apart hoofdstuk wordt gewijd aan de wetenschappelijke status van een aantal grondconcepten van de psychiatrie. Dat wil zeggen hoe deze wel en niet kunnen worden toegepast. Vervolgens behoort de NVvP daar ook naar te handelen! Die opstelling kan wellicht maatschappelijke misverstanden voorkómen. Tenslotte zou het goed zijn als de psychiatrie in haar zelfdefiniëring zich ervan bewust is dat haar identiteit niet tot stand komt in een splendid isolation (vanuit de ivoren toren), waarbij er uitsluitend oog is voor de eigen beroepsbelangen, maar altijd in nauwe wisselwerking met de maatschappij. De psychiatrie heeft een mandaat van de maatschappij en dat zou conceptueel verdisconteerd moeten worden in de zelfdefiniëring van de psychiater (c.q. in een profielschets). Daarbij zou de passief reactieve houding (die zo kenmerkend is voor de psychiatrie) plaats moeten maken voor een proactieve (richting politiek). Kortom het is weer tijd voor een nieuwe versie. Is een dergelijke voortgaande herziening een vloek of een zegen?

Artikel

Mindfulness

Een studie naar de effecten van Mindfulness-Based Cognitive Therapy en Mindfulness-Based Stress Reduction

Robby van der Meulen, Elske Bos, Erik van den Brink en Martin Appelo¹

Interventies die gebaseerd zijn op oefening in mindfulness staan de laatste jaren erg in de belangstelling. De training waarin oosterse meditatieoefening samenkomt met de moderne westerse psychologie neemt nog altijd toe in populariteit (Brown e.a., 2007). Grondlegger is John Kabat-Zinn; die ontwikkelde de aandachtstraining, een techniek om mensen te leren omgaan met stress, angst, pijn en ziekte (Baer, 2003). Ook bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis Groningen worden sinds januari 2006 mindfulness-trainingen gegeven, aan zowel cliënten als medewerkers. Is het enthousiasme gerechtvaardigd?

Dit artikel bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt beschreven wat onder mindfulness verstaan wordt en hoe mindfulnessstrainingen in zijn werk gaan. Ook wordt in dit deel een literatuuroverzicht gegeven van onderzoeken naar de effecten van op mindfulness gebaseerde trainingen. In het tweede deel worden de resultaten gepresenteerd van een evaluatiestudie naar de mindfulnessstrainingen die de afgelopen jaren werden gegeven bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis.

1 Bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis Groningen schreef Robby van der Meulen een masterthese als onderdeel van de masteropleiding Psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen onder begeleiding van Elske Bos en Martin Appelo. Dit artikel is een bewerking van die masterthese. Het onderzoek naar de effecten van de mindfulnessstrainingen bij Lentis vond plaats in samenwerking met psychiater Erik van den Brink.

Deel I

Mindfulness, mindfulnesstraining en de effecten ervan

Wat is mindfulness?

Volgens Brown e.a. (2007) wordt mindfulness gedefinieerd als ontvankelijke aandacht voor en duidelijke gewaarwording van de op dat moment aanwezige gebeurtenissen en ervaringen. Mindfulness verwijst naar de aandacht voor gedachten, emoties, sensaties, acties of omgevingen zonder ideeën over wat er gebeurt of is gebeurd. In een mindful modus van verwerken zijn aandacht en cognitie niet sterk met elkaar verweven. Er wordt niet vergeleken, gecategoriseerd of geëvalueerd. Daarnaast bespiegelt, reflecteert of rumineert men niet over ervaringen of gebeurtenissen die geconstrueerd worden uit het geheugen. Gedachten kunnen hierin ook gezien worden als objecten van aandacht en gewaarwording, net als beelden, geluiden en andere sensorische fenomenen. Hierbij worden gedachten ervaren als gedachten en niet als mogelijke waarheden of reflecties van de externe realiteit. In een toestand van mindfulness kan iemand enerzijds afstand nemen van bepaalde geestestoestanden (heldere gewaarwording) om zo een breder perspectief te krijgen op wat er gebeurt en anderzijds inzoomen op details (geconcentreerde aandacht) van de situatie. In een mindful modus bekijkt men een ervaring 'objectief', zoals die zich voordoet. Dit wil niet zeggen dat men passief toekijkt en zich disassocieert van de geobserveerde ervaring; men is er wel actief bij betrokken. Voorgaande eigenschappen onderschrijven het besef van de tegenwoordige tijd. De geest is geneigd om te reizen in de tijd naar herinneringen uit het verleden of fantasieën over de toekomst en dwaalt regelmatig af van de huidige ervaring van het moment. Dit 'tijdreizen' kan voor een persoon zeer nuttig zijn voor bescherming en het behouden en verbeteren van zichzelf maar het wordt gemakkelijk vergeten dat we slechts bestaan in de tegenwoordige tijd, zonder directe ervaring met het verleden of de toekomst.

Hoe ziet mindfulnesstraining eruit?

Mindfulnesstraining verschilt op belangrijke punten van de traditionele cognitieve gedragsbehandeling (Baer, 2003). Zo worden bij mindfulness gedachten niet geëvalueerd als rationeel of verstoord en worden er geen systematische pogingen gedaan deze te veranderen. In plaats daarvan wordt deelnemers geleerd om hun gedachten waar te nemen, om hun voorbijgaande aard op te merken, en om er van af te zien ze te beoordelen. Een ander belangrijk verschil is dat traditionele cognitieve gedragsprocedures uitgevoerd worden met de bedoeling een denkpatroon of gedrag te veranderen. Mindfulness meditatie gaat echter uit van een schijnbare paradoxale 'niet strevende' houding. Daarmee wordt bedoeld dat, hoewel een taak is omschreven (bijvoorbeeld: zit stil, sluit je ogen en let op), dit geoefend dient te worden zonder de intentie iets te willen veranderen. Deelnemers

moeten er niet naar streven om te ontspannen, hun pijn te verminderen of hun gedachten of emoties te veranderen, hoewel ze voor deze doelen wel behandeling gezocht hebben. Twee veel toegepaste vormen van mindfulnesstherapie zijn Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) en Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Deze verschillen met name in de mate waarin cognitief-gedragstherapeutische elementen zijn toegevoegd.

MBSR

Het MBSR-programma, voorheen bekend als het stressreductie- en relaxatieprogramma, is door John Kabat-Zinn ontwikkeld in een 'behavioral medicine' setting voor populaties met een breed spectrum aan chronische pijn en stressgerelateerde stoornissen (Baer, 2003). Grossman, Niemann, Schmidt en Walach (2004) omschrijven MBSR als een gestructureerde groepsbehandeling waarin gebruik gemaakt wordt van mindfulnessmeditatie om het lijden dat met fysieke, psychosomatische en psychische stoornissen in verband wordt gebracht te verminderen. Het programma is vormgegeven als een acht tot tien weken durende cursus voor groepen tot dertig personen die wekelijks twee tot tweeëneenhalf uur bijeenkomen voor instructie en oefening in mindfulnessmeditatievaardigheden, samen met discussie over stress, coping en huiswerkopdrachten (Baer, 2003). Deelnemers leren dat wanneer emoties, lichamelijke sensaties of cognities voorbij komen, deze geobserveerd kunnen worden zonder er over te oordelen.

MBCT

In hun boek *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse* zetten Segal, Williams en Teasdale (2002) uiteen hoe zij tot een acht sessies durende behandeling kwamen. Uitgangspunt was het ontwikkelen van een therapie die gegeven kon worden aan mensen die hersteld waren van depressie met als doel terugval te voorkomen. Zij baseerden dit grotendeels op de MBSR training van John Kabat-Zinn (Baer, 2003). Het MBCT programma combineert mindfulnessstraining met elementen van cognitieve gedragstherapie (Coelho e.a., 2007). Centraal hierin staat het observeren zonder oordelen, veelal door meditatie bereikt.

Hoe werkt mindfulness?

Voorgaande suggereert dat in een toestand van mindfulness de realiteit met grotere duidelijkheid waargenomen wordt. Normaal gesproken kunnen bepaalde verschijnselen verscholen blijven voor bewuste gewaarwording omdat zij bedreigingen vormen voor het zelfconcept of voor aspecten van het zelf die egogeeïnvesteed zijn. Daarom richten therapeutische interventies in mindfulnesstrainingen zich op het bevorderen van een accepterende en niet-oordelende houding tegenover onprettige en pijnlijke ervaringen. Gedacht wordt dat zo'n houding impulsieve of verdedigende reacties op negatieve ervaringen zal verminderen en de ontwikkeling van inzicht in zichzelf en anderen zal bevorderen. Volgens Baer (2003) zijn er een aantal mechanismen die mogelijk verklaren hoe mindfulnessvaardigheden kunnen leiden tot symp-

toomreductie en gedragsverandering. Dit zijn blootstelling, cognitieve verandering, zelfmanagement, relaxatie en acceptatie. Training in zelfgerichte aandacht kan resulteren in aanhoudende blootstelling aan sensaties, gedachten en emoties, resulterend in habituatie en desensitisatie van geconditioneerde reacties en vermindering van vermijdend gedrag. Daarnaast kan het beoefenen van mindfulness leiden tot verandering in cognitie of attitudes over gedachten. Dit kan resulteren in het zien van gedachten als tijdelijke verschijnselen zonder een daarmee samengaannde waarde of betekenis, in plaats van als accurate reflecties van de realiteit, gezondheid, aanpassing of waardevolheid. Oefening in meditatie zou ook kunnen leiden tot relaxatie en verbeterde zelfcontrole.

Empirische evidentie voor de effecten van mindfulnessstraining

Het onderzoek naar mindfulness is relatief jong. In 1982 verscheen de eerste mindfulness-gerelateerde studie waarin John Kabat-Zinn de effecten van MBSR op cliënten met chronische pijn beschreef (Baer, 2003). Psychologisch en medisch onderzoek naar mindfulness is de laatste twintig jaar enorm toegenomen. Het aantal mindfulness-gerelateerde studies is toegenomen van minder dan tachtig in 1990 tot meer dan zeshonderd in 2006 (Brown e.a., 2007).

Er is naar literatuur gezocht in de elektronische databases 'PsychInfo' en 'PubMed'. Allereerst zijn we op zoek gegaan naar relevante systematische reviews en meta-analyses van studies naar MBSR en MBCT. Vervolgens is er gezocht naar de meest recente literatuur die sinds deze reviews verschenen zijn. Hiervoor hebben we gezocht naar studies vanaf een jaar voor het verschijnen van de laatste review. Zo vonden we meer dan 150 studies. Het globale beeld dat deze studies geven is dat mindfulness succesvol is in het verbeteren van verscheidene stoornissen voor een brede groep personen. We besloten uit deze literatuur de meest relevante studies te selecteren zodat er een aantal overbleef waaraan met voldoende zorgvuldigheid aandacht besteed kon worden. Daarom hebben we de keuze gemaakt om alleen de RCTs mee te nemen. In zowel PsychInfo als PubMed hebben we gezocht met de zoektermen "(mbsr) AND (randomized)" en "(mbct) AND (randomized)". Er bleven elf studies naar MBSR en vijf studies naar MBCT over.

Empirische evidentie voor MBSR

In een meta-analyse concludeert Baer (2003) aan de hand van 21 studies (gezamenlijke N = 1293) dat ondanks belangrijke methodologische tekortkomingen, de tot dan toe verschenen literatuur suggereert dat mindfulness-based interventies mogelijk helpen om een variëteit aan mentale gezondheidsproblemen te verlichten en psychologisch functioneren te verbeteren. Vijf gerandomiseerde studies naar MBSR (gezamenlijke N = 294) tonen allemaal aan dat MBSR effectiever is dan een wachtlijst of 'treatment as

usual' (TAU) controlegroep. Baer interpreteert de resultaten van de studies apart voor verscheidene deelnemerpopulaties. Bevindingen voor chronische pijnpatiënten laten significante verbetering zien in scores van pijn, andere medische symptomen en algemene psychische symptomen. Voor wat betreft As-1 stoornissen zijn er significante verbeteringen gevonden voor cliënten met gegeneraliseerde angst- en paniekstoornissen, vrouwelijke patiënten met een binge-eating stoornis en patiënten met een depressieve stoornis. Daarnaast vermeldt Baer studies bij patiënten met fibromialgie, kanker en psoriasis, en studies met gemengde en niet-klinische populaties. Ook deze studies laten significante verbeteringen zien op pijnscores en andere medische en psychische symptomen.

Proulx (2003) behandelt in haar review negentien kwantitatieve studies waarvan vijf RCTs naar MBSR. Deze vijf RCTs zijn dezelfde als Baer (2003) in haar meta-analyse behandelt, en Proulx komt tot overeenkomstige conclusies.

Deze bevindingen worden bevestigd door Grossman, Niemann, Schmidt en Walach (2004). In een systematische review en meta-analyse onderzochten zij gepubliceerde en ongepubliceerde gezondheidsstudies gerelateerd aan MBSR. Twintig studies, waarvan zeven RCTs (met een gezamenlijke N van 424), voldeden aan de criteria voor een acceptabele kwaliteit en behelsden een breed spectrum van zowel klinische populaties zoals patiënten met pijn, kanker, hartziekte, depressie en angst als gestreste niet-klinische groepen. Drie van deze RCTs waren reeds geëvalueerd door Baer en Proulx. De resultaten suggereren dat MBSR ondersteuning kan bieden aan een brede groep personen bij het omgaan met hun klinische en niet-klinische problemen.

Ledesma en Kumano (2008) voerden een meta-analyse uit naar de effecten van MBSR op de mentale en fysieke gezondheidstoestand van verscheidene kankerpatiënten. Ze namen hierin tien studies mee waarvan vier RCTs (gezamenlijke N van de RCTs is 381). Drie van de RCTs worden niet behandeld in de eerder besproken meta-analyses. De resultaten laten zien dat een op mindfulnessmeditatie gebaseerde psychosociale interventie voor kankerpatiënten helpt bij het verminderen van angst, stress, vermoeidheid en algemene stemming- en slaapverstoringen en bij het verbeteren van de psychosociale aspecten van de kwaliteit van leven. De auteurs waarschuwen echter voor de mogelijkheid dat de positieve houding van de patiënten tegenover de interventie een factor is geweest in de verbeteringen.

In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de RCTs die niet zijn opgenomen in bovenstaande systematische reviews en meta-analyses. Zoals blijkt uit Tabel 1, bevestigen de meest recente RCTs dit beeld grotendeels. Er is echter ook een studie die het positieve beeld enigszins nuanceert. Zo vonden Koszycki, Bengel, Shlik en Bradwejn (2007) dat groepsgewijze cognitieve gedragstherapie effectiever was dan MBSR bij patiënten met een

Tabel 1. Overzicht van RCTs naar MBSR vanaf het jaar 2002.

Studie	Jaar	N	Type deelnemers	Conclusie
Shapiro & Bootzin	2003	63	Vrouwen met borstkanker	MBSR blijkt een veelbelovende interventie om kwaliteit van stressgerelateerde slaap te verbeteren
Plews-Ogan e.a.	2005	30	Patiënten met chronische musculoskeletale pijn	MBSR kan meer en langduriger effectief zijn voor verbetering van stemming terwijl massage mogelijk effectiever is voor het verminderen van pijn
Shapiro, Astin & Bishop	2005	38	Hulpverleners gezondheidszorg	MBSR kan mogelijk stress verminderen en kwaliteit van leven en zelfcompassie verbeteren
Koszycski e.a.	2007	53	Patiënten met sociale angststoornis	Groepsgewijze cognitieve gedragstherapie is effectiever dan MBSR, MBSR heeft enig voordeel in de behandeling van gegeneraliseerde sociale angststoornis
Pradhan e.a.	2007	63	Reumatoïde Artritis (RA) patiënten	Mindfulness meditatie kan mogelijk psychologisch leed verminderen en het welzijn versterken
Sephton e.a.	2007	91	Vrouwen met fibromialgie	MBSR verbetert depressieve symptomen
Klatt e.a.	2008	48	Medewerkers en staf van een universiteit	Low Dose MBSR vermindert ervaren stress en verhoogt mindfulness
Nyklicek e.a.	2008	60	Mensen met klachten	MBSR kan ervaren stress, vitale uitputting, positief affect en kwaliteit van leven verbeteren
Oman e.a.	2008	44	Studenten	MBSR vermindert stress en verhoogt vergevingsgezindheid
Shapiro, Oman e.a.	2008	44	Studenten	Verschillende meditatiegebaseerde cursussen kunnen mindfulness verhogen, en mogelijk gedeeltelijk bijdragen aan vermindering in stress en ruminatie
Lengacher e.a.	2009	84	Vrouwen die borstkanker hebben overleefd	MBSR resulteert in verbeteringen op depressie, angst, energie en fysiek functioneren

sociale angststoornis. Wel heeft MBSR mogelijk enig toegevoegd voordeel in de behandeling van gegeneraliseerde sociale angststoornis.

Empirische evidentie voor MBCT

In haar meta-analyse stelt Baer (2003) dat MBCT waarschijnlijk effectief is in het voorkomen van terugval bij depressie. De analyse bevat twee RCTs waarvan de studie van Teasdale e.a. (2000; N = 132) de meest overtuigende is. Deze studie heeft een grote en duidelijk gespecificeerde steekproef van patiënten die depressief waren geweest en laat zien dat MBCT, waarbij gebruik gemaakt wordt van de handleiding van Segal, Williams en Teasdale (2002), superieur is aan TAU in het voorkomen van terugval. In de andere RCT gebruikten Williams, Teasdale, Segal en Soulsby (2000) een deel van de onderzoekdeelnemers van de hierboven genoemde studie van Teasdale e.a. (N = 41). Op grond van de resultaten uit deze studie speculeren zij dat mindfulness training het overgeneraliserende autobiografische geheugen waarvan geloofd wordt dat het kenmerkend is voor personen met depressie kan wijzigen. Volgens Baer bevestigen andere studies, uitgevoerd door onafhankelijke onderzoekers, dat MBCT gelijkwaardig of superieur is aan een andere behandeling in het voorkomen van depressieve terugval.

Coelho, Canter en Ernst (2007) evalueerden in een systematisch overzicht de studies naar MBCT die tot dan toe verschenen waren. In de analyse werden alleen studies meegenomen waarin MBCT gegeven was volgens de algemene therapeutische procedures omschreven door Segal e.a. (2002). Zo identificeerden Coelho en Canter vier relevante studies waarvan drie RCTs en een niet-gerandomiseerde gecontroleerde studie ('Controlled Clinical Trial', CCT). De resultaten van de RCTs (gezamenlijke N = 219) suggereren dat voor patiënten met drie of meer voorgaande episodes MBCT een toegevoegd voordeel heeft boven gebruikelijke therapie. Alle studies vergeleken MBCT plus TAU met TAU alleen. Er zijn tot dan toe geen voltooide studies naar MBCT waarbij gebruik gemaakt wordt van actieve controlecondities, placebocondities of aandachtcondities. De auteurs stellen daarom dat de bevindingen vanwege de aard van de controlegroepen niet toegeschreven kunnen worden aan MBCT-specifieke effecten.

In Tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de RCTs die niet zijn opgenomen in bovenstaande meta-analyse en systematische review.

De meest recente RCTs bevestigen het algemene beeld dat MBCT tot verbetering kan leiden bij stemmingsstoornissen. Mechanismen die hierin mogelijk een mediërende rol spelen zijn excessief negatief rumineren (Kingston, Dooley & Bates, 2007) en emotiegerelateerde hersenactiviteit (Barnhofer, Duggan & Crane, 2007). In laatstgenoemde studie behielden MBCT deelnemers vergeleken met deelnemers in een TAU controlegroep een meer gebalanceerd patroon van prefrontale hersenactiviteit en daarmee een meer gebalanceerde affectieve stijl. Dit kan de waarschijnlijkheid en frequentie van

Tabel 2. Overzicht van RCTs naar MBCT vanaf het jaar 2006.

Studie	Jaar	N	Type deelnemers	Conclusie
Barnhofer e.a.	2007	22	Personen met suïcidale depressie geschiedenis	MBCT kan helpen bij het behouden van een gebalanceerde baseline emotiegerelateerde hersenactiviteit
Kingston e.a.	2007	19	Extramurale patiënten met resterende depressieve symptomen	MBCT heeft invloed op resterende depressieve symptomen, mogelijk door in te grijpen op het mediërende negatieve rumineren
Williams e.a.	2007	68	Bipolaire en depressieve patiënten met ernstige zelfmoordfantasieën of zelfmoordgedrag in remissie	MBCT kan een effect hebben op depressie- en angstsymptomen
Kuyken e.a.	2008	62	Patiënten met terugkerende depressie die met medicatie behandeld worden	MBCT is effectiever dan medicatie in verminderen van depressieve symptomen en psychiatrische comorbiditeit en verbeteren van kwaliteit van leven
Hepburn e.a.	2009	68	Patiënten in remissie of hersteld van depressie met suïcidaliteit	De resultaten zijn onduidelijk

negatieve affectieve responsen verminderen, wat weer tot gevolg heeft dat ook de waarschijnlijkheid van neerwaartse spiralen van negatieve stemming en cognitie vermindert. Volgens de onderzoekers speelt dit mogelijk een belangrijke beschermende rol in terugval naar depressie.

Gecontroleerde studies naar MBCT

Omdat de trainingen bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis hoofdzakelijk uit MBCT bestaan hebben we vervolgens gezocht naar niet-gerandomiseerde gecontroleerde studies naar MBCT. We hebben in zowel PsychInfo als PubMed gezocht met de zoekterm “(mbct) AND (controlled)”. Dit leverde één extra studie op.

