



## WETENSCHAPPELIJK

### **Kip**

Swanny Kremer

### **Ervaringen met online behandelen met behulp van het behandelplatform Minddistrict**

Daniëlle Bergsma-Klaassens, Jorien vd Velde, Marijke Kastermans

### **De ideale GGz: met hoofd en hart**

Wim Bloemers

### **Psychomotorische therapie en agressieregulatie bij eetstoornissen: gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek en instrument ontwikkeling**

Cees Boerhout

### **Onderzoek naar de therapeutische relatie: golden oldie of toekomstmuziek?**

Jozanneke Bruins, Jorien van der Velde, Miriam Tolsma, Philippe Delespaul, Stynke Castelein

### **Een Meta-ethische conceptuele analyse van empathie in de zorg**

Jorrit Haarman

### **Metacognitie bij Psychotische Stoornissen**

Steven de Jong

### **Psychotisch en (on)gelukkig? Een onderzoek naar de geluksbeleving van mensen met een psychotische stoornis**

Jelle Schutte, Nienke Smit en Rikus Knegtering

### **Emotionele verandering, verbeelding en terugval in depressie**

Christien Slofstra



## Inhoud

2

**Kip**  
*Swanny Kremer*

4

**Ervaringen met online behandelen met behulp van het behandelplatform Minddistrict**  
*Daniëlle Bergsma-Klaassens, Jorien vd Velde, Marijke Kastermans*

13

**De ideale GGz: met hoofd en hart**  
*Wim Bloemers*

18

**Psychomotorische therapie en agressieregulatie bij eetstoornissen: gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek en instrument ontwikkeling**  
*Cees Boerhout*

26

**Onderzoek naar de therapeutische relatie: golden oldie of toekomstmuziek?**  
*Jojanneke Bruins, Jorien van der Velde, Miriam Tolsma, Philippe Delespaul, Slynke Castelein*

30

**Een Meta-ethische conceptuele analyse van empathie in de zorg**  
*Jorrit Haarman*

42

**Metacognitie bij Psychotische Stoornissen**  
*Steven de Jong*

49

**Psychotisch en (on)gelukkig? Een onderzoek naar de geluksbeleving van mensen met een psychotische stoornis**  
*Jelle Schutte, Nienke Smit en Rikus Knegtering*

63

**Emotionele verandering, verbeelding en terugval in depressie**  
*Christien Slofstra*

70

**Over de auteurs**

## Kip

**Haar eerste dag. Ik mag mijn nieuwe stagiaire ophalen bij de portier. Ze is jong. We hebben al kennism gemaakt maar zij is nog nooit in de kliniek geweest. Het eerste wat je ziet zijn hoge muren. Ze is de grote sluisen al doorgeweest en is gecheckt bij de entree op het bezit van wapens, drugs en niet toegestane elektronica. De introductiedag voor nieuwe medewerkers en stagiaires in deze tbs-kliniek zit vol dus ik ga zelf met haar de 'veiligheidsissues' bij langs.**

### Wc-routine

Het eerste dat ik doe met haar is naar de collega's van de technische dienst lopen en een badge laten maken. Even poseren voor de foto, en klaar is de badge. Daarna kan ze zelf enkele deuren openen en halen we haar sleutels en pieper. De rode knop op de pieper is het alarm, mocht er paniek zijn dan kan ze daar op drukken. Dan komt er hulp, heel snel. De knopjes aan de zijkanten zijn samen het gijzelingsalarm. Dan komen de hulptroepen op een andere manier 'aanstormen'. Ik leg haar nog meer uit over het statische alarm, de camera's, welke deuren zij kan openen en welke niet. Ik leg haar zelfs de wc-routine uit: eerst checken of er niet iemand op één van de toiletten aanwezig is voordat je de deur van het voorportiekje sluit. Waarom? Je wilt niet meemaken dat je jezelf insluit met iemand die niet het beste met je voorheeft. Ik kijk naar opzij als we de gangen doorlopen, ik wil haar bekend maken met het gebouw. Ze ziet er wat bedrukt uit vind ik. Hier en daar komen we een patiënt tegen, meestal is het gewoon even groeten of zwaaien.

### Gangen

De kliniek is een lappendeken van oud- en nieuwbouw. Een onoverzichtelijk en onnavolgbaar gebeuren. Zo loop je vanuit 18zoveelen80 ineens in 2000zoveeltien rond. Er is één overeenkomst: overal hangen camera's. Ze lijkt wat onzeker. Ze vraagt mij: hoe zie ik het verschil tussen medewerkers en patiënten? Goede vraag. Het zijn allemaal mensen maar alleen de medewerkers hebben een badge.

### Boerderij

Dit moet anders. Prima om met de veiligheidsvoorschriften te beginnen, belangrijk ook. Maar ik besluit om een 'bypass' te maken. We gaan naar 'de boerderij', een binnenplaats met een containerkantoor en kas waar enkele dieren en ook plantjes verzorgd worden. Het lijkt een oase van rust. Wanneer mijn plantjes verpot moeten worden, of wanneer ik weer een plantje uit de prullenbak heb gered, ga ik hierheen. De patiënten en medewerkers die daar werken zijn mijn 'plantendokters' en bieden vaak uitkomst.

We bekijken de moestuinbakken en konijnen en maken even een rondgang. Een patiënt, ik noem hem Sjoerd, groet vriendelijk en laat trots de kippen zien. Sjoerd staat naast een groene tuinbank, tikt erop en 'hopla', daar springt een grote kip op het bankje. Mijn stagiaire en ik zijn danig onder de indruk: 'Wat een knappe kip'. Sjoerd neemt de 'kip' in zijn armen en zegt: 'Het is een haan.' Ja inderdaad. De haan ligt als een baby in zijn armen en laat zich knuffelen. Sjoerd is duidelijk trots en hij is heel lief voor de haan die zich de knuffels gewillig laat aanleunen.

### Lucht

De eerste ontmoeting van mijn stagiaire met een tbs'er is die met Sjoerd die zorgzaam een haan knuffelt. Na alle veiligheidsvoorschriften die zeker nodig zijn gaf deze ontmoeting weer even lucht. Ik zie haar opknappen. We praten nog wat met Sjoerd en maken grapjes, waarna we weer verder lopen. Onder het lopen praten we over Sjoerd en de haan. Mijn stagiaire zegt: 'Wat mooi om te zien hoe trots hij is op zijn contact met de haan.' Als we wat verder lopen zegt ze nog 'En hij is ook zo zorgzaam, fijn dat hij hierbinnen tussen al die muren gelegenheid heeft om te zorgen'. Hè gelukkig. Je zou door alle veiligheidsmaatregelen bijna vergeten dat er hier mensen wonen. Maar zij heeft het gezien!

### Swanny Kremer

## Ervaringen met online behandelen met behulp van het behandelplatform Minddistrict

Daniëlle Bergsma-Klaassens, Jorien vd Velde, Marijke Kastermans

### Samenvatting

#### Achtergrond en doel

e-Mental health is niet meer weg te denken uit de geestelijke gezondheidszorg. Toch blijkt het controversieel en bestaat er weerstand. Dit onderzoek heeft als doel de ervaringen van patiënten en behandelaren met het online behandelen met behulp van Minddistrict in kaart te brengen, om zo meer inzicht te krijgen waardoor de invoering van het online behandelen soepeler en effectiever kan verlopen.

#### Methode

Kwalitatief onderzoek met topicinterviews onder negen participanten. Gegevens werden verbatim getranscribeerd en geanalyseerd volgens de zeven stappen van Colaizzi.

#### Resultaten

Behandelaren vonden het inzetten van online behandelen lastig, ze voelden zich onzeker door gebrek aan kennis en tijd. Het uiten van betrokkenheid werd ingewikkeld bevonden vanwege het ontbreken van non-verbale aspecten. De patiënten waren hierover juist positief en vonden het online behandelen ondersteunend en leerzaam. Zij ervoerden veel betrokkenheid en voelden zich veilig en serieus genomen.

#### Discussie

De onderzoeker heeft gevorderde kennis van en enige jaren ervaring met Minddistrict en het onderzoek is uitgevoerd in diens directe werkomgeving. Hierdoor kan objectiviteit verloren zijn gegaan en de interpretatie van resultaten vertekend zijn.

#### Conclusie

Patiënten zijn voornamelijk positief over het online behandelen met Minddistrict. Het vergroot het zelfvertrouwen en de autonomie. De behandelaren zien positieve kanten, maar zijn overwegend negatief. Ze zijn hierdoor terughoudend in het aanbieden van online behandeling. De volgende stap kan zijn om behandelaren beter voor te bereiden op het toepassen van Minddistrict en meer op de hoogte te brengen van het patiëntenperspectief op dit behandelplatform. Hierdoor zal het integreren van Minddistrict in de bestaande behandeling waarschijnlijk vaker toegepast worden. Verder onderzoek hiernaar zou zinvol kunnen zijn.

### Inleiding

e-Mental health is een van de belangrijkste pijlers voor het betaalbaar en toegankelijk houden van de geestelijke gezondheidszorg voor iedereen in onze samenleving (GGZ Nederland, 2016).

Tot 2000 was de geestelijke gezondheidszorg uitsluitend gebaseerd op face-to-face contacten. Daarna deed het blended behandelen zijn intrede. Hierbij worden reguliere face-to-face gesprekken gecombineerd met e-mental health zoals beeldbellen, chatten en online behandelen (Dekker, 2014). Deze vorm van behandelen richt zich op het efficiënter maken van de zorg, het versterken van de behandelrelatie en het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënt. Het blended behandelen heeft de potentie om de GGZ-zorg fors te veranderen. Dit heeft onder andere te maken met de in potentie hoge effectiviteit en de lagere kosten vanwege het verminderen van face-to-face contacten (Groothuis, Grolleman, & Van Eekeren, 2016). Daarnaast stimuleren zorgverzekeraars actief het inzetten van e-mental health in de vorm van hogere tarieven voor de hulpverlener (Grolleman, 2015). Volgens Niamat (2011) heeft blended behandelen een 126% hogere effectiviteit dan alleen face-to-face contacten bij patiënten tussen de 18 en 64 jaar die behandeld worden binnen een GGZ instelling voor psychiatrische problematiek en verslavingsproblemen. Dit is voornamelijk terug te zien in de verbetering van het globaal functioneren gedurende de gehele behandeling. Verder zijn er voor een volledig afgeronde behandeling 36% minder face-to-face contacten nodig en is de behandeltime per contact (zowel face-to-face als online) 10% korter bij blended behandelen, in vergelijking met reguliere behandelingen (Niamat, 2011). Ondanks deze positieve effecten is blended behandelen nog controversieel en bestaat er weerstand bij hulpverleners. Hierdoor gaat het toepassen moeizaam (Groothuis, Grolleman, & Van Eekeren, 2016). Vooral ethische, klinische en praktische bedenkingen worden genoemd zoals het waarborgen van de vertrouwelijkheid van patiëntinformatie, problemen rondom aansprakelijkheid, incomplete en onjuiste informatievervalsing door patiënten en technische mankementen (Mulder, 2011). Ook op het gebied van de behandelrelatie bestaan bedenkingen. Het ontbreken van non-verbale aspecten (zoals gezichtsuitdrukkingen en oogcontact), het gebrek aan vertrouwen tussen patiënt en behandelaar en het minder kunnen tonen van empathie kunnen de ontwikkeling van een sterke therapeutische relatie mogelijk bemoeilijken of zelfs onmogelijk maken (Tanrikulu, 2009). Veel instellingen, waaronder Lentis, hebben besloten om het blended behandelen breed neer te zetten binnen de instelling. Patiënten krijgen hierdoor meer mogelijkheden om zelf de behandeling vorm te geven. Een aanbieder van e-mental health is Minddistrict, deze biedt een online behandelplatform voor de GGZ. Dit platform bestaat uit online dagboeken en online vragenlijsten en ruim 200 online behandelmodules, die elk bestaan uit losse sessies die individueel en patiëntgericht ingezet kunnen worden voor het blended behandelen. De modules zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzochte interventies als cognitieve gedragstherapie en oplossingsgerichte therapie (Dekker, 2014).

In de dagelijkse praktijk binnen Lentis blijkt dat niet of met enige aarzeling gestart wordt met het werken met het online behandelplatform. Mogelijk spelen de eerder genoemde weerstanden hierbij een rol. Er is onvoldoende zicht op de gevoelens en belevingen enerzijds en de wensen en verwachtingen anderzijds van behandelaren en patiënten met het blended behandelen. Onduidelijk is verder hoe het behandelplatform

Minddistrict aansluit bij de gebruikers. Meer inzicht hierin kan de invoering van het online behandelen soepeler en effectiever laten verlopen, en worden uiteindelijk meer patiënten behandeld met behulp van het online behandelplatform. Dit onderzoek heeft als doel het in kaart brengen van de ervaringen van patiënten en behandelaren met online behandelen met behulp van het behandelplatform Minddistrict.

## Methode

### Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten tussen de 18 en 65 jaar en BIG-geregistreerde behandelaren van de polikliniek volwassenenpsychiatrie Winschoten. Voor de steekproef is gezocht naar participanten met een zo groot mogelijke diversiteit met betrekking tot de mate van digitale ervaring, de ervaring met het behandelplatform en de gebruikershouding ten opzichte van het behandelplatform.

### Gegevensverzameling

Om gegevens te verzamelen werden, aan de hand van een topiclijst, semigestructureerde interviews afgenomen waarbij alleen de beginvraag vast lag. De topiclijst is bepaald aan de hand van bestudeerde literatuur (Grolleman, 2016; Oorlog, 2011; Van Oers, 2012; Heslinga, 2010; Thomassen, 2015 en Nielsen, 2012). De topiclijst werd na elk interview geëvalueerd en wanneer nodig werden de topics aangepast en aangevuld. De Wet Bescherming Persoonsgegevens werd gedurende het gehele onderzoek in acht genomen en de verkregen gegevens werden vertrouwelijk behandeld en anoniem weergegeven. Het onderzoek was niet WMO plichtig omdat de participanten niet aan experimentele handelingen werden onderworpen. Er werden geen gedragsregels opgelegd en het onderzoek was nauwelijks belastend.

### Gegevensanalyse

Voor de analyse van de gegevens is het zeven stappenmodel van Colaizzi gevolgd (Shosha, 2012). De interviews werden op geluidstape opgenomen en vervolgens verbatim getranscribeerd. De transcripten werden geanalyseerd met behulp van het computerprogramma Atlas.ti. Na codering werden de transcripten in netwerkviews geplaatst om inzicht te krijgen in onderlinge verbanden en te komen tot kernthema's. Het coderen en interpreteren van de onderzoeksgegevens werd gecontroleerd door een onafhankelijk onderzoeker. Saturatie werd nagestreefd door na de eerste vier interviews te beoordelen of er nieuwe informatie naar voren was gekomen. Dit werd herhaald na elk volgend interview.

## Resultaten

De participanten zijn vijf behandelaren (B1 t/m B5) bestaande uit vier vrouwen, één man, leeftijd variërend van 30 tot 58 jaar, en vier patiënten (P1 t/m P4) bestaande uit drie vrouwen, één man, leeftijd variërend van 25 tot 55 jaar. Uit de analyse van de interviews van zowel de behandelaren als de patiënten zijn vijf kernthema's naar voren gekomen. Tabel 1 laat zien hoe de analyse van de gegevens uit de interviews in zijn werk is gegaan. Het geeft inzicht op welke wijze betekenis gegeven is aan citaten uit de interviews, hoe ze vervolgens gecodeerd zijn en onder een kernthema geplaatst zijn.

**Tabel 1 Interpretatie van citaat naar kernthema**

Citaat	Significante betekenis	Code	Kernthema
'Er zit een goede opbouw in want het is steeds een stukje tekst en dan vragen of stellingen en het begint ook gemakkelijk en dan wordt het ook wel dat het iets dieper gaat en dat je meer moet nadenken' (P3)	Plezierige opbouw van teksten in modules	Opbouw modules	Kwaliteit van Minddistrict
'omdat ik ook niet altijd vind dat Minddistrict het contact tussen behandelaar en patiënt kan vervangen' (B2)	Waarde online contacten	Kwaliteit behandelcontacten	Kwaliteit van behandelcontact
'Ik ga ervan uit dat als Lentis dit naar buiten brengt dat er wel terdege onderzoek naar is gedaan, dat er toch wel iets van wetenschappelijke bewijsvoering voor is' (B1)	Vertrouwen in inhoud van modules	Onderbouwing	Modules in Minddistrict
'en als ik het zelf moet gaan inplannen dan kan ik het niet wegschrijven onder productie en dan kom je daar in de knel en denk ik van ja ok ik kan wel een uur plannen elke week om mijn modules te lezen en uit te spitten maar dat uur kan ik niet wegschrijven allemaal dus tja...' (B4)	productieproblemen	Ondersteuning organisatie	Beginpositie van Participanten
'sommigen waren gewoon gemakkelijk voor mij in te vullen en met andere had ik echt meer tijd voor nodig, of moest ik wat langer over nadenken. Dan pauzeerde ik het gewoon en kon op een ander tijdstip weer verder' (P4)	Eigen tempo kunnen volgen	Opbouw sessies	Modules in Minddistrict
'Ik zit wel een beetje met het taalgebruik hoor, ik heb cliënten die afhaken, bijvoorbeeld ik sprak iemand die je hier in de regio gewoon veel ziet, die niet heel veel scholing heeft gehad en moeite heeft met lezen en moeite met taal. dingen niet snel begrijpt en hier ook gefrustreerd raakt en daarom merk ik wel, het is allemaal wel heel helder uitgelegd maar het is... ja ik weet het niet...' (B3)	Teksten moeilijk te volgen voor categorie patiënten	Taalgebruik	Praktisch gebruik van Minddistrict

### Beginpositie van de participanten

Vooral de behandelaren hadden bij aanvang van blended behandelen zorgen en twijfels. De grootste zorg was of het online behandelen wel in de bestaande behandeling zou passen. Hierdoor werd geen meerwaarde in het online behandelen gezien. Ook was een behandelaar bang dat patiënten mogelijk deelnamen om hem tevreden te houden: *‘dan zullen mijn klanten dat doen omdat ik zo enthousiast ben ... dan denkt de klant nou ja jou maar een plezier doen ... maar daar is het niet voor bedoeld’* (B3). Verder werd genoemd dat het online behandelen alleen geschikt zou zijn voor zeer gemotiveerde patiënten: *‘Oei je moet wel gemotiveerde klanten hebben ... willen ze hier allemaal mee gaan oefenen’* (B3). De patiënten ervoeren weinig bedenkingen. Ze uitten vertrouwen in de inschatting van hun behandelaar en dat maakte dat ze gemotiveerd gestart waren; *‘ik weet ook als het niet goed gaat ... dan hoeft ik het maar aan te geven ... dus daar maak ik mij helemaal niet zoveel zorgen over’* (P4). Enkele behandelaren waren onzeker in het gebruik omdat ze inhoudelijk niet voldoende op de hoogte zijn. Door drukte in de agenda kwamen ze niet toe aan verdieping: *‘dan zit de agenda gevuld en is er gewoon geen tijd ... ik vind eigenlijk ook dat daar op mijn werk ruimte voor moet zijn en dat is er dan gewoon niet’* (B4).