Kim e.a. (2009) concludeerden dat MBCT mogelijk effectief is in het verminderen van angst en depressieve symptomen bij patiënten met paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis. De resultaten van deze gecontroleerde studie toonden een significant grotere vermindering in angst- en depressiescores voor patiënten in een MBCT groep ten opzichte van patiënten in de ‘Anxiety Disorder Education’ (ADE) groep. Daarnaast suggereren de resultaten dat MBCT angstige en depressieve symptomen vermindert door in te grijpen op rumineren en zorgen maken.

Mindfulness en hulpverleners in de gezondheidszorg

Bij Lentis wordt de mindfulnessstraining ook gegeven aan medewerkers van

Lentis en andere hulpverleners in de ggz. Om die reden gaan we hier apart in op onderzoeken naar het effect van de training bij hulpverleners. Shapiro, Astin, Bishop en Cordova (2005) (zie Tabel 1) beweren dat de literatuur boordevol bewijs zit voor de stelling dat de onvermijdelijke stress in de gezondheidszorg negatieve invloed heeft op het functioneren van hulpverleners. Ze onderzochten in hun studie de effecten van een korte termijn MBSR programma. Achtendertig deelnemers werden random toegewezen aan het MBSR-programma (n = 18) of aan een wachtlijstcontrolegroep (n = 20). Resultaten van deze RCT-pilotstudie suggereren dat een acht weken durende MBSR-interventie mogelijk effectief is in het verminderen van stress en verbeteren van de kwaliteit van leven en zelfcompassie in hulpverleners in de gezondheidszorg.

Verder vonden we nog een relevante studie van Galantino, Baime, Maguire, Szapary en Farrar (2005). Zij maten bij 84 ziekenhuismedewerkers het niveau van stress aan de hand van serum-cortisolniveaus enerzijds en vragenlijsten anderzijds, tijdens een acht weken durend Mindfulness Meditatie (MM) programma. De studie leverde geen significante resultaten op.

Mindfulness en bipolaire stoornis

Aan de mindfulnessstrainingen bij Lentis doen relatief veel cliënten met een bipolaire stoornis mee. Dit is vrij ongebruikelijk omdat de training oorspronkelijk niet geïndiceerd is voor deze doelgroep. Daarom gaan we hier wat uitgebreider in op de beschikbare literatuur over deze groep cliënten. Williams e.a. (2007) (zie Tabel 2) rapporteren een studie naar het effect van MBCT bij de bipolaire stoornis. Ze gebruikten data van een gecontroleerd gerandomiseerd pilotonderzoek. Deelnemers hadden tenminste één episode van depressie doorgemaakt gepaard gaande met serieuze zelfmoordfantasieën. De steekproef bevatte 68 deelnemers die random werden toegewezen aan behandeling met MBCT (24 unipolair, 9 bipolair) of aan een wachtlijst controleconditie (27 unipolair, 8 bipolair). Beide groepen werden aangemoedigd om tijdens de MBCT-behandeling door te gaan met behandelingen die ze anders ook zouden hebben ontvangen, zoals extramurale afspraken en medicatie. De bipolaire patiënten die MBCT kregen hadden significant lagere angstscores op de nameting vergeleken met de bipolaire wachtlijstcontrolegroep. De unipolaire groep vertoonde geen dergelijk significant verschil. De resultaten suggereren significante effecten van MBCT in het beperken van angst, specifiek voor de bipolaire groep. Depressieve symptomen waren significant verbeterd bij MBCT voor zowel de unipolaire als de bipolaire patiënten maar er werd geen significant verschil gevonden tussen de unipolaire en bipolaire groep. De studie heeft echter tekortkomingen. De steekproef aantallen waren namelijk klein. Bovendien wierf de studie bij voorkeur patiënten met een geschiedenis van zelfmoordfantasieën of zelfmoordgedrag, daarom zijn de resultaten niet zomaar te generaliseren naar patiënten die deze symptomen niet vertonen.

Tot slot hebben we in beide elektronische databases (PsychInfo en PubMed) opnieuw gezocht naar relevante studies over MBCT en bipolaire stoornis

met de zoekterm “(mbct) AND (bipolar)”. Dit heeft geen nieuwe literatuur opgeleverd.

Deel II

Evaluatie van een mindfulnesstraining voor een gemengde groep cliënten en voor hulpverleners in de ggz

Introductie

Vanwege de positieve berichten over de effecten van mindfulnesstraining (zie deel I) worden binnen het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis sinds een aantal jaren mindfulnesstrainingen gegeven aan zowel cliënten als hulpverleners (medewerkers van Lentis zelf en andere hulpverleners uit de ggz).

De motivatie om deze training ook voor hulpverleners te organiseren is de veronderstelling dat het bijdraagt aan hun algehele psychische gesteldheid en dat het zorgt voor cohesie in het bedrijf. Daarnaast is het de bedoeling dat de kennis en vaardigheden worden doorgegeven en dat hierdoor steeds meer hulpverleners uiteindelijk ook zelf de training kunnen gaan geven.

Wat de cliënten betreft gaat het voornamelijk om depressieve en bipolaire stemmingsproblematiek. Om het effect van deze trainingen op psychische klachten, welbevinden, kwaliteit van leven en mindfulness te onderzoeken werd een pilotstudie uitgevoerd met een voor- en een nameting.

Daarnaast werd onderzocht of dit effect verschilt voor hulpverleners en cliënten en voor de verschillend gediagnosticeerde patiëntgroepen onderling. Hiermee komen we tot de eerste onderzoeksvraag en subvragen:

- 1 Is er een indicatie dat mindfulnesstraining effect heeft op psychische klachten, welbevinden, kwaliteit van leven en mindfulness?
 - 1.1 Verschilt het effect van de training voor hulpverleners en cliënten?
 - 1.2 Verschilt het effect van de training voor de verschillende cliëntengroepen?

Daarnaast waren we benieuwd of er een samenhang is tussen de mate van mindfulness en de scores op de andere uitkomstmaten, en of er een samenhang is tussen de *veranderingen* in mindfulness en de veranderingen op de andere uitkomstmaten.

Om het aantal analyses enigszins overzichtelijk te houden beperken we ons tot de twee uitkomstmaten die ons wat dit betreft het meest relevant lijken; *psychische klachten* en *psychische kwaliteit* van leven. Dit leidt tot de tweede onderzoeksvraag:

- 2 Hangen (veranderingen in) psychische klachten en psychische kwaliteit van leven samen met (veranderingen in) de mate van mindfulness?

Methode

Onderzoeksdeelnemers

De mindfulnesstrainingen bij het Centrum Integrale Psychiatrie worden sinds januari 2006² gegeven. Zowel cliënten als hulpverleners deden hier vrijwillig aan mee. De eerste jaren zijn medewerkers van Lentis via mond-tot-mondreclame op de hoogte gesteld van de mogelijkheid om de mindfulnesstraining te volgen. Later namen ook hulpverleners van buiten Lentis deel aan de training. De cliënten zijn door hun behandelaar gevraagd om deel te nemen aan de training. Daarnaast kwamen er cliënten door eerstelijnsverwijzers bij de training terecht. Ten slotte meldden cliënten zich ook op eigen initiatief aan voor de training. In de loop van de jaren is het aantal interne cliënten minder geworden en kwamen steeds meer cliënten van buiten. Bij de werving werd zowel gelet op de motivatie van de cliënten als op stabiliteit van een eventuele stoornis. Alleen wanneer cliënten voldoende stabiel werden verondersteld door de psychiater of de andere mindfulnesstrainers die de intake deden, werden ze toegelaten tot deelname aan de training.

De deelnemers die na de intake geaccepteerd waren kregen een uitnodigingsbrief waarin ze geïnformeerd werden over de training en het onderzoek. Ze besloten vervolgens zelf of ze aan het onderzoek wilden deelnemen. Voordat de training begon vulden de onderzoeksdeelnemers een toestemmingsformulier en een vragenlijstenpakket (voormeting) in. Na de training kregen ze opnieuw een zelfde vragenlijstenpakket (nameting) mee met het verzoek deze terug te sturen of mee te nemen naar het nagesprek. Het uitdelen en innemen van de vragenlijsten werd gedaan door een van de mindfulnesstrainers.

Het overgrote deel van de cliënten en hulpverleners dat aan de training deelnam, deed ook mee aan het onderzoek. Per training weigerde een enkeling deelname aan het onderzoek. Vijf tot tien procent van de deelnemers maakte de training niet af (behandeldropouts), waarvan de meesten na sessie één of twee. Precieze aantallen werden wel in de dossiers bijgehouden maar voor dit onderzoek niet uitgezocht. Voor de uitval zijn verschillende verklaringen. In de meeste gevallen ging het om onverwachte gebeurtenissen, in enkele gevallen om toename van klachten (onrust, slapeloosheid) in het begin van de training. Ook was er een groot aantal onderzoeksdropouts. 120 Cliënten en 64 hulpverleners hadden gegevens op de voormeting, van 40 cliënten en 19 hulpverleners ontbrak de nameting. Uiteindelijk waren er 80 cliënten en 45 hulpverleners die de behandeling afmaakten én gegevens hadden op de nameting. Een verklaring voor dit grote aantal onderzoeksdropouts is dat iedere onderzoeksdeelnemer wel werd verzocht een vragenlijstenpakket voor de nameting in te vullen maar dat de trainers vervolgens niet controleerden of dit

2 De afdeling waar de training werd gegeven heette vroeger de 'STER-poli' (StemmingsRegulatie-polikliniek). Deze afdeling is later onderdeel gaan uitmaken van het Centrum Integrale Psychiatrie

daadwerkelijk gedaan werd. Hierdoor is er helaas ook geen informatie bekend over de reden waarom deze onderzoeksdeelnemers geen nameting hebben ingevuld.

Interventie / mindfulnessstraining

Alle onderzoeksdeelnemers namen deel aan een mindfulnessstraining. De trainingen begonnen in januari 2006, bestonden uit acht wekelijkse sessies van tweeëneenhalf uur, werden gegeven in groepsverband en verzorgd door één hoofdtrainer en een co-trainer. De groepen bestonden in het begin uit twaalf tot veertien deelnemers. In de loop van de tijd zijn de groepen wat groter geworden, zestien deelnemers kwam regelmatig voor. Aanvankelijk is begonnen met 'Mindfulness-Based Cognitive Therapy' (MBCT) volgens de handleiding van Segal, Williams en Teasdale (2002). Na de zomer van 2007 is de training enigszins veranderd. Naarmate er meer mensen in de groep kwamen voor andere problemen dan terugkerende stemmingsstoornissen zijn er meer MBSR elementen geïntroduceerd. Deze aanpassingen verschilden per groep en per sessie. De hoofdthema's en de langere oefeningen kwamen per sessie standaard aan de orde, de timing van de kortere oefeningen en psycho-educatieve aspecten kregen een veel vrijere behandeling. Sommige werden weggelaten, andere toegevoegd, afgestemd op behoeften van de deelnemers. MBCT-handouts bleven gehandhaafd maar persoonlijke MBSR-handouts werden toegevoegd.

Vragenlijsten

Welbevinden werd gemeten met geluk, autonomie en sociaal optimisme. Voor het meten van geluk werd de Happiness Index gebruikt (HI; Veenhoven, 1994, 2007). Deze index bestaat uit de vraag: 'hoe gelukkig bent u de laatste maand?' die door de respondenten wordt beantwoord door een getal te omcirkelen op een schaal van 1 tot 10. Van de Happiness Index zijn geen psychometrische gegevens beschikbaar.

De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL; Appelo & Schouten, 2003; Appelo, 2005) werd gebruikt voor het meten van autonomie en sociaal optimisme. Deze lijst bestaat uit tien items. Op een vierpuntsschaal wordt aangegeven in hoeverre het betreffende item de afgelopen twee weken van toepassing is geweest. De subschaal Autonomie (zeven items) meet het ervaren van draagkracht, regie, controle en onafhankelijkheid (range 7 tot 28). Een hogere score betekent meer autonomie. Mensen die hoog scoren op de subschaal Sociaal Optimisme (drie items) zijn tevreden over en hebben vertrouwen in hun sociale contacten (range 3 tot 12). De subschalen zijn valide en intern consistent, en hebben een goede test-hertestbetrouwbaarheid (Appelo, 2005). Psychische klachten werden gemeten met de Korte Klachten Lijst (KKL; Lange e.a., 2000, Lange & Appelo, 2007). Dit is een lijst met dertien items gebaseerd op de subschalen van de SCL-90. De items hebben betrekking op klachten die in de psychiatrie vaak voorkomen, zoals angst, depressiviteit en eetstoornissen. Ten behoeve van het onderhavige onderzoek werd een veertiende item over (hypo)manie toegevoegd. Respondenten geven op een

schaal van nul tot vier aan in welke mate zij last hebben, of recent gehad hebben, van verschillende klachten. Scores kunnen variëren van 0 tot 56, een hogere score betekent meer klachten.

De betrouwbaarheid en validiteit van de KKL zijn voldoende tot goed (Lange & Appelo, 2007). De KKL is een goed kort alternatief voor de SCL-90; de totaalscores op deze lijsten correleren hoog.

Kwaliteit van leven werd onderzocht met de Nederlandse versie van de WHOQOL-Bref (De Vries & Van Heck, 1996; Trompenaars e.a., 2005). Dit is een vragenlijst die bestaat uit 24 items verdeeld over vier domeinen: Fysieke gezondheid, Psychische gezondheid, Sociale relaties en Omgeving. Daarnaast zijn er twee losse items over kwaliteit van leven en gezondheid in het algemeen, die kunnen worden samengevoegd tot een facet voor Overall Quality of Life & General Health ('Overall QoL en GH'). Op een vijf-puntsschaal rapporteren respondenten in welke mate ze tevreden zijn over hun kwaliteit van leven in het betreffende domein. De domeinscores kunnen variëren van 4 tot 20, waarbij een hogere score duidt op een hogere kwaliteit. De betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument zijn voldoende tot goed (Trompenaars e.a., 2005).

Mindfulness werd gemeten met de Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-39; Baer, Smith & Allen, 2004). De KIMS-39 bestaat uit 39 items waarop deelnemers op een vijf-puntsschaal lopend van 1 (nooit of zeer zelden waar) tot 5 (bijna altijd of altijd waar) kunnen scoren. Sommige items zijn directe beschrijvingen van de te meten mindfulnesscomponent, andere items beschrijven de afwezigheid van die component en worden gespiegeld gescoord. De vragenlijst bestaat uit vier subschalen *Observe* (observeren, opmerken of aandacht hebben voor stimuli), *Describe* (beschrijven, labelen of noteren van geobserveerde fenomenen), *Act with awareness* (met onverdeelde aandacht concentreren op één ding in het moment) en *Accept without judgement* (accepteren van en niet oordelen over ervaringen in het moment) die corresponderen met vier mindfulnessvaardigheden. De ranges van de subschalen zijn als volgt: Observe: 12-60; Describe: 8-40; Act with awareness: 10-50; Accept without judgement: 9-45. Matig tot sterke positieve associaties met de KIMS-39 zijn gedemonstreerd voor variabelen zoals meditatie-ervaring, emotionele intelligentie en zelfcompassie. Negatieve associaties met de KIMS-39 zijn gedemonstreerd voor klinische variabelen zoals ervaringsvermijding of moeilijkheden in emotieregulatie (Baer e.a., 2004, 2006). De subschalen zijn valide en intern consistent, en hebben een goede test-hertest-betrouwbaarheid (Baer e.a., 2004). In de studie naar de Nederlandse versie van de KIMS-39 is de vierfactor structuur van de vragenlijst gerepliceerd (Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen & Dewulf, 2008).

Statistische analyse

De analyses naar het effect van de training werden uitgevoerd op de gegevens van degenen die resultaten hadden op zowel de voor- als de nameting (completers; $n = 125$). De analyses naar de samenhang tussen de (veranderingen in) klachten en kwaliteit van leven en (veranderingen in) mindfulness werden

uitgevoerd op de gegevens van alle onderzoeksdeelnemers met resultaten op de voormeting ($n = 184$). Het precieze aantal cases verschilde per uitkomstmaat omdat een aantal deelnemers niet alle lijsten compleet invulde. Voor ontbrekende item-scores werden gemiddelden berekend en ingevuld op voorwaarde dat dit er maximaal één per twaalf ingevulde waarden was. Bij meerdere ontbrekende item-scores werden de proefpersonen niet meegenomen in de analyse voor de bewuste uitkomstmaat. Het resultaat van de behandeling werd getoetst met univariate F-toetsen voor herhaalde metingen. Bij uitkomstmaten met meerdere subschalen (WHOQOL-Bref en KIMS-39) werd een multivariate F-toets voor herhaalde metingen gedaan, die in geval van een significante uitkomst gevolgd werd door univariate analyses. De vraag naar de samenhang tussen de (veranderingen in) klachten en kwaliteit van leven en (veranderingen in) mindfulness werd onderzocht met behulp van lineaire regressieanalyses. Er werd tweezijdig getoetst met een α van 0,05.

Resultaten

Dropouts en completers

184 Personen vulden een voormeting in; 120 cliënten en 64 hulpverleners. 80 Cliënten en 45 hulpverleners vulden ook de nameting in (completers). Zie Tabel 3 voor een overzicht van de demografische en klinische gegevens van deze deelnemers.

De gemiddelde leeftijd van beide groepen was ongeveer 44 jaar. In de cliëntengroep was 66% vrouw, bij de hulpverleners was dit 86%. Bij de samenstelling van het huishouden valt op dat het grootste gedeelte van de cliënten alleen woonde, terwijl dit bij de hulpverleners nauwelijks het geval was. Los daarvan zijn de verdelingen ongeveer gelijk, waarvan het grootste aantal mensen samen met een partner (met of zonder kinderen) woonde.

De hulpverleners waren over het algemeen hoger opgeleid dan de cliënten. Waar de cliënten redelijk gelijkmatig over de verschillende opleidingen zijn verdeeld, heeft bijna elke hulpverlener een HBO of wetenschappelijke opleiding afgerond. De cliënten zijn verdeeld over acht diagnosegroepen plus één restgroep. De meest voorkomende DSM-IV diagnoses bij de cliënten waren depressieve en bipolaire stoornissen. Angst-, aanpassings- en identiteitsstoornissen vormden het grootste deel van de rest van de diagnoses.

Van 40 cliënten (33%) en 19 hulpverleners (30%) ontbrak de nameting. Het gros van deze mensen maakte de training zelf wel af, maar vulde alleen de laatste meting niet in ('onderzoeksdrops'). Slechts 5 à 10 procent van de deelnemers stopte voortijdig met de training ('behandeldrops'; zie methodensectie). Er is gecontroleerd voor systematische verschillen tussen drops en completers op de variabelen uit Tabel 3 en de gemiddelden van alle uitkomstmaten op de voormeting. Voor de continue variabelen is een ongepaarde t-toets uitgevoerd. Er werd een trend ($p=0,07$) gevonden voor ziek-

Tabel 3. Overzicht van de kenmerken van de cliënten en hulpverleners (inclusief dropouts).

Variabele	Cliënten		Hulpverleners	
	Gem. (s.d.)	n	Gem. (s.d.)	n
Leeftijd	44,3 (10,9)		43,7 (10,8)	
Ziekte duur (in jaren)	11,6 (10,8)			
Werkduur (in jaren)			11,9 (9,4)	
Geslacht				
Man		41		9
Vrouw		79		55
Samenstelling huishouden				
Alleen		48		6
Samen met één of meer kinderen		9		5
Samen met partner		29		25
Samen met partner en één of meer kinderen		19		24
Gedeelde woonvorm		8		0
Anders		7		4
Hoogst genoten opleiding				
Lagere school		0		0
LBO		3		0
Mavo, ULO, MULO		11		1
MBO		20		4
HAVO		10		0
Atheneum, gymnasium, HBS		12		0
HBO		41		26
Universiteit, technische hogeschool		20		33
Onbekend		3		0
Diagnose				
Depressieve stoornis		54		
Bipolaire stoornis		24		
Angststoornis		11		
Aanpassings- / identiteitsstoornis		12		
Somatoforme stoornis		1		
Posttraumatische stressstoornis		1		
Persoonlijkheidsstoornis		3		
Psychotische stoornis		7		
Overig		6		
Onbekend		1		
Totaal		120		64

teduur; cliënten die langer bij de GGZ in behandeling waren hadden grotere kans op uitval. Leeftijd, werkduur en de uitkomstmaten van de voormeting verschilden niet significant tussen dropouts en completers. Om de resultaten van de categoriale variabelen voor dropouts en completers te vergelijken is een Chi-kwadraat-toets gedaan. Omdat sommige categorieën te weinig personen bevatten hebben we een aantal variabelen anders ingedeeld door cate-

gorieën samen te voegen. Voor het verschil tussen mannen en vrouwen was een trend zichtbaar ($p=0,08$); bij de dropouts was het percentage mannen hoger dan bij de completers. Wat opleiding betreft hebben we allereerst een tweedeling gemaakt met lagere school, LBO, MAVO, ULO, MULO, MBO en HAVO enerzijds en atheneum, gymnasium, HBS, HBO en universiteit anderzijds. Er werd geen significant verschil gevonden. Omdat het grootste deel van de hulpverleners echter hoog opgeleid is konden verschillen in opleiding bij hen met deze tweedeling niet opgemerkt worden. Daarom is gekeken naar het verschil tussen wel of niet universitair opgeleide hulpverleners. Het resultaat was opnieuw niet significant. Bij 'diagnose' zijn drie cliëntengroepen vergeleken: een depressieve, een bipolaire en een restgroep, die alle overige cliënten bevat. Ook hier zijn geen significante verschillen gevonden. Tot slot is er voor de verdeling over de categorieën van 'samenstelling huishouden' geen significant verschil gevonden tussen dropouts en completers.

Onderzoeksvraag 1

Is er een indicatie dat mindfulnesstraining effect heeft op psychische klachten, welbevinden, kwaliteit van leven en mindfulness en verschilt dit effect voor hulpverleners en cliënten en voor de verschillende cliëntengroepen?

Voor de twee uitkomstmaten met meerdere subschalen, de KIMS-39 en de WHOQOL-Bref is een multivariate F-toets voor herhaalde metingen uitgevoerd met de uitkomstmaten als afhankelijke variabelen en *tijd*, *groep* en de *interactie tussen tijd en groep* als onafhankelijke variabelen. Voor beide vragenlijsten bleek het effect van tijd significant ($p<0,001$) en de interactie tussen tijd en groep een trend ($p<0,10$). Dit wijst erop dat er een trainingseffect is, en dat dit trainingseffect verschillend is voor cliënten en hulpverleners. Daarom werden vervolgens univariate analyses op de verschillende subschalen van deze uitkomstmaten gedaan.

Per vragenlijst is voor elke subschaal afzonderlijk een univariate F-toets voor herhaalde metingen uitgevoerd met de scores op de uitkomstmaat als afhankelijke variabele en *tijd*, *groep* en *interactie tussen tijd en groep* als onafhankelijke variabelen (zie Tabel 4). Bij niet-normaal verdeelde variabelen werd eerst een logtransformatie toegepast.

Behalve *Autonomie* is er op elke subschaal een significant verschil tussen de voor- en de nameting gevonden. Van de dertien interactie-effecten waren er vijf significant en vertoonden er drie een trend. Dit geeft aan dat op het merendeel van de uitkomstmaten de resultaten (neigen te) verschillen tussen cliënten en hulpverleners. Daarom werd besloten de analyses apart voor cliënten (zie Tabel 5) en hulpverleners (zie Tabel 6) uit te voeren en weer te geven.

De cliënten rapporteerden na de training meer geluk, autonomie en sociaal

Tabel 4. Resultaten van de onderzoeksdeelnemers op de voor- en nameting (completers).

	Tijd1	Tijd x Groep1
Geluk (HI)	0,002	0,052
Positieve uitkomsten (PUL)		
Autonomie	0,108	0,018
Sociaal optimisme	0,000	0,034
Klachten (KKL)2	0,011	0,049
Kwaliteit van leven (WHOQOL-Bref)		
Fysiek	0,000	0,077
Psychisch	0,000	0,392
Sociaal	0,001	0,144
Omgeving	0,009	0,561
Overall QoL en GH	0,015	0,015
Mindfulness (KIMS-39)		
Observe	0,000	0,567
Describe	0,002	0,051
Act with Awareness	0,000	0,303
Accept without Judgement	0,001	0,006
1 Univariate F-toetsen voor herhaalde metingen (p-waardes).		
2 Toetsen op basis van log-getransformeerde scores.		

Tabel 5. Resultaten van cliënten op de voor- en nameting (completers).

	Voormeting		Nameting		Effect size	Toets1		
	Gemiddelde	(s.d.)	Gemiddelde	(s.d.)	d	n	F	p
Geluk (HI)	5,8	1,8	6,4	1,6	0,17	68	15,7	0,000
Positieve uitkomsten (PUL)								
Autonomie	19,0	3,3	20,6	3,2	0,46	78	26,1	0,000
Sociaal optimisme	8,8	1,9	9,3	1,7	0,11	78	8,9	0,004
Klachten (KKL)2	15,4	7,0	12,2	6,9	0,71	77	15,9	0,000
Kwaliteit van leven (WHOQOL-Bref)								
Fysiek	12,7	2,4	13,8	2,6	0,67	80	22,5	0,000
Psychisch	12,2	2,3	13,1	2,4	0,51	80	15,6	0,000
Sociaal	13,2	3,3	13,6	3,2	0,16	79	2,2	0,143
Omgeving	14,8	2,5	15,3	2,5	0,30	79	7,3	0,008
Overall QoL en GH	12,2	3,0	13,5	3,5	0,58	80	14,4	0,000
Mindfulness (KIMS-39)								
Observe	39,5	7,4	43,3	5,4	0,73	70	30,8	0,000
Describe	26,6	7,0	28,4	5,7	0,36	69	14,6	0,000
Act with Awareness	25,8	5,2	28,0	4,5	0,60	69	12,6	0,001
Accept without Judgement	27,1	6,7	30,2	7,3	0,65	70	20,8	0,000
1 Univariate F-toetsen voor herhaalde metingen.								
2 Effect size en toetsen op basis van de log-getransformeerde scores.								

optimisme, minder klachten, een hogere kwaliteit van leven en meer mindfulness. Gemiddeld gingen ze er op alle uitkomstmaten significant op vooruit, met als enige uitzondering het sociale domein van kwaliteit van leven (p=0,14). De effectgroottes zijn berekend aan de hand van de Cohen's d.

Tabel 6. Resultaten van hulpverleners op de voor- en nameting (completers).

	Voormeting		Nameting		Effect size	Toets1		
	Gemiddelde	(s.d.)	Gemiddelde	(s.d.)		n	F	p
Geluk (HI)	7,4	1,0	7,5	1,2	0,22	38	0,8	0,373
Positieve uitkomsten (PUL)								
Autonomie	22,6	2,2	23,2	2,4	0,37	45	2,7	0,105
Sociaal optimisme	10,4	1,4	10,3	1,2	0,09	45	0,4	0,533
Klachten (KKL)2	5,9	3,5	5,5	3,1	0,08	44	0,1	0,732
Kwaliteit van leven (WHOQOL-Bref)								
Fysiek	16,0	1,8	16,5	2,0	0,38	45	3,6	0,064
Psychisch	14,9	1,4	15,5	1,4	0,54	45	4,7	0,036
Sociaal	14,7	2,5	15,7	2,0	0,56	45	9,1	0,004
Omgeving	16,7	1,8	17,0	1,7	0,26	45	1,7	0,198
Overall QoL en GH	16,2	2,5	16,2	2,3	0,00	45	0,0	1,000
Mindfulness (KIMS-39)								
Observe	40,4	6,5	43,6	5,5	0,70	44	20,6	0,000
Describe	28,5	4,9	28,9	4,5	0,12	45	0,8	0,369
Act with Awareness	28,9	4,6	30,2	3,9	0,39	44	4,1	0,048
Accept without Judgement	33,6	5,7	33,9	5,4	0,07	44	0,2	0,632

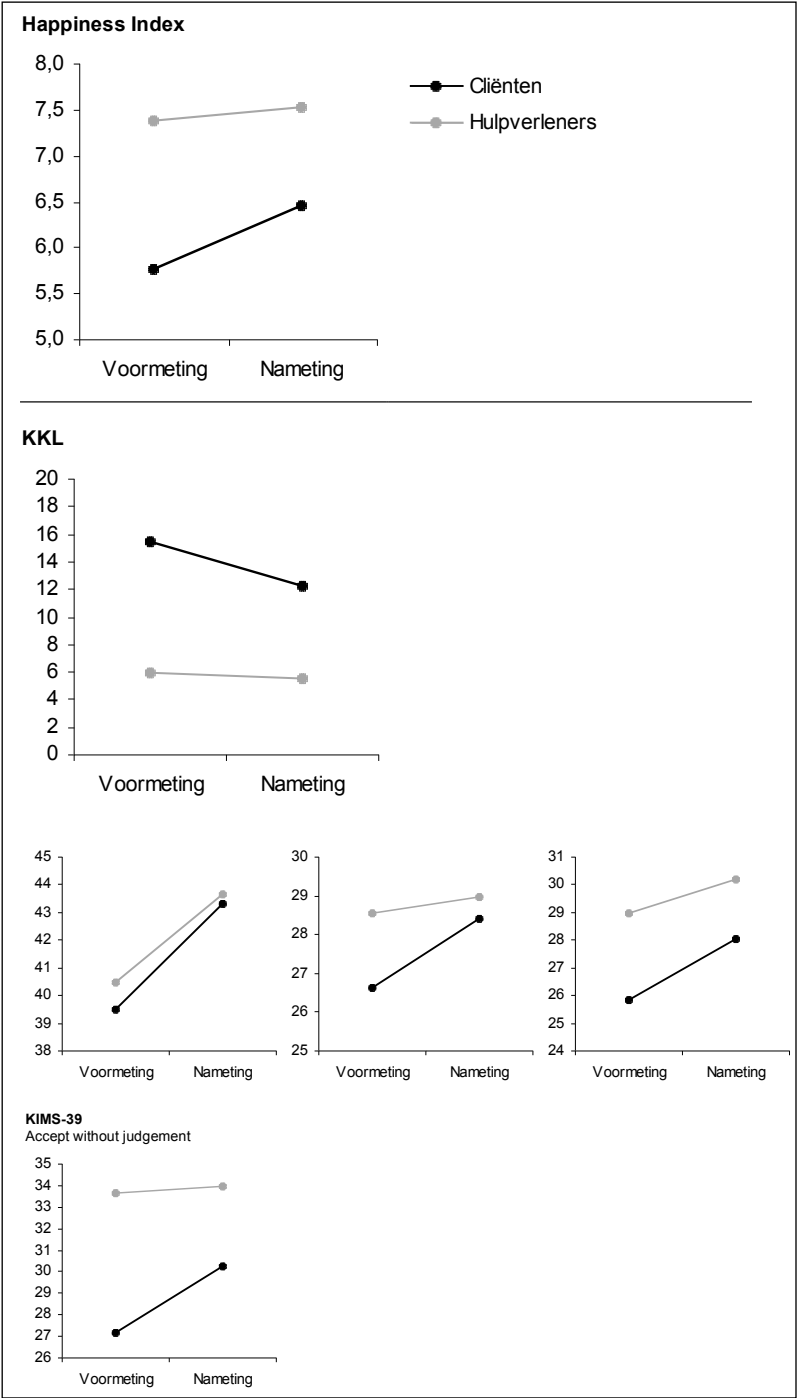
1 Univariate F-toetsen voor herhaalde metingen.
2 Effect size en toetsen op basis van de log-getransformeerde scores.

De meeste effecten zijn matig. Op geluk, sociaal optimisme en sociale kwaliteit werden kleine effecten gevonden. Na transformatie van de scores lijkt het effect op het gebied van klachten redelijk groot, evenals op de subschaal *Observe* van mindfulness.

De hulpverleners rapporteerden niet significant meer geluk, autonomie, sociaal optimisme of minder klachten op de nameting in vergelijking met de voormeting. Figuur 1 illustreert duidelijk het verschil tussen cliënten en hulpverleners op de schalen voor geluk en klachten. Waar bij cliënten een duidelijk niveau verschil zichtbaar is tussen de voor- en nameting loopt de lijn voor hulpverleners vrijwel horizontaal. Zowel kwaliteit van leven als mate van mindfulness toont voor de hulpverleners een gemengd beeld. Op de WHOQOL-Bref lieten de hulpverleners een trend zien op het fysieke domein ($p=0,06$) en verbeterden zij significant op het psychische ($p=0,04$) en het sociale domein ($p=0,05$). Wat de mate van mindfulness betreft scoorden ze significant verschillend op de subschalen *Observe* ($p<0,001$) en *Act With Awareness* ($p=0,05$) (zie ter illustratie ook Figuur 1). De meeste effectgroottes voor de resultaten van de hulpverleners zijn klein te noemen. Het grootste effect werd gevonden op het domein *Observe* van mindfulness. De effectgroottes op de psychische en sociale kwaliteit van leven zijn matig.

Om te onderzoeken of het effect van de training verschilt voor de verschillende cliëntengroepen is wederom een F-test voor herhaalde metingen uitgevoerd. Het bleek echter weinig zinvol om hierin alle negen cliëntengroepen afzonderlijk mee te nemen aangezien de meeste groepen slechts enkele on-

Figuur 1. Resultaten van cliënten en hulpverleners op de Happiness Index, de KKL en de KIMS-39.



derzoeksdeelnemers bevatten. Alleen de depressieve en de bipolaire groep bleken voldoende omvang te hebben voor de analyse. Bovendien was een vergelijking tussen deze twee groepen het meest relevant voor ons onderzoek. Daarom is besloten de analyse uit te voeren met drie cliëntengroepen; een depressieve groep (n = 54), een bipolaire groep (n = 24) en een groep 'overig' (n = 42) waarin de onderzoeksdeelnemers uit de rest van de groepen zijn opgenomen. Voor geen enkele uitkomstmaat werd een significant interactie-effect gevonden. Dit impliceert dat van geen enkele uitkomstmaat het resultaat significant verschillend was voor één van de cliëntengroepen.

Onderzoeksvraag 2

Hangen (veranderingen in) klachten en de psychische kwaliteit van leven samen met (veranderingen in) de mate van mindfulness en is dit verschillend voor hulpverleners en cliënten?

Om de vraag te beantwoorden of klachten samenhangen met de mate van mindfulness is een regressieanalyse uitgevoerd. De KKL van de voormeting was hierbij de afhankelijke variabele en de vier subschalen van de KIMS-39 van de voormeting werden ingevoerd als onafhankelijke variabelen. De uitkomsten staan vermeld in Tabel 7.

Tabel 7. Regressie van de klachten op mindfulness.

Model	Beta	t	Sig.
KIMS-39 Observe	0,15	2,0	0,050
KIMS-39 Describe	-0,13	-1,7	0,085
KIMS-39 Awareness	-0,24	-3,2	0,002
KIMS-39 Judgement	-0,30	-4,1	0,000
R ² = 0,23. N = 177			

De subschalen *Observe*, *Awareness* en *Judgement* dragen significant bij aan het model, de subschaal *Describe* vertoont een trend. Verder valt op dat de subschaal domein *Observe* zich atypisch gedraagt ten opzichte van de andere subschalen. De regressiecoëfficiënt is positief; hoe hoger men op deze schaal scoort hoe meer klachten men rapporteert, de andere domeinen laten een omgekeerd verband zien. Het verband is het grootst voor de subschaal *Judgement*; hoe hoger men scoort op deze subschaal, hoe minder klachten men rapporteert. Het model verklaart 23% van de variantie van de klachten.

Om de samenhang tussen de verandering in klachten en mindfulness die tijdens de mindfulnessstraining heeft plaatsgevonden te inspecteren is er voor elke variabele een verschilscore uitgerekend. Vervolgens is de regressieanalyse herhaald aan de hand van deze verschilcores. De uitkomsten staan vermeld in Tabel 8.

Tabel 8. Regressie van verandering in klachten op verandering in mindfulness.

Model	Beta	t	Sig.
KIMS-39 Observe	0,11	1,1	0,286
KIMS-39 Describe	-0,20	-1,9	0,060
KIMS-39 Awareness	-0,23	-2,2	0,032
KIMS-39 Judgement	-0,20	-1,9	0,061
R2 = 0,20. N = 108			

De subschaal *Awareness* draagt significant bij aan het model, de subschalen *Describe* en *Judgement* vertonen een trend. Hoe groter de toename van de scores op deze schalen, des te groter is de afname van klachten. Er lijkt geen significant verband te bestaan tussen verandering in scores op de subschaal *Observe* en klachten. Het model verklaart 20% van de variantie van de verandering in klachten.

Om de vraag te beantwoorden of de (verandering in) ervaren psychologische kwaliteit van leven samenhangen met de (verandering in) mate van mindfulness zijn de regressies opnieuw uitgevoerd. Ditmaal is het psychologische domein van de WHOQOL-Bref ingevoerd als afhankelijke variabele. De uitkomsten staan vermeld in Tabel 9 en 10.

Tabel 9. Regressie van de psychologische kwaliteit van leven op mindfulness.

Model	Beta	t	Sig.
KIMS-39 Observe	0,00	0,0	0,970
KIMS-39 Describe	0,13	1,8	0,071
KIMS-39 Awareness	0,25	3,6	0,000
KIMS-39 Judgement	0,39	5,8	0,000
R2 = 0,33. N = 181			

De subschalen *Awareness* en *Judgement* dragen significant bij aan het model, het domein *Describe* vertoont een trend. Hoe hoger men op deze schalen scoort, hoe hoger de psychologische kwaliteit van leven ervaren wordt. Er lijkt geen verband te bestaan tussen de scores op de subschaal *Observe* en de psychologische kwaliteit van leven. Het model verklaart 33% van de variantie van de psychologische kwaliteit van leven.

Ook wat de verschillen betreft zijn de domeinen *Awareness* en *Judgement* significant. Hoe groter de toename van de scores op deze schalen, des te groter is ook de toename van de scores op de psychologische kwaliteit van leven. Het model verklaart 35% van de variantie van de klachten.

Tabel 10. Regressie van verandering in de psychologische kwaliteit van leven op verandering in mindfulness.

Model	Beta	t	Sig.
KIMS-39 Observe	0,02	0,2	0,858
KIMS-39 Describe	0,14	1,6	0,121
KIMS-39 Awareness	0,21	2,3	0,024
KIMS-39 Judgement	0,38	4,0	0,000
R ² = 0,35. N = 112			

Om de subvraag te beantwoorden of de samenhang tussen (veranderingen in) klachten of psychische kwaliteit van leven en (veranderingen in) mindfulness verschillend is voor hulpverleners en cliënten zijn bovenstaande regressieanalyses opnieuw uitgevoerd, waarbij de variabele *groep* en de *interactie* tussen groep en de respectievelijke subschalen van de KIMS-39 werden toegevoegd. De interacties werden één voor één getoetst, steeds in aanwezigheid van de hoofdtermen.

Voor wat betreft de samenhang tussen de KKL en de KIMS-39 van de voormeting is geen van de interactie-effecten significant; het verband tussen klachten en mindfulness is dus niet verschillend voor hulpverleners en cliënten. Ook ten aanzien van de veranderingsscores is geen enkel interactie-effect significant, met uitzondering van de interactie tussen de subschaal *Judgement* en *groep* (trend; $p=0,09$).

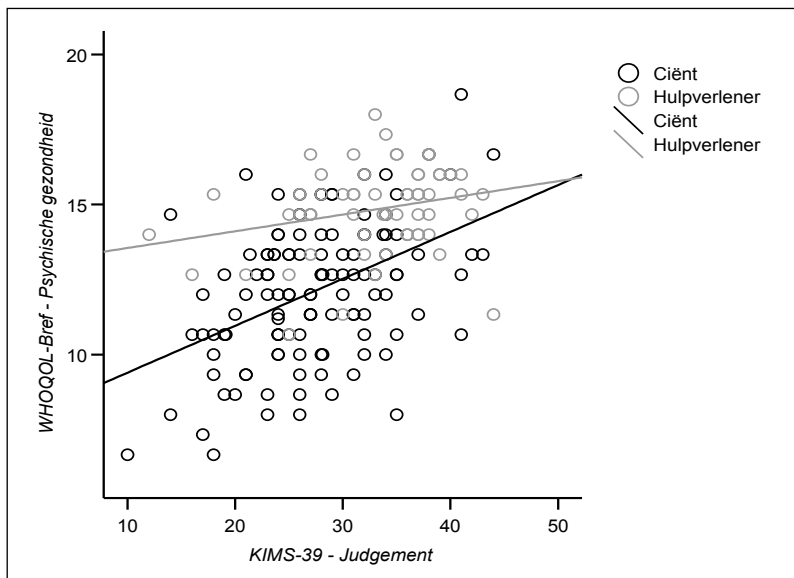
Bij de samenhang tussen de psychologische kwaliteit van leven en mindfulness op de voormeting is er voor de subschaal *Judgement* een significant interactie-effect met groep ($p=0,04$; zie Tabel 11).

Tabel 11. Regressie van de psychologische kwaliteit van leven op mindfulness, groep en interactie judgement x groep.

Model	Beta	t	Sig.
KIMS-39 Observe	-0,02	-0,2	0,813
KIMS-39 Describe	0,09	1,4	0,166
KIMS-39 Awareness	0,21	3,3	0,001
KIMS-39 Judgement	0,63	3,4	0,001
Groep	0,92	3,3	0,001
KIMS-39 Judgement x Groep	-0,77	-2,1	0,040
R ² = 0,46. N = 181			

Uit de scatterplot (zie Figuur 2) blijkt dat het gaat om een sterker verband voor cliënten dan voor hulpverleners. Voor de verschillen van deze vragenlijsten was geen enkel interactie-effect significant.

Figuur 2. Scatterplot van 'Psychologische gezondheid' en het domein 'Judgement' van de KIMS-39.



Discussie

Het effect van de mindfulness training voor cliënten en hulpverleners

De belangrijkste reden voor het opzetten van deze pilotstudie was om te bekijken of de mindfulness training een positief effect heeft op welbevinden, klachten, kwaliteit van leven en aspecten van mindfulness. Uit de resultaten blijkt dat dit het geval is, hoewel het effect verschillend uitpakt voor cliënten en hulpverleners. In lijn met de literatuur uit de inleiding rapporteerden de cliënten na de cursus minder klachten en scoorden hoger op welbevinden en kwaliteit van leven. De enige uitzondering was een niet-significant verschil tussen de voor- en nameting op het sociale domein van de kwaliteit van leven. Statistische significantie is echter nog geen klinische relevantie. Wat de effectgrootte betreft kan het overgrote deel van de significante effecten als matig sterk beschouwd worden. Om de resultaten op de klachtenlijst te kunnen vergelijken met de normgroepen (Lange & Appelo, 2007) hebben we de scores van de KKL gecorrigeerd voor de toegevoegde veertiende vraag naar manie. Na de correctie scoren cliënten vergeleken met de normen voor mannelijke psychiatrische patiënten zowel op de voor- als nameting beneden gemiddeld. Wanneer de gemiddelden met de normen voor vrouwelijke psy-

chiatrische patiënten vergeleken worden gaan de cliënten van beneden gemiddeld naar laag. Wat klachten betreft lijken de resultaten dus enige klinische relevantie te bevatten. Wat de Positieve Uitkomstenlijst betreft lijkt de klinische significantie niet erg groot. Op zowel Autonomie als Sociaal Optimisme scoren de cliënten vergeleken met de psychiatrische normgroepen (Appelo, 2005) op de voor- en nameting op de grens van gemiddeld en hoog. Voor wat betreft de WHOQOL-Bref (De Vries & Van Heck, 2003; Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiamont en De Vries, 2006) liggen alle scores op de voor- en de nameting hoger dan het gemiddelde van extramurale psychiatrische patiënten en lager dan het gemiddelde van de algemene Nederlandse bevolking. Wat kwaliteit van leven aangaat is de klinische significantie dus gering. Van de KIMS-39 zijn alleen de gemiddelden bekend van steekproeven van studenten en mensen met een borderline-stoornis (Baer, Smith & Allen, 2004). De gemiddelde resultaten van de cliënten liggen voor het domein *Observe* op zowel de voor- als nameting boven het gemiddelde van de studenten. Op de overige domeinen scoren de cliënten op de voormeting onder het gemiddelde van de studenten en op de nameting dicht rond dit gemiddelde. Hier lijkt de verbetering enigszins betekenisvol.