### Praktisch gebruik van Minddistrict

De patiënten vonden het stimulerend om samen met hun behandelaar de eerste stappen in Minddistrict te zetten: *‘dat het heerlijk is om het even van te voren te zien ... dit kun je verwachten, daar moet je dan heen ... ik denk dat dat gewoon heel prettig is’* (P4). De teksten in de modules ervoeren de patiënten als prettig, kort en bondig en goed te begrijpen: *‘Heel gemakkelijk om te volgen ... niet van dat hoogdravende’* (P1). De behandelaren vonden het ook kort en bondig maar tevens simpel en te kort door de bocht.

De modules binnen Minddistrict bestaan uit verschillende sessies waarin onder andere oefeningen, dagboeken en vragenlijsten gemaakt worden. Na voltooiing van een sessie geeft de behandelaar hier inhoudelijk feedback op binnen de applicatie. De patiënten vonden de feedback stimulerend en motiverend. De behandelaren vonden het ingewikkeld om de feedback te schrijven. Het was onduidelijk hoe de inhoud werd geïnterpreteerd: *‘ik vind het ingewikkeld die feedback, het is platte tekst, het kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden’* (B4). Misverstanden kunnen daardoor volgens de behandelaren ontstaan. Dit maakte het tijdrovend om goede en adequate feedback te schrijven, dit ondanks de suggesties die gegeven werden in de modules.

### Kwaliteit van Minddistrict

Alle participanten vonden de lay-out, de opbouw en de efficiëntie van belang en waren hierover voornamelijk positief. Zij ervoeren het behandelplatform als logisch, overzichtelijk en uitnodigend en tevens zeer toegankelijk en gebruiksvriendelijk. De behandelaren misten echter een inhoudelijke koppeling naar het elektronisch patiëntendossier (EPD). De opdrachten en feedback komen nu niet automatisch in het EPD, maar moeten handmatig toegevoegd worden aan de behandelrapportages. Bij een koppeling tussen Minddistrict en het EPD kan de efficiëntie verbeterd worden *‘absoluut ja want nu geef je wel eens feedback en dan vergeet je het wel in het systeem (EPD) te zetten en dan gaat het wel eens mis’* (B1).

### Modules in Minddistrict

Alle participanten waren overtuigd van de inhoudelijke kwaliteit van de modules. Bijkomend voordeel werd door een behandelaar benoemd; *‘ik las dingen die mijn eigen kennis weer vergroten ... een soort opfriscursusje’* (B3). De behandelaren waren van mening dat vanwege het gemiddeld lagere IQ van de behandelpopulatie, veel patiënten niet optimaal kunnen profiteren van de modules. *‘Ik heb cliënten die afhaken ... de persoon die niet heel veel scholing heeft gehad en moeite heeft met lezen en moeite met taal, dingen niet snel begrijpt ... het is toch ook wel voor een flink aantal mensen moeilijk te volgen’* (B5). De patiënten dachten hier anders over. Zij vonden de modules leerzaam en goed aansluiten, het maakt dingen los en het zet aan tot herstel en verandering; *‘De vragen die je dan krijgt ... je moet ook echt bij jezelf stil staan ... veel van geleerd’* (P2). De sessies op eigen tempo kunnen volgen was volgens alle participanten van grote meerwaarde, het vergroot de autonomie; *‘dat is ook het sterkste leerproces denk ik, dat je die ruimte hebt, ... dat is juist een groot voordeel’* (P4).

### Kwaliteit van het behandelcontact

Alle participanten vonden betrokkenheid het belangrijkste aspect van het behandelcontact. De behandelaren ervoeren dat het uiten en overbrengen van betrokkenheid via onlinecontacten (e-mail- en chatcontacten) moeizaam gaat vanwege het ontbreken van non-verbale aspecten als oogcontact en lichaamssignalen; *‘je moet iemand wel zien om betrokkenheid echt te laten blijken en ook te laten voelen’* (B2). Ook werd gezegd: *‘ik kan ze er niet bij voelen ... ik zie hun mimiek niet, ik mis heel veel daaraan’* (B4). Voor behandelaren was dit ook een reden om terughoudend te zijn met het aanbieden van modules. De patiënten ervoeren het tegenovergestelde. Zij voelden zich gehoord, gezien en ervoeren oprechtheid en empathie: *‘ondanks dat je niet bij elkaar was, voelde je wel dat er betrokkenheid was’* (P1). Een goede klik met de behandelaar werd als voorwaarde genoemd, maar ook dat de behandelaar op de achtergrond aanwezig is, positief bekrachtigt en inhoudelijk terugkomt op de sessies. Dit voelde veilig en ondersteunend: *‘Ook het vertrouwen wat ze dan uitsprekt ... dat heb ik af en toe ook echt even nodig’* (P4).

### Discussie

In dit onderzoek zijn de ervaringen in kaart gebracht van patiënten en behandelaren met het online behandelen door middel van het behandelplatform Minddistrict. De resultaten laten zien dat op meerdere gebieden grote verschillen zijn in de ervaringen en belevingen met Minddistrict van de patiënten in vergelijking met de behandelaren. Deze verschillen zijn al zichtbaar bij het starten van het online behandelen. Hoewel de participanten aangeven open te staan voor verandering en ontwikkelingen, waren vooral de behandelaren afwachtend en vol twijfel. Grolleman, Groothuis en Van Eekeren (2016) hebben gesteld dat de startpositie van een deelnemer heel bepalend kan zijn voor het verdere gebruik van e-mental health, wat in deze situatie ook een rol kan hebben gespeeld in de verdere ervaringen met het werken met Minddistrict. Over het praktische gebruik van Minddistrict waren de meningen minder verdeeld, allen waren van mening dat het werken met het systeem eenvoudig en gemakkelijk



- Baarda, B., Bakker, B., Fisher, E., Julsing, T., Peters, M., Goede, M. de, & Velden, T. van der (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Beelen, B. (2014, mei). *Lentisnet*. Opgehaald van [www.lentisnet.nl/articles/4430](http://www.lentisnet.nl/articles/4430)
- Dekker, M. (2014). *Modules*. Opgehaald van [www.minddistrict.com/corporate/nl/modules/#buy-build-share](http://www.minddistrict.com/corporate/nl/modules/#buy-build-share)
- GGZ Nederland. (2016). *E-Health*. Opgehaald van [ggznederland.nl/themas/e-health](http://www.ggz nederland.nl/themas/e-health)
- Grolleman, J. (2015, augustus 13). *zorgverzekeraars-volharden-in-stimuleringspolitiek-voor-e-mental-health*. Opgehaald van [www.smarthealth.nl/2015/08/13/blog-zorgverzekeraars-volharden-in-stimuleringspolitiek-voor-e-mental-health/](http://www.smarthealth.nl/2015/08/13/blog-zorgverzekeraars-volharden-in-stimuleringspolitiek-voor-e-mental-health/)
- Groothuis, B., Grolleman, J., & Eekeren, P. van (2016). *Meer rendement met e-mental health*. Zeist. Opgehaald van <http://www.mxi.nl/publicaties/1521/meer-rendement-met-e-mental-health.htm>
- Heslinga, M. (2010). *Doe normaal! Een kwalitatief onderzoek naar het ontstaan van een samenwerkingsrelatie tussen adolescenten en verpleegkundigen op een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Mulder, M. (2011). *De online behandeling* [www.eetprobleemdebaas.nl](http://www.eetprobleemdebaas.nl). Een onderzoek naar de therapeutische relatie tussen hulpverleners en cliënten. Enschede: Universiteit van Twente. Opgehaald van <http://purl.utwente.nl/essays/61632>
- Niamat, S. (2011). *Impact of e-mental health: a quantitative analysis*. Amsterdam: VU Amsterdam. Opgehaald van [https://beta.vu.nl/nl/Images/stageverslag-niamat\\_tcm235-252429.pdf](https://beta.vu.nl/nl/Images/stageverslag-niamat_tcm235-252429.pdf)
- Nielsen, J. (2012). *Usability 101: Introduction to Usability*. Opgehaald van <https://www.nngroup.com/articles/usability-101-introduction-to-usability/>
- Shosha, G. (2012). Employment of colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *European Scientific Journal*, 8(27), 31-43.
- Tanrikulu, I. (2009). Counselors-in-training students' attitudes towards online. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 1(1), 785-788. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2009.01.140>
- Thomassen, T., & Brussel, G. van (2015). *Het e-depot, een horseless carriage Het e-depot, een horseless carriage, een onderzoek naar duurzame toegankelijkheid van digitaal overheidsarchief door middel van e-depotvoorzieningen*. Universiteit van Amsterdam. Opgehaald van [https://scholar.google.nl/scholar?q=Het+e-depot+%2C+een+horseless+carriage&btnG=&hl=nl&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2010&as\\_vis=1](https://scholar.google.nl/scholar?q=Het+e-depot+%2C+een+horseless+carriage&btnG=&hl=nl&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2010&as_vis=1)

## De ideale GGz: met hoofd en hart

Wim Bloemers

**Dit artikel is gebaseerd op een lezing gegeven door Wim Bloemers, psychiater bij Lentis, op 28 november 2009 voor Zorgbelang Groningen, met als titel 'Hoofd en Hart', waarin hij de ideale GGz beschreef. Wim Bloemers kwam in 1978 bij Dennenoord/GGz Groningen werken als jongste psychiater van Nederland. Hij heeft 35 jaar voor GGz Groningen/Lentis gewerkt. In 2013 ging hij met pensioen. Hij was een sociaal psychiater die mijns inziens vooral getypeerd kan worden door authenticiteit en een warme betrokkenheid bij de meest kwetsbare patiënten. Tevens heeft hij jarenlang een grote bijdrage geleverd aan de A-opleiding; tientallen artsen in opleiding kregen zijn steun, feedback en onderwijs. Hij heeft daarmee een hele generatie psychiaters in Noord-Nederland geïnspireerd en opgeleid. Hij overleed onverwacht in mei 2014. Recent kwam een handgeschreven document beschikbaar waarin hij zijn ideale GGz beschrijft. Na overleg met en met instemming van zijn vrouw Marga publiceren we het hier ter eerbetoon en nagedachtenis aan Wim. Dat het ook ter inspiratie mag dienen in deze tijd van grote veranderingen in de GGz.**

Rogier Hoenders

### De ideale GGz

Ik wil u graag vertellen over mijn visie op de ideale GGz. De GGz zou een positief vangnet om de maatschappij moeten zijn. Als je het niet redt als je psychische klachten hebt en je komt er met je omgeving inclusief de huisarts niet goed uit, als je vastloopt in het leven dan moet je kunnen rekenen op de geestelijke gezondheidszorg. Als burger moet je blij zijn dat de GGz er is, maar je hoopt dat je er nooit terecht zult moeten. De GGz is de plek om te begrijpen wat er aan de hand is, dat wil zeggen, met het hoofd. Maar ze hebben ook begrip voor je, je wordt er respectvol en liefdevol ontvangen, dat wil zeggen, met het hart. Ze zijn in de buurt, werken positief samen met andere hulpverleners. Ik neem u nu kort mee door de geschiedenis om te bezien of het ooit zo was. Of moet het ooit zo gaan worden?

### Het begin

De eerste psychiatrische ziekenhuizen werden opgericht door de Christelijke verenigingen. Deze mensen waren gedreven door naastenliefde en richtten instituten op waar kwetsbare mensen met psychiatrische problemen werden opgevangen. Ze werkten vooral vanuit het hart. Het hoofd, een visie en wetenschappelijke theorieën over psychiatrie en ziekten waren er toen nog nauwelijks. Dit was voor mijn tijd.



Hoewel... Bij mijn eerste sollicitatie op Dennenoord eind 1977 werd ik flink aan de tand gevoeld over mijn geloofsovertuiging. Totdat de psycholoog het genoeg vond en zei: 'Zullen we nu ook iets vragen over zijn vakkennis?'

### Medicijnen

Vanaf de jaren 50 kwamen er steeds betere en ook efficiëntere medicijnen, met name de antipsychotica en antidepressiva. In de media hoor je er soms veel kritiek op. Ik wil ze niet verheerlijken maar het lijkt erop dat we als maatschappij zijn vergeten wat een enorme verbetering deze middelen hadden op de psychiatrie van die tijd. Mensen die soms jarenlang depressief psychotisch waren knapten ineens op. Toch kwam er in de jaren 50-60 ook weer kritiek op de psychiatrie. In de jaren 70 leidde dat tot de antipsychiatrie. Niet de patiënt was ziek maar de maatschappij die de mens uitstootte. Er was veel betrokkenheid en passie. Wat ook soms doorschoot in het voorbijgaan aan ziekten. We weten nu beter. Hoewel, de maatschappij die nog steeds mensen uitstoot, kan je toch ook niet helemaal gezond noemen.

### Psychotherapie

Met Freud en zijn opvolgers kwam in de jaren 70 en 80 ook psychotherapie steeds meer in opkomst. Tijdens mijn opleiding miste ik in het begin dit aspect en had ik het gevoel dat er meer te doen was dan allerlei medicamenten voorschrijven. Na langer aandringen bij onze opleider mochten we bij een naburige universiteitskliniek de psychotherapie-opleiding volgen. Tot op de dag van vandaag heb ik daar nog steeds veel plezier van. Weten en aanvoelen wat de ander bedoelt, weten wat het met jezelf doet en welke dingen je juist niet of wel moet zeggen. In die jaren zag je echter wildgroei in psychotherapie. Er kwamen allerlei stromingen met soms tegenstrijdige inzichten en er kwamen ook psychiaters die alleen nog maar psychotherapie deden en nauwelijks meer medisch-psychiatrische kennis hadden. Het leek wel een soort hobbyisme, dat was ook weer een soort van doorschieten.

### Sociale psychiatrie

Tegelijkertijd in de jaren 70 zagen we ook de geboorte van de sociale psychiatrie en de zorgcoördinatie. Opnamevoorkomende strategieën en kortere opnames was de gedachte. Dit wilden de hulpverleners, maar ook de overheid. Ik denk zelf dat deze beweging vooral werd veroorzaakt doordat de behandelingen effectiever werden en doordat patiënten meer gerespecteerd werden en gewoon weer aan het maatschappelijk leven wilden deelnemen. Zo verplaatsten allerlei voorzieningen uit de psychiatrische ziekenhuizen zich naar de steden met als gevolg dat sommige psychiatrische ziekenhuizen niet meer nodig waren, zoals Groot Bronswijk in Wagenborgen.

### Hoofd

Mijn mening is dat de afgelopen jaren veel is verbeterd. Eerst het hoofd. De kennis is aanzienlijk toegenomen en er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan waardoor we weten wat wel en niet werkt. Er is een internationale classificatie van psychiatrische ziekten, zodat we overal in het land en in de wereld weten wat we bedoelen met een bepaalde ziekte. Er zijn nu ook veel voorzieningen in de maatschappij voor mensen met chronische psychiatrische aandoeningen, waardoor de psychiatrische ziekenhuizen minder nodig zijn. Hobbyisme is niet meer mogelijk maar er zijn gelukkig nog wel nieuwe ontwikkelingen, zoals de integrale psychiatrie. Met een goede wetenschappelijke onderbouwing en een solide ondernemingsplan is er van alles mogelijk. De wereld van wetenschappelijk onderzoek groeit nog steeds. Deze is echter vooral gericht op het hoofd, de hersenen en nieuwe medicamenten. Vroeger spraken we over het zogenaamde militair industrieel complex, een belangrijk economisch machtsblok met veel invloed op de maatschappij en de politiek. Geen idee hoe het daar nu mee staat. Maar nu, en zeker in de gezondheidszorg, kan je ook spreken van het farmacologisch industrieel complex. Een belangrijk economisch machtsblok met veel invloed op de gezondheidszorg. Enerzijds is het natuurlijk geweldig dat er zoveel geld en tijd is in de zoektocht naar betere medicijnen en onderzoek naar ernstige ziektes. Anderzijds moet het geld ergens vandaan komen en bestaat ook het risico van overwaardering van psychofarmaca.

Natuurlijk, psychofarmaca hebben een duidelijke invloed op de hersenen en daarmee op ons denken en ons gevoel. Omgekeerd geldt hetzelfde. Psychologische beïnvloeding van ons denken en gevoelsleven leidt weer tot veranderingen in de hersenen. Dit is onomstotelijk vastgesteld en nog sterker, het is niet alleen zo dat onze genen een belangrijke invloed hebben op ons menszijn, omgekeerd blijkt dat ons menszijn invloed heeft op onze genen. Hoe gaan we daar in de praktijk mee om? Keuzevrijheid van de patiënt staat bij mij hoog in het vaandel. U kunt kiezen, een medicijn voor uw klacht of een gerichte psychotherapie van zoveel sessies. Wat wilt u? Of liever een combinatie?

Als iemand rouwt over een overleden geliefde dan geef je daar geen medicijn voor, toch? Als iemand psychotisch is dan bied je niet alleen psychotherapie, toch?

U zult het met mij eens zijn dat je daarmee mensen tekort doet. Dus geen volledige keuzevrijheid. Van de psychiatrie mag je verwachten dat ze een duidelijke richting geeft in de keuze op basis van wetenschappelijk onderzoek. Wat werkt op de korte en lange termijn en is het beste op basis van eenduidige visie. Probeer met zo weinig mogelijk chemische beïnvloeding in je hersenen je klachten en problemen te overwinnen.