De hulpverleners zijn ook verbeterd, zij het op een kleiner aantal schalen. Ze zijn niet significant vooruit gegaan op geluk, klachten, autonomie en sociaal optimisme. Een verklaring voor dit verschil tussen cliënten en hulpverleners zou kunnen liggen in het feit dat hulpverleners ten opzichte van cliënten vóór de training al minder klachten hadden en een hogere mate van geluk, autonomie en sociaal optimisme ervoeren. Mogelijk doordat de hulpverleners betere levensomstandigheden getroffen hebben of wellicht doordat ze effectievere manieren hebben gevonden om met moeilijke omstandigheden om te gaan. Dit zou kunnen betekenen dat er op deze variabelen voor hulpverleners minder verbetering mogelijk is. Martín-Asuero en De la Banda (2007) onderzochten in een quasi-experimentele studie de effecten van een op mindfulness training gebaseerd psycho-educatief programma op gezondheidszorgprofessionals. Zij vonden wel significante verbeteringen op de pressieve, vijandige, somatisatie- en angstklachten. De onderzoeksdeelnemers in deze Spaanse studie vertoonden bij aanvang echter ook een hoger klachtenniveau dan het gemiddelde van de Spaanse algemene bevolking waardoor de resultaten lastig te vergelijken zijn met de uitkomsten van ons onderzoek.

Het effect van de training op kwaliteit van leven en mindfulness laat een gemengd beeld zien voor de hulpverleners. Ze ervaren na de training een betere psychische gezondheid en verbetering in hun sociale relaties. De fysieke gezondheid verbetert niet significant maar vertoont een trend. Omdat de items van deze schaal enige overlap lijken te vertonen met die van de KKL is dit te verwachten. Ten slotte blijken de hulpverleners de kwaliteit van hun omgeving niet beter te beoordelen. Net als bij de klachten zou kunnen gelden dat ook op de *Fysieke Gezondheid* en *Leefomgeving* te weinig verbetering mogelijk

was om voor een significant verschil te kunnen zorgen. Ook op deze gebieden scoren de hulpverleners van tevoren al een stuk hoger dan de cliënten. In de introductie wordt een studie van Shapiro, Astin en Bishop (2005) aangehaald waarin geconcludeerd wordt dat MBSR mogelijk stress kan verminderen en kwaliteit van leven en zelfcompassie kan verbeteren in gezondheidszorgprofessionals. Onze resultaten zijn gedeeltelijk in overeenstemming met deze studie. Om kwaliteit van leven te meten werd echter gebruik gemaakt van de Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), een exacte vergelijking met onze resultaten is daarom niet op zijn plaats. Bovendien werd de training aangeboden met de vermelding dat het de bedoeling was om stress en burnout te verminderen en algemeen welbevinden te verbeteren. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat door de specifieke vermelding van stress en burnout, een groter aantal hulpverleners op de training af kwam die hier mee te maken hadden. Bij een dergelijke groep valt wellicht meer verbetering te bewerkstelligen. De studie van Klatt e.a. (2008, zie Tabel 1) concludeert dat mindfulness training stress vermindert bij medewerkers en staf van een universiteit. Stress komt in onze studie echter niet specifiek aan bod.

Wat mindfulness betreft geven de hulpverleners na de training aan beter in staat te zijn om stimuli te observeren, op te merken en er aandacht voor te hebben (*Observe*). Ook zijn ze bewuster in het moment betrokken bij hun bezigheden, ze doen minder op de automatische piloot (*Act with Awareness*). Er blijkt niet dat ze beter zijn geworden in het beschrijven of labelen van geobserveerde fenomenen (*Describe*) en het accepteren, toestaan en het niet oordelen of evalueren van de ervaringen in het moment (*Accept without Judgement*). Een verklaring is dat de hulpverleners ook op deze schalen vergeleken met de cliënten al aanzienlijk hoger scoren op de voormeting (zie Figuur 1). Bovendien mag van hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg aangenomen worden dat zij hier vaardig in zijn. Vergeleken met de steekproefgemiddelden van studenten uit het artikel van Baer, Smith & Allen (2004) scoorden de hulpverleners tijdens de voormeting een halve punt hoger op *Describe* en ruim drieëneenhalve punt hoger op *Accept without judgement*. Het lijkt gerechtvaardigd te concluderen dat ook hier een te geringe verbetering mogelijk was voor een significant resultaat.

Bedreigingen voor de validiteit

Al met al lijken de resultaten een ondersteuning te bieden voor de suggestie dat de training het beoogde effect heeft bewerkstelligd. Er moeten echter een aantal serieuze kanttekeningen gemaakt worden. Pelham en Blanton (2003) beschrijven in hun boek 'Conducting Research in Psychology, Measuring the Weight of Smoke' een aantal bedreigingen welke de validiteit van een studie in gevaar kunnen brengen. De voor onze studie meest relevante zullen hier besproken worden. Ten eerste kan er sprake zijn van 'maturation' ofwel 'rijping', wat verwijst naar de specifieke ontwikkelings- of ervaringsveranderingen die gebeuren in een persoon of groep over de tijd. Voor de cliënten geldt

dat naast de mindfulnesstraining een eventuele parallelle behandeling in de meeste gevallen is doorgegaan, hoewel deze wel op een laag pitje werd gezet. Bovendien kan er sprake zijn van natuurlijk herstel. Op deze manier valt te verwachten dat ook zonder mindfulnesstraining gemiddeld verbetering optreedt. De verschillen tussen de voor- en nameting kunnen daarom niet zomaar verklaard worden door de training. Deze bedreiging zou tegengegaan kunnen worden door een controlegroep aan de studie toe te voegen die wel de standaardbehandeling krijgt maar geen mindfulnesstraining volgt. Verschillen tussen deze groepen kunnen dan met grotere zekerheid aan de training worden toegeschreven.

Een tweede ernstige bedreiging is het falen van sommige proefpersonen om de studie af te maken, bekend als 'attrition', ofwel 'uitval'. Uit de resultaten blijkt dat van een groot deel van de onderzoeksdeelnemers de nameting ontbreekt. Bij de cliënten heeft 33% geen nameting, bij de hulpverleners is dit 30%. Een verklaring voor het wel of niet invullen van de nameting kan mogelijk direct gekoppeld worden aan het succes van de training. Deelnemers voor wie de training weinig effect heeft gehad waren wellicht niet gemotiveerd om de training te evalueren en de nameting in te vullen. Op basis van de nametingen concluderen dat de training wel effect heeft gehad, kan leiden tot een vertekend beeld omdat het hier dan slechts gemotiveerde onderzoeksdeelnemers betreft die een positief effect hebben ervaren. Een extra tekortkoming in de studie op dit punt is dat niet geregistreerd is waarom een deelnemer geen nameting invulde. Op deze manier kan niet achterhaald worden wat de reden is van het grote aantal dropouts. Vermeld moet wel dat de dataverzameling voor deze studie oorspronkelijk werd gestart met als doel een eenvoudige evaluatie van de training, en geen groots opgezet effectonderzoek. Het is bekend dat zo'n routinematige meting van behandeluitkomst in de GGZ-praktijk veelal gepaard gaat met veel nonrespons (zie bijvoorbeeld Zwanepol & De Groot 2008).

Naast een gebrek aan tijd en middelen was een andere belangrijke reden bij de trainers voor de terughoudendheid bij het aandringen om de nameting in te vullen dat de trainers de therapeutische relatie niet in gevaar wilden brengen. En daarmee komen we bij de derde bedreiging. 'Participant reaction bias' ofwel 'deelnemer reactie bias' houdt in dat wanneer mensen zich bewust zijn van het feit dat ze bestudeerd worden, ze zich kunnen gaan gedragen op een manier zoals ze normaal gesproken niet zouden doen. Een zwakte in onze studie is dat de trainer voor de deelnemers automatisch ook het gezicht van de studie was. De therapeutische relatie kon zo een bedreiging vormen voor de wetenschappelijke objectiviteit en daarmee de validiteit van de studie in gevaar brengen. Deelnemers kunnen te coöperatief zijn geweest en geprobeerd hebben zich te gedragen in lijn met de verwachtingen van de onderzoeker. Deze motivatie kan de effecten van de onafhankelijke variabelen geïmiteerd hebben. Deelnemers kunnen dit doen in een poging de onderzoeker te plezieren of tevreden te stellen of om zich normaal te willen voelen. Volledige anonimiteit van de deelnemers kan helpen deze bedreiging tegen te gaan. Een andere mogelijkheid is elk aspect van het onderzoeksgedeelte uit te

laten voeren door iemand die onafhankelijk van de trainer opereert. Een derde mogelijke bedreiging van de validiteit betreft de selectie van onderzoeksdeelnemers. Hierin ontbrak een kansmechanisme; veel deelnemers kwamen op eigen initiatief (of dat van hun behandelaar) op de training af. Het gaat hier dus vermoedelijk om een selectieve groep mensen.

Het effect van de mindfulnesstraining voor de verschillende cliëntengroepen

Voor de cliëntengroepen onderling zijn de resultaten niet significant verschillend. Deze resultaten lijken in overeenstemming met het algemene beeld van de literatuur. In de inleiding komt naar voren dat er gedegen ondersteuning is voor het idee dat MBSR een brede variëteit aan psychische problemen kan verlichten en psychologisch functioneren kan verbeteren voor een breed scala aan klinische populaties. De meta-analyse en systematische review naar MBCT die in de inleiding worden aangehaald maken geen onderscheid tussen de verschillende cliëntengroepen zoals wij ze hebben gedefinieerd. Williams e.a. (2008) vonden wel verschillen tussen depressieve en bipolaire patiënten. Deze verschillen betroffen echter het effect van MBCT op angstklachten, welke in onze studie niet afzonderlijk zijn gemeten. Bovendien ging het in de studie van Williams vooral om patiënten met zelfmoordfantasieën of zelfmoordgedrag als onderdeel van hun symptomenprofiel en zijn deze resultaten niet zomaar te generaliseren naar de deelnemers uit onze studie.

De samenhang tussen klachten, psychische kwaliteit van leven en mindfulness

Op basis van de resultaten kan over het algemeen gesteld worden dat (veranderingen in) klachten samenhangen met (veranderingen in) mindfulness. Wanneer we kijken naar zowel de voormetingscores als de verschillscores zien we een sterke correlatie tussen klachten en de subschalen *Act with Awareness* en *Accept without Judgement* van de mindfulnessvragenlijst. Hoe beter men zich in het moment aandachtig kan of leert concentreren op een bepaalde stimulus en dit kan accepteren zonder het te beoordelen of te evalueren, hoe minder klachten men lijkt te ervaren. In iets minder sterke mate lijkt men minder klachten te ervaren naarmate men vaardiger is of wordt in het beschrijven of labelen van geobserveerde fenomenen. De subschaal *Observe* blijkt zich atypisch te gedragen; hoe hoger men op deze factor van mindfulness scoort, hoe meer klachten men ervaart. Toch valt dit logisch te verklaren. Mindfulness is een samengesteld concept dat bestaat uit vier verschillende facetten. Wanneer men slechts vaardiger is in het observeren en opmerken van stimuli maar vervolgens niet bekwaam is zich hierop te concentreren, te beschrijven, te accepteren en af te kunnen zien van oordelen en evalueren, zullen de ervaren klachten logischerwijze alleen maar toenemen. Het is daarom raadzaam mindfulness te benaderen als een totaal van de vier subschalen en niet per facet afzonderlijk. Bovendien theoretiseert Baer (2003) dat exposure mogelijk een belangrijk mechanisme is wat het effect van mindfulness kan verklaren. Volgens de auteurs leiden doorgaande observatie van en blootstelling aan onaangename gedachten en gevoelens tot verminderde emotio-

nele reactiviteit naar deze stimuli en verminderd vlucht- en vermijdingsgedrag. Een bekend gegeven bij exposure is dat voordat de klachten uiteindelijk afnemen eerst een klachtentoeename merkbaar is.

Wat de kwaliteit van leven betreft zien we dat een grotere (toename van) vaardigheid om de aandacht te kunnen concentreren op één ding in het moment (*Awareness*) en dit vervolgens niet te beoordelen of te evalueren (*Judgement*) samengaat met een grotere (toename van) waardering van de psychische gezondheid. Daarnaast geven de resultaten met een trend voorzichtig aan dat hoe beter men in staat is geobserveerde fenomenen te beschrijven of te labelen (*Describe*) hoe beter men ook de psychische gezondheid ervaart. De bekwaamheid waarmee men stimuli observeert of opmerkt (*Observe*) vertoont geen samenhang met de psychische gezondheid. Ook de verschijscores op deze uitkomstmaten hangen niet significant samen.

Op basis van deze resultaten kan overigens niet geconcludeerd worden dat een hogere mate van mindfulness leidt tot minder klachten of een verbeterde psychische gezondheid. Doordat er slechts verbanden bestudeerd zijn kan er niets gezegd worden over oorzaak en gevolg.

Het effect van mindfulness

Maar wat zeggen deze resultaten nu precies over het eventuele succes van de mindfulness training? Het antwoord hierop is niet eenduidig te geven. Want wat zijn precies de maatstaven waaraan dit succes moet worden getoetst? De opzet van dit onderzoek veronderstelt de verwachting dat de deelnemers door de training meer mindful worden en dat het effect van deze toegenomen mindfulness vervolgens direct waarneembaar wordt in een afname van klachten en toename van welbevinden en kwaliteit van leven. Maar kan de training ook succesvol zijn wanneer de effecten niet gevonden worden? Wellicht worden de deelnemers meer mindful terwijl de klachten niet afnemen en welbevinden en kwaliteit van leven er niet op vooruit gaat. Mogelijk leren ze hun onveranderde situatie beter verdragen. Want is het bij mindfulness immers niet zozeer van belang óf deze verschijnselen ervaren worden maar de manier waaróp? Dan leidt mindfulness tot een andere ervaring van de klachten, welbevinden en kwaliteit van leven welke niet gemeten worden met de gebruikte vragenlijsten. Onderzoekers kunnen daarom overwegen of er mogelijk andere effecten zijn die ze met de training beogen te bereiken en vervolgens bedenken hoe deze gemeten kunnen worden.

Een andere centrale kwestie is het meten van mindfulness. Onderzoekers zijn het er nog altijd niet over eens hoe dit het beste geconceptualiseerd kan worden. Volgens Schroevers, Nyklíček en Topman (2008) zijn er de afgelopen jaren naast de KIMS-39 verschillende vragenlijsten gepubliceerd. Ze noemen de Freiburg Mindfulness Inventory (FMI; Buchheld, Grossman, & Walach, 2001), de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2001, 2003), de Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS; Hayes

& Feldman, 2004), de Mindfulness Questionnaire (MQ; Chadwick e.a., 2005) en de Toronto Mindfulness Scale (TMS; Lau e.a., 2006). Recent is daar nog de Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer e.a., 2008) bijgekomen. Deze schalen zijn gebaseerd op vier verschillende concepten van mindfulness. De auteurs van de KIMS-39 gaan uit van een vier-componentenmodel. Zij identificeren *observatie*, *beschrijving*, *bewust handelen* en *accepteren zonder oordelen* als factoren van een totaal mindfulnessconstruct (Baer e.a., 2004). De FFMQ maakt bij de laatste component *accepteren zonder oordelen nog onderscheid* tussen *niet oordelen over innerlijke ervaringen* en *niet reageren op innerlijke ervaringen* (Baer e.a., 2008). De ontwikkelaars van de MAAS, Brown en Ryan (2003), vonden echter geen aanwijzingen voor een meervoudige factorstructuur van mindfulness. Bishop e.a. (2004) pleiten ten slotte voor een model dat uit twee componenten bestaat. De eerste component omvat de zelfregulatie van aandacht zodat het gericht blijft op de huidige ervaring, waarbij een verhoogde herkenning van mentale gebeurtenissen in het tegenwoordige moment toegestaan wordt. De tweede component heeft betrekking op het aannemen van een nieuwsgierige, open en accepterende houding tegenover iemands ervaringen in het tegenwoordige moment.

De vraag blijft echter of mindfulness überhaupt met vragenlijsten te meten is. Zelfs wanneer wetenschappers consensus bereiken over de operationalisatie van mindfulness, wanneer ze afbakenen wat mindfulness wel is en daarmee ook wat het *niet* is, blijft het een concept. Dan wordt er over mindfulness gesproken aan de hand van termen waarvan aangenomen wordt dat ze verwijzen naar verschillende elementen van de ervaring van 'mindful zijn'. En bij deze termen horen cognities. Vragenlijsten meten rechtstreeks deze cognities, terwijl mindfulness juist gaat over een ervaring in afwezigheid van cognities. Wanneer we proberen met cognities te bedenken en met woorden te beschrijven wat de ervaring van mindfulness is kan dit vergeleken worden met een poging om met licht te onderzoeken hoe duisternis eruit ziet. Licht is per definitie nooit gelijk aan duisternis. Cognities en woorden zijn per definitie nooit gelijk aan mindfulness. Wellicht lijkt het alsof de duisternis steeds dichterbij genaderd wordt naarmate het licht minder fel wordt, feit is dat het nog altijd licht is en dat de duisternis pas ervaren kan worden wanneer het licht gedoofd is. Zo kan het lijken alsof we de ervaring van 'mindful zijn' dichterbij naderen door het nauwkeuriger te beschrijven, het blijft een verzameling woorden en cognities, het tegenovergestelde van wat mindfulness is.

Conclusie

Na de mindfulnessstraining zijn klachten significant afgenomen en zijn er significante verbeteringen gevonden voor welbevinden en de kwaliteit van leven. Dit effect blijkt voor cliënten groter te zijn dan voor hulpverleners. Er zijn geen verschillen gevonden voor de verschillende cliëntengroepen. Hoewel de resultaten bemoedigend lijken is het de vraag wat hieruit kan worden afgeleid. De klinische significantie lijkt beperkt. Bovendien heeft het onderzoek enkele serieuze tekortkomingen die een bedreiging vormen voor

de validiteit. Natuurlijk herstel en parallelle behandelingen kunnen een aanzienlijke bijdrage geleverd hebben in de gevonden effecten. Daarnaast maakt het grote aantal dropouts de studie erg onbetrouwbaar. Aan de andere kant is een sterk punt van deze studie het naturalistische design; de reële behandelpraktijk is met het onderzoek geen geweld aangedaan, en de studie is dus een goede reflectie van hoe het er in de ggz-praktijk aan toe gaat.

Alles tezamen beschouwend kunnen we concluderen dat op basis van de resultaten geen harde conclusies kunnen worden getrokken. We willen daarom een aantal aanbevelingen doen. Om met meer zekerheid iets te kunnen zeggen over het effect van de mindfulnessstraining is het ten eerste verstandig een controlegroep in het onderzoeksdesign op te nemen. Deze groep gaat wel door met de reguliere behandeling maar krijgt geen mindfulnessstraining. Daarnaast is het van belang het hoge aantal dropouts terug te dringen. Door betere communicatie of eventueel een beloning kunnen deelnemers worden gemotiveerd het onderzoek te voltooien. Ook door herhaaldelijk te verzoeken en de nameting alsnog in te vullen kan het aantal dropouts teruggebracht worden. Wellicht is het zinvol om de vragenlijsten af te laten nemen door een onafhankelijke onderzoeker en niet door de trainer zelf, zodat de therapeutische relatie niet in gevaar komt en deelnemers minder geneigd zijn de vragenlijsten sociaal wenselijk in te vullen.

Uit deze studie wordt eens te meer duidelijk dat de klinische praktijk het lastig maakt om onderzoek op een goede manier uit te voeren. De vele tegenstrijdige belangen maken het begrijpelijk dat er keuzes gemaakt worden die het onderzoek niet altijd ten goede komen. De studie wijst ons er echter ook op dat dit het doen van valide conclusies ernstig bemoeilijkt. We willen daarom bepleiten om eventueel vervolgonderzoek alleen dan te doen wanneer aan enkele essentiële randvoorwaarden, zoals de mogelijkheid van een gestructureerde en liefst onafhankelijke dataverzameling, is voldaan.

Literatuur

- Appelo, M.T. (2005). De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL). *Handleiding. Cure & Care Tests*, Nijmegen.
- Appelo, M.T. & Schouten, P. (2003). De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL). *Gedragstherapie*, 36, 309-318.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Baer, R.A., Smith, G.T. & Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Preview Assessment*, 11(3), 191-206.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.

- Baer, R.A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D. & Williams, J.M.G. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.
- Barnhofer, T., Duggan, D.S., Crane, C., Hepburn, S.R., Fennell, M.J.V. & Williams, J.M.G. (2007). Effects of meditation on frontal asymmetry in previously suicidal individuals. *Neuroreport*, 18(7), 709-712.
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2001). Testing a two-factor model of mindfulness. Unpublished data, University of Rochester.
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, K.W., Ryan, R.M. & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S. & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1235-1245.
- Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B. & Dagnan, D. (2005). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire. Unpublished manuscript.
- Coelho, H.F., Canter, P.H. & Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 1000-1005.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Galantino, M.L., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P.O. & Farrar, J.T. (2005). Short Communication: Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program: mindfulness in practice. *Stress and Health*, 21(4), 255-261.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.
- Hayes, A.M. & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 11, 255-262.
- Hepburn, S.R., Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D.S., Fennell, M.J.V. & Williams, J.M.G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: Findings from a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*.

- Kim, Y.W., Lee, S.H., Choi, T.K., Suh, S.Y., Kim, B., Kim, C.M., Cho, S.J., Kim, M.J., Yook, K., Ryu, M., Song, S.K. & Yook, K.H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E. & Malone, K., (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy*, 80(2), 193-203.
- Klatt, M.D., Buckworth, J. & Malarkey, W.B. (2008). Effects of low-dose Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR-I) on working adults. *Health Education & Behavior*.
- Koszycki, D., Benger, M., Shlik, J. & Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* 45, 2518-2526.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E. & Teasdale, J.D. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.
- Lange, A., Schrieken, B., Ven, J.P. van de & Blankers, M. (2000). De Korte Klachten Lijst. *Directieve Therapie*, 20, 384-392.
- Lange, A. & Appelo, M. (2007). De Korte Klachten Lijst (KKL) *Handleiding*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Lau, M.A., Bishop, S.R., Segal, Z.V., Buis, T., Anderson, N.D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S. & Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445-1467.
- Ledesma, D. & Kumano, H. (2008). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*.
- Lengacher, C.A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M.S., Jacobsen, P.B., Klein, T.W., Widen, R.H., Fitzgerald, S.G., Shelton, M. M., Barta, M., Goodman, M., Cox, C.E. & Kip K.E. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*.
- Martín-Asuero, A. & Banda, G.G. de la (2007). Las ventajas de estar presente: Desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico (The advantages of being present: Developing mindfulness to reduce distress). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 369-384.
- Masthoff, E.D., Trompenaars, F.J., Heck, G.L. van, Hodiamont, P.P. & Vries, J. de (2006). Quality of life and psychopathology: Investigations into their relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 333-340.
- Nyklíček, I. & Kuijpers, K.F. (2008). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 331-340.

- Oman, D., Shapiro, S.L., Thoresen, C.E., Plante, T.G. & Flinders, T. (2008). Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: A Randomized Controlled Trial. *Journal of American College Health*, 56(5), 569-578.
- Pelham, B.W. & Blanton, H. (2003). *Conducting Research in Psychology, Measuring the Weight of Smoke* (2e druk). Wadsworth/Thomson Learning, Belmont, USA.
- Plews-Ogan, M., Owens, J.E., Goodman, M., Wolfe, P. & Schorling, J. (2005). A pilot study evaluating Mindfulness-Based Stress Reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of General Internal Medicine*, 20(12), 1136-1138.
- Pradhan, E.K., Baumgarten, M., Langenber, P., Handwerger, B., Gilpin, A. K., Magyari, T., Hochberg, M.C. & Berman, B.M. (2007). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis & Rheumatism*, 57(7), 1134-1142.
- Proulx, K. (2003). Integrating Mindfulness-Based Stress Reduction. *Holistic Nursing Practice*, 17(4), 201-208.
- Schroevers, M.J., Nyklíček, I. & Topman, R. (2008). Validatie van de Nederlandstalige versie van de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Gedragstherapie*, 4, 225-240.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Sephton, S.E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K. & Studts, J.L. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis & Rheumatism*, 57(1), 77-85.
- Shapiro, S.L., Astin, J.A., Bishop, S.R. & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management* 12(2), 164-176.
- Shapiro, S.L., Bootzin, R.R., Figueredo, A.J., Lopez, A.M. & Schwartz, G.E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer. An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 85-91.
- Shapiro, S.L., Oman, D., Thoresen, C.E., Plante, T.G. & Flinders, T. (2008). Cultivating Mindfulness: Effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 840-862.
- Teasdale, J.D., Williams, J.M., Soulsby, J.M., Segal, Z.V., Ridgeway, V.A., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Trompenaars, F.J., Masthof, E.D., Heck, G.L. van, Hodiamont, P.P., & Vries, J. de (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 14, 151-160.

- Veenhoven, R. (1994). *Correlates of happiness, 7838 findings from 603 studies in 69 nations 1911-1994*. RISBO, studies in social and cultural transformation no 3, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.
- Veenhoven, R. (2007). World Database of Happiness, Correlational Findings. <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl>.
- Vries, J. de & Heck, G.L. van (1996). *De Nederlandse versie van de WHOQOL-Bref*. Tilburg University, Tilburg.
- Vries, J. de & Heck, G.L. van (2003). *Nederlandse Handleiding van de WHOQOL*. Universiteit van Tilburg, Tilburg.
- Williams, J.M.G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M.J.V., Duggan, D.S., Hepburn, S. & Goodwin, G.M. (2007). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 275-279.
- Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., Segal, Z.V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- Zwanepol, F., Groot, E. de (2008). Implementatie van 'Routine Outcome Monitoring'. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 118-129.

Artikel

Een ethische bezinning op de FSNA en de professionalisering van het forensisch maatschappelijk werk

Swanny Kremer

Inleiding

De TBS-maatregel is gericht op terugkeer in de samenleving. Risico's moeten daarbij zo klein mogelijk zijn. Een methode om risico's in kaart te brengen is door het sociale netwerk van de patiënt te analyseren. Hiertoe is de Forensische Sociale Netwerk Analyse (afgekort de FSNA; Pomp, L. et al, 2007) ontwikkeld als instrument voor het forensisch maatschappelijk werk. De FSNA is een dataverzameling- en interpretatiemethode voor het systematisch in kaart brengen en managen van de specifieke risico's van de patiënt bij terugkeer naar de maatschappij. De FSNA-methode bekijkt per individuele casus welke rol/invloed de relaties en sociale situaties hebben gehad ten tijde van het delict, en kunnen hebben gedurende de behandeling en de toekomstige netwerkomgeving. Niet iedere patiënt zal in dezelfde omgeving tot delictgedrag komen, het is individueel en specifiek bepaald (Bem & Funder, 1978).

Bijvoorbeeld: de ene patiënt wordt agressief als zijn kind/echtgenote niet naar hem luistert en hij zich machteloos voelt. De andere patiënt wordt agressief als hij alcohol drinkt en zich in het uitgaansleven bevindt samen met zijn vrienden. De FSNA-methode is ontwikkeld op basis van wetenschappelijke inzichten en de praktijkervaringen van het maatschappelijk werk. Een onderliggende aanname is ook: 'Een bepaalde recidive vraagt om een specifieke omgeving' (Monahan 1981). Een voorbeeld hierbij is: een tbs-gestelde heeft zijn dochtertjes seksueel misbruikt. Om tot een recidive te komen, moeten er zich kinderen in zijn netwerk bevinden.

Dit essay gaat weliswaar over de FSNA, maar het gaat vooral om de professionele ethiek en de professionalisering van het forensisch maatschappelijk werk. Niet alleen binnen het werken met de FSNA, in de gehele forensische sector, is het maken van morele afwegingen bij beslismomenten erg belangrijk. Een hulpmiddel bij het oplossen van morele dilemma's is ethiek. Ethiek helpt je om je morele opvattingen te expliciteren en te structureren, en om je morele vooronderstellingen bloot te leggen. Met het gebruik van ethiek kun je morele opvattingen onderbouwen, of juist onderuit halen. Ethiek geeft de mogelijkheid om op een gestructureerde manier de eigen morele oordelen te onderzoeken en tegen elkaar af te wegen. Er moet daarbij duidelijk worden gesteld dat ethiek een hulpmiddel is, het is geen kant-en-klare oplossing of een tovermiddel. Je zou ethiek kunnen vergelijken met de FSNA, die met betrekking tot

sociale contexten ook op een (semi)gestructureerde manier in kaart brengt, bloot legt, vergelijkt, afweegt en analyseert.

In dit essay zal ik een korte toelichting geven op de FSNA-methode. Vervolgens geef ik een uitleg over het implementatietraject van de FSNA-methode die de afgelopen twee jaar heeft plaatsgevonden. Daarna beschrijf ik de werkwijze van de werkgroep Ethiek die gekoppeld was aan het FSNA-project waarbij ik aandacht besteed aan ethische reflectie in de praktijk. In hoeverre is maatschappelijk werk een professie of een 'semi'-professie? Dat is de vraag die ik behandel in de volgende paragraaf. Daarop volgend bespreek ik de professionalisering van het forensisch maatschappelijk werk zoals dat nu vorm krijgt door te werken met de FSNA-methode. Hierna volgt de paragraaf 'Resultaten?' om uiteindelijk af te sluiten met een slotbeschouwing en conclusie.

FSNA-methode

Deze paragraaf gebruik ik om kort toe te lichten wat de FSNA-methode is. De FSNA is een netwerkinstrument voor het forensisch maatschappelijk werk, waarmee de invloed van het persoonlijk netwerk van een tbs-patiënt op zijn delictgevaarlijkheid in kaart kan worden gebracht. Bij FSNA-onderzoek worden door middel van gestandaardiseerde vragenlijsten de patiënt en een steekproef uit zijn netwerk geïnterviewd. De vragenlijsten voor de patiënt en zijn netwerkleden zijn ontwikkeld met behulp van een vijftigtal 'case studies', die in de periode 2003-2006 zijn uitgevoerd binnen forensisch psychiatrisch centrum (FPC) Dr. S. van Mesdag, FPC Veldzicht en FPC de Rooyse Wissel. Als uitgangspunt bij het opstellen van de vragenlijsten dienden de risico-indicatoren van de HKT-30¹, de items van de PCL-R² alsmede inzichten uit de Sociaal Netwerk Analyse en de dagelijkse praktijk van het Maatschappelijk Werk. In de FSNA-methode wordt getracht om per individuele patiënt te bepalen welke specifieke maatschappelijke, sociale en relationele omstandigheden zijn toekomstig recidivegevaar zowel positief als negatief beïnvloeden. Dit gebeurt door het delictnetwerk en het terugkeernetwerk van een patiënt in kaart te brengen. Onder delictnetwerk wordt verstaan: de verzameling van betekenisvolle personen (en hun onderlinge relaties) waarmee patiënt ten tijde van het delict omging en de toenmalige sociale contexten waarin patiënt zich begaf. Het terugkeernetwerk is gedefinieerd als de betekenisvolle personen (en hun onderlinge relaties) waar de patiënt ten tijde van de intramurale fase contact mee onderhoudt en de personen waar hij in de toekomst "buiten" naar alle waarschijnlijk contact mee zal krijgen. Daarnaast bestaat het te-

1. HKT-30: H staat voor historische items (het verleden van betrokkene betreffend), K voor klinische items (vanuit de behandelsituatie) en T voor toekomstgerichte items. Er zijn in totaal 30 items.
2. De Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991): is een beoordelingsschaal om Psychopatie te meten in een mannelijke forensische populatie. Met deze schaal worden zowel gedragsvariabelen als persoonlijkheidseigenschappen gemeten, die gebaseerd zijn op een algemeen aanvaard klinisch concept van psychopatie.

rugkeurnetwerk uit een inschatting van de diverse sociale contexten waarin de patiënt zich naar alle waarschijnlijkheid zal gaan begeven. Bijvoorbeeld, een patiënt kan op de verjaardag van moeder zijn voormalige vrienden (uit de wijk) weer treffen waar hij een drugsverleden mee deelt.

Aan de basis van een FSNA-analyse staat de vergelijking van het delictnetwerk met het terugkeurnetwerk. Aan de hand van de HKT-30 wordt de invloed van het netwerk op de patiëntspecifieke risico-indicatoren beschreven.

Implementatietraject

In de afgelopen jaren is in een aantal klinieken voornamelijk op ad hoc basis met de methode gewerkt. Door de positieve ervaringen hiermee en de noodzaak van het forensisch maatschappelijk werk om zich verder te professionaliseren, is er behoefte ontstaan om de methode op gestandaardiseerde wijze te implementeren. De FSNA-methodiek is ontwikkeld met als doel om de kwaliteit van de individuele verlobbeslissing te verbeteren en is een aanvulling op huidige risicotaxatie en -management.

Op initiatief van enkele tbs-klinieken en het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) is in het najaar van 2007 een twee jaar durend FSNA-project gestart. In de deelnemende instanties is door maatschappelijk werkers de FSNA-methode toegepast. Bij de start van het landelijke FSNA-project gold de volgende doelstellingen:

1. Hogere kwaliteit van risicomanagement en risicotaxatie door patiëntspecifieke risico's in kaart te brengen.
2. Het opzetten van een lerend systeem om risicogedrag rond individuele patiënten te monitoren.
3. De methodiek van de FSNA te introduceren binnen de keten van vervolgoorzieningen en de reclassering.
4. De beschrijving van de methodiek in een werkboek (kennisoverdracht en onderdeel van de opleiding voor forensisch maatschappelijk werk).
5. Het invoeren van een eenduidige FSNA-procedure binnen participerende instanties.

Als startschot van het FSNA-project werd een cursus georganiseerd voor de forensisch maatschappelijk werkers van de participerende klinieken. In deze cursus kwam naar voren dat de maatschappelijk werkers 'worstelden' met meerdere dilemma's op het ethisch vlak. Voorbeelden hiervan zijn: 'Schaadt de FSNA de vertrouwensrelatie met de patiënt?', 'Mag je wel naar de risicovolle kenmerken vragen van en aan netwerkleiden?' 'Moet de onafhankelijke onderzoeker / forensisch maatschappelijk werker het FSNA-onderzoek uitvoeren, of juist de 'eigen' maatschappelijk werker?' Naar aanleiding van deze signalering werd door het projectteam besloten om een werkgroep 'Ethische aspecten' op te richten.

De werkgroep Ethiek, gevormd uit een zestal projectdeelnemers werd in het leven geroepen om deze morele dilemma's uit te diepen.

Werkwijze van de werkgroep... Methode

Zoals gezegd kwamen er vanuit de werkgroep Ethiek een paar belangrijke discussiepunten naar voren, die uitgemond zijn in een lange lijst van dilemma's waar de forensisch maatschappelijk werkers tegenaan liepen in het werken met de FSNA. Er werden interessante en ook lastige, centrale ethische en kennis-theoretische thema's aangesneden rond privacy, instemming, betrouwbaarheid en context van informatie. Denk aan het benaderen van netwerkleden zonder instemming van de patiënt, het zoeken naar gegevens van derden op internet en noem maar op. Kan dat, mag dat, wil de projectgroep zo werken?

In de werkgroep Ethiek heeft men deze feitelijke keuzesituaties, deze dilemma's, als beginsel genomen voor ethische reflectie. De lijst met dilemma's die is opgesteld door de werkgroep Ethiek is doorgemaild naar alle projectdeelnemers om iedereen de gelegenheid te bieden om aanvullingen te leveren, of aan de andere kant feedback te verstrekken.

In deze paragraaf zal ik inzichtelijk maken hoe de werkgroep tot resultaten wilde komen, hoe het ethisch reflectief proces verlopen is. Dit zal ik doen aan de hand van een opdeling in verschillende stappen.

- Stap 1: Verkennen vanuit de literatuur, ieder werkgroeplid kreeg beschikking over een exemplaar van een boek over ethiek in de praktijk³. Dit boek bood een theoretisch denkkader aan.
- Stap 2: Inventariseren van de ethische dilemma's. Er ontstond een lijst met de meest uiteenlopende dilemma's die nog ongestructureerd was.
- Stap 3: Clusteren van de dilemma's, met behulp van de theorie en de praktijk. Door te zoeken naar de grootste gemene delers zijn de dilemma's in de volgende vier clusters opgedeeld:
 1. Wetenschappelijkheid van de FSNA.
 2. Rechten en belangen van patiënt.
 3. Rechten en belangen van derden.
 4. Maatschappelijk Werker als onderzoeker, als behandelaar, welke rol, welke patiëntrelatie?
- Stap 4: Dilemma's in de landelijke werkgroep bespreken.
- Stap 5: Afwegen van de dilemma's.
- Stap 6: Het opstellen van een rapport.

3. Bolt, L.L.E. et al, Ethiek in praktijk, (Assen, 2003).

Driedledige uitwerking van de dilemma's

De dilemma's zoals zij geïnventariseerd en vervolgens geclusterd zijn worden, nadat de landelijke projectgroep er nog aanvullingen op heeft kunnen geven, driedelig uitgewerkt. Als eerste worden de beredeneerde maar feitelijke opvattingen van deelnemers (sociologisch onderzoek) in kaart gebracht en als tweede wordt de ethische onderbouwing van mogelijke standpunten (normatief-ethische analyse) beschreven. Dus enerzijds richt de analyse van de dilemma's zich op wat de deelnemers daadwerkelijk hebben ingebracht, en anderzijds richt de analyse zich op bijpassende ethische en maatschappelijke literatuur.

Uiteindelijk zal er met behulp van de methode van John Rawls, het reflective equilibrium, gekeken worden of er tot een balans gekomen kan worden. Het reflective equilibrium, of reflectief evenwicht, was in de 20e eeuw een methodologische vernieuwing, gebaseerd op de gedachte van de empirische wetenschap waarbij concrete waarneming en wetmatigheden ieder aan een kant van de weegschaal gelegd worden. Dat wil zeggen dat de werkgroep Ethiek een evenwicht zoekt tussen beredeneerde maar pretheoretische morele opvattingen in de ene schaal versus uit ethische en maatschappelijke theorie afgeleide normen en hun mogelijke toepassing in de andere schaal. Als de beide schalen niet met elkaar in evenwicht zijn is het zaak om nog eens kritisch naar alle elementen te kijken. Wanneer er aan beide kanten van de weegschaal van Rawls gesleuteld wordt, sleutelen door middel van reflectie en eventueel herformulering, is het doel een beredeneerd evenwicht tussen pretheoretische en theoretische oordelen tot stand te brengen. Op die manier kan men tot een coherente theorie komen. Het is zaak om bij dit proces de concrete context recht te blijven doen. De uitwerking van de dilemma's komt er als volgt uit te zien:

Deel 1 =

- welke dilemma's daadwerkelijk gesignaleerd zijn,
- welke oplossingen en argumenten daadwerkelijk aangedragen zijn en hoe deze door de deelnemers zelf gewogen zijn.

Deel 2 =

- welke dilemma's vanuit ethische theorie beschouwd bestaan (kunnen zeer wel overeenkomen met de daadwerkelijk gesignaleerde dilemma's),
- hoe de oplossingen en argumenten ethisch onderbouwd kunnen worden (of juist niet) en vanuit welke (eventueel niet compatibele) ethische theorieën.

Deel 3 =

- Komen de uitkomsten van deel 1 en deel 2 overeen, en zo niet, zijn ze dan alsnog met elkaar in overeenstemming te brengen?

Ten tijde van dit schrijven is de werkgroep ten volle bezig met stap vijf, de wezenlijke afweging van de dilemma's. Nadat deze stap naar tevredenheid doorlopen is zal er een eindrapport geschreven worden dat in het begin van 2010 beschikbaar zal zijn⁴.

In hoeverre is maatschappelijk werk een professie of een 'semi'-professie

De FSNA, en daarbij ook de werkgroep Ethiek, draagt bij aan de professionalisering van het forensisch maatschappelijk werk. Op dit moment is de vraag nog steeds in hoeverre het maatschappelijk werk een professie of een 'semi'-professie is. Om uit te leggen aan welke weg de FSNA timmert zal ik eerst duidelijk maken wat professionele ethiek is. Bij professionele ethiek hebben we het over professies waarvoor je expertise nodig hebt. Om dit te expliciteren zal ik uitleggen wat het verschil is tussen een beroep en een professie. Wanneer je de werkzaamheden standaardiseert spreek je over een beroep. Zo kun je een fietsenmaker met andere fietsenmakers vergelijken omdat ze overeenkomstige werkzaamheden uitvoeren. Bij het uitoefenen van een beroep bestaan er bij anderen bepaalde verwachtingen. Zo verwacht je dat je fiets wordt gerepareerd door de fietsenmaker. Deze verwachtingen zijn het gevolg van het gegeven dat je een bepaald vakmanschap verwacht, bijvoorbeeld van je fietsenmaker, dat verworven is door een theoretische en / of praktische opleiding.

Wanneer spreken we dan over een professie in plaats van over een beroep? Dat is wanneer er sprake is van een combinatie van karakteriserings.

Janssen⁵ noemt de volgende kenmerken op voor een professie:

1. *het gaat om een functie van vertrouwen die vaak tot uiting komt in een relatie tussen personen.* Je vertrouwt misschien ook op de fietsenmaker, hij zal je fiets waarschijnlijk wel herstellen. Maar bij een professie gaat het om een andere vorm van vertrouwen, in combinatie met:
2. *een tweede eigenschap van professies, zij behartigen een belangrijke waarde.* Bijvoorbeeld welzijn, privacy, recht en noem maar op. Wanneer je een beunhazende fietsenmaker zou hebben kun je wellicht je hart vasthouden voor wat betreft de reparatie van je fiets, echter een mogelijke vorm van ondeskundigheid vormt geen verdere bedreiging voor een waarde als privacy of welzijn. Uit dit onderscheid komt een volgende karakterisering voort:
3. *er zou sprake moeten zijn van 'het ontbreken of in geringe mate aanwezig zijn van het commercieel aspect.'* Hoewel de praktijk vaak wat anders laat zien kunnen de diensten die een professie levert moeilijk op een economische waarde worden geschat. Welzijn, privacy en recht zijn niet in geld uit te drukken.

4. Bij interesse is dit rapport op te vragen in het voorjaar van 2010 door een berichtje te sturen naar s.kremer@fpcvanmesdag.nl.