### Heden

Wat vinden de burgers tegenwoordig van de psychiatrie? Ik weet uit ervaring dat veel patiënten blij zijn met de geestelijke gezondheidszorg en ons als vangnet. In mijn 32-jarige loopbaan als psychiater ben ik alleen maar optimistischer geworden over onze mogelijkheden, behandelmogelijkheden en opvang. Heel veel mensen heb ik zien verbeteren, vaak met vallen en opstaan en soms gewoon door beperkingen

te accepteren. Toch valt het me steeds op hoe negatief er soms gedacht wordt over de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie. Dat moet me echt van het hart. Enerzijds heeft dit te maken met stigma wat aan ons kleeft. Dit heeft te maken met onbekendheid en de neiging van mensen om zich af te keren en zich af te sluiten van menselijk leed. Het kan ook zeker te maken hebben met de mogelijkheid van de psychiatrie om mensen onvrijwillig met dwang te behandelen. Gesloten inrichtingen, separeren en gedwongen injecties. Ik weet uit ervaring dat als het op een goede manier gebeurt mensen er dankbaar voor zijn. Dat er is ingegrepen in een situatie die schadelijk was. Juist wanneer mensen volledig de controle kwijt zijn. Een aantal keren heb ik jaren later een patiënt die het nu goed maakt ernaar gevraagd hoe ze het vonden om gedwongen opgenomen te zijn geweest. Een aantal keren hoorde ik, heel vervelend maar het had eerder moeten gebeuren. Een andere reden voor ons negatieve imago zou ook zijn dat we fouten maken en vooral fouten in onze bejegening. Elke fout in dat opzicht komt hard aan omdat de problematiek erg gevoelig is en mensen kwetsbaar zijn.

Met de toegenomen kennis over de verschillende psychiatrische ziekten en problemen is de geestelijke gezondheidszorg steeds meer georganiseerd in zorgprogramma's, bijvoorbeeld angst, depressie of psychose. Elk zorgprogramma heeft een specifieke indicatie maar ook contra-indicatie. Er zijn dus patiënten, zo is te voorspellen, die vanwege hun unieke problematiek dreigen buiten de boot te vallen. En dat gaat vaak om mensen met ernstige problemen. Een goede ontwikkeling in Groningen zijn de zogenoemde wijkgerichte teams van Lentis, de FACT teams. Speciaal bedoeld voor mensen met complexe problematiek.

### Marktwerving

Tja, je kan wel een ideale GGz willen maar wil de overheid dat ook? Wat mij betreft niet als je de marktwerving in de zorg stimuleert. In mijn ideaalbeeld behoor je met een gezamenlijke verantwoordelijkheid er samen aan te werken dat burgers optimale zorg krijgen. Bundelen van krachten en gezamenlijkheid is belangrijk. Concurrentie maakt dat onmogelijk. Om die marktwerving te bevorderen wordt er geld onttrokken aan de reguliere GGz om privé-initiatieven te bevorderen. En u moet echt niet denken dat die nieuwe praktijken zich bezighouden met complexe problemen. Dus u kunt raden wie van deze ontwikkeling de dupe zijn. Ik wil u echter niet het idee geven dat het alleen maar slechter gaat. Ik heb de ontwikkeling van de FACT teams gezien en ik wil ook noemen dat er goede ontwikkelingen zijn van het zorgprogramma Psychose in de stad Groningen. Het UCP en Lentis zijn ook altijd bezig om de zorg voor mensen met psychotische aandoeningen in de provincie Groningen te verbeteren en daar kunnen we in Groningen trots op zijn.

### Hart

Hoe zit het met onze betrokkenheid en begrip? Ik was 32 jaar geleden net psychiater en had een gesprek met mijn naaste collega's over de identiteit van de psychiater. Met overtuiging bracht ik naar voren dat we er vooral waren om mensen te helpen. Dit viel niet in goede aarde, we waren er om diagnostiek en misschien behandeling

te bedrijven, maar niet voor alles bestond een behandeling. Ik denk er nog steeds zo over en ik weet zeker dat mijn huidige collega's, althans dat meen ik, het met me eens zijn. Vroeger was het de drijvende kracht van de Christelijke naastenliefde, en nu? Veel van u hebben denk ik recent het tv-programma gezien waarin allerlei psychiaters vertellen waarom ze psychiater zijn geworden, hoe ze het vak uitoefenen (kijken in de ziel). Ik heb het niet gezien maar ik begreep dat er grote verschillen waren tussen de psychiaters, ook wat betreft de persoonlijke motieven, normen en waarden. In de praktijk zouden we daar wat meer met elkaar over moeten praten. Laat ik u nu maar vertellen hoe ik zelf de relatie tussen hoofd en hart zie en probeer dit in de praktijk uit te oefenen. Daarvoor heb ik drie woorden: Hoop, Wonderen en Zoektocht.

### Hoop

Heel vaak ervaar ik bij patiënten gebrek aan hoop, of nog erger wanhoop. Een eerste belangrijke stap vind ik om weer hoop te creëren. Iemand serieus nemen, je intentie om je in te zetten, informatie geven over behandelmogelijkheden creëert hoop. Daarin moeten we reëel zijn, want we mogen patiënten geen valse hoop geven. Tegelijk moeten we ze ook geen valse hopeloosheid geven en blijven zoeken naar mogelijkheden tot verbetering van de situatie.

### Wonderen

Als hulpverlener moeten we blijven beseffen dat we slechts een van de mensen zijn die de patiënt beïnvloeden. Een schakeltje in het groter geheel. Maar ook is het mogelijk dat soms in een ontmoeting een wonder gebeurt. Een plotselinge verbetering die we soms achteraf kunnen verklaren maar soms ook niet. Bijvoorbeeld een vrouw, chronisch depressief, dwanggedachten, wil de behandeling volgen via de richtlijn, opbouw van medicatie met boze echtgenoot, ging voorheen naar alternatieve genezers. Keuze van patiënt was voor behandeling. Knapte geweldig op, ging scheiden en vertelde voor het eerst over de vernedering binnen haar huwelijk. Bleef goed gaan ook toen ze enige tijd heeft afgebouwd. Was het de medicatie? Het hoofd? Het mij als doorzetter? Of was het de persoonlijke keuze om voor zichzelf te kiezen en zich niet meer te laten vernederen door haar man?

### Zoektocht

Een behandeling betekent vaak een zoektocht. Je gaat aan de slag, soms weet je niet wat je moet doen. Vallen en opstaan. Behandeling bijstellen, diagnose herzien, geduldig blijven, hoop houden, omdat je uit ervaring weet dat het altijd beter kan. Respecteren als patiënten zich ook laten behandelen door hulpverleners met alternatieve methodieken. Streef naar samenwerking.

Kortom als je mensen echt wil helpen, gebruik je hart en gebruik je hoofd. Zo moet de ideale GGz er wat mij betreft uit zien.

## Psychomotorische therapie en agressieregulatie bij eetstoornissen: gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek en instrument ontwikkeling

Cees Boerhout

**Op 6 november 2017 promoveerde Dr. Cees Boerhout op zijn proefschrift getiteld: *Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders; evidence-based treatment and performance-based measurement*, aan de Rijksuniversiteit van Groningen. Cees werkte voorheen als psychomotorisch therapeut bij Lentis. Sinds 2016 werkt hij bij het Universitair Centrum Psychiatrie in Groningen als hoofd van de psychomotorische therapie, beeldende therapie en arbeidstherapie/trajectbegeleiding. Het lukte hem om naast zijn klinische werk in samenwerking met mensen van o.a. Lentis, de Rijksuniversiteit Groningen en het Rob Giel Onderzoekcentrum (RGOc) een onderzoekslijn te ontwikkelen en af te ronden. Deze inspanning is van groot belang, voor de patiëntenzorg, maar ook voor onderbouwing van de psychomotorische therapie. Op verzoek van de redactie van GGzet Wetenschappelijk werkte hij de samenvatting van het proefschrift om tot dit artikel over de hoofdlijnen van zijn proefschrift. Via de links in dit artikel is illustrerende informatie beschikbaar en een link naar het gehele proefschrift (red).**

### Introductie

Dit artikel beschrijft de hoofdlijnen van het proefschrift *Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders: Evidence-based treatment and performance-based measurement*.<sup>1</sup>

Psychomotorische therapie (PMT) is een eclecticische lichaams- en bewegingsgerichte therapie waarnaar veel verwezen wordt voor diagnostiek en behandeling van agressieproblematiek.<sup>2</sup> Agressie is te beschouwen als gedrag dat voortkomt uit woede-gerelateerde emoties, cognities, beelden en impulsen, in gradaties van lichte irritatie tot blinde razernij. Regulatie van dit complexe samenspel is aandachtspunt bij veel psychiatrische problematiek. Bij Lentis is begin 2000 een PMT module agressieregulatie ontwikkeld voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en patiënten met een eetstoornis. De praktijk leverde aanwijzingen op dat PMT functionele expressievaardigheden oplevert voor onderdrukte en op zichzelf gerichte woede en agressie. Een pilotstudie naar het effect van deze module in samenwerking met het RinG (voorloper van Lentis Research) leverde positieve bevindingen op bij patiënten die hun woede overmatig internaliseren.<sup>3</sup> De roep om een gerichte en onderbouwde interventie voor deze problematiek bij eetstoornissen vormde de aanleiding voor een promotieonderzoek.

Het Rob Giel Onderzoekcentrum (RGOc) van het Universitair Centrum voor Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen, ondersteunde bij het ontwerp van het promotieonderzoek en de uitgevoerde analyses. Het promotieteam bestond uit prof. dr. Wijbrand Hoek (Rijksuniversiteit Groningen/Parnassia Academie Den Haag/Columbia University New York), prof. dr. Durk Wiersma (RGOc, tot zijn emeritaat in 2011), dr. Joeske van Busschbach (RGOc/Hogeschool Windesheim Zwolle) en dr. Marte Swart (Lentis Research).

Het proefschrift bestaat uit twee delen. Het eerste deel is een vervolg op het pilotonderzoek en presenteert de uitkomsten van twee gerandomiseerde en gecontroleerde studies (RCTs) uitgevoerd bij Lentis PsyQ Groningen en GGNet Amarum Zutphen. Het design van deze studies sluit aan bij de beoogde status van 'evidence-based treatment' voor de PMT, zoals vereist door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.<sup>4</sup> Het onderzoek volgt de GGZ Onderzoeksagenda<sup>5</sup> en de Europese onderzoeksrichtlijnen (ROAMER<sup>6</sup>) waar het gaat om innovatie van behandeling en 'empowerment' van patiënten. Regulatie van gevoel en gedrag met behulp van lichaams- en bewegingsgerichte interventies is tevens een onderzoekslijn binnen het Lectoraat Beweging, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim in Zwolle.<sup>7</sup> De Werkveldgroep Eetstoornissen van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie promoot onderzoek naar lichaamservaring, bewegingsgedrag en emotieregulatie, waaronder agressieregulatie. De werkveldgroep is als Special Interest Group ingebed in de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen ter profilering van PMT als vaktherapie voor deze doelgroep (zie ook NAE Masterclass 2016 <https://vimeo.com/157909611>). Het tweede deel van het proefschrift bestaat uit de introductie van een meetmethode voor agressieregulatie gebaseerd op fysieke kracht in armen en benen en stemexpressie, genaamd de Methode voor Stamp Stoot Stem (MSSS). De methode dient ter aanvulling op het gebruik van vragenlijsten die gevoelig zijn voor bias, waaronder sociaal wenselijk invulgedrag. Het proefschrift beschrijft het instrumentarium en de methode en presenteert de bevindingen van een exploratieve studie naar de betrouwbaarheid en validiteit. De MSSS is ontworpen in samenwerking met het Centrum voor Bewegingswetenschappen en de Facultaire Technische Dienst van de Faculty of Science and Engineering, RU Groningen.

### De PMT module agressieregulatie bij eetstoornissen

Eetstoornissen vormen een groot gezondheidsrisico. De mortaliteitscijfers zijn hoog, met name bij patiënten met anorexia nervosa.<sup>8-10</sup> De nieuwe DSM-5 onderscheidt drie typen eetstoornissen: anorexia nervosa, bulimia nervosa en, toegevoegd als officiële diagnose, de eetbuistoornis. Twee resterende categorieën zijn: OSFED (other specified feeding or eating disorder) en USFED (unspecified feeding or eating disorder).<sup>11,12</sup>

Onderzoek laat zien dat eetgestoord gedrag kan worden opgevat als zelfdestructief gedrag dat voor een groot deel gerelateerd is aan onderdrukte en op zichzelf gerichte woede en agressie.<sup>13,14</sup> De PMT module agressieregulatie komt tegemoet aan de vraag naar een specifieke interventie om patiënten hier anders mee te leren omgaan.<sup>15</sup>

Het semigestructureerd protocol bestaat uit 6 sessies voor twee patiënten. De deelnemers leren agressie herwaarderen als een positief, relationeel en lichamelijk fenomeen (zie elevator pitch op het Lentis Research congres 2013: <https://www.youtube.com/watch?v=pLMHjSQYu6A>).

Het primaire doel van de interventie is het ombuigen van destructieve naar constructieve agressie: niet gericht tegen zichzelf of als afweer naar anderen, maar gericht tegen de eetstoornis ('Mevr. Anorexia': zie <https://www.youtube.com/watch?v=oAnzrw5ySEI>). Constructieve agressie dient ter ondersteuning van een lijflijk ervaren basis voor bestaansrecht, waarbij woede niet gezien wordt als 'negatieve' emotie, maar een bron van kracht. Het gaat om doorbreken van taboes; het oefenen van balans tussen internalisatie en externalisatie van woede; het bevorderen van regie over timing en intensiteit van agressie; het verbeteren van coping-strategieën.

In de werkwijze wordt methodisch gebruik gemaakt van slag-, stoot-, werpmateriaal; duw-, trek-, stem- en stoeivormen; rollenspel; symbolische werkvormen, zoals de 'agressiestraat', waarin met knuppel in de hand de confrontatie wordt aangegaan met oude en actuele lasten die een bedreiging vormen voor herstel.<sup>15</sup> De oefenruimte kan worden onderverdeeld in een gedeelte waar de lading mag oplopen (o.a. met bokszak) en een gedeelte waar de lading kan zakken (met ontspanningsvormen). De lichaams- en bewegingsgerichte werkwijze van PMT sluit aan bij de drang om te handelen of te schreeuwen die bij woede en agressie hoort. De werkwijze sluit bovendien aan bij de preoccupatie met het lichaam die zo kenmerkend is voor eetstoornisproblematiek.

Thema's die aan bod komen betreffen afstand en nabijheid (agressie als territoriumbegrip), directe en indirecte agressie, verbale en non-verbale agressie, 'geven en nemen' van agressie, angst voor controleverlies, agressie en walging van het eigen lichaam,<sup>16</sup> trauma-gerelateerde dynamieken (dader-slachtoffer-redder), genderspecifieke aspecten, relativeren van de last en die bij de ander laten.

De therapeutische benadering van PMT is eclectisch en bevat onder meer elementen van cognitieve gedragstherapie: blootstellen aan prikkels die de lading laten oplopen (*exposure*), bieden van gedragsalternatieven (responspreventie), uitdagen en herwaarderen van disfunctionele cognities over agressie en lichaamsbeeld,<sup>17</sup> des-identificeren van de eetstoornis, oefenen met nieuw gedrag. Patiënten krijgen een logboek mee voor huiswerk.

Uitgangspunt is de relationele benadering binnen PMT: net zoals iemand geen lichaam 'heeft', maar lichamelijk 'handelt' in een netwerk van betekenisrelaties, zo 'heeft' iemand geen agressie (en kan die dus ook niet 'kwijt raken' door catharsis), maar 'handelt' agressief (al of niet functioneel) in een relationeel netwerk.<sup>3, 15, 18</sup>

Het relationele spanningsveld bij zowel eetproblematiek als agressieregulatieproblematiek bestaat uit enerzijds angst voor verlies van verbinding en anderzijds de behoefte aan autonomie.<sup>3</sup> Uitdaging binnen de therapeutische relatie is het tentatief benutten van dit spanningsveld, inclusief het kunnen hanteren van de eigen agressiehuishouding door de therapeut. Zo kan de module bijdragen aan het tackelen van moeilijke emoties, cognities en gedragingen, die gerelateerd zijn aan woede en agressie en een rol kunnen hebben in het blokkeren van het hele behandelproces.

## Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van de PMT module agressieregulatie

In de eerste RCT binnen de PsyQ polikliniek eetstoornissen van Lentis kregen 40 opeenvolgende deelnemers door loting de agressiemodule plus ondersteunend contact toegewezen, of werden ingedeeld bij een controlegroep met alleen ondersteunend contact.<sup>19</sup> Een andere psychomotorisch therapeut dan in de pilotstudie bood de module aan. Deelnemers vulden vragenlijsten in over het omgaan met woede (Self Expression and Control Scale<sup>20</sup>) en over eetstoornispathologie (Eating Disorder Examination Questionnaire<sup>21</sup>). Van 29 deelnemers is een voor- en nameting, waarvan 15 de module hebben gevolgd. Onafhankelijke t-toetsen zijn uitgevoerd op de verschillen tussen de scores voor en na de module. Op baseline waren geen significante verschillen tussen beide condities, noch op patiëntkarakteristieken noch op kenmerken van het behandelaanbod. Het resultaat wees uit dat deelname aan de module leidde tot een grotere reductie van geïnternaliseerde woede ( $p=0.03$ ,  $d=0.78$ ) en een grotere verbetering in eetstoornispathologie ( $p=0.02$ ,  $d=0.76$ ). Ondanks geringe power door de kleine steekproef waren de resultaten significant, wat duidt op robuuste bevindingen. De patiënttevredenheid was hoog.

De tweede studie betrof een RCT, met wel voldoende power, uitgevoerd bij twee centra voor deeltijdbehandeling voor mensen met een eetstoornis: Lentis PsyQ eetstoornissen in Groningen en GGNet Amarum te Zutphen.<sup>22</sup> Er konden 70 deelnemers worden ingedeeld bij de gebruikelijke behandeling plus de module agressieregulatie of bij alleen de gebruikelijke behandeling. De gebruikelijke behandeling bestond uit een multidisciplinair programma van 3–5 dagen per week, 3–9 maanden lang. De deelnemers vulden dezelfde vragenlijsten in als bij de eerste RCT. Op baseline werden geen verschillen gemeten tussen beide condities, ook niet afzonderlijk gemeten per site. Het enige significante verschil tussen beide sites bestond uit een hogere beginwaarde op internalisatie van woede bij Amarum. Het verschil in scores voor en na de module is getest met behulp van ANOVA voor herhaalde metingen. De resultaten lieten een grotere afname zien van internalisatie van woede in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep ( $p=0.001$ ,  $\eta^2=0.16$ ). Dit verschil bleef significant bij controle voor het baselineverschil op internalisatie tussen beide sites. Beide groepen lieten een afname zien in eetstoornispathologie, maar zonder significant verschil tussen de groepen. Dit gebrek aan verschil was mogelijk toe te schrijven aan het intensieve programma gericht op de eetproblematiek voor beide groepen. De patiënttevredenheid was wederom hoog.

In beide trials bleek agressieregulatie door PMT een waardevolle bijdrage te leveren aan omgaan met woede voor patiënten met een eetstoornis, waarbij in de poliklinische trial ook de eetstoornispathologie meer verbeterde in de interventiegroep. Een kracht van beide studies is dat het reguliere behandelproces werd gevolgd, inclusief reorganisaties, hetgeen bijdraagt aan de validiteit en generaliseerbaarheid van de uitkomsten. De behandel drop-out was laag. Een beperking van de studies was het ontbreken van voldoende follow-up data om een indruk te kunnen krijgen van de stabiliteit van het effect op langere termijn en een mogelijk versnellende werking van de module op het totale behandelproces. Patiënten in beide studies adviseerden het aantal sessies uit te breiden.

Een limitatie van het gebruik van vragenlijsten, zeker bij het meten van woede en zeker bij een internaliserende doelgroep, is sociaal wenselijk invulgedrag, ontkenning van woede, dan wel een gebrekkig bewustzijn van (lichaam)signalen zoals bekend bij eetstoornissen.<sup>23-25</sup> Bovendien, een retrospectieve evaluatie van woede meet nog niet de actuele omgang met woede en agressie. Daarvoor zijn aanvullende gedragsmaten nodig op het moment zelf. Hier liggen opnieuw kansen voor de PMT, zoals in het tweede deel van het proefschrift is uitgewerkt.

### Ontwikkeling van een meetinstrument voor agressieregulatie: de Methode voor Stamp Stoot Stem

Het proefschrift introduceert een nieuwe psychomotorische meetmethode voor gecontroleerde expressie van woede, genaamd de Methode voor Stamp Stoot Stem (MSSS). De methode beoogt te voorzien in de behoefte aan een gedragsmaat voor woede en agressie. De uitvoering is gebaseerd op het leveren van kracht met armen en benen en met de stem. Gemeten wordt de impact van het stampen op een zelf ontworpen krachtplaat, het stoten tegen een bokszak en het roepen in een microfoon ('HAA') met op- en aflopende krachtniveaus. Onderzoek naar lichaamsgedrag als maat voor emotie is relatief schaars<sup>26</sup> en laat een complexe relatie zien tussen fysieke kracht en regulatie van woede-expressie en -inhibitie.<sup>27-30</sup>

De MSSS staat voor de drang om te handelen of te schreeuwen die bij agressie hoort, zoals te zien in het wilde gedrag van peuters bij een woedeaanval in de supermarkt. Bij woede hoort een onderliggende 'action readiness': een oer-emotie, een drijfveer onder een emotionele drang of actie-tendens die getriggerd kan worden door stimuli of door 'self-produced movements'.<sup>31</sup> De MSSS verschaft een fysieke gedragsmaat als aanvulling op vragenlijsten die vaak onderhevig zijn aan bias. Twee hoofdstukken van het proefschrift beschrijven het resultaat van een exploratieve studie naar de MSSS onder 104 studenten.

Het eerste deel gaat over de interne structuur en de betrouwbaarheid van de MSSS. De uitgevoerde testen leverden correlaties op tussen oplopende en aflopende krachtniveaus (25-50-75-100-75-50-25% kracht) binnen elke subtest en correlaties tussen de drie subtesten (Stamp, Stoot en Stem). De interne consistentie van elk van de drie subtesten was uitstekend en de test-hertest betrouwbaarheid hoog.

Het tweede deel van de studie behandelt de validiteit van de MSSS. Hierbij gaat het om correlaties tussen de krachtparameters (de verschillende gemeten krachtniveaus) en het omgaan met woede: de mate van internaliseren, externaliseren, controle over internaliseren en controle over externaliseren van woede (gemeten met de Self Expression and Control Scale<sup>20</sup>). Het testdesign ging uit van de mogelijke appèlwaarde van de MSSS, dus zonder vooraf woede op te roepen bij de deelnemers. Visuele inspectie van de resultaten liet een aantal correlaties zien tussen niveaus van krachttuioefening en woede coping. Stemexpressie bleek de meest sensitieve indicator: hoe sterker de expressie, hoe minder er sprake was van *internalisatie* van woede. Dit gold zowel mannen als vrouwen. Vrouwen lieten niet alleen op internalisatie een patroon zien: meer stemvolume was geassocieerd met meer *externalisatie* van woede, minder stemvolume met meer *controle* over woede. De Stoot subtest liet de zwakste correlaties zien. Vervolgens is een meer robuuste vergelijking gemaakt tussen twee groepen deelnemers die een internaliserende

versus externaliserende coping-stijl hadden. Internaliseerders scoorden hoger op internalisatie dan op externalisatie van woede, externaliseerders vice versa. Deelnemers die ongeveer even hoog scoorden op beide schalen werden niet meegenomen bij de indeling. De correlaties van coping-stijlen met op- en aflopende krachtniveaus zijn apart berekend voor mannen en vrouwen. De resultaten bevestigden de eerdere waarnemingen. Er was een opvallende trend te zien dat internaliserende vrouwen en mannen minder kracht ontwikkelen dan externaliserende deelnemers, met name bij de Stem subtest.

### Discussie

#### *De module agressieregulatie bij eetstoornissen*

Het proefschrift benadrukt in de *general discussion* het belang van herwaarderen van woede en agressie als startpunt van een effectieve copingstrategie. Ook wordt ingegaan op de betekenis van wat er gemeten is. Ten slotte is een elektronische brief opgenomen die gepubliceerd is in het *British Journal of Psychiatry*, aansluitend bij een discussie of agressie moet worden behandeld in de gezondheidszorg of ieders eigen verantwoordelijkheid moet zijn.<sup>32</sup> De stelling is dat agressieproblematiek wel degelijk in de zorg thuis hoort ter ondersteuning van de last die patiënten en hun omstanders ondervinden en juist ook ter ondersteuning van de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun gedrag.

De PMT module agressieregulatie is inmiddels als interventie opgenomen in het hoofdstuk over Vaktherapie in de nieuwe Zorgstandaard Eetstoornissen (<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>). De aanbeveling is dat de gerandomiseerde studies naar de effectiviteit van de module herhaald worden in verschillende behandelsettings. Onderzoek bij meer homogene groepen kan zicht geven op mogelijke verschillen in effectiviteit, bijvoorbeeld tussen mensen met anorexia nervosa en bulimia nervosa. Meer diverse uitkomstmaten zijn nodig, bijvoorbeeld over lichaamsbewustzijn, evenals studies naar de langere-termijn effecten en werkingsmechanismen.

#### *De Methode voor Stamp Stoot Stem*

In de discussie komt naar voren dat de constructie van de MSSS nog in ontwikkeling is. Mogelijk kan het stabiliseren van de bokszak, geplaatst op een verzwaarde voet, van invloed zijn op het vinden van correlaties. De MSSS is nog niet getest bij patiënten. Zowel internaliserende als externaliserende agressieproblematiek komt in aanmerking. De aanzet voor ontwikkeling van de MSSS is gegeven vanuit het werkveld van de eetstoornissen, maar het doortesten kan in meerdere settings plaatsvinden, waaronder de forensische psychiatrie. Behalve als diagnostisch middel kunnen de taakopdrachten van de MSSS toegepast worden als therapeutische interventiemethode in de klinische praktijk, met name voor het gecontroleerd leren op- en afbouwen van expressie. Vervolgonderzoek is nodig naar de toepasbaarheid van de MSSS als een psychomotorische gedragsmaat voor agressieregulatie voor klinische en experimentele doeleinden.

## Internet

Het proefschrift is te vinden op: [https://www.rug.nl/research/portal/publications/psychomotor-therapy-and-aggression-regulation-in-eating-disorders\(9f49f72e-8770-4c08-b347-b43894cb2d0f\).html](https://www.rug.nl/research/portal/publications/psychomotor-therapy-and-aggression-regulation-in-eating-disorders(9f49f72e-8770-4c08-b347-b43894cb2d0f).html)

## Dankbetuiging

Ik verwijs graag naar het dankwoord van het proefschrift dat laat zien dat het welslagen van het traject is meegedragen door de gewaardeerde en onmisbare inzet van velen!

## Referenties

- 1 Boerhout C. Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders: Evidence-based treatment and performance-based measurement. Dissertation, University of Groningen, Groningen, the Netherlands, 2017.
- 2 Kuin F. Op tijd stoppen. In: De Lange J, Bosscher RJ, editors. Psychomotorische therapie in de praktijk. Nijmegen: Cure & Care Publishers; 2005. p.43-68.
- 3 Boerhout C. Psychomotorische therapie en agressieregulatie; een pilotonderzoek. Tijdschr Vakther 2007; 2: 11-18.
- 4 Borgesius E and Visser E. Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ. Diemen: Zorginstituut Nederland, Sector Zorg, 2015.
- 5 Directie Curatieve Zorg. Onderzoeksagenda GGz: de juiste behandeling op het juiste moment. Bijlage bij Kamerbrief 02-03-2016. Report no. kenmerk 934616-148035-CZ. Den Haag: Ministerie van VWS, 2016.
- 6 Forsman AK, Wahlbeck K, Aarø LE, et al. Research priorities for public mental health in Europe: recommendations of the ROAMER project. The European Journal of Public Health 2015; 25: 249-254.
- 7 Van Busschbach J. Bewegen en bewogen worden; over interventies en onderzoek in de psychomotorische therapie. Zwolle: Windesheimreeks Kennis en Onderzoek 2013; 47.
- 8 Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry 2011; 68: 724-731.
- 9 Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry 2006; 19: 389-394.
- 10 Smink FR, Van Hoeken D and Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Curr Psychiatry Rep 2012; 1-9.
- 11 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- 12 Hoek HW and van Elburg AA. Voedings- en eetstoornissen in the DSM-5. Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 187-191.
- 13 Krug I, Bulik CM, Vall-Llovera ON, et al. Anger expression in eating disorders: Clinical, psychopathological and personality correlates. Psychiatry Res 2008; 161: 195-205.
- 14 Truglia E, Mannucci E, Lassi S, et al. Aggressiveness, anger and eating disorders: a review. Psychopathology 2006; 39: 55-68.
- 15 Boerhout C, van Busschbach JT, Wiersma D, et al. Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders. Body Mov Dance Psychother 2013; 8: 241-253.
- 16 Fox JR and Harrison A. The relation of anger to disgust: The potential role of coupled emotions within eating pathology. Clin Psychol Psychother 2008; 15: 86-95.
- 17 Boerhout C. Het lichaam in beeld: voor de spiegel en op de video. GGZ Wetenschappelijk 2004; 8: 27-35.
- 18 Roffman AE. Is anger a thing-to-be-managed? Psychother Theor Res Pract Train 2004; 41: 161-171.
- 19 Boerhout C, Swart M, Van Busschbach JT, et al. Effect of aggression regulation on eating disorder pathology: RCT of a brief body and movement oriented intervention. European eating disorders review 2016; 24: 114-121.
- 20 Van Elderen T, Maes S, Komproe I, et al. The development of an anger expression and control scale. Br J Health Psychol 1997; 2: 269-281.
- 21 Fairburn CG and Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. Int J Eat Disord 1994; 16: 363-370.
- 22 Boerhout C, Swart M, Voskamp M, et al. Aggression Regulation in Day Treatment of Eating Disorders: Two-Centre RCT of a Brief Body and Movement-Oriented Intervention. Eur Eat Disord Rev 2017; 25: 52-59.
- 23 Bartz AE, Blume NE and Rose J. Gender differences in self-report measures of anger: The role of social desirability and negative affect. J Soc Behav Pers 1996; 11: 241-253.
- 24 Fassino S, Daga GA, Pierò A, et al. Anger and personality in eating disorders. J Psychosom Res 2001; 51: 757-764.
- 25 McEwan TE, Davis MR, MacKenzie R, et al. The effects of social desirability response bias on STAXI-2 profiles in a clinical forensic sample. Br J Clin Psychol 2009; 48: 431-436.
- 26 Mauss IB and Robinson MD. Measures of emotion: A review. Cogn Emot 2009; 23: 209-237.
- 27 Beatty GF, Fawver B, Hancock GM, et al. Regulating emotions uniquely modifies reaction time, rate of force production, and accuracy of a goal-directed motor action. Hum mov sci 2014; 33: 1-13.
- 28 Davis PA, Woodman T and Callow N. Better out than in: The influence of anger regulation on physical performance. Pers Ind Dif 2010; 49: 457-460.
- 29 Marsh AA, Ambady N and Kleck RE. The effects of fear and anger facial expressions on approach-and avoidance-related behaviors. Emotion 2005; 5: 119-124.
- 30 Coombes SA, Naugle KM, Barnes RT, et al. Emotional reactivity and force control: The influence of behavioral inhibition. Hum mov sci 2011; 30: 1052-1061.
- 31 Frijda NH and Parrott WG. Basic emotions or ur-emotions? Emotion Rev 2011; 3: 406-415.
- 32 Boerhout C, Van Busschbach JT, Wiersma D, et al. Re: Re: Do we need to treat aggression? Br J Psychiatry 2011; 198: may 2011.

## Onderzoek naar de therapeutische relatie: golden oldie of toekomstmuziek?

Jojanneke Bruins, Jorien van der Velde, Miriam Tolsma, Philippe Delespaul, Stynke Castelein

### Inleiding

In verschillende richtlijnen en zorgstandaarden wordt benadrukt dat het voor het effect van de behandeling van patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) belangrijk is om te investeren in een goede therapeutische relatie. Toch is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar hoe je een goede therapeutische relatie met EPA-patiënten opbouwt en in stand houdt.

EPA-patiënten kunnen door hun klachten een lagere kwaliteit van leven ervaren, hun baan verliezen en/of sociaal en emotioneel geïsoleerd raken<sup>1-3</sup>. In dit licht is het belangrijk om hen goede psychosociale zorg te bieden. Hoewel het aantal kwalitatief hoogwaardige studies hiernaar beperkt is, wordt in een meta-analyse van 24 studies bijvoorbeeld gesuggereerd dat psychosociale interventies een positief effect hebben op het sociaal functioneren van EPA-patiënten<sup>4</sup>. Echter, de positieve effecten van psychosociale interventies kunnen niet enkel verklaard worden door therapie-specifieke factoren; de therapeutische relatie tussen hulpverlener en cliënt blijkt een belangrijke *aspecifieke* verklarende factor te zijn<sup>5</sup>.

### Therapeutische relatie

De therapeutische relatie kan omschreven worden als *de emotionele band en samenwerking tussen hulpverlener en cliënt*. In een goede therapeutische relatie bepalen zij samen welke therapiedoelen in de behandeling worden nagestreefd en welke stappen er gezet zullen worden om deze doelen te bereiken<sup>6,7</sup>. Echter, door de slechte ervaringen van EPA-patiënten in het verleden, hun wantrouwen of hun persoonlijkheidsproblematiek is de therapeutische relatie tussen behandelaars en EPA-patiënten vaak minder sterk<sup>8,9</sup>.

### Wetenschappelijke evidentie

De afgelopen decennia is in verschillende wetenschappelijke studies aangetoond dat een goede therapeutische relatie vaak samengaat met een vermindering van klinische symptomen bij EPA-patiënten<sup>7,10-13</sup>. De meeste studies waarin een verband is aangetoond tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en de behandeluitkomsten zijn cross-sectioneel. Uit een aantal longitudinale studies met meerdere meetmomenten blijkt dat EPA-patiënten die een goede therapeutische relatie hebben met hun behandelaar minder last hebben van (ernstige) klinische symptomen en dat zij meer therapie sessies bezoeken<sup>14</sup>. Bij hen lijkt de therapeutische relatie meer invloed te hebben op de klinische uitkomsten dan de behandelvorm (i.e.

cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke psychotherapie of farmacotherapie)<sup>15</sup>. Dat de therapeutische relatie van groot belang is voor EPA-patiënten wordt dus ondersteund door wetenschappelijk onderzoek.

### Betekenisvolle contacten

Het belang van de therapeutische relatie wordt in de psychiatrie al sinds de tijd van Freud onderstreept en dat belang wordt nog altijd onderkend.<sup>7,16,17</sup> In de Nederlandse ggz lag de focus de afgelopen decennia op behandelingen waarvan de werkzaamheid is bewezen (*evidence based* interventies). Dit heeft een grote kwaliteitsverbetering van de zorg opgeleverd, maar we moeten ons realiseren dat de behandelingen worden gegeven door mensen en dat therapeutische interventies hiermee een interpersoonlijke interactie zijn. EPA-patiënten doorlopen veelal langdurige behandel- en begeleidingstrajecten en zij wijzen de behandelaar vaak aan als de belangrijkste persoon in hun leven<sup>18</sup>. De meerderheid van hen heeft in het verleden een of meerdere trauma's meegemaakt<sup>19</sup>. Voor deze patiëntengroep is het daarom essentieel om te investeren in betekenisvolle contacten; en zo gezien verdient een goede, zorgvuldig opgebouwde therapeutische relatie veel aandacht. Dat kan traumatische contactervaringen uit het verleden corrigeren en een goede therapeutische relatie kan ertoe bijdragen dat betrokkenen zich weer durven te engageren in een sociale omgeving. Ook initiatieven als de 'Nieuwe GGZ!', het landelijke rapport 'Over de Brug', de beweging 'Hart voor de GGZ', het werk van Andries Baart (de presentie benadering) en de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie onderstrepen dat het investeren in een goede therapeutische relatie essentieel is voor een succesvolle behandeling, begeleiding en ondersteuning van EPA-patiënten<sup>20-24</sup>.