5. Janssen, 'De nieuwe code gecodeerd', (53-54).

Door dit samenspel van karakterisering en dat hoort bij een professie kun je autoriteit, autonomie en een monopoliepositie verwerven. Cliëntgerichte professies vervullen een maatschappelijk belang en daarom is vertrouwen essentieel. Er is een potentieel conflict mogelijk met andere belangen, bijvoorbeeld een conflict tussen het individueel en algemeen belang. De cliënt of patiënt kan vaak zelf niet teweegbrengen wat hij nodig heeft, waardoor er veelvuldig een scheve verhouding is met betrekking tot kennis én macht tussen de cliënt en de professional. Binnen professies is er vaak sprake van bijzondere bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Dit kan dilemma's met zich meebrengen waarbij men afwegingen moet maken. Professionele ethiek is een hulpmiddel bij het maken van dergelijke afwegingen.

Het algemeen maatschappelijk werk is gericht op het maatschappelijke belang van 'het tot zijn recht komen van de persoon'. De vraag is in hoeverre het maatschappelijk werk een professie of een 'semi'-professie is. Hebben maatschappelijk werkers minder expertise? Denk aan Hoger Beroeps Onderwijs versus Wetenschappelijk Onderwijs. Is er (daardoor) sprake van minder autoriteit, minder aanzien? Een mindere monopoliepositie door concurrentie van andere professies? Minder autonomie, omdat er vaak in opdracht van anderen gehandeld wordt? En is er sprake van minder bevoegdheden en verantwoordelijkheden dan 'echte' professies, zoals bijvoorbeeld de psychiater, de psycholoog of de jurist? Op sommige van deze vragen zou je met een voorzichtig 'ja' kunnen antwoorden.

Binnen de forensische setting komt er bij dat de relatie professional-cliënt in beginsel onvrijwillig is. Het feit dat er sprake is van een onvrijwillig contact maakt het uitwerken van ethische dilemma's meer complex. Dit omdat de keuzevrijheid van de cliënt in het geding is. Niet alle cliënten zijn geheel autonoom, het vermogen tot keuzes maken is discutabel. Het doel ligt ook anders, niet zozeer het 'welzijn' van de cliënt zoals bij algemeen maatschappelijk werk, maar de verlaging van het recidiverisico is het hoofddoel van het forensisch maatschappelijk werk. Dit levert een potentieel conflict op met het belang van de cliënt, het individu. De positie van de forensisch maatschappelijk werker heeft ook nog de vraag wie nu eigenlijk hun cliënt is, is dat de cliënt / patiënt, het sociale netwerk van de patiënt, de instelling, justitie, de maatschappij of allemaal?? Deze onduidelijkheid brengt met zich mee dat het uitwerken van ethische dilemma's een belichting vraagt van al deze verschillende invalshoeken.

Professionalisering van het forensisch maatschappelijk werk

In deze paragraaf zal ik toelichten wat de startpositie was van het forensisch maatschappelijk werk, voordat er sprake was van de implementatie van de FSNA-methode. In 2005 was er sprake van ernstige incidenten van tbs-gestelden tijdens verlof. Dit leidde tot het instellen van de parlementaire commissie Visser die het tbs-systeem heeft geanalyseerd. Eén van de adviezen handelt over de verdere totstandkoming van risicotaxatie-instrumenten om

de kwaliteit van de individuele verlobbeslissing te verbeteren. In het kabinetsstandpunt en het plan van aanpak werd dit advies overgenomen. Er werd aan de Tweede Kamer toegezegd dat er methodieken zouden worden ontwikkeld waarmee patiëntspecifieke risico's beter in kaart zouden worden gebracht. De FSNA-methodiek is ontwikkeld met als doel om de kwaliteit van de individuele verlobbeslissing te verbeteren en is een aanvulling op huidige risicotaxatie en -management. Bij de startpositie van de FSNA-pilot was er geringe belangstelling voor het betrekken van het sociaal netwerk van de tbs-patiënt bij de behandeling en risicotaxatie c.q. -management. Er was geen praktisch netwerkinstrument voorhanden om de patiënt in relatie tot zijn sociaal netwerk in kaart te brengen en het sociale netwerk structureel te betrekken bij de behandeling. Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA) is voortgekomen uit de aanbevelingen van de parlementaire onderzoekscommissie TBS (commissie Visser) die verdere ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten aanbeveelt om de kwaliteit van de individuele verlobbeslissing te verbeteren en daarmee de veiligheid van de samenleving.

Door middel van het gebruik van de FSNA-methode professionaliseert het forensisch maatschappelijk werk zich verder. Door gebruik van dit praktische netwerkinstrument wordt niet alleen het sociale netwerk betrokken bij risicotaxatie en -management rondom de patiënt, ook de forensisch maatschappelijk werker vindt zijn plek op dit terrein. De FSNA creëert én toont de specifieke expertise van het forensisch maatschappelijk werk. Daardoor ontstaat er een grotere autoriteit, meer monopolie en een groeiende autonomie. Formeel gezien ontstaan er misschien nog niet meer bevoegdheden en verantwoordelijkheden, er is wel sprake van een zich uitbreidende invloed. Deze invloed geldt niet alleen binnen de behandeling, maar ook sterk bij de taxatie van risico's én van protectieve factoren. Door invoering van de FSNA-methode dringen bepaalde morele dilemma's zich meer op. Daarbij komt dat het zich professionaliserende forensische maatschappelijk werk autonoom is geworden en daardoor ook zelf deze dilemma's op gaat lossen.

Resultaten?

In eerste instantie heeft de werkgroep Ethiek nog gedacht dat wanneer ze ieder dilemma zouden inventariseren en wanneer de meerderheid het met een afweging eens zou zijn, dit voldoende reden zou zijn om voor die afweging te kiezen. Consensus is echter een onvoldoende basis voor ethisch handelen. Daarbij moet ook in acht worden genomen de stelling van David Hume (1711-17670) dat waarden niet van feiten kunnen worden afgeleid ("no ought from an is").

Je kunt dus uit een aantal feiten geen ethisch handelen formuleren. Wat kun je dan wel doen? De politiek filosoof John Rawls spreekt, zoals ik in paragraaf 'Driedelige uitwerking van de dilemma's' besproken heb, over reflectief evenwicht. Dit proces, deze weegschaal zal per dilemma in werking worden gezet. Ieder dilemma zal op deze wijze gewogen worden en er zal gekeken

worden naar de mogelijkheid om tot een evenwicht, een feitelijke theorie, te komen. Het is noodzakelijk om bij deze procedure de concrete context recht aan te blijven doen. Aan de hand van dit proces zal de werkgroep kunnen komen met stellingen en aanbevelingen met betrekking tot de ethische dilemma's. Deze procedure loopt nog. Het streven is, zoals eerder gezegd, om begin 2010 te komen met de uitgewerkte dilemma's. Wat de werkgroep Ethiek nu al kan zeggen is dat er bij het literatuuronderzoek een opvallende notitie staat in de Beroepscode voor de maatschappelijk werker (februari 2009). In de inleiding staat bij punt 3, bij 'werkingssfeer en toepassing van de code' het volgende:

"Wanneer het gaat om cliënten met een beperkte rechtspositie (bijvoorbeeld minderjarigen) of om gedwongen contacten, kunnen de regels die in de Code zijn neergelegd in het hoofdstuk 'De verhouding tot de cliënt' onder druk komen te staan. In deze specifieke situaties is voor de vraag of de Code van toepassing kan zijn met name essentieel de keuzevrijheid van de cliënt tot het al dan niet aangaan, c.q. voortzetten van een relatie met de maatschappelijk werker. Hiervoor is niet relevant wat exact de rechtspositie is van de cliënt, wie het initiatief tot het contact neemt of de mogelijk voor de cliënt nadelige gevolgen van het niet aangaan c.q. voortzetten van het contact. Uiteraard zijn deze factoren wel van invloed op de inhoud van de professionele relatie."

De code lijkt niet toepasbaar te zijn voor maatschappelijk werkers binnen het forensische veld. De beroepscode voor de maatschappelijk werker signaleert wel dat er een hiaat is, maar biedt geen alternatief. Het is op deze manier een opgebroken weg, zonder een omleidingsbord. Moet de forensisch maatschappelijk werker stil staan voor de opgebroken weg? Moet hij achteruit rijden? Nee, het forensisch maatschappelijk werk heeft de blik vooruit. De eerste aanbeveling vanuit de werkgroep Ethiek is dan ook om dit hiaat in de code op te lossen. Een oplossing zou gevonden kunnen worden in een aanvulling op de algemene beroepscode, waardoor deze code ook bruikbaar is voor het forensisch maatschappelijk werk. Of het zou kunnen resulteren in het voorstel om voor de forensisch maatschappelijk werker een eigen code te ontwikkelen. Onder andere door middel van het gebruik van de FSNA-methode professionaliseert het forensisch maatschappelijk werk zich. En dat brengt de noodzaak van een werkbare code met zich mee.

Slotbeschouwing

Er komt eigenlijk nooit een einde aan het proces van ethisch leren denken. Iedere situatie, cliënt of patiënt en dilemma is weer anders. Soms neemt men daarom wel eens aan dat er een grote kloof is tussen harde wetenschap en ethiek. Maar dat lijkt wel wat mee te vallen. 'Feitelijke uitspraken hebben vaak een normatieve lading en normatieve uitspraken kun-

nen niet goed gedaan worden zonder kennis van feiten.⁵ Feitelijke uitspraken spelen een grote rol binnen het uitwerken van de ethische dilemma's die we aantreffen bij het werken met de FSNA-methode.

Ethiek is geen sociale wetenschap. Zou je dan kunnen stellen dat morele oordelen subjectief zijn? De maatschappelijk werkers hebben vaak een verschillende visie op de morele dilemma's, en ze geven daarbij ook aan bij diverse dilemma's een verschillende voorkeur van handelen te hebben. Ook wanneer men de literatuur erbij neemt blijkt dat er sprake is van een grote diversiteit van morele oordelen. Bestaat de mogelijkheid wel om tot een oordeel te komen dat los staat van iemands speciale invalshoek en voorkeur? Bij morele oordelen wordt getracht om te komen tot een door alle partijen gedragen uitkomst. Echter wanneer ieder moreel oordeel onvermijdelijk gekoppeld is aan de eigen perceptie en voorkeur dan lijkt dit een droombeeld.

Valt er over moraal dan niet te twisten? Zijn morele oordelen niet altijd subjectief? Een onderzoek naar welke handeling of keuze nu moreel juist zou zijn is in dat geval dan ook amper denkbaar.

Maar ook al is het zo dat je over morele oordelen niet op dezelfde manier uitspraken kunt doen als over feitelijke uitspraken (zoals 'de toren van Pisa is scheef'), toch zou je de situatie geen recht doen wanneer je zou stellen dat alle morele oordelen subjectief zijn. Dat is omdat:

1. Mensen redelijke wezens zijn die van elkaar de verwachting hebben dat ze de keuzes die ze maken kunnen verantwoorden en onderbouwen. Bij een moreel dilemma wordt verwacht dat je de eigen keuze ondersteunt met redenen die voor anderen ook inzichtelijk zijn. Redenen die anderen kunnen goedkeuren of bestrijden. Binnen onze praktijk van redengeving wordt verondersteld dat redenen, en daarmee ook morele redenen, niet enkel subjectief zijn.
2. Er is een aantal wezenlijke overwegingen dat haast niet op redelijke gronden weerlegd kan worden. Bijvoorbeeld dat je een ander niet zult schaden of doden, en dat je de ander zult respecteren. We hebben het dan over fundamentele basisprincipes waarzonder we ook geen vredelievende of ordelijke samenleving zouden kunnen hebben. Een principe heeft een zekere objectieve geldigheid wanneer het niet rationeel weerlegd kan worden.
3. Gemeenschappen gedijen dankzij het gegeven dat er morele conventies zijn waarop mensen (kunnen) vertrouwen. Dit impliceert dat sommige morele normen onderschreven worden in een heel grote kring. Dan kun je moraal ook wel als een intersubjectief verschijnsel bekijken. Want zelfs al zouden bepaalde morele overdenkingen gebonden zijn aan de context van het individu, dan is dat blijkbaar een context die door anderen wordt gedeeld.

Morele oordelen zijn dus niet louter subjectief.

Wat ik nog belangrijk vind om te vermelden is dat de ervaringen en opvattingen uit de praktijk een belangrijk onderzoeksgebied zijn gebleken. Het is

5. Bolt, L.L.E. et al, *Ethiek in praktijk*, (Assen, 2003).

van belang om te weten wat de ondervindingen en gedragsverklaringen zijn van de maatschappelijk werkers, om op die manier informatie te verkrijgen over de praktijk. Want wanneer deze informatie onbekend zou zijn geweest, zou het heel moeilijk zijn om uiteindelijk iets op schrift te stellen dat ook gedragen zou worden door de mensen die er mee werken. En dat is wel de doelstelling van het rapport waaraan ik eerder refereerde dat begin 2010 uit zal komen. Natuurlijk moet je oog hebben voor de eventuele normatieve invalshoek van een individu die het proces van redeneren zou kunnen beïnvloeden. En natuurlijk is dat hier en daar ook aan de orde. Dat weegt echter niet op tegen de grote voordelen van de ervaring die mensen uit de praktijk hebben. Zij geven niet alleen de gelegenheid om de praktijk van werken met de FSNA beter te begrijpen. Ervaren maatschappelijk werkers kunnen niet enkel aangeven wat er gebeurt gedurende het werken met de FSNA, maar zij kunnen ook aangeven hoe zij handelen in bepaalde situaties. Een dergelijke vorm van kennis noemde Aristoteles *phronesis*. Aristoteles gebruikte hierbij het voorbeeld van de stuurman met ervaring die ook bij een (grote) storm weet hoe hij moet handelen. Voor maatschappelijk werkers die werken met de FSNA is het essentieel dat zij beschikken over *phronesis*. Zowel bij het vergaren van de interviewgegevens als bij het interpreteren van deze individuele gegevens is het hebben van praktische wijsheid belangrijk, omdat deze mee zal spelen bij de afwegingen die iemand maakt.

Conclusie

Professionele ethiek kan ingezet worden binnen de gehele forensische sector, en uiteraard ook bij 'niet-forensische' professies, bij het maken van afwegingen op beslismomenten. Zoals beschreven is er gedurende de tweejarige pilot van de FSNA een werkgroep Ethiek in het leven geroepen die feitelijke keuzesituaties als beginsel heeft genomen voor ethische reflectie. Er werd gebruik gemaakt van de methodiek van John Rawls, reflectief evenwicht, waarbij twee schalen van de weegschaal werden gevuld met enerzijds beredeneerde pretheoretische argumenten, anderzijds argumenten uit ethische en maatschappelijke theorie. Door op deze beide schalen te reflecteren zoekt de werkgroep naar een beredeneerd evenwicht tussen beide schalen dat de concrete context in acht neemt. Gedurende dit proces werd alsmaar duidelijker dat dergelijke afwegingen in de forensische setting extra moeilijk te maken zijn. Dit komt doordat de keuzevrijheid van de patiënt of cliënt in het geding is, en niet iedere patiënt / cliënt beschikt over gehele autonomie. Ook ligt het doel anders dan bij niet-forensisch maatschappelijk werk. Het gaat in de forensische sector niet zozeer om het welzijn van de persoon, het gaat om verlaging van het recidiverisico. Daarbij komt dat de uitgangspositie bij het forensisch maatschappelijk werk al lastig is. Want wie is nu de cliënt? Is dat de patiënt, zijn netwerk, slachtoffers of nabestaanden, justitie, de maatschappij, of allemaal? Er zijn vele invalshoeken en die dienen ook allemaal belicht te worden bij het maken van een afweging.

Door middel van het werken met de FSNA-methode professionaliseert het forensisch maatschappelijk werk zich steeds verder. Dat vraagt om een werkbare beroepscode. En zoals eerder beschreven: er is geen werkbare code voor het forensisch maatschappelijk werk. Besluitend kunnen we stellen dat het noodzakelijk is dat een code, of gedragsregels, meegroeien met de ontwikkelingen binnen beroepsgroepen en professies. Wat ik daar nog aan zou willen toevoegen is het volgende: het is essentieel dat een dergelijke code wordt goedgekeurd door de mensen die ermee zouden 'moeten' gaan werken. Dit geldt voor welke code dan ook, dus ook bij een code voor het forensisch maatschappelijk werk. Wanneer de beroepsgroep de richtlijnen voor de praktijk niet onderschrijft is het maar de vraag wat er zal gebeuren met een code.

Bronnenlijst

- Bartels A.A.J., en Spreen M., (2005). Het sociale competentiemodel en sociale netwerkanalyse en forensische psychiatrie. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten* (pp 95-108). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bem, D. & Allen, A. (1974). On predicting some of the people some of the time: The search for cross-situational consistencies in behavior. *Psychological Review*, 81, 506-520.
- Bem, D. & Funder, D. (1978). Predicting more of the people more of the time: Assessing the personality of situations. *Psychological Review*, 85, 485-501.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R. & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, BC: Institute against Family Violence.
- Boissevain, J.F. (1974). *Friends of friends*. London; Blackwell.
- Bolt, L.L.E. et al, (2003). *Ethiek in praktijk*, Assen, Koninklijke Van Gorcum.
- Canton, W.J. (2004). Gerapporteerd... en dan? *Een onderzoek naar risicotaxatie, behandeling en recidieven bij personen over wie pro justitia is gerapporteerd*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de & Beek, D. van (2001). *SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M. & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Actuele kennis 1, Expertisecentrum Forensische Psychiatrie: Utrecht.
- Janssen, J.H.G. (2000) *De nieuwe code gedecodeerd*. Baarn, Uitgeverij Intro.
- Lindenberg, S. (1996). Continues in the theory of social productions functions. In: Ganzenboom en S. Lindenberg (Eds.), *Verklarende sociologie: Opstellen voor Reinhard Wippler* (pp.169-184). Amsterdam: Thesis.

- Lock, G. et al, (1989). *Sterke posities in de politieke filosofie*. Leiden/ Antwerpen, Stenfort Kroese B.V.
- Meykamp, M.J.M. (1989). *Sociale ethiek, basisboek*. Groningen, Wolters-Noordhof.
- Mill, John Stuart (1859). *On Liberty*.
- Monahan, J., (1981). *Predicting violent behaviour, an assessment of Clinical Techniques*. London: Sage Library of Social Research.
- Nauta, L.W. (1980). *Argumenten voor een kritische ethiek*. Amsterdam, van Gennep.
- Nederlandse vereniging van maatschappelijk werkers (2009). *Beroepscode voor de maatschappelijk werker*. Nieuwegein, Anraad BV.
- Nederlandse vereniging van maatschappelijk werkers (2008). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. Nieuwegein, Anraad BV.
- Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag*. Versie 2. Nijmegen/ Utrecht: Prof.mr. W.P.J. Pompestichting/Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Pomp, L. et al, (2007). *Een blik over de muren*. GGZet wetenschappelijk 2007, jaargang 11, nummer 1-2.
- Pomp, L., (2005). *Zonder (ver)anderen lukt het niet, een onderzoek naar de mogelijkheden tot het opstellen van een theoretisch profiel voor individueel risico assessment*. Scriptie Sociologie, Vakgroep Sociologie: Rijksuniversiteit Groningen / Dr. S. van Mesdagkliniek.
- Spreen, M. (1999). *Sampling personal network structures: statistical inference in ego-graphs*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Spreen M., Völker, B., Flap H., (2002). Structural Dimension of Social Capital: Estimating the Number of Seemingly Unrelated Pairs of Alters from Ego's Perspective. In: J. Hagberg, *Contribution to Social Network Analyses, Information Theory and Other Topics in Statistics*. A festschrift in Honour of Ove Frank on the Occasions of His 65th Birthday (pp 18-39), Stockholm: Stockholm University.
- Rawls, J. (1971). *Een theorie van rechtvaardigheid*. Rotterdam, Lemniscaat BV.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Hildebrand, M., Bos, B. & Ven, P. van de (2004). Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20. A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165.
- Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice: The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Dutch University Press.
- Wasserman, S. & Faust, K. (1994). *Social Network Analysis: methods and applications*. New York and Cambridge: Cambridge University Press.

- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D. & Hart, S.D. (1997). *HCR-20: Assessing the risk of violence (version 2)*. Burnaby, BC: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2002). *Handleiding HKT-30 versie 2. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

Van hutten bouwen naar meetinstrument bouwen

Of hoe een observatieopdracht een wetenschappelijk meetinstrument werd

Mathilde Tubben

In de Jeugdhulpverlening worden vaak kinderen aangemeld met als doel hen zelfverzekerder te laten worden, meer vertrouwen te laten krijgen in zichzelf en in de ander, flexibeler en meer ontspannen te laten functioneren en hen weerbaarder te maken. Kortom om te werken aan het concept, dat aan de basis van alle bovengenoemde positieve eigenschappen ligt, egosterkte. Een voldoende mate van egosterkte lijkt van fundamenteel belang voor gezond, dat wil zeggen bevredigend psychosociaal functioneren. Hoewel het een centraal concept in de hulpverlening aan kinderen betreft, bestaat er geen instrument dat egosterkte meet bij kinderen.

In de klinische praktijk van de creatieve therapie drama wordt veelvuldig de observatieopdracht 'het bouwen van een hut' gebruikt. Dramatherapeuten in den lande hebben dan ook vele hutten gebouwd zien worden door kinderen in therapie: hele grote hutten, maar ook hele kleine; open en vriendelijk uitziende huisjes en volledig bewapende bunkers. De hutten die de kinderen bouwen behoren toe aan ridders, zwervers, reizigers, maar ook aan dieren of gewoon een kind. De hutten staan op bergtoppen, in het bos, in een slopenwijk of in een tuin. De verhaaltjes die kinderen over de hutten vertellen variëren van vrolijk, oppervlakkig, grimmig tot heel droef. Deze observatie van het bouwen van een hut geeft informatie over de mate van egosterkte van de bouwer. Dit artikel gaat over het bouwen van hutten en het ombouwen van een observatieopdracht tot een wetenschappelijk meetinstrument: de Tubben Ego Sterkte Schaal (TESS), een gestandaardiseerd meetinstrument met een geobjectiveerd scoringssysteem dat een expliciete maat voor egosterkte geeft.