### Kennishiaten

Investeren in de therapeutische relatie is gemakkelijker gezegd dan gedaan, want hoe bouw je een goede therapeutische relatie op met EPA-patiënten en hoe zorg je dat deze relatie in het langdurige behandeltraject ook goed blijft, dat het vertrouwen van de patiënt wordt hersteld en dat diens weerbaarheid groeit? Concrete, praktische handvatten voor hulpverleners ontbreken in de bovengenoemde richtlijnen en initiatieven. In eerder onderzoek is wel gekeken naar factoren die bijdragen aan de therapeutische relatie met EPA-patiënten. Deze studies toonden aan dat de kwaliteit van de therapeutische relatie geassocieerd wordt met o.a.: behandeltrouw, de ernst van de klinische symptomen, het inzicht in de eigen stoornis en klachten, het psychosociale functioneren van de EPA-patiënt en met de (voor)oordelen, persoonlijkheid en toegankelijkheid van zowel de hulpverlener als de EPA-patiënt<sup>25-29</sup>. Het blijft echter onduidelijk of goede therapeutische relaties het gevolg zijn van deze factoren, óf dat deze factoren door een goede therapeutische relatie worden veroorzaakt; stimuleert een open en toegankelijke houding de opbouw van een goede therapeutische relatie, of is een patiënt waarmee een goede therapeutische relatie is aangelegd eerder geneigd om zich toegankelijk op te stellen? Voor het beantwoorden van dergelijke vragen moet meer kennis worden opgedaan van

strategieën die gericht zijn op het opbouwen van een goede therapeutische relatie en de optimalisatie van de zorg aan EPA-patiënten.

#### Golden Oldie of toekomstmuziek?

Een uitstapje naar de muziek: de Britse muziekband Queen heeft met het nummer *Bohemian Rhapsody* al eens aangetoond dat het integreren van verschillende muziekstijlen (opera, pop) nieuwe, vooruitstrevende muziek kan opleveren. Zo zou je ook kunnen stellen dat een goede therapeutische relatie verschillende psychologische mechanismen integreert.

Er is dan ook veel vraag naar kennis over de mechanismen die bijdragen aan het opbouwen en vasthouden van een goede therapeutische relatie en aan moderne, eigentijdse zorg in de klinische praktijk. Met name de paradoxale aard van de therapeutische relatie vraagt om meer kennis: voor EPA-patiënten zou de therapeutische relatie het wantrouwen in andere relaties moeten wegnemen, maar tegelijkertijd mag de therapeutische relatie die andere relaties niet vervangen. Kortom, een therapeutische relatie heeft een limiet of grens, want als deze relatie te hecht wordt, dan zal dit bij de patiënt telkens weer leiden tot vernieuwde traumatisering. Onderzoek naar de factoren die bijdragen aan de opbouw en instandhouding van een goede therapeutische relatie met EPA-patiënten is daarom niet alleen gewenst, maar noodzakelijk voor het verkrijgen van de handvatten waarmee hulpverleners een goede therapeutische relatie met EPA-patiënten kunnen realiseren.

#### Literatuur

- 1 Harnois G., Gabriel P., *Mental health and work: Impact, issues and good practices.*
- 2 De Silva M.J., e.a. (2013) Effect of psychosocial interventions on social functioning in depression and schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry.*
- 3 Wampold, B.E. (2001) *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- 4 Martin D.J., e.a. (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3):438-450.
- 5 Lingiardi V., e.a. (2015) Does the severity of psychopathological symptoms mediate the relationship between patient personality and therapist response? *Psychotherapy (Chic.)*, 52(2):228-237.
- 6 Goldsmith L.P., e.a. (2015) Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: An instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(11):2365-2373.
- 7 Krupnick J.L., e.a. (1996) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3):532-539.

- 8 Freud S. (1912) The dynamics of transference In: *The standard edition of the complete psychosocial works of Sigmund Freud.* 12th ed. London: Hogarth Press, 97-108.
- 9 Stiles W.B., e.a. (2015) Duration of psychological therapy: Relation to recovery and improvement rated in UK routine practice. *The British Journal of Psychiatry*, 207(2):115-122.
- 10 De Bont P.A.J.M., e.a. (2015) Predictive validity of the trauma screening questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 2015;206(5):408-416.
- 11 Delespaul P., e.a. (2016) *GOEDE GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie.* Leusden: Diagnosis Uitgevers: 81-82.
- 12 Projectgroep Plan van Aanpak EPA (2014). 'Over de brug.' plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen.
- 13 Van Staveren-Boer R. (2016), *HART voor de GGZ.* Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom.
- 14 Van Alphen C., e.a. (2012) *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie.* Utrecht: De Tijdstroom.
- 15 Lecomte T., e.a. (2008) *Schizophrenia Research*; 102(1-3):295-302.
- 16 Barrowclough C., e.a. (2010) Predicting therapeutic alliance in clients with psychosis and substance misuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*;198(5).

*Dit artikel is eerder verschenen in GZ-psychologie nr. 1, 2018, pp 35-37, <https://mijn.bsl.nl/gz-psychologie-1-2018/15493026>*



## Een Meta-ethische conceptuele analyse van empathie in de zorg

Jorrit Haarman

De wereld heeft meer empathie nodig. Althans, dat stelt een aantal invloedrijke denkers. Het lijkt een trend te zijn om empathie als oplossing aan te wijzen voor dringende maatschappelijke problemen. Dit is alleen al te zien aan een aantal boeken dat de laatste jaren is uitgegeven. Zo maakt Barack Obama zich sterk om 'het empathietekort' aan te pakken<sup>1</sup> en schrijft Jesse Klaver in zijn boek 'De empathische samenleving' hoe empathie tegenstellingen helpt te overbruggen en ongelijkheid te bestrijden<sup>2</sup>. Filosoof Roman Krznaric stelt dat de wereld een empathieevolutie nodig heeft,<sup>3</sup> Peter Bazalgette schrijft over hoe het 'empathie-instinct' leidt tot een moreel betere samenleving<sup>4</sup> en primatoloog Frans de Waal zou, wanneer hij God zou zijn, als eerste wapenfeit de reikwijdte van ons empathisch vermogen willen vergroten.<sup>5</sup>

Empathie wordt niet alleen op het maatschappelijke metaniveau van politiek en wetenschap aangedragen als oplossing voor maatschappelijke problemen, bijvoorbeeld bij polarisering of rond veranderingen in de zorg. Ook in het alledaagse en persoonlijke leven zoeken steeds meer mensen doelbewust naar het concept van empathie. Zo zijn er empathiedeskundigen die klanten kunnen vertellen met welke persoonlijke problemen zij kampen.<sup>6</sup> Een simpele zoekopdracht naar 'empathie' op Google laat de ene na de andere 'empathietest' zien waarbij getest kan worden of iemand mogelijk empathisch is en hoe deze gave beter ontwikkeld kan worden. Er lijkt een beweging zichtbaar waarin (meer) empathie als belangrijk maatschappelijk doel en tegelijkertijd bijna bovenmenselijke eigenschap wordt neergezet.

Denkers met uiteenlopende overtuigingen bepleiten op hun eigen manier dat meer empathie beter is. Toch zijn niet alle wetenschappers het daarmee eens. In zijn boek 'Het empathisch teveel' wil Ignaas Devisch, hoogleraar ethiek, filosofie en medische filosofie, de verheerlijking van empathie ter discussie stellen.<sup>7</sup> Daarmee wil hij niet alleen de voordelen maar ook de relevante tekortkomingen en nadelen van empathie tegen het licht houden.<sup>8</sup> Hij is het niet eens met de stelling dat we als samenleving kampen met een tekort aan empathie. Sterker nog, Devisch is van mening dat Nederland te maken heeft met een empathisch teveel en daarom niet moet streven naar meer inlevingsvermogen. Er moet juist worden gezocht naar een vorm van 'werkbaar onverschilligheid'.<sup>9</sup>

Een sector van de samenleving die op meerdere manieren te maken heeft met het concept van empathie is de zorg. Ook binnen de zorg zijn er verschillende visies op de rol die empathie zou moeten, kunnen en mogen spelen. Empathie biedt mogelijkheden maar kent ook valkuilen. De geestelijke verzorging is een professe binnen de zorg die in het bijzonder met empathie te maken heeft. Hier spelen de centrale waarden uit de zorgethiek een belangrijke rol. De zorgethiek neemt de zorg van mensen voor elkaar onderling als uitgangspunt en richt zich in praktische zin op de zorgpraktijk. De zorgethiek moet zich daarom blijvend bezighouden met vragen omtrent mogelijkheden en valkuilen rond het gebruik van empathie. Hoe kan deze ethiek zich verhouden tot maatschappelijke ontwikkelingen rond

empathie en relevante kritiek die hierbij komt kijken? In dit essay zal een meta-ethische conceptuele analyse plaatsvinden van de rol van empathie binnen de zorgpraktijk, in het bijzonder die van geestelijk verzorgers. Hiermee kan het concept van empathie worden voorzien van context en kanttekeningen. Zo ontstaat een scherper en genuanceerder beeld van welke invulling dit woord binnen de zorg kan en moet hebben. De vraag die hiermee beantwoord wordt, is: 'Hoe kan de geestelijk verzorger als professional binnen de zorgpraktijk zich met behulp van de zorgethiek verhouden tot de kritiek van Ignaas Devisch op het gebruik van empathie?'

Om tot een antwoord op de hoofdvraag te komen zal allereerst de kritiek van Devisch op de maatschappelijke trend rond empathie worden uitgewerkt. Welke stappen doet hij precies in zijn redenering en welke implicaties heeft dit? Wat is zijn begrip van empathie? Hierna wordt uitgewerkt hoe de zorgethiek zich verhoudt tot de visie van Devisch. Om dit te kunnen doen zal eerst de logica van de zorgethiek worden verduidelijkt en zal worden geanalyseerd hoe empathie hierin een rol speelt. Hierna wordt geanalyseerd wat de verhouding is tussen de zorgethiek, de geestelijke verzorging en het gebruik van empathie. Welke bevoegdheden en verantwoordelijkheden heeft de geestelijk verzorger in dit verband? Daarna zullen elementen uit het boek van Devisch worden geïdentificeerd die bruikbaar zijn voor de geestelijke verzorging. Er zullen tevens kritische kanttekeningen bij zijn visie worden gemaakt. Tot slot worden de belangrijkste uitkomsten samengevat, wordt de balans opgemaakt en worden vervolgvragen voor ethische reflectie opgeworpen.

### Het Empathisch Teveel

Ignaas Devisch stelt dat er geen tekort aan empathie heerst maar dat er juist sprake is van een empathisch teveel. Onverschilligheid is volgens hem niet alleen nuttig maar zelfs noodzakelijk om de samenleving draaiende te houden.<sup>10</sup> Dit betekent niet dat de empathie moet verdwijnen. Onverschilligheid zonder enige vorm van empathie is namelijk niet werkbaar. Andersom geldt hetzelfde, mensen kunnen niet aanhoudend, tegenover iedereen in het leven empathisch zijn. Meer empathie is niet de oplossing, werkbaar onverschilligheid wel.

Een van de argumenten die Devisch aanhaalt is dat veel politieke pleidooien voor meer empathie een afbraak van de geïnstitutionaliseerde solidariteit van de verzorgingsstaat met zich meebrengen.<sup>11</sup> In Vlaanderen is al een politieke partij die pleit voor zorg die uitgaat van 'spontane solidariteit', gebaseerd op empathie.<sup>12</sup> Daarmee wordt het empathisch vermogen binnen de samenleving mogelijk overschat en waarschijnlijk overvraagd.<sup>13</sup> Het gevolg is dat in zo'n geval niet alle mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben.

Devisch sluit zich aan bij de stelling dat empathie niet de basis van ons moreel kompas kan zijn. Wanneer iemand het handelen voornamelijk laat leiden door spontane gevoelens van sympathie of antipathie ontstaat er bewustzijnsvernaauwing. Voor een rechtvaardige samenleving en daarmee een rechtvaardig zorgstelsel, is meer nodig. De eerste oorzaak waardoor empathie geen basis kan vormen, is het gegeven dat empathie selectief is. Mensen kunnen zich nu eenmaal gemakkelijker inleven in de ene situatie dan in de andere. Stalin zei ooit al dat de dood van één man een tragedie is, de dood van miljoenen is slechts een statistiek. Het empathisch vermogen richt zich sterk op individuen en op slachtofferschap of andere

ontroerende elementen als schoonheid of aaibaarheid. Zo staat er een grote groep mensen met hun neus tegen het hek als er twee panda's uit China naar Nederland worden vervoerd, maar zal nieuws over de naakte molratten van de dierentuin in Emmen weinig extra bezoekers trekken.<sup>14</sup> Niemand kan in gelijke mate voor elk geval empathie opbrengen. Daardoor is empathie geen geschikt middel om aandacht en inspanningen rechtvaardig te verdelen over mensen en problemen.<sup>15</sup>

Een tweede argument waardoor empathie niet de basis voor de opzet van onze samenleving en zorgpraktijk mag zijn, gaat uit van het zogenaamde 'partialiteitsbeginsel'. Dit houdt in dat ieder mens de neiging heeft om de ene mens beter te behandelen dan de andere, omdat hij of zij meer of minder sympathie voor diegene voelt. Dit staat haaks op het morele gebod van impartialiteit, dat zeker in de zorg van kracht is. Dit gaat over onpersoonlijkheid, oftewel proberen om onafhankelijk en niet met aanzien des persoons te handelen. Onpersoonlijk betekent niet willekeurig. Het gaat erom dat ieder mens recht heeft op de behandeling omdat hij of zij mens is en niet om wie diegene is. De vraag is echter niet of partialiteit bestaat, maar vooral welke rol dit mag spelen.<sup>16</sup> Partialiteit maakt mensen tot zingevende wezens die zich inzetten voor de omgeving waarin zij zich bevinden.<sup>17</sup> Maar wanneer partialiteit op maatschappelijk niveau gestalte krijgt, ontstaat er volgens Devisch een situatie met artsen die beter hun best doen voor de mensen die ze aardig vinden dan voor mensen die ze niet aardig vinden. Devisch stelt daarom dat empathie en rechtvaardigheid niet samengaan.<sup>18</sup> Het is een te wankel basis om als moreel uitgangspunt te nemen. Voorkeursbehandelingen kunnen binnen een rechtvaardig systeem alleen verkregen worden op basis van transparante, eerlijke en discussieerbare criteria, niet op basis van emotionele betrokkenheid.

Devisch geeft nog een aantal andere argumenten om te betogen dat empathie niet als leidraad kan worden genomen. Een argument is dat empathie bijziend is. Alles wat zich binnen iemands kader bevindt, bestudeert diegene met grote aandacht. Alles wat daar buiten ligt, wordt niet gezien. Empathie als basis van een zorgsysteem is daardoor niet omvattend genoeg. Een deel van de mensen die wel de behoefte aan bepaalde zorg hebben, zal op deze manier buiten de boot vallen.

Nog een ander argument is dat empathie vaak inspeelt op rauwe emoties en impulsen. Dit kan een donkere kant krijgen doordat mensen woede ervaren en daardoor de neiging hebben overmatig te reageren. Er ontstaan vaak ruzies doordat mensen niet begrijpen dat een ander niet hetzelfde voelt als zij. Een inhoudelijke discussie wordt dan met emotionele argumenten gevoerd. De emotie overschaduwet in zulke gevallen de ratio, met escalatie tot gevolg.

Het laatste argument is dat altruïsme volgens Devisch vaak egoïstisch van aard is. Mensen helpen anderen om er zelf een goed gevoel van te krijgen. Zo geven ze naar Devisch' mening niet aan goede doelen omdat ze zo begaan zijn met de mensen die het geld ontvangen. De reden dat mensen geld doneren is dat ze daarna weer trots op zichzelf kunnen zijn. Empathie is hiermee weliswaar nog steeds van belang om inzet voor goede doelen te genereren, maar kan volgens Devisch geen goede methode zijn om onrechtvaardigheid en ongelijkheid structureel te bestrijden.

## Zorgethiek

Voordat antwoord kan worden gegeven op de vraag hoe de geestelijk verzorger zich met behulp van de zorgethiek kan verhouden tot deze kritiek op empathie, is het van belang dat duidelijk wordt welke principes binnen de zorgethiek gelden. De zorgethiek benadrukt waarden die normaal gesproken worden gewaardeerd in intieme persoonlijke relaties, zoals sympathie, compassie, trouw en liefde. Het gaat dus om emotionele toewijding en bereidheid om te zorgen voor de 'ander'.<sup>19</sup> Het gaat er binnen deze ethiek niet alleen om 'wat' mensen horen te doen, maar ook 'hoe' ze dat zouden moeten doen. Er zijn geen algemene richtlijnen te geven voor hoe iemand zich zou moeten gedragen. Iedere situatie vraagt om een eigen set van juiste handelingen en intenties. 'Goed handelen' gaat dus verder dan generalisaties. Gedrag dat in de ene situatie passend is, kan in de andere situatie ongeschikt zijn. Wat wel gezegd kan worden is dat de zorgethiek nadrukkelijk wijst op de wederzijdse afhankelijkheid en de waarde van emotionele responsiviteit. In de zorg hebben professionals vaak te maken met mensen die kwetsbaar, afhankelijk en ziek zijn. Het is daarom belangrijk om een goede morele relatie met de patiënt te hebben. De vaardigheid van de zorgprofessional om te kunnen delen in de situatie waarin de patiënt zich bevindt, is een wezenlijk aspect dat bijdraagt aan die morele relatie. Om tot zo'n morele relatie te komen, zijn daarom vormen van empathie nodig waar een op rechten en plichten gebaseerde ethiek geen aandacht voor heeft. Bij die vormen van ethiek ligt de focus namelijk op het beschermen van mensen voor negatieve situaties en minder op het cultiveren van positieve processen.<sup>20</sup> Net zoals juiste intenties relevant zijn voor juist handelen, is ook het hebben van de juiste emotionele houding van belang. Morele acties moeten begeleid worden door de juiste rationele principes, maar hoeven daar niet noodzakelijk door te worden gedetermineerd. De zorgethiek gaat uit van een relationele mens die zich verbonden weet met anderen en niet om een mens die individueel en totaal onafhankelijk is. Deze kwetsbare en relationele mensen hebben anderen nodig om betekenis en vorm aan het leven te kunnen geven. Het creëren en onderhouden van empathische relaties is daarbij een sleutelproces. Binnen het zorgproces wordt daarom meer verwacht van zorgverleners dan louter zorg dragen voor patiënten. Zij worden ook verwacht oprechte en aandachtige betrokkenheid bij patiënten te ervaren. Het gaat dus niet alleen om de daadwerkelijke behandeling, maar ook om de attitude die daarmee gepaard zou moeten gaan. De betrokkenheid is daarmee een grondhouding, niet een middel om behandeldoelen te halen. Dit is alleen al waardevol doordat dilemma's in de zorg vaker te maken hebben met identificatie met patiënten en hun betekenisgeving binnen het zorgproces dan dat het gaat om medische beslissituaties. Goede zorg is niet gericht op de ziekte of de aandoening maar op de mens die daarmee om moet zien te gaan.<sup>21</sup> Daarom is respect voor de autonomie van de patiënt vereist. Dit respect kan niet ontstaan zonder het toekennen van betekenis aan gevoelens en emoties van patiënten door zorgverleners.<sup>22</sup> Om dit mogelijk te maken moet de uniciteit van de ander herkend en erkend kunnen worden. Er is daarom naast (dus niet in plaats van) interventie ook presentie nodig. Bij interventie gaat het om doel- en oplossingsgericht handelen, waar het bij presentie juist óók gaat om het nabij kunnen zijn en aandacht voor de ander als mens te kunnen hebben.<sup>23</sup> Ziekte bevindt zich namelijk vaak niet in één afgesloten component van iemands wezen. Symptomen hebben invloed op het denken en doen van de totale persoon.

Een knieblesure heeft een andere betekenis voor een professionele sporter dan voor een oude dame. Iedere patiënt kent eigen betekenis toe aan zijn of haar ervaringen. Wanneer iemand zijn ziekteverloop bijvoorbeeld als ‘test van God’ ervaart, zijn er op meerdere niveaus relevante processen gaande. Er is in zo’n geval naast de somatische component van ziek-zijn ook sprake van een existentiële beleving van ziek-zijn. Door met behulp van inlevingsvermogen ‘present’ te zijn kan hier aandacht aan worden geschonken en kan zowel de totale mens als zijn of haar uniciteit worden erkend. Maar hoe weet een zorgverlener of de goedbedoelde aandacht voor de patiënt ook daadwerkelijk zo wordt begrepen? Uit onderzoek van Gonny ten Haaf blijkt dat patiënten goedbedoelde zorg vaak anders ervaren.<sup>24</sup> Zorgverleners die zelf patiënt werden, geven aan dat het verlies van regie en de daaropvolgende afhankelijkheid meer impact had dan gedacht. Patiënten hebben soms behoefte aan iets wat niet goed voor ze is. Toch kunnen ze er over het geheel genomen beter van worden. Daarbij maakt niet de daadwerkelijke medische ingreep, maar de kwaliteit van het contact met de zorgverlener het grootste verschil voor het ervaren van goede zorg. De eerder genoemde zorgverleners geven aan meer begrip en respect voor patiënten te kunnen opbrengen doordat zij zelf patiënt zijn geweest. Waar zij eerder als zorgverlener een beeld hadden van wat goede zorg was, kwamen ze er als patiënt achter dat dit lang niet altijd bij hun beleving aansloot. Door naast verplaatsingsvermogen altijd het principe ‘ANNA’, oftewel ‘altijd navragen, nooit aannemen’, in te zetten kunnen zij nu beter nagaan wat de patiënt denkt, voelt en wil.<sup>25</sup> Doordat iemand zich kan verplaatsen in afhankelijkheid, kwetsbaarheid, pijn en angsten en daarbij de autonomie weet te respecteren, wordt diegene een betere zorgverlener.<sup>26</sup> Inlevingsvermogen is binnen de zorg(ethiek) een groot goed.

### De geestelijk verzorger en de rol van empathie

Maatschappelijke kritiek op het gebruik van empathie, een van de belangrijkste instrumenten van geestelijk verzorgers, biedt de mogelijkheid om hun praktijk kritisch te evalueren en het gebruik van dat instrument scherp in beeld te krijgen. Maar wat is nu precies de verhouding tussen de zorgethiek, empathie en de geestelijke verzorging? Binnen de zorgethiek zijn empathie en emotionele responsiviteit sleutelbegrippen. Juist voor professies binnen de zorg is het cultiveren van deugden als compassie, oprechtheid, integriteit en consciëntieusheid voor professionals van cruciaal belang om die professie eigen te kunnen maken.<sup>27</sup> Dit geldt ook voor de geestelijke verzorging, aangezien hier wordt gekeken naar de mens als geheel, waarvan psychisch en lichamelijk functioneren slechts onderdelen zijn, met nadruk op de existentiële dimensie van menselijke ervaring.<sup>28</sup> Er wordt een benadering gehanteerd waarbij de situatie van de ‘mens’ in het kader van zijn of haar levensverhaal en levensbeschouwing wordt geplaatst. Dit is een holistische methode, aangezien er naar het geheel wordt gekeken en niet slechts naar afzonderlijke delen. Het gaat dus om de totale persoon, niet om een verzameling symptomen. Het hanteren van deze benadering kan niet zonder de hierboven genoemde deugden. Een van de uitingsvormen van ‘goede zorg’ is volgens de zorgethiek het respecteren van de autonomie van de patiënt. Autonomie komt tot uitdrukking in het scheppen en waarborgen van een omgeving waarin de betrokkene zich gerespecteerd en vertrouwd weet. Autonomie is daarmee een fundamenteel relationeel concept.<sup>29</sup> De

geestelijke verzorging is de professie bij uitstek die zo’n op autonomie gebaseerde omgeving kan scheppen en waarborgen. Geestelijk verzorgers kunnen namelijk een ‘vrijplaats’ bieden. Anders dan in meer interventiegerichte contexten is er hier bestaansruimte voor de ervaringen van de patiënt en de ambivalentie daarvan, zonder dat dit direct consequenties voor behandeldoelen heeft.<sup>30</sup> Vaak is erkenning voor de situatie van patiënten, die zich daardoor begrepen voelen, al een medicijn op zichzelf. Op deze manier hanteren geestelijk verzorgers empathie als instrument om de binnen de zorgethiek gestelde waarden en doelen te verwezenlijken en te cultiveren om goede zorg te kunnen bieden aan hun gesprekspartners.

### Zorgethiek, geestelijke verzorging en Het Empathisch Teveel

Devisch’ visie op empathie roept een aantal belangrijke vragen op binnen de geestelijke verzorging en de zorgethiek, waar empathie als gezegd een belangrijke rol speelt. Welke inzichten van Devisch kunnen worden ingezet om de zorgpraktijk te verbeteren? Devisch pleit voor een bepaalde mate van afstand of onverschilligheid ten opzichte van datgene waar individuen mee geconfronteerd worden. Op het meest basale niveau maakt dit, ook bij de geestelijke verzorging, dat er gelijkheid ontstaat doordat de kwaliteit van een behandeling niet selectief of willekeurig wordt. Echter, in het geval van de geestelijke verzorging is het waarschijnlijk niet zo dat meer afstand tot meer gelijkheid zal leiden. Geestelijk verzorgers krijgen juist vaak te maken met gesprekspartners waar anderen op ‘uitgeluisterd’ zijn. Daarbij legt een geestelijk verzorger zo weinig mogelijk zijn eigen begrip op aan de gesprekspartner, maar laat zoveel mogelijk ruimte voor de interpretatie van de patiënt. Onverschilligheid ten opzichte van datgene waar zij mee geconfronteerd worden, leidt in dit geval niet tot meer gelijkheid in het zorgproces, eerder tot minder gelijkheid.

Zolang ‘afstand nemen’ niet als ‘onverschilligheid’ wordt begrepen, zijn er wel andere zaken binnen het zorgproces die hier positief door kunnen worden beïnvloed. Zo kan een bewuste afstand van de situatie van een patiënt voorzien in een bepaalde mate van zelfbescherming. Empathie kan er voor zorgen dat iemand kan delen in de situatie van een ander. Het gevaar bestaat dat de behandelaar wordt ondergedompeld in de situatie van de patiënt en het ‘zelf’ en de ‘ander’ minder goed kan scheiden. Reflectie op het gebruik van empathie is daarom noodzakelijk. Door te reflecteren kan een behandelaar zich bewust worden van de eigen positie in de situatie en kunnen gevoelens van verontwaardiging en woede ten opzichte van het lot van de patiënt de juiste plaats binnen het zorgproces krijgen. Dat wat de behandelaar dankzij zijn inlevingsvermogen ervaart, hoeft tevens niet aan te sluiten bij de ervaring van de patiënt. Iedereen reageert immers verschillend onder bepaalde omstandigheden. Inlevingsvermogen is van essentiële waarde voor geestelijk verzorgers, maar de concrete ideeën die hieruit voortkomen moeten altijd bij de patiënt worden geverifieerd. Onverschilligheid voorkomt juist dat er verdere reflectie plaatsvindt. Bewuste afstand daarentegen, kan die reflectie wel mogelijk maken. De kritiek van Devisch op het gebruik van empathie helpt weliswaar om de praktijk te verbeteren, maar tegelijkertijd kunnen veel argumenten vanuit diezelfde praktijk weerlegd worden. Er zijn namelijk een aantal kritische kanttekeningen te maken bij Devisch’ betoog. Zo stelt hij dat er sprake is van een empathisch teveel, waardoor

naar een vorm van werkbare onverschilligheid moet worden gezocht. Het is echter de vraag of het tegenovergestelde van empathie wel onverschilligheid is. Het is heel wel mogelijk om empathie voor iemand te tonen en in het leed van een ander te delen, zonder daar zelf veel verdriet van te ervaren. Toegegeven, het is voor geestelijk verzorgers soms belangrijk zich tegen zichzelf in bescherming te nemen, zoals ook hierboven beschreven. Dit kan echter ook met behoud van empathie als instrument. Door empathie en ‘werkbare onverschilligheid’ als tegenpolen te kiezen zet Devisch beide concepten weg als emotie versus ratio. Maar empathie kent naast een emotionele ook een rationale component. Daardoor kan empathie voor geestelijk verzorgers wel degelijk helpen een basishouding voor de dagelijkse praktijk te vormen. Empathie kan in cognitieve termen vertaald worden als een houding van nieuwsgierigheid, aandacht, inlevingsvermogen en het bieden van ruimte aan de ervaring van de situatie van de ander. Omdat empathie beide aspecten in zich draagt, gaat het dus niet louter over emotie, maar kan tegelijkertijd worden voorkomen dat het zorgproces puur rationeel verloopt. Vanwege de onterechte tweedeling tussen emotie en ratio sluit onverschilligheid als oplossing niet aan bij het gesignaleerde probleem.

Een andere kanttekening die bij ‘Het empathisch teveel’ moet worden gemaakt, is dat Devisch empathie onterecht beschrijft als iets wat iemand overkomt. Hij lijkt empathie te benaderen als een gevoel waar geen controle over is. Empathisch ‘vermogen’ kan echter ook als vaardigheid worden gezien. Geestelijk verzorgers zetten empathie actief als instrument in. Devisch haalt in zijn argumentatie gevoelens, waarden en vaardigheden door elkaar.<sup>31</sup> Zo kan empathie misschien niet de leidende waarde voor het organiseren van de samenleving zijn, maar empathie kan wel meer worden ingezet als instrument. Bovendien is empathie binnen de zorgethiek niet selectief. Binnen deze vorm van zorg is voor iedere patiënt aandacht voor de waarde van eerder genoemde processen van ‘erkenning’ en ‘presentie.’ Empathie is in dit geval meer een houding van betrokkenheid dan een emotionele toestand.<sup>32</sup> Het gaat in deze context dan ook nadrukkelijk om een vaardigheid die niet als analytisch instrument naar een andere context kan worden getransporteerd.<sup>33</sup>

Nu zit er wel een kern van waarheid in Devisch’ argumentatie dat empathie een duistere kant kan krijgen. Dit komt doordat op empathie gestoelde verontwaardiging ertoe kan leiden dat mensen aan anderen verantwoordelijkheid toedichten en vervolgens hun woede daar op richten. Echter, het probleem van die duistere kant is de ‘gratis woede’ en niet de empathische gevoelens.<sup>34</sup> Die gevoelens zijn weliswaar de basis van zo’n situatie, maar het ontbreken van een redenering over waar de negatieve gevoelens te projecteren, is het daadwerkelijke probleem. Onverschillig worden, zoals Devisch suggereert, is daarom geen oplossing, het is het kind met het badwater weggooien.<sup>35</sup>

Voor geestelijk verzorgers kan empathie ook een (relatief) donkere kant kennen. Empathische gevoelens kunnen een goed gesprek sterk in de weg staan. Zo kan het verhaal van iemand die mishandeld, misbruikt of op andere wijze getraumatiseerd is bij een geestelijk verzorger sterke gevoelens van frustratie, woede en onmacht oproepen. Onbewust oordeelt iemand op zo’n moment al over wat er gebeurd is. Geestelijk verzorgers worden getraind om de extra redeneerstap wél te maken. Wanneer iemand inziet dat bij dit soort gevoelens tegen het eigen oordeel over de situatie aan gekeken wordt en niet langer de daadwerkelijke situatie wordt gezien,

ontstaat er ruimte. De gevoelens mogen er zijn en in veel gevallen zijn ze ook nodig. Maar wanneer ze leidend worden nemen ze de mogelijkheid om ambiguïteit van ervaringen te bespreken weg. In dit geval zou er wél sprake zijn van de duistere kant van empathie. Juist in het (h)erkennen van die ambiguïteit ligt vaak een sleutel tot zingeving. Ook hier is de oplossing van het probleem, dat in dit geval bestaat uit verontwaardiging en woede, niet het vermijden van empathische gevoelens. De oplossing ligt in de manier waarop professionals op deze verontwaardiging en woede reflecteren.

Ook Devisch’ argumentatie rond het partialiteitsbeginsel is vatbaar voor kritiek. Partialiteit bestaat volgens Devisch altijd, maar mag geen leidende rol spelen aangezien dit de gelijkwaardigheid binnen de zorg zou ondermijnen. Het is echter een misvatting dat gelijkwaardigheid in de zorg vorm krijgt in symmetrische zorgrelaties. Iedereen heeft recht op gelijke behandeling, maar binnen de behandeling zijn patiënten niet gelijk aan hun behandelaars. De behandelaar heeft bijvoorbeeld per definitie meer kennis en mogelijkheden dan de patiënt. Als dit niet het geval was kon de patiënt het probleem immers zelf verhelpen. Om gelijkwaardigheid te faciliteren moet daarom juist de asymmetrie in de zorgrelatie erkend worden. Patiënten bevinden zich vanwege hun toestand in een afhankelijke en kwetsbare positie. Om deze zorgrelatie recht te kunnen doen, moeten zorgverleners op aandachtige en competente wijze kunnen inschatten welke verantwoordelijkheden al dan niet aan patiënten kunnen worden toegeschreven en welke verwachtingen beide partijen van de zorgrelatie mogen hebben.<sup>36</sup> Niet iedere patiënt kan dezelfde verantwoordelijkheid dragen. Als hier geen rekening mee wordt gehouden krijgen patiënten niet dezelfde resultaten van hun behandeling. Nu gaat partialiteit over gelijkheid tussen patiënten en het erkennen van asymmetrie in de zorgrelatie over een individueel zorgproces. Maar juist door voor ieder afzonderlijk zorgproces op de juiste wijze in te schatten en af te wegen, ontstaat er ook gelijkwaardigheid tussen alle patiënten en hun zorgproces. Processen op microniveau faciliteren zo gelijkwaardigheid op macroniveau. Wanneer behandelaars wel afstand zouden nemen en geen adequate inschatting van de patiënt maken, ontstaat onverschilligheid. Dit zou een gebrek aan zorgresponsiviteit veroorzaken.<sup>37</sup> Pas met behulp van empathie en erkenning voor de situatie kan daadwerkelijk een goede inschatting van de ervaring van de zorgrelatie volgens patiënten worden gemaakt. Om rechtvaardig te kunnen zijn, moeten zorgverleners uiteindelijk juist actief gebruik maken van empathie.

### Conclusie: De Geestelijk Verzorger en het advies van Devisch

Er is een maatschappelijke tendens zichtbaar waarbij er wordt gevraagd om meer empathie. Zowel voor publieke als persoonlijke problemen wordt empathie steeds vaker als ‘de’ oplossing beschouwd. Toch is er ook kritiek op deze ontwikkeling. Ignaas Devisch stelt dat er geen tekort heerst aan empathie maar dat Nederland juist kampt met een empathisch teveel. Een toenemende focus op empathie zou namelijk de geïnstitutionaliseerde solidariteit ondermijnen. Empathie mag om verschillende redenen niet de basis vormen van ons moreel kompas. Zo is empathie selectief, het ondermijnt het partialiteitsbeginsel, het is bijziend, het speelt in op rauwe emoties en impulsen en het uit empathie resulterende altruïsme is egoïstisch van

aard. Om deze redenen moet volgens Devisch worden gestreefd naar een werkbare onverschilligheid.