Inleiding

In dit artikel wordt chronologisch het proces beschreven, waarin van een observatieopdracht van dramatherapeuten een wetenschappelijk meetinstrument is gemaakt, de Tubben Ego sterkte Schaal (hierna steeds de TESS genoemd). Het gaat om het vooronderzoek bij het momenteel lopende landelijke normering- en validatieonderzoek bij het instrument. De nadruk zal in dit artikel liggen op het vooronderzoek dat bestaat uit de fase van constructie van het instrument en de fase van het vaststellen van psychometrische kenmerken van het instrument. Ten slotte wordt een beknopt overzicht

van het vervolgonderzoek met het instrument gegeven. Dit vervolgonderzoek is landelijk en kent in de drie noordelijke provincies vier meewerkende GGZ-instellingen: GGZ Friesland “De Swing” en Kinder en Jeugd Traumacentrum Fier Fryslân, beide in Leeuwarden, Lentis Jonx in Groningen, en Accare JFP in Assen.

Meten en meetinstrumenten in dramatherapie

Het is van belang dat er in de hulpverlening gebruik wordt gemaakt van systematische observatie en van gestandaardiseerd werken, omdat dit transparantie van diagnostiek en hulpverlening verhoogt. Binnen de klinische praktijk van de dramatherapie is geen gestandaardiseerd observatie-instrument voor jeugdige kinderen voorhanden. De keuze om juist de observatieopdracht ‘het bouwen van een hut’ te bewerken tot meetinstrument is ingegeven door affiniteit en positieve ervaringen van de onderzoeker met deze opdracht in de klinische praktijk. Onderzoeker merkt dat vrijwel zonder uitzondering cliënten veel plezier beleven aan de observatieopdracht ‘het bouwen van een hut’. Ook kinderen die verbaal minder sterk zijn blijken goed uit de voeten te kunnen met deze opdracht. Het in dit artikel beschreven vooronderzoek richt zich op kinderen in de leeftijd van 7 tot en met 15 jaar, in het huidige onderzoek is het cohort 13-15 jarigen komen te vervallen. Een bredere leeftijdsrange naar boven zou een verhoging van het aantal respondenten met 250 hebben betekend en een uitbreiding van het administratieve kader voor werving van respondenten naar het middelbaar onderwijs, waarmee haalbaarheid van het vervolgonderzoek in gevaar kwam.

Het empirisch onderzoek

Het doel van het vooronderzoek is de constructie van een observatie-instrument, dat gebruikt kan worden voor diagnostische doeleinden. Met dit instrument kunnen uitspraken gedaan worden over het sociaal-emotioneel functioneren van kinderen in de leeftijd van zeven tot en met vijftien jaar. Het observatie-instrument dat object is van dit vooronderzoek kent het bouwen van hutten als projectieve techniek. Bij elke projectieve techniek gaat men uit van de vooronderstelling dat in de uitvoering van de opdracht, in dit geval het bouwen van een hut, aspecten van het psychosociaal functioneren weerspiegeld worden (Eurelings-Bontekoe, 2003).

Het vooronderzoek kent drie fasen:

- **Fase 1:** Constructie van het instrument: het ontwerpen van het scoreformulier inclusief het opstellen van een bijbehorende handleiding met richtlijnen voor afname en scoring, en het vaststellen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.
- **Fase 2:** Het vaststellen van de psychometrische kenmerken van het instrument op basis van respondenten uit het reguliere onderwijs (de normgroep).

- **Fase 3:** Het bepalen van de validiteit op basis van respondenten aangemeld bij de jeugd GGZ (de cliëntgroep).

1. Fase 1 van het vooronderzoek: Constructie van het instrument

Deze fase van het onderzoek begon met het standaardiseren van de afname, een kwestie van expliciet opschrijven hoe de opdracht tot dan toe werd aangeboden en het opstellen van richtlijnen ten aanzien van tijdhantering en interventies. Hieronder wordt de standaard instructie weergegeven zonder vermelding van nadere instructies die specifieke antwoorden of gedrag betreffen. Deze staan wel in de handleiding beschreven.

1.1. De afname

De afname begint met een rondleiding door het lokaal waarbij de aandacht expliciet op een aantal bouwmaterialen wordt gevestigd, te weten kisten, lapen, wasknijpers en lampen. Daarna luidt de standaard instructie: “je mag een hut gaan bouwen en je mag alles hier gebruiken wat jij nodig hebt voor jouw hut. Ik bemoei me er niet mee, maar als je een vraag hebt, of je kan iets niet vinden of je hebt hulp nodig dan mag je me dat vragen. Alleen als je me iets vraagt kom ik in actie. Ik ga daar zitten (een perifere plek aanwijzend in de spelruimte) en als ik in de weg zit stuur je me maar weg. Ik hou de tijd een beetje in de gaten”.

Na 20 minuten of als het kind eerder aangeeft klaar te zijn met het bouwen, “als je klaar bent met de buitenkant van de hut mag je spulletjes gaan zoeken die je graag in de hut wilt, je mag de hut gaan inrichten”. Als het kind aangeeft klaar te zijn en er is nog tijd dan: “prima, je bent klaar, als je wilt mag je nog x minuten verder bouwen aan de binnenkant of buitenkant van je hut, maar dat hoeft niet”. Na 30 minuten: “je hebt nog 5 minuutjes voor de binnen- en buitenkant van je hut”. Als de tijd van 35 minuten om is wordt het kind gevraagd plaats te nemen op een stoel of krukje met uitzicht op de hut, de therapeut zit er naast en stelt vier vragen. “Als je nou mag verzinnen, net alsof, van wie zou deze hut dan kunnen zijn, wie zou er kunnen wonen? (antwoord bijvoorbeeld: “zwerver”) en waar stond de hut van de zwerver? (bijvoorbeeld “in het bos”), wie kwam er langs bij de hut van de zwerver in het bos? (bijv. “konijn”). Kun je een kort verhaaltje verzinnen over een zwerver die een hut in het bos heeft en een konijn dat langs komt. Hoe zou zo’n verhaaltje kunnen gaan?”

Dit verhaaltje wordt vervolgens uitgespeeld, waarbij het kind altijd de rol van ‘huteigenaar’ heeft en de therapeut de rol van degene die langs komt. ‘Langs komen’ moet hier niet verward worden met ‘op bezoek komen’. Er is hier een zo neutraal mogelijke formulering gebruikt die openlaaf of de voorbijganger ook daadwerkelijk op bezoek komt bij de huteigenaar.



Hut jongen, 9 jaar (foto: M. Tubben).



Hut meisje, 11 jaar (foto: M. Tubben).

1.2 Het ontwerpen van het scoreformulier

Na de standaardprocedure voor afname vast te hebben gesteld werd het scoreformulier ontwikkeld. Deze ontwikkeling van het scoreformulier kende vier stappen, het vaststellen van de observatie-eenheden, het definiëren van het te meten concept egosterkte op basis van literatuuronderzoek, het toewijzen van de observeerbare items met behulp van een expertpanel en het definitief vaststellen van de schalen van het instrument.

Stap 1. Indeling in vormgevingsniveaus

De eerste stap van het vaststellen van de observatie-eenheden is gebaseerd op een combinatie van praktijktheorie en vakkennis. In de opdracht 'het bouwen van een hut' worden vier niveaus van vormgeving onderscheiden en deze vormgevingsniveaus vormen de observatie-eenheden van de opdracht 'het bouwen van een hut'. In de creatieve therapie (vaktherapie) is een onderscheid naar product en proces gebruikelijk (Smeijsters, 2000), de twee andere niveaus van vormgeving, betekenisverlening en thematisch spel kunnen specifiek in dramatherapie onderscheiden worden. Een toelichting:

Het product: Het gaat hierbij om het ding 'hut', hoe ziet deze eruit, is de hut bijvoorbeeld groot of klein, open of gesloten, is de hut comfortabel of niet.

Het proces: Hier wordt het proces van bouwen bedoeld, dus de manier waarop de hut tot stand komt. Wordt de hele ruimte betrokken bij het bouwen of niet? Vraagt de cliënt bevestiging tijdens het bouwen of niet? Heeft de cliënt plezier in het bouwen of niet?

Het betekenis verlenen: Hier worden de antwoorden op de drie vragen en het gemaakte verhaaltje bedoeld. Welke rollen worden genoemd? In hoeverre hebben de rolfiguren contact met elkaar? Is er een logisch verband tussen de antwoorden op de drie vragen en het verhaaltje?

Het thematisch spel: Het uitspelen van het vertelde verhaaltje door cliënt en therapeut. De vertelde verhaaltjes kunnen er al spelend heel anders uit gaan zien. Zoals de zwerver die zich in het vertelde verhaal nog willoos laat meeveren door de politieagent, maar die in de uitgespeelde versie voor verrassingen zorgt door de onverwacht grote weerstand. Maar het kan ook andersom verlopen: een cliënt die in het vertelde verhaal de langskomende heks wel eens even een lesje zal leren, durft in het uitspelen geen enkele actie te ondernemen.

Stap 2. Egosterkte nader gedefinieerd

Door middel van dossieranalyse zijn uitspraken geïnventariseerd over cliënten bij wie het bouwen van een hut als observatieopdracht was ingezet. Vaak worden termen als 'staat niet zo stevig in z'n schoenen', 'is flexibel' of 'lijkt een heel wankel basis te hebben' gebruikt.

Het psychologisch concept waarop deze beschrijvingen van toepassing zijn heet egosterkte. Egosterkte (egostrength of egoresilience) is een concept waarnaar veel verwezen wordt in de psychologische literatuur (Nixon 1982, Richard en Cunningham 1983, Carver 1988, Aken 1991 en 1998, Assendorf 1999, Schnabel 2002, Eurelings-Bontekoe 2003). Een vaag algemeen besef lijkt elke leek wel te hebben van dit psychologische begrip. Clinici beschikken uiteraard over een genuanceerdere opvatting van het concept egosterkte. Begrippen als zelfconcept, zelfwaardering en integratie verbinden zij met egosterkte. Er volgt ook al gauw een opsomming van eigenschappen waarover personen beschikken die een voldoende mate van egosterkte hebben: met zelfvertrouwen, flexibel, competent, sociaal, autonoom, enzovoort. Er bestaat echter geen meetinstrument dat uitspraken over egosterkte van kinde-

ren in de leeftijd van zeven tot en met vijftien jaar mogelijk maakt. Op zoek naar een theorie waarin egosterkte het best in relatie tot de observatieopdracht 'het bouwen van een hut' kon worden gebracht, bleek de psychosociale ontwikkelingstheorie van Erikson het meest bruikbaar (Erikson 1987). Anders dan de statische opvatting binnen het dispositionele referentiekader (Carver et al. 1988), waar egosterkte wordt beschouwd als een aangeboren en stabiele en dus onveranderlijke trek, laat het psychodynamisch perspectief ruimte voor groei van egosterkte. Eveneens schaart het observatie-instrument zich onder de projectieve technieken die voortkomen uit de psychodynamische invalshoek en niet onder de gedragsvragenlijsten voortkomend uit de trektheoretische of dispositionele visie. De psychosociale ontwikkelingstheorie van Erikson vormt het theoretisch referentiekader voor het construct egosterkte zoals gemeten met de TESS. Erikson vat egosterkte op als de som van een aantal 'gevoelskwaliteiten' die kinderen verwerven bij het doorlopen van de ontwikkelingsfasen. In de TESS worden analoog aan Eriksons fase-model vier ontwikkelingsdimensies onderscheiden: basisveiligheid, autonomie, initiatief en werkplezier. Deze vier dimensies worden ieder op de vier niveaus van vormgeving gescoord.

Stap 3. Toewijzen van observeerbare items door Expertpanel

Met gebruikmaking van een expertpanel, bestaande uit een vijftal ervaren dramatherapeuten en twee methodiekdocenten aan de opleidingen van de Hogeschool van Utrecht en Stenden Hogeschool (toen nog CHN) Leeuwarden, is een lijst van items opgesteld. Dat wil zeggen dat aan elke cel een observeerbaar gegeven is toegekend. Bijvoorbeeld aan de cel 'basisveiligheid-product' is als observeerbaar gegeven *grootte van de hut* toegekend. Maar er bleken steeds meerdere beschrijvingen of items binnen één en dezelfde cel te passen, terwijl de beschrijvingen toch van elkaar verschilden en dit leidde tot de definitieve indeling van het scoreformulier met een totaalschaal egosterkte en zeven subschalen.

Stap 4. Het definitieve scoreformulier van de TESS

Het scoreformulier van de TESS kent naast de totaalschaal egosterkte, zeven subschalen: vier horizontale schalen, analoog aan de vier ontwikkelingsdimensies van Erikson, en drie verticale schalen, die verwijzen naar drie te verwerven egofuncties in de psychosociale ontwikkeling, te weten: het vermogen tot *ruimte innemen*, het vermogen tot *contact maken* en het vermogen tot *integreren*. Alle subschalen worden gemeten op de vier niveaus van vormgeving waardoor de TESS 48 items telt (zie fig. 1).

Figuur 1. De Tubben Ego Sterkte Schaal (TESS): Structuur van het Scoreformulier.

Ego sterkte		Ruimte innemen	Contact maken	integreren
Basisveiligheid	Product			
	Proces			
	Betekenis verlening			
	Thematisch spel			
Autonomie	Product			
	Proces			
	Betekenis verlening			
	Thematisch spel			
Initiatief	Product			
	Proces			
	Betekenis verlening			
	Thematisch spel			
Werkplezier	Product			
	Proces			
	Betekenis verlening			
	Thematisch spel			

Hiermee is de structuur van het scoreformulier bij de observatieopdracht het bouwen van een hut gepresenteerd. De door het expertpanel toegekende observeerbare items worden op een 7-puntsschaal gescoord van 1 *is in extreme mate afwezig* tot en met 7 *is in extreme mate aanwezig*.

1.3 Het vaststellen van de interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid

Vijf ervaren dramatherapeuten volgden vanachter een one-way-screen een afname van de TESS en vulden vervolgens ieder een scoreformulier in. De afzonderlijke scores werden vergeleken en de correlaties berekend. Deze varieerden van .1 en .22 (de laagste waarden) tot .63 en .64 (de hoogste waarden). Sommige indicatoren bleken voor meerdere uitleg vatbaar, hetgeen overeenstemming in scoring in de weg stond. De toelichting in de handleiding werd, waar nodig, aangepast en uitgebreid. Omdat praktische redenen een tweede bijeenkomst met dezelfde therapeuten erg ingewikkeld maakten, werd gekozen voor een andere opzet. In plaats van één afname door meerdere (5) therapeuten te laten scoren, werden meerdere afnames door een kleiner aantal therapeuten gescoord. Daarop hebben in totaal 7 kinderen een hut gebouwd, telkens gescoord door drie (dezelfde) therapeuten. Gemaakte opmerkingen en overwegingen met betrekking tot de afzonderlijke items werden na elke observatie verwerkt in de handleiding. In totaal is de handleiding zes keer aangepast en uitgebreid.

De correlaties tussen de scores van de drie therapeuten (E, A en M) over het totaal aantal kinderen (7) op de totaalschaal egosterkte en de afzonderlijke subschalen zien er als volgt uit:

Tabel 1. Correlatie scores beoordelaars per (sub)schaal.

-	<i>Schaal</i>	<i>A & M</i>	<i>Correlaties</i>	
			<i>E & A</i>	<i>E & M</i>
<u><i>Totaalschaal</i></u>				
-	Ego-sterkte	,42	,38	,88 *
-				
<u><i>Subschalen</i></u>				
<u><i>ontwikkelingsdimensies</i></u>				
	Basisveiligheid	,78	,75	,94 *
	Autonomie	,06	-,48	,26
	Initiatief	,03	,44	,73
	Werkplezier	,48	,21	,60
<u><i>Subschalen koepelindicatoren</i></u>				
	Ruimte innemen	,71	,59	,90 *
	Contact maken	,38	,50	,87
	Integreren	,39	,35	,48
<u><i>Subschalen niveaus van vormgeving</i></u>				
	Product	,78	,81	,97 **
	Proces	,18	,38	,89 *
	Betekenisverlening	,95 *	,24	,43
	Thematisch spel	,27	,32	,60
Voor alle schalen geldt: N = 7; 2-tailed significance: *-.01 **-.001				

Behalve deze correlaties werd ook de rangcorrelatie Kendall's Tau-b berekend. Over alle 7 observaties berekend bedraagt bij observatoren E en A Kendall's Tau-b .64. Bij observatoren A en M: eveneens .64. Bij observatoren E en M is sprake van een perfecte rangcorrelatie van 1.0. Dit wil zeggen dat bij de observatoren E en M in 100 procent van de gevallen een zelfde rangorde met betrekking tot egosterkte wordt toegekend aan de kinderen. In 64 procent van de gevallen kennen beide observatoren E en M eenzelfde rangorde toe aan de kinderen als observator A gedaan heeft.

Er is een duidelijk verschil in uitkomsten tussen de observatoren. Observator M en E stemmen onderling veel meer overeen dan dat zij beiden met observator A doen. Observator A was niet betrokken bij het ontwerpen van het

scoreformulier en dus het denken over de itemlijst, dit in tegenstelling tot beide andere observatoren. De mate van bekendheid met het instrument heeft hier waarschijnlijk een rol gespeeld. Daarbij was observator A de minst ervaren dramatherapeut, hetgeen mogelijk ook van invloed is geweest op de scoring. Een en ander pleit voor een degelijke instructie- en oefenperiode alvorens een dramatherapeut daadwerkelijk de TESS kan gebruiken in de klinische praktijk.

2. Fase 2 van het vooronderzoek: het vaststellen van psychometrische kenmerken

In deze tweede fase van het onderzoek zijn de psychometrische kenmerken van het instrument vastgesteld gebaseerd op de gegevens die verzameld zijn bij een groep geselecteerde kinderen, de zogenaamde normgroepkinderen. Een opmerking vooraf ten aanzien van het gebruik van de term 'normgroep' is hier op zijn plaats. Het gaat in deze groep om een zeer beperkt aantal kinderen en daarom zijn uitkomsten niet representatief voor alle gezond functionerende kinderen in deze leeftijdsgroep. Het betreft een willekeurige meertraps-quota-steekproef; een aantal basisscholen en een aantal middelbare scholen werden benaderd. Vooraf was bepaald, dat er evenveel meisjes als jongens in de steekproef zouden moeten zitten verdeeld over de volgende leeftijdscategorieën: 5 - 7 jaar; 8 - 11 jaar; 12 - 15 jaar. Uit elke leeftijdscategorie worden die jongens en meisjes getrokken, die volgens de desbetreffende leerkrachten het best voldoen aan de voorgelegde criteria.

De klassenleerkracht werd vooraf gevraagd welke kinderen op psychosociaal niveau goed functioneren. Daarbij zijn de volgende richtlijnen gegeven waar de leerkracht op moest letten:

- gemiddeld tot goed prestatieniveau op cognitieve taken,
- geen opvallend onaangepast gedrag vertonen,
- geen ernstige ziekten doormaken,
- normale of goede populariteit bezitten bij klasgenootjes,
- geen acute gezinscrises meemaken op het moment van beoordeling.

In eerste instantie werden negen scholen aangeschreven met een verzoek tot deelname aan het onderzoek, waaronder zes basisscholen en drie middelbare scholen. Deze scholen werden geselecteerd uit de gemeentegids van Amersfoort, een middelgrote stad in het midden van het land.

Selectiecriteria waren:

- afstand tot RIAGG-gebouw (omdat in het spellokaal aldaar de afnames plaatsvinden),
- verschillende 'zuilen' en onderwijstypes moesten vertegenwoordigd zijn (katholiek, gereformeerd, openbaar, daltononderwijs, vrije school, klassikaal onderwijs, etc).

Slechts één school was bereid deel te nemen, de rest reageerde negatief vanwege een overvol programma of 'onderzoeksmoeheid'. Opnieuw werden scholen aangeschreven, ditmaal achttien. De bovenstaande criteria werden

zoveel mogelijk gehandhaafd. Dit leverde vier basisscholen op die wilden meewerken, geen enkele middelbare school. De oudste leeftijdsgroep (13-15 jaar) is daardoor helaas slecht vertegenwoordigd. Het gaat in deze leeftijdsgroep om vijf kinderen uit groep 8 van het basisonderwijs die reeds dertien jaar waren. Er is behalve de middelbare scholen geen systematische uitval van een bepaalde groep scholen te constateren. Middelbare scholen klaagden unaniem over het overweldigend aantal verzoeken tot deelname aan onderzoek en voerden dit als reden voor hun negatieve besluit aan. Slechts één middelbare school gaf aan midden in een reorganisatie te zitten, maar positief te staan tegenover het verzoek. Zij zouden aan een eventueel vervolgonderzoek graag meewerken. Van de kinderen die geselecteerd zijn door de leerkrachten gaven alle benaderde ouders toestemming voor deelname. In drie gevallen lukte het niet de ouders te benaderen in verband met taalproblemen (ouders spraken geen Nederlands), van deelname van het desbetreffende kind is afgezien vanwege het ontbreken van expliciete toestemming. In twee gevallen volgde na de introductiebrief geen vervolg, omdat telefonisch contact niet tot stand kwam.

Een aantal meisjes in de leeftijd van 8, 9 en 10 jaar, van wie de ouders wel toestemming gaven, is uiteindelijk toch niet opgenomen in de steekproef omdat van deze leeftijd er al voldoende meisjes waren.