Het is om deze reden relevant om te kijken hoe deze maatschappelijke kritiek zich laat vertalen naar de zorg. Er is een ethische stroming, de zorgethiek, die juist empathie, wederzijdse betrokkenheid en emotionele responsiviteit als uitgangspunt neemt. Volgens deze denkrichting gaat 'goede' zorg niet alleen over het 'wat' van de handeling maar net zoveel over het 'hoe.' Het gaat bij goede zorg dan ook om meer dan alleen de ziekte of de symptomen. Het gaat om de mens die met die situatie moet zien om te gaan. Deze mens is een relationeel wezen dat verbonden is met zijn omgeving. Het individu zal een manier moeten vinden om betekenis te kunnen geven aan een situatie van kwetsbaarheid, afhankelijkheid en vaak ook angst en pijn. Dit kan alleen binnen een veilige omgeving waarin een patiënt zich gezien voelt en veiligheid kan ervaren. Het aangaan van empathische relaties met zorgverleners is hierbij een sleutelproces. Naast interventie is er binnen de zorgethiek nog een andere manier van 'zorgen', namelijk presentie. Hierbij wordt empathisch vermogen als methodisch instrument ingezet om betere zorg te kunnen bieden, zonder dat het de neutrale beginselen van de rechtsstaat hoeft te ondermijnen.

De insteek die geestelijk verzorgers hanteren ligt in het verlengde van de zorgethiek. De geestelijke verzorging is het deel van de zorg bij uitstek waar de mens en niet de aandoening centraal wordt gesteld. Om samen met een gesprekspartner tot goede betekenisgeving te kunnen komen is empathie een onmisbaar instrument. Dit kan op verschillende manieren concreet worden toegepast. Zo kunnen geestelijk verzorgers helpen de veilige omgeving voor betekenisgeving te scheppen en te waarborgen op organisatie- of teamniveau door moreel beraad te implementeren. Op microniveau kan dit door het hanteren van bepaalde gesprekstechnieken waarbij ruimte is voor relationele autonomie van patiënten en hun existentiële beleving van het ziek-zijn.

Door de kritiek van Devisch wordt duidelijk dat geestelijk verzorgers, te midden van de gesignaleerde maatschappelijke ontwikkelingen, scherp moeten blijven op hun gebruik van empathie. Meer empathie is inderdaad niet zonder meer beter. Wanneer empathie een doel op zichzelf wordt, liggen er gevaren op de loer die Devisch in zijn boek terecht signaleert. Ook wanneer empathie de enige basis van het moreel kompas zou zijn, treden deze problemen op. Het is belangrijk dat professionals een bewuste afstand kunnen houden van datgene waar ze binnen hun werk mee worden geconfronteerd. Toch is Devisch' stelling dat naar minder empathie moet worden gestreefd ook vatbaar voor kritiek. Bij nadere analyse blijkt dat empathie als deel van het morele kompas, maar ook als methodisch instrument binnen de zorg onmisbaar is.

De zorg kan niet zonder empathie als methodisch instrument. Daarnaast is de gesuggereerde onverschilligheid geen adequate oplossing van het probleem. In de eerste plaats is het tegenovergestelde van empathie geen onverschilligheid en is de discussie niet te vatten in termen van emotie versus ratio. Empathie kent ook een rationale component. Door empathie uit de zorg te verdringen gaan grote voordelen hiervan verloren. Daarbij is empathie niet iets dat iemand overkomt zonder daar controle over te hebben. Devisch haalt in zijn analyse empathie als waarde, gevoel en vaardigheid door elkaar. Onverschilligheid is dus niet de oplossing van het probleem. Ook in de zorg kan empathie rauwe emoties, bijvoorbeeld woede ten opzichte van het lot of een hogere macht, veroorzaken. Echter, empathie uit de weg

gaan is niet de oplossing. Bewuste reflectie op wat deze empathie brengt, is dat wel. Ook Devisch' zorg om het partialiteitsbeginsel wordt niet weggenomen met minder empathie. Sterker nog, om voor meer gelijkheid te zorgen kan gezegd worden dat meer empathie nodig is. Zorgrelaties zijn per definitie asymmetrisch en dus ongelijk. Juist in het erkennen van deze ongelijkheid kan iedere patiënt gezien worden en op een gelijke manier participeren in het eigen zorgproces. Doordat iedereen anders is, zal er inlevingsvermogen nodig zijn zodat de professional zijn zorg op de patiënt kan afstemmen.

Al met al blijft de praktijk van de geestelijk verzorger, waar veelvuldig gebruik wordt gemaakt van empathisch vermogen, met behulp van de principes uit de zorgethiek overeind tegenover de maatschappijkritiek van Devisch. Empathie kan weliswaar niet het leidende morele verdeelmechanisme zijn. Toch lijkt er op basis van dit essay nog geen sprake van een te grote rol voor empathie, laat staan dat er gestreefd moet worden naar minder empathie. Op een breder maatschappelijk niveau blijft de analyse van Devisch echter relevant. Dat zijn adviezen binnen de zorg geen oplossing vormen voor het probleem, betekent niet dat het probleem niet bestaat. Wat gebeurt er wanneer 'empathie' wordt vervangen door 'compassie?' Wellicht komt een 'bewuste compassievolle afstand' dichter in de buurt van de door Devisch beoogde veranderingen dan 'werkbare onverschilligheid.'

De maatschappij en dus ook de zorg zullen moeten blijven reflecteren op het gebruik en de waarde van empathie. Hoelang kan de samenleving bijvoorbeeld een beroep blijven doen op het empathisch vermogen van vrijwilligers? En wat doet een roep om onverschilligheid met de participatiemaatschappij en de druk die bij mantelzorgers wordt neergelegd? Zijn er andere oplossingen voor het probleem te bedenken waarbij de gesignaleerde gevaren worden voorkomen maar geen nieuwe, mogelijk grotere problemen worden gecreëerd? Dit zijn vragen waarop het antwoord in de komende jaren duidelijk moet worden.

## Bibliografie

- Bazalgette, Peter, *The Empathy Instinct: How to Create a More Civil Society*, (London, Hodder & Stoughton, 2016).
- Beauchamp, Tom, L., Childress, J. F., *Principles of biomedical ethics*, (New-York, Oxford University Press, 2013).
- Devisch, Ignaas, *Het Empathisch teveel*, (Amsterdam, De Bezige Bij, 2017).
- Krznanic, Roman, *Empathie: Een Revolutionair Boek*, (Utrecht, Ten Have, 2014).
- Mikkers, Astrid 'Maakt Ziek Zijn Je Beter?' In: *Menslievende zorg in de praktijk*, G. Olthuis en C. Leget (red.), (Amsterdam, Boom/Lemma, 2012), 27-31.
- Van Heijst, Annelies, *Iemand Zien Staan: Zorgethiek Over Erkenning*, (Kampen, Klement, 2008).
- Verkerk, Marian, Dijkstra, G., 'Goede zorg voor kinderen met kanker en hun ouders, een zorgethische beschouwing', *Pedagogiek* 23-2, (2003) 241-253.
- Zock, Hetty, *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief*, (Tilburg, KSGV, 2007).
- <https://www.nrc.nl/nieuws/2014/04/07/zuid-afrika-pistorius-huilt-en-braakt-tijdens-p-1364242-a701579>, Redactie NRC, Pistorius Huilt en Braakt Tijdens Proces, (laatst gezien op 05-01-2018)

- <https://www.trouw.nl/opinie/wees-onverschillig-liever-niet-~aee8d6f1/>, Jikke Verhulst, Wees Onverschillig? Liever Niet., (laatst gezien op 29-12-2017).

#### Video's

- <https://www.youtube.com/watch?v=s0rBTPcnWLk>, Vice, Are You an Empath?, (laatst gezien op 28-12-2017).

#### Websites

- <http://www.debezigebij.nl/boeken/de-empathische-samenleving/>, (laatst gezien op 28-12-2017)
- <https://www.theguardian.com/science/2013/jan/04/barack-obama-empathy-deficit>, (laatst gezien op 28-12-2017).
- <https://tijdvoor.groenlinks.nl/nieuws/de-empathische-samenleving>, (laatst gezien op 28-12-2017).
- <https://www.vgvz.nl/over-de-vgvz/beroepsstandaard-gv-2015/>, Beroepsstandaard Geestelijk Verzorger, (2015).
- <https://www.wildlands.nl/over-wildlands/pers/nieuws-1-1/naakte-molratten-in-een-groepshug/>, (laatst gezien op 05-01-2018).

#### Noten

- 1 <https://www.theguardian.com/science/2013/jan/04/barack-obama-empathy-deficit>, (laatst gezien op 28-12-2017).
- 2 <https://tijdvoor.groenlinks.nl/nieuws/de-empathische-samenleving>, (laatst gezien op 28-12-2017).
- 3 Roman Krznaric, *Empathie: Een Revolutionair Boek*, (Utrecht, Ten Have, 2014).
- 4 Peter Bazalgette, *The Empathy Instinct: How to Create a More Civil Society*, (London, Hodder & Stoughton, 2016).
- 5 <http://www.debezigebij.nl/boeken/de-empathische-samenleving/>, (laatst gezien op 28-12-2017)
- 6 <https://www.youtube.com/watch?v=s0rBTPcnWLk>, Vice, Are You an Empath?, (laatst gezien op 28-12-2017).
- 7 Ignaas Devisch, *Het Empathisch teveel*, (Amsterdam, De Bezige Bij, 2017).
- 8 Devisch, *Het Empathisch teveel*, 15.
- 9 Ignaas Devisch, *Het Empathisch teveel*, (Amsterdam, De Bezige Bij, 2017), 20.
- 10 Ignaas Devisch, *Het Empathisch Teveel*, (Amsterdam, De Bezige Bij, 2017), 19.
- 11 Devisch, *Het Empathisch Teveel*, 19.
- 12 Ibid., 96.
- 13 Ibid., 20.
- 14 <https://www.wildlands.nl/over-wildlands/pers/nieuws-1-1/naakte-molratten-in-een-groepshug/>, (laatst gezien op 05-01-2018).
- 15 Ignaas Devisch, *Het Empathisch Teveel*, (Amsterdam, De Bezige Bij, 2017), 61.
- 16 Devisch, *Het empathisch teveel*, 62.
- 17 Ibid.
- 18 Ibid., 63.
- 19 Tom L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, (New-York, Oxford University Press, 2013), 36.

- 20 Tom L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, (New-York, Oxford University Press, 2013), 37.
- 21 Annelies van Heijst, *Iemand Zien Staan: Zorgethiek Over Erkenning*, (Kampen, Klement, 2008), 154.
- 22 Marian Verkerk, G. Dijkstra, 'Goede zorg voor kinderen met kanker en hun ouders, een zorgethische beschouwing', *Pedagogiek 23-2*, (2003) 241-253, aldaar 248.
- 23 Annelies van Heijst, *Iemand Zien Staan: Zorgethiek Over Erkenning*, (Kampen, Klement, 2008)
- 24 Astrid Mikkers, 'Maakt Ziek Zijn Je Beter?' In: *Menslievende zorg in de praktijk*, G. Olthuis en C. Leget (red.) (Amsterdam, Boom/Lemma, 2012), 27-31, aldaar, 27.
- 25 Mikkers, 'Maakt Ziek Zijn Je Beter?', 28.
- 26 Astrid Mikkers, 'Maakt Ziek Zijn Je Beter?' In: *Menslievende zorg in de praktijk*, G. Olthuis en C. Leget (red.) (Amsterdam, Boom/Lemma, 2012), 27-31, aldaar 30.
- 27 Tom L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, (New-York, Oxford University Press, 2013), 37.
- 28 Hetty Zock, *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief*, (Tilburg, KSGV, 2007), 16.
- 29 Marian Verkerk, G. Dijkstra, 'Goede zorg voor kinderen met kanker en hun ouders, een zorgethische beschouwing', *Pedagogiek 23-2*, (2003) 241-253, aldaar 248.
- 30 <https://vgvz.nl/over-de-vgvz/beroepsstandaard-gv-2015/>, Beroepsstandaard Geestelijk Verzorger, (2015), 7.
- 31 <https://www.trouw.nl/opinie/wees-onverschillig-liever-niet-~aee8d6f1/>, Jikke Verhulst, Wees Onverschillig? Liever Niet. (laatst gezien op 29-12-2017).
- 32 Annelies van Heijst, *Iemand Zien Staan: Zorgethiek Over Erkenning*, (Kampen, Klement, 2008).
- 33 Van Heijst, *Iemand Zien Staan*, 158.
- 34 <https://www.trouw.nl/opinie/wees-onverschillig-liever-niet-~aee8d6f1/>, Jikke Verhulst, Wees Onverschillig? Liever Niet. (laatst gezien op 29-12-2017)
- 35 Ibid.
- 36 Marian Verkerk, G. Dijkstra, 'Goede zorg voor kinderen met kanker en hun ouders, een zorgethische beschouwing', *Pedagogiek 23-2*, (2003) 241-253, aldaar 250.
- 37 Tom L. Beauchamp, J. F. Childress, 'Moral Character' in: *Principles of biomedical ethics*, (New-York, Oxford University Press, 2013), 30-63.

## Metacognitie bij Psychotische Stoornissen

Steven de Jong

**Acht februari 2018 promoveerde prof. dr. Steven de Jong op het proefschrift getiteld: ‘Metacognition in Psychotic Disorders’ aan de Rijksuniversiteit in Groningen. Promotoren waren professor dr. Marieke Pijnenborg en professor dr. Andre Aleman. Op verzoek van de redactie werd de Nederlandse samenvatting van het proefschrift omgewerkt naar onderstaand artikel. Aan het eind van het artikel komen nog nieuwe bevindingen aan bod, die nog niet in de literatuur beschreven zijn. Het gehele proefschrift en veel van de hierin opgenomen artikelen zijn terug te vinden op de website van de Rijksuniversiteit van Groningen: [https://www.rug.nl/research/portal/publications/metacognition-in-psychotic-disorders\(d5094a0e-07e2-4387-87d7-46c1f0b48be8\).html](https://www.rug.nl/research/portal/publications/metacognition-in-psychotic-disorders(d5094a0e-07e2-4387-87d7-46c1f0b48be8).html) (red.)**

Al ruim een eeuw beschrijven psychiaters en psychologen een psychotische stoornis als een stoornis in de ‘Zelfbeleving’. Bleuler, bijvoorbeeld, beschreef schizofrenie als een verstoring van de psychologische kracht die mentale inhoud bij elkaar houdt (Moskowitz & Heim 2011). Zonder deze psychische kracht verliest de Zelf cohesie, en valt uit elkaar. Latere theoretici noemden deze problematiek *Ichstörung* (Mishara *et al.* 2014), en beschouwden het als *de* stoornis die bij schizofrenie optreedt.

Het vocabulaire is, mede door de verscheidene stromingen binnen de psychologie, tegenwoordig minder eenduidig. Afhankelijk van de inslag van onderzoekers worden tegenwoordig termen als ‘Theory of Mind’, ‘Metacognitie’, ‘Sociale cognitie’ en ‘Mentaliseren’ gebruikt om te verwijzen naar processen die mensen in staat stellen om te denken over het eigen denken en voelen, en dat van anderen. Alhoewel het er op lijkt dat wetenschappers en klinici uit praktisch alle moderne stromingen onderkennen *dat* er dergelijke processen zijn, verschillen de theorieën op veel plaatsen van elkaar, en het is onduidelijk welk concept wetenschappelijk gezien de voorkeur behoeft.

In 2012 zijn wij gestart met een aantal onderzoeken om één dergelijk concept nauwkeurig te bestuderen: metacognitie. Onze interesse was vooral klinisch-wetenschappelijk: wij wilden evalueren in hoeverre een construct als metacognitie toegevoegde waarde heeft voor huidig onderzoek naar schizofrenie, en in hoeverre een nieuwe psychotherapie gericht om metacognitie te verbeteren effectief is. In het eerste hoofdstuk (de Jong *et al.* 2016a) beschrijven wij het construct metacognitie en gerelateerde constructen. Het taalgebruik in het veld is zeer verwarrend, zowel tussen brede constructen als bijvoorbeeld ‘metacognitie’, ‘mentalizeren’ en ‘theory of mind’, maar ook binnen de constructen. Metacognitie kent sterk cognitief georiënteerde definities zoals bijvoorbeeld voorgesteld door Wells (2009). Vanuit deze invulling beschrijft metacognitie de manier waarop de eigen gedachten worden begrepen, en de reactie die volgt op deze interpretatie. Iemand die bijvoorbeeld last heeft van piekeren zou de opvatting kunnen hebben dat piekeren vervelend is, maar er tegelijkertijd ook voor zorgt dat je goed voorbereid bent. Deze benadering kent goed gevalideerde meetinstrumenten zoals de MCQ-30

(Morrison & Wells 2003) en een CGT-georiënteerde interventie die bij onder andere angst en depressie zeer veelbelovend lijkt.

Een andere cognitieve invulling van het construct metacognitie benadrukt cognitieve tendensen zoals *jumping-to-conclusions*. Deze tendensen zijn bij psychotische stoornis veelal verhevigd aanwezig, en goed meetbaar middels een vragenlijst als de Davos Assessment of Cognitive Biases (van der Gaag *et al.* 2013). Metacognitie, in deze definitie, heeft een controlerende functie: een beter begrip van deze tendensen en een groter besef van de aanwezigheid daarvan zou mogelijk de negatieve invloed ervan op het functioneren kunnen verminderen. Met dat doel is een metacognitieve groepstraining ontwikkeld (Moritz *et al.* 2011), die later ook is aangepast naar een individuele psychotherapie (Schneider *et al.* 2016). Op het moment zijn de onderzoeksresultaten gemengd: één meta-analyse rapporteert geen significante bevindingen en stelt dat de training niet geschikt is voor brede implementatie (van Oosterhout *et al.* 2016), een andere meta-analyse vindt kleine tot middelgrote effecten (Eichner & Berna 2016) en een systematische review stelt dat er te weinig evidentie is om een uitspraak te doen (Jiang *et al.* 2015).

Een andere veelgebruikte definitie van de term metacognitie, en de definitie waar het proefschrift zich op richt, heeft een breder karakter. Vanuit dit framework is metacognitie een set aan mentale vaardigheden die iemand in staat stelt om complexe representaties van de zelf, anderen en de wereld te vormen en te integreren. Op deze wijze wordt metacognitie een ‘containerbegrip’, dat op te delen valt in vier subdomeinen. Elk van deze subdomeinen is vervolgens opgebouwd uit meer basale handelingen versus meer synthetische handelingen. Het eerste domein is Zelfreflectie, en omvat het begrijpen van de eigen gedachten en gevoelens en het verwerken van deze informatie tot een zelfrepresentatie. Meer basale metacognitieve handelingen zijn in deze bijvoorbeeld het opmerken dat je gedachten en gevoelens hebt en dat deze van jou zijn. Een meer synthetische handeling is bijvoorbeeld het begrijpen dat je geneigd bent te doemdenken en dat dit vaak niet nodig is, wat er weer voor kan zorgen dat je mooie kansen niet aangrijpt.