De gegevens van het vooronderzoek zijn gebaseerd op een normgroep bestaande uit 35 kinderen, achttien meisjes en zeventien jongens, dertien kinderen in de leeftijdsgroep tot en met acht jaar, zeventien in de leeftijdsgroep 9-12 jaar en vijf kinderen in de leeftijdsgroep 13-15 jaar. Bij al deze kinderen is de TESS afgenomen, ze hebben een hut gebouwd volgens het protocol en dit proces is gescoord volgens de standaardmethode.

2.1 Controle op de interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid

Van de 35 normgroepkinderen zijn er vijf gescoord door twee ervaren creatief therapeuten, waarbij wisselend de een vanachter het one-way-screen de procedure observeerde en de ander het instrument afnam. De mate van overeenstemming tussen de twee therapeuten (E en M) bij 5 kinderen uit de normgroep op de totaalschaal egosterkte en alle subschalen is goed te noemen (zie tabel 2).

Bij een aantal indicatoren was sprake van geen variantie in scoring door één van de beoordeelaars en werden derhalve geen correlaties berekend.

2.2 Homogeniteitsindex en Cronbach's alpha

De TESS bestaat in zijn uiteindelijke vorm uit 48 items die samen de mate van egosterkte meten. Deze schaal egosterkte is opgebouwd uit vier subschalen, analoog aan de vier ontwikkelingsdimensies basisveiligheid, autonomie, initiatief en werkplezier, en de subschalen ruimte innemen, contact maken en integreren. Homogeniteitsindexen zijn gemaakt en Cronbach's alpha is berekend over de schaal egosterkte en over alle afzonderlijke subschalen.

Tabel 2. Correlaties beoordelaars E & M per subschaal

	<i>Schaal</i>	<i>Correlatie</i>
	<i>E & M</i>	
<u><i>Totaalschaal</i></u>		
	Ego-sterkte	,87
<u><i>Subschalen ontwikkelingsdimensies</i></u>		
	Basisveiligheid	,95
	Autonomie	.
	Initiatief	.
	Werkplezier	,94
<u><i>Subschalen koepelindicatoren</i></u>		
	Ruimte innemen	,95
	Contact maken	,95
	Integreren	,80
<u><i>Subschalen niveaus van vormgeving</i></u>		
	Product	,96
	Proces	,78
	Betekenisverlening	,70
	Thematisch spel	,99
Voor alle schalen geldt: N = 5;		

De volgende criteria zijn gehanteerd ter bepaling van hetzij opname of weglating van een item:

- een itemtotaalcorrelatie van .25 of hoger,
- een minimumcriterium van $\alpha = .70$,
- om niet teveel aan representativiteit van items kwijt te raken moet minimaal 50% van de items per schaal gehandhaafd blijven,
- wanneer bij weglating van een item een verbetering van α met .05 of meer optreedt, moet dit item verwijderd worden.

De onderstaande tabellen geven de uiteindelijke samenstelling van de schalen, het totaal aantal items per schaal en de berekende alpha-waarde. De items zijn aangegeven met volgnummers. Het weglaten van een item is aangegeven door deze grijs te kleuren. Hieronder wordt in tabel 3 van de totaalschaal Egosterkte de volledige tabel weergegeven. Van de subschalen worden het aantal overgebleven items en de alpha-waarde weergegeven.

Tabel 3. Totaalschaal Egosterkte.

<u>Ego-sterkte</u>	<u>Ruimte</u>		<u>Contact</u>			
<u>Items: 35, alpha = .94</u>	<u>innemen</u>		<u>maken</u>		<u>Integreren</u>	
	<i>nr</i>	<i>R_{it}</i>	<i>nr</i>	<i>R_{it}</i>	<i>nr</i>	<i>R_{it}</i>
<u>Basisveiligheid</u>						
Product	1	,29	5	,28	9	
Proces	2	,65	6	,29	10	,65
Betekenisverlening	3	,45	7		11	
Thematisch spel	4	,75	8	,45	12	,60
<u>Autonomie</u>						
Product	13		17	,43	21	,66
Proces	14		18		22	,46
Betekenisverlening	15		19		23	
Thematisch spel	16	,80	20	,53	24	,81
<u>Initiatief</u>						
Product	25	,61	29		33	
Proces	26	,59	30	,50	34	,43
Betekenisverlening	27	,27	31	,43	35	,44
Thematisch spel	28	,82	32		36	,78
<u>Werkplezier</u>						
Product	37		41	,40	45	,73
Proces	38	,53	42	,52	46	,54
Betekenisverlening	39	,45	43	,52	47	,32
Thematisch spel	40	,66	44	,64	48	,67

Basisveiligheid
Items: 9, alpha = .72

Autonomie
Items: 6, alpha = .79

Initiatief
Items: 9, alpha = .78

Werkplezier
Items: 11, alpha = .82

Ruimte innemen
Items: 11, alpha=.87

Contact maken
Items: 12, alpha=.75

Integreren
Items: 12, alpha=.75

2.3 Validiteitsbepaling

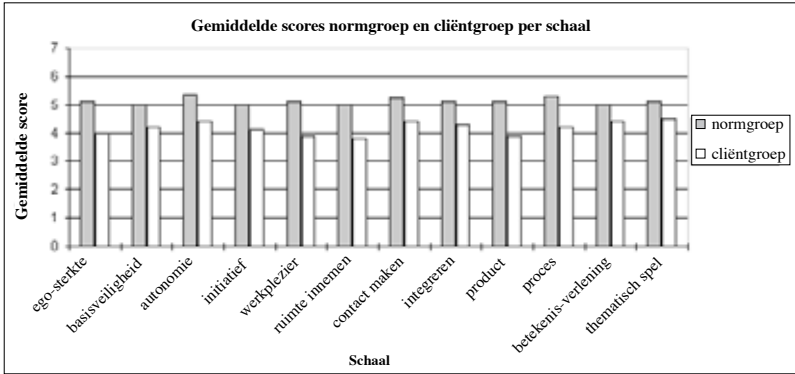
De validiteitsbepaling is gebaseerd op gegevens van de cliëntgroep, die volgens een willekeurige steekproef is samengesteld. Bij alle kinderen in de leeftijd van zeven tot en met vijftien jaar die zijn aangemeld bij een aan het onderzoek participerende RIAGG of Kinderpsychiatrisch Centrum én voor wie een observatie creatieve therapie drama is geïndiceerd is de TESS afgenomen. De uiteindelijke steekproefgrootte van 28 kinderen, 16 jongens en 12 meisjes is bepaald door de mogelijkheden binnen het vooronderzoek (tijd), de werk-

plek van de onderzoeker (plaats) en de medewerking van collega's (tijd en plaats). Er is gebruik gemaakt van het administratief kader van het Riagg Amersfoort en Omstreken, het RIAGG Oostelijke Veluwe (nu GGNet de Springplank), het RIAGG Westelijk Utrecht (nu Altrecht), De Ruyterstee Smilde (Accare) en het kinderpsychiatrisch centrum Fornhese (nu Symfona Fornhese). In totaal vijf dramatherapeuten voerden observaties uit volgens de beschreven procedure.

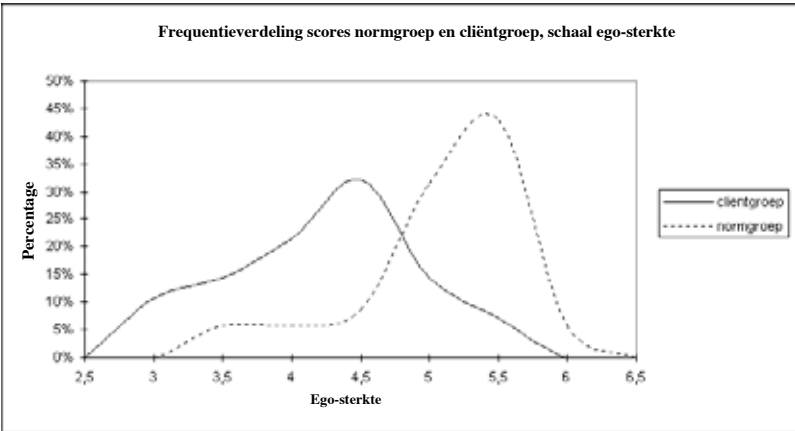
2.3.1 Discriminerend vermogen

Na afname van het instrument bij de normgroep en cliëntgroep zijn de scores van beide groepen onderling vergeleken. Met behulp van een T-Test en discriminantanalyse is gekeken naar de mate waarin het instrument discrimineert tussen normgroep en cliëntgroep. Er bleek een significant verschil in scoring tussen beide groepen. De klinische populatie scoort significant lager op egosterkte gemeten met de TESS dan de normpopulatie (zie tabel 4 en 5).

Tabel 4.



Tabel 5.



2.3.2 Convergerende validiteit

Om de convergerende validiteit vast te kunnen stellen heeft naast scoring met het observatie-instrument 'het bouwen van een hut' een parallelle beoordeling plaatsgevonden door een clinicus. Alleen die cases waarin 'toevallig' een cliënt zowel door een dramatherapeut als ook door een clinicus gezien werd, konden gebruikt worden voor deze groep respondenten. Dit bleken er in de periode dat het onderzoek liep elf te zijn. De natuurlijke routing van cliënten in de instelling moest als kader gehanteerd blijven, omdat onder die voorwaarde instellingen participeerden aan het onderzoek. De klinisch diagnosticus kon op een voorgestructureerd formulier op een 7-puntsschaal zijn klinisch oordeel aangeven ten aanzien van de mate van egosterkte, basisveiligheid, autonomie, initiatief en werkplezier van de cliënt. De klinische oordelen zijn vergeleken met de scores op het observatie-instrument ter validatie van de constructen. De conclusie luidt dat er een matige samenhang van ,66 is in scoring voor wat betreft de totaalschaal egosterkte. De samenhang in scoring op de subschalen is onvoldoende (zie tabel 6).

Tabel 6.

observatie-instrument	klinisch oordeel				
	ego-sterkte	Basisveiligheid	Autonomie	Initiatief	Werkplezier
ego-sterkte	0,66	0,39	-0,15	-0,03	-0,06
Basisveiligheid	-0,19	,26	,21	-,01	,08
Autonomie	-0,05	,15	,50	,30	,41
Initiatief	0,09	,20	,44	,31	,29
Werkplezier	0,52	0.8*	,20	,55	,39

Deze uitkomst generaliseren is niet verantwoord gezien het geringe aantal van 11 respondenten. In het vervolgonderzoek wordt validatie met meerdere instrumenten bij een groter aantal ingezet. Een gestandaardiseerd observatie-instrument met een geobjectiveerd scoringsstelsel is weliswaar ontwikkeld, maar nog niet bruikbaar.

Het vervolgtraject

Het voortraject dat de constructie van het instrument omvatte en het onderzoek rond het vaststellen van psychometrische gegevens op kleine schaal was voldoende hoopvol om een opmaat te vormen voor een vervolgtraject met als doel het bruikbaar maken van de Tubben Ego Sterkte Schaal.

Daartoe is een nationaal normerings- en validatieonderzoek opgezet, waarin bij 750 kinderen verspreid over het hele land afname van de TESS zal plaatsvinden teneinde adequate normen op te kunnen stellen waartegen scores van cliënten afgezet kunnen worden. Aan dit landelijke onderzoek werken acht

GGZ-instellingen¹ mee om het instrument te valideren. Dit onderzoek moet antwoord geven op de vraag of het instrument in de jeugdhulpverlening gebruikt kan worden om uitspraken te doen over de mate van egosterkte bij kinderen in de leeftijd van zeven tot en met twaalf jaar. Daarnaast moet vastgesteld worden of de TESS betrouwbare en valide scores kan opleveren die de mate van basisveiligheid, autonomie, initiatief, werkplezier, ruimte innemen, contact maken en integreren weergeven van kinderen tussen de zeven en twaalf jaar, waardoor het instrument de mogelijkheid biedt tot het formuleren van expliciete behandel doelstellingen.

Ten slotte

Er is een lange weg afgelegd om te komen tot constructie van de Tubben Ego Sterkte Schaal (TESS). Er is echter ook nog een lange weg te gaan voor de TESS bruikbaar is. De motivatie voor het gaan van die weg ligt bij de wens dat er een deugdelijk meetinstrument voorhanden komt waarmee uitspraken gedaan kunnen worden over de sociaal emotionele ontwikkeling van kinderen in de basisschoolleeftijd. Een instrument dat in eerste instantie niet gebaseerd is op verbale vermogens, maar nauw aansluit bij natuurlijk gedrag van kinderen in de basisschoolleeftijd, namelijk spelen, en dat daardoor ook goed afgenomen kan worden bij kinderen met een taalachterstand of dyslexie. De TESS kan een leemte opvullen in de diagnostiek binnen de jeugdhulpverlening.

De TESS kan na het landelijke validatie- en normeringonderzoek een multi-inzetbare, effectieve en efficiënte vorm van diagnostiek vormen voor het basisschoolkind in de leeftijd van zeven tot en met twaalf jaar. Organisaties die hun voordeel kunnen doen met dit onderzoek zijn dan ook alle instellingen binnen de jeugdhulpverlening, zoals bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg, de RIAGG's en kinderpsychiatrische centra, alsmede het speciaal basisonderwijs. Daarnaast kan dit instrument een positieve impuls betekenen voor verdere professionalisering van de diagnostiek binnen het vakgebied van de drama-therapie, zowel voor beoefenaren als opleiders.

Over de onderzoeker

Samenvatting

In dit artikel wordt het vooronderzoek beschreven bij het op dit moment lopende landelijke normering- en validatieonderzoek bij de Tubben Ego Sterkte Schaal (TESS). Het proces wordt beschreven waarin van een observatieopdracht gebruikt door dramatherapeuten in de klinische praktijk een we-

1. Riagg Amersfoort & Omstreken, Symfora Groep Fornhese beide in Amersfoort; GGZ Friesland "de Swing" en Kinder en Jeugd Traumacentrum Fier Fryslân beide in Leeuwarden; GGZ Dijk en Duin in Beverwijk, Lentis Jonx in Groningen, GGNet locatie De Springplank in Apeldoorn en Accare JFP in Assen.

tenschappelijk meetinstrument is gemaakt. Met het instrument kunnen uitspraken gedaan worden over de sociaal emotionele ontwikkeling van kinderen in de basisschoolleeftijd.

Literatuur

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aken, M.A.G. van (1991). *Competence development in a transactional perspective: A longitudinal Study*. Kampen: Mondiss.
- Aken, M.A.G. van & H. Rost (1998). *De Nijmegen - California Sorteertechniek voor Volwassenen (NCVS)*. Nijmegen: Vakgroep Ontwikkelingspsychologie Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Aken, M.A.G. van & J.S.Dubas (in press). Personality type, social relationships, and problem behavior in adolescence, *European Journal Developmental Psychology*.
- Asendorpf, J.B. & M.A.G. van Aken (1999). Resilient, overcontrolled and undercontrolled personality prototypes in childhood: Replicability, predictive power, and the trait/type issue. *Journal of Personality and Social Psychology*. 77, 815-832.
- Barron Frank, (1963). *Creativity and psychological health*. New Jersey: D. van Nostrand Company, Inc.
- Bowlby, J. (1982 [1969]). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Carver Charles S. & Michael F. Scheier (1988). *Perspectives on personality*. Boston: Allyn and Bacon, Inc.
- Erikson, Erik H. (1987). *A way of looking at things. Selected papers from 1930 to 1980*. Stephen Schlein (ed). New York: W.W. Norton and Company.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M. & W.M. Snellen (2003). *Dynamische Persoonlijkheids Diagnostiek*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Evers, A., J.C.van Vliet-Mulder, C.J.Groot (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II*. Assen: van Gorcum & Comp.
- Kievit, Th., J. de Wit, J.H.A. Groenendaal & J.A.Tak (red.) (1992). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Amersfoort: College uitgevers.
- Nixon, S.J. en N.J. Kanak (1982). Ego-Strength and methods of learning associations. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 19, No 4, 205-208.
- Roose, Kris, (geen jaartal). Integratieve Psychologie homepage <http://psyc0000.html>.
- Schnabel, K., J.B. Asendorpf & F. Ostendorf (2002). Replicable Types and Subtypes of personality: German NEO-PI-R versus NEO-FFI. *European Journal of Personality*, 16, 7-24. John Wiley & Sons, Ltd.
- Swanborn, P.G. (1987). *Methoden van sociaal wetenschappelijk onderzoek*. Meppel: Boom.

- Vries, Y. (2004). *Onderwijsconcepten en professionele ontwikkeling van leraren vanuit praktijktheoretisch perspectief*. Dissertation from <http://www.library.wur.nl/wda/dissertations/dis3541.pdf>.
- Walsh W.B. & N.E. Betz (1990). *Tests and Assessment (second edition)*, New Jersey: Inc. Prentice Hall.

Over de auteurs

Dhr. dr. M.T. Appelo is GZ-psycholoog/gedragstherapeut en senior onderzoeker bij het Behouden Huys in Haren en het Centrum voor Integrale Psychiatrie van Lentis te Groningen, en docent bij Cure & Care Development in Arnhem en de afdeling Psychologie van de Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.

Mevr. dr. E.H. Bos is senior onderzoeker bij het Centrum voor Integrale Psychiatrie van Lentis te Groningen en postdoc bij het Interdisciplinair Centrum voor Psychiatrische Epidemiologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

Dhr. E. van den Brink is psychiater en trainer mindfulness-based cognitieve therapie bij het Centrum voor Integrale Psychiatrie van Lentis te Groningen.

Mw. Swanny Kremer is junior onderzoeker bij het Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag te Groningen.

Dhr. MSc. R. van der Meulen is striptekenaar, heeft recent de masteropleiding Psychologie afgerond en is op dit moment bezig een wereldreis te maken.

Mw. Mathilde Tubben maakt deel uit van de Kenniskring SW&AT (Social Work & Arts Therapies) van Stenden Hogeschool in Leeuwarden, één van de inbeddingkaders van het vervolgonderzoek. Daarnaast is zij als psycholoog en senior dramatherapeut werkzaam bij de afdeling Jeugd van de Riagg Amersfoort & Omstreken. Met het normering- en validatieonderzoek bij de Tubben Ego sterkte Schaal is zij als buitenpromovendus verbonden aan de Faculteit Sociale Wetenschappen, capaciteitsgroep ontwikkelingspsychologie van de Universiteit Utrecht.

Richtlijnen voor aanleveren kopij GGzet Wetenschappelijk

GGzet Wetenschappelijk is een tijdschrift van, voor en door wetenschappelijk geschoolde medewerkers van Lentis, GGZ Friesland en GGZ Drenthe. Het bevat artikelen over uiteenlopende onderwerpen die binnen de instellingen spelen of tot het aandachtsgebied van de medewerkers behoren. Bijvoorbeeld: Literatuuroverzichten, onderzoeksverslagen, theoretische beschouwingen, presentatie van nieuwe behandelingen, casusbeschrijvingen, samenvattingen van proefschriften en referaten. Publicatie in GGzet Wetenschappelijk kan een voorbereiding zijn op publicatie in een 'extern' tijdschrift. Artikelen die al elders werden gepubliceerd worden slechts bij hoge uitzondering in GGzet Wetenschappelijk geplaatst.

Artikelen mogen zo lang of kort zijn als de inhoud vereist, maar 5000 woorden is de richtlijn.

Beoordeling

Uw bijdrage wordt door minimaal twee redactieleden beoordeeld. Dit geeft meestal reden tot aanpassing. Lever bij de tweede versie a.u.b. een brief waarin u aangeeft hoe en waar u het commentaar heeft verwerkt.

Opmaak

- Document aanleveren in Word.
- Gebruik alleen de standaardinstellingen (die zijn al automatisch ingeprogrammeerd).

Enkele algemene aanwijzingen:

- Probeer jargon te vermijden en schrijf in gewone mensen taal
- Woorden niet handmatig of via het tekstverwerkingsprogramma afbreken;
- Niet inspringen;
- Woorden niet in hoofdletters typen, behalve bij geaccepteerde afkortingen;
- Hou de tekst zo 'schoon' mogelijk en geef eventuele aanwijzingen op een printuitdraai.
Bij literatuurverwijzing afsluiten met een alfabetisch overzicht van geraadpleegde literatuur, analoog aan het Tijdschrift voor Psychiatrie:
- Naam auteur, voorletter(s), jaartal, titel publicatie, uitgever + plaats, of naam tijdschrift met jaargang en paginaverwijzing.
- Indien meerdere auteurs, vanaf 2e auteur de voorletters vóór de achternaam.
- De titel van het boek óf de naam van het tijdschrift cursiveren.

Voorbeelden (let ook op de interpunctie):

Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss*. Basic Books, New York.

of:

Dixon, L.B., A.F. Lehman en J. Levine (1995), Conventional antipsychotic medication for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 567-576.

- Verwerk ook in de kopij de literatuurverwijzing door naam auteur en jaartal te noemen.

Kopij met onvolledige literatuurvermelding kan niet worden geaccepteerd

Anonimiteit / aansprakelijkheid

Voorkom herkenbaarheid van patiënten! De gevolgen van klachten van mensen die zich in beschrijvingen herkennen, komen uitsluitend ten laste van de auteur en dus niet van de redactie en directies / raden van bestuur van de GGz instellingen die aan GGzet Wetenschappelijk deelnemen.

Verzenden

- U levert uw artikel per e-mail aan.
- Vermeld de volledige voor- en achternaam/namen van de auteur(s), de voorletters, de functie en de werkplek plus, indien gewenst, een adres, telefoonnummer en/of mailadres.
- Voorzie de kopij van een korte en zeer toegankelijke samenvatting ten behoeve van plaatsing op de website van Lentis.
- Inleveradres:
Secretariaat GGzet Wetenschappelijk, t.a.v. Anneke Krijgsheld.
e-mail: amg.krijgsheld@lentis.nl.