Begrijpen wat er in de Ander Omgaat is een vergelijkbaar proces. Meer basale metacognitieve handelingen zijn bijvoorbeeld het beseffen dat andere mensen gedachten en gevoelens hebben, en een idee vormen van wat die zouden kunnen zijn. Op een meer synthetisch niveau integreer je alle informatie die je hebt tot een complexe representatie, door bijvoorbeeld te begrijpen dat een goede vriend altijd wat onzeker is over zichzelf en dus erg hevig kan reageren op een kritische opmerking, zelfs wanneer je die goed bedoelt.

Decentratie is het vermogen om de wereld vanuit meerdere perspectieven te kunnen bezien. Aan de meer basale kant omvat dit het vermogen om te beseffen dat andere mensen plannen en gedrag hebben dat volledig onafhankelijk bestaat van jezelf. Meer synthetische vaardigheden stellen iemand in staat om te begrijpen dat andere perspectieven even valide kunnen zijn als de eigen, en de eigen plek in de wereld te beseffen.

Metacognitieve Coping is het vermogen om al deze metacognitieve informatie om te zetten in een praktisch begrip van, en omgang met, de eigen problemen. Meer discrete vaardigheden zijn het begrip *dat* je überhaupt psychologische problemen kunt hebben (‘ik voel me wel eens slecht’), dat je deze kunt herkennen, en er een plausibele verklaring voor kunt vinden (‘ik voel me erg eenzaam, omdat ik geen relatie heb’).

Deze vermogens kunnen betrouwbaar en valide in kaart worden gebracht met de Metacognition Assessment Scale – A (MAS-A) (Lysaker *et al.* 2014). Dit is een instrument waarmee getrainde *raters* transcripten van gesprekken of interviews kunnen scoren op metacognitieve handelingen die de proefpersoon spontaan laat zien. Dit komt de ecologische validiteit ten goede: de proefpersoon wordt niet gestimuleerd tot het uitvoeren van metacognitieve activiteiten, en zodoende kan in kaart worden gebracht hoe de patiënt in het dagelijks leven zou functioneren. Bovendien kan de schaal worden toegepast op zowel een speciaal interview als op therapiegesprekken, en is zodoende geschikt voor zowel wetenschappelijk/klinisch onderzoek als *routine outcome monitoring*.

De methode is echter zeer tijdrovend: gesprekken moeten geheel worden uitgeschreven en vervolgens gescoord. Waar de tijdsinvestering van vragenlijsten veelal in minuten kan worden uitgedrukt, is het gebruik van de MAS-A beter in uren aan te duiden. Regulier gebruik van de MAS-A in de klinische praktijk zal voor de meeste klinici dan ook geen optie zijn. Anderzijds lijken scores op de MAS-A wel toegevoegde waarde te hebben op bestaande instrumenten, wat betreft uitkomstmaten.

Een belangrijk behandeldoel voor mensen met een psychotische stoornis is het vinden van werk, en dit werk ook te behouden. In hoofdstuk twee van het proefschrift analyseren wij data uit een klinisch onderzoek onder mensen met een psychotische stoornis die een arbeidsrehabilitatietraject volgden (de Jong *et al.* 2014). Zij werden onderverdeeld in twee groepen: een groep die aanvullend op het traject CGT ontving, en een groep die enkel ondersteunende gesprekken zonder interventie (*support*) ontving. Wij vonden dat betere metacognitieve vaardigheden enkel in de CGT-groep een hogere werktevredenheid voorspelde. Deze gegevens interpreteren wij, met alle voorzichtigheid, in het kader van de vaardigheid om een genuanceerd beeld te vormen van de werkervaring ('die ruzie met mijn collega was rot, maar over het algemeen heb ik een prima dag op het werk gehad' versus 'ik had een rot dag op het werk').

In hoofdstuk drie onderzochten wij of metacognitieve tekorten bij psychotische stoornissen een risicofactor vormen voor geweld. Breder onderzoek naar de invloed van problemen in het brede construct sociale cognitie leverde tot nog toe gemengde resultaten, en wij waren benieuwd of een construct als metacognitie mogelijk beter een risico op geweld voorspelt. Dit hebben wij onderzocht door een testbatterij met een aantal maten van sociale cognitie en metacognitie af te nemen bij gezonde controles, patiënten met een psychotische stoornis zonder een forensische achtergrond, en patiënten in behandeling in een TBS-kliniek. Uit onze resultaten kwam naar voren dat de beide patiëntgroepen op alle maten van sociale cognitie verlaagd scoorden, maar dat verminderde scores op metacognitie meer samenhangen met een forensische opname dan scores op de meer reguliere maten van sociale cognitie.

In hoofdstukken vier, vijf en zes bespreken wij de effectiviteit van een therapie die is ontwikkeld om metacognitie te stimuleren bij psychotische stoornissen. Deze interventie betreft niet zozeer een sessie-voor-sessie protocol, maar is gebaseerd op acht elementen die therapeuten tijdens elke sessie proberen aan te houden.

- Het eerste element betreft de agenda van de patiënt: wat zoekt de patiënt van de therapeut gedurende de sessie?

- Het tweede element stelt dat de therapeut zijn of haar gedachten over en reacties op de gedragingen van de patiënt deelt met de patiënt.
- Het derde element richt zich op het stimuleren van een narratief van de patiënt, om er zorg voor te dragen dat het gesprek niet afdwaalt naar abstractie maar juist draait om de concrete ervaringen van de patiënt.
- Gecombineerd vloeien deze elementen uit in het vierde element, de notie dat de dyade therapeut-cliënt samen op zoek gaat naar de psychologische problemen die de patiënt ervaart.
- Het vijfde element suggereert dat therapeuten continu in de gaten houden wat er gebeurt in het interpersoonlijke proces tussen therapeut en cliënt, terwijl zij met elkaar praten.
- In het verlengde daarvan ligt het zesde element: er zorg voor dragen dat de therapeut vraagt naar de ervaring van de patiënt binnen de sessie, wat kan plaatsvinden aan het eind van de sessie, op verscheidene momenten tijdens de sessie, of beide.
- Deze zes elementen vormen samen de basis voor de zevende (het stimuleren van zelfreflectie en begrijpen wat er in de ander omgaat) en achtste elementen (stimuleren van metacognitieve coping) door vragen te stellen congruent met, of vlak boven, het niveau van metacognitief functioneren van de cliënt in het moment zelf.

In hoofdstuk vier (de Jong *et al.* 2016b) wordt de casus van Abraham besproken; een chronische patiënt met ernstige symptomen van desorganisatie. De acht elementen van Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) worden gebruikt om sessies te leiden, en de MAS-A wordt gebruikt om specifieke interventies binnen de sessie af te stemmen op de patiënt.

Evaluatie van de twaalf sessies die de cliënt ontving was bemoedigend: het gebruik van de reflectieve, narratieve methode leek erg geschikt voor een patiënt die waarschijnlijk weinig of geen baat zou hebben bij de huidige evidence-based methodologie van CGT. Aan de andere kant maakt deze casus wel duidelijk dat het proces van verbetering langzaam is. Twaalf sessies waren niet voldoende: er werden maar kleine metacognitieve verbeteringen geobserveerd aan het lagere eind van het spectrum, en het kon niet worden vastgesteld of deze verbeteringen blijvend zouden zijn. Dit is onwaarschijnlijk, gezien bevindingen uit eerdere casussen behandeld middels deze methode (Lysaker *et al.*, 2007). Deze case study maakte onderdeel uit van een pilotonderzoek gerapporteerd in hoofdstuk vijf. Dit onderzoek was erop gericht om te bepalen of MERIT een therapie is die op tijdsefficiënte wijze kan worden overgedragen van de auteur van het protocol op therapeuten, welk niveau van post-training supervisie nodig zou zijn, in hoeverre participanten de therapie zouden accepteren of zouden stoppen met de behandeling, en natuurlijk om data te verzamelen rondom de effectiviteit van de therapie om power-analyse te sturen voor de multicenter, randomized controlled trial die wij rapporteren in hoofdstuk zes. Onze indruk is bemoedigend: zowel de trainer, supervisor en trainees gaven allen aan dat dit was geslaagd. Post-training supervisie bleek idealiter te bestaan uit wekelijkse supervisie, maar een minimum werd gesteld van eens per twee weken. Participanten leken de therapie te accepteren: negen van de twaalf participanten maakten de behandeling af.



Het patroon van verbetering dat in de pilotstudie werd gevonden, alhoewel niet statistisch significant, gaf blijk van hetzelfde patroon als eerder gevonden in case studies en kleine klinische trials. Participanten lijken relatief snel vooruit te gaan in de capaciteit tot zelfreflectie en metacognitieve coping. De domeinen van begrijpen wat er in de ander omgaat en decentratie bleken weerbarstiger: er werden geen resultaten gevonden op deze schalen.

Deze onderzoeken culmineerden in de multicenter, randomized controlled trial die is beschreven in hoofdstuk zes (de Jong *et al.* 2018). Dertien therapeuten werden getraind door de eerste auteur van het therapieprotocol gedurende een driedaagse training. Alhoewel het, net als in de pilot study, moeilijk is om empirisch vast te stellen of een therapiemethode goed is overgedragen, waren ook in deze studie de trainer en trainees het er op basis van o.a. supervisiemomenten over eens dat dit leek te zijn gelukt. Het vinden van participanten bleek echter moeilijker; ons oorspronkelijke protocol specificeerde een gewenste 120 inclusies in het onderzoek, maar kon slechts 70 participanten includeren, ondanks het gegeven dat er verscheidene instellingen betrokken waren bij het onderzoek.

Tijdens het onderzoek werd supervisie uitgevoerd met alle therapeuten die cliënten aan het behandelen waren, tijdens tweewekelijkse groepsessies via Skype. Het format van deze sessies varieerde enigszins, alhoewel over het algemeen de agenda inhield dat een van de therapeuten een casus inbracht, en moeilijkheden of obstakels kon voorleggen. Het design van dit onderzoek stelt ons niet in staat om enige conclusies te trekken rondom het belang of effectiviteit van deze supervisie, maar het werd over het algemeen goed 'bezocht' door de therapeuten, en de algemene indruk is dat deze sessies therapeuten hielpen, die zich wat geïsoleerd voelden door het gebruik van nieuwe technieken met een inherent kleinere basis van evidentie voor effectiviteit. De overkoepelende vraag van deze studie was, natuurlijk, om vast te stellen of participanten zouden verbeteren ten gevolge van de therapie. Wanneer wij de resultaten in deze groep vergelijken met een controlegroep die Treatment As Usual (TAU) ontving, leken participanten in de MERIT groep niet significant meer te verbeteren in metacognitieve vaardigheden zoals gemeten met de MAS-A dan de controlegroep tussen baseline en direct na het beëindigen van de 40 sessies therapie. Op 6 maanden follow-up, echter, bleek dat de controlegroep terug was gegaan naar ongeveer hun baseline functioneren, terwijl participanten in de MERIT conditie vooruit bleven gaan op metacognitieve zelfreflectie, zelfs ten opzichte van hun post-meting. Deze bevindingen worden verder versterkt door de bevinding dat het patroon van verbetering consistent is met eerdere case studies, pilot studies (inclusief de onze) en kleinere trials: een verbetering op zelfreflectiviteit en in kleinere mate metacognitieve coping, en geen verbeteringen op begrijpen wat er in de ander omgaat en decentratie. Er werden geen verbeteringen gevonden op secundaire uitkomstmaten zoals depressie, stigma of kwaliteit van leven.

Wellicht het meest relevant in de klinische context zijn de scores op zelfreflectiviteit. Gemiddelde scores op deze schaal indiceerden dat participanten significante vooruitgang boekten naar niveau Z5, ofwel de vaardigheid om de eigen gedachten en perspectieven te zien als veranderbaar en/of foutief. Deze resultaten moeten echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, gezien aanzienlijke fluctuaties in scores. Dit niveau (Z5) is echter zeer relevant, aangezien dit theoretisch kan worden gezien als voorwaarde van een succesvolle behandeling middels Cognitieve Gedragstherapie (CGT). Het is mogelijk dat dit inhoudt dat MERIT

een mogelijke 'pre-therapie' is voor personen met een ernstige psychiatrische aandoening die geen baat hebben bij CGT. Dit is echter hypothetisch; toekomstig werk zal beter moeten vaststellen dat Z5 inderdaad een preconditionie is voor de toepassing van CGT.

Dit proefschrift had ten doel om te onderzoeken of de metacognitieve aanpak een waardevolle toevoeging is aan het veld. Als geheel genomen lijken onze resultaten bemoedigend. Echter is het op dit moment belangrijk om stil te staan bij het verschil tussen het toetsen van een uitkomstmaat (wat wij hebben gedaan) en het toetsen van het onderliggende theoretische model zoals de hiërarchische opbouw van metacognitieve vaardigheden (wat wij niet hebben gedaan). Metacognitie is een breed construct, en in onze designs hebben wij één operationalisatie getoetst: de Metacognition Assessment Scale-A. Zodoende kan enkel worden geconcludeerd dat er bemoedigende evidentie is gevonden voor de notie dat metacognitie, wanneer gedefinieerd als de scores van een persoon op de MAS-A, gecorreleerd lijken te zijn aan sommige uitkomstmaten (zoals werkervaring, hoofdstuk 2; en risico op geweld; hoofdstuk 3), en mogelijk een geschikt doel zijn voor psychotherapie die specifiek is gericht op het verbeteren van functioneren op de domeinen zoals die zijn gedefinieerd door, en gemeten met, de MAS-A.

Sinds het uitbrengen van het proefschrift hebben wij aanvullende analyses uitgevoerd, die relevant zijn om te benoemen. Allereerst blijkt uit kwalitatieve interviews met patiënten dat zij de therapiemethode over het algemeen als waardevol hebben ervaren in hun herstel (de Jong, Hasson-Ohayon, van Donkersgoed, Aleman, & Pijnenborg, *under review*). Opvallend is ook dat de observaties van de patiënten rondom hun eigen vooruitgang sterk overeenkomen met de 'objectieve' maten gebruikt in de trial: veranderingen in de wijze waarop zij hun eigen gedachten zien en omgaan met psychische stress.

Daarnaast heeft een vervolganalyse helder gemaakt dat ziekte-inzicht een zeer belangrijke rol speelt (S. de Jong, Hasson-Ohayon, *et al.*, *in preparation*). Bij patiënten met relatief goed ziekte-inzicht heeft de psychotherapie zeer sterke effecten. Voor mensen met problemen in ziekte-inzicht, echter, heeft de therapie weinig effect. Het hebben van weinig ziekte-inzicht is in psychotherapie voor mensen met een psychotische stoornis helaas erg gebruikelijk. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of wijzigingen in de therapiemethode deze mogelijk geschikter maken voor mensen met een laag ziekte-inzicht.

## Referenties

- Eichner C, & Berna F (2016). Acceptance and efficacy of metacognitive training (mct) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: A meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophrenia Bulletin* 42, 952–962.
- van der Gaag M, Schütz C, Ten Napel A, Landa Y, Delespaul P, Bak M, Tschacher W, & de Hert M (2013). Development of the Davos assessment of cognitive biases scale (DACOBS). Elsevier B.V. *Schizophrenia research* 144, 63–71.
- Jiang J, Zhang L, Zhu Z, Li W, & Li C (2015). Metacognitive training for schizophrenia: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry* 27, 149–157.
- de Jong S, van Donkersgoed RJM, Arends J, Lysaker PH, Wunderink L, van der

- Gaag M, Aleman A, & Pijnenborg GHM (2016a). Metacognitie bij psychotische stoornissen : van concept naar interventie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 455–462.
- de Jong S, van Donkersgoed RJM, Pijnenborg GHM, & Lysaker PH (2016b). Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) With a Patient With Severe Symptoms of Disorganization. *Journal of Clinical Psychology* 72, 164–174.
  - de Jong S, van Donkersgoed RJM, Timmerman ME, aan het Rot M, Wunderink L, Arends J, van Der Gaag M, Aleman A, Lysaker PH, Pijnenborg GHM, & Pijnenborg M (2018). Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychological medicine*, 1–11.
  - de Jong S, Hasson-Ohayon I, van Donkersgoed R, Aleman A, & Pijnenborg GHM (n.d.). A qualitative evaluation of the effects of Metacognitive Reflection and Insight Therapy: ‘living more consciously. *In preparation*
  - de Jong S, Hasson-Ohayon I, van Donkersgoed RJM, Timmerman ME, Pijnenborg, G.H.M. Aleman A, & Lysaker PH (n.d.). Predicting therapy success from the outset: the moderating effect of insight into the illness on psychotherapy outcome among persons with schizophrenia. *In preparation*
  - de Jong S, Renard SB, van Donkersgoed RJMM, van der Gaag M, Wunderink L, Pijnenborg GHM, & Lysaker PH (2014). The influence of adjunctive treatment and metacognitive deficits in schizophrenia on the experience of work. *Schizophrenia research* 157, 107–111.
  - Lysaker PH, Vohs J, Hamm JA, Kukla M, Minor KS, de Jong S, van Donkersgoed R, Pijnenborg MHM, Kent JS, Matthews SC, Ringer JM, Leonhardt BL, Francis MM, Buck KD, & Dimaggio G (2014). Deficits in metacognitive capacity distinguish patients with schizophrenia from those with prolonged medical adversity. *Journal of Psychiatric Research* 55, 126–132.
  - Mishara AL, Lysaker PH, & Schwartz M a (2014). Self-disturbances in schizophrenia: history, phenomenology, and relevant findings from research on metacognition. *Schizophrenia bulletin* 40, 5–12.
  - Moritz S, Kerstan A, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Schmidt C, Heise M, & Woodward TS (2011). Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. . Elsevier Ltd *Behaviour research and therapy* 49, 151–7.
  - Morrison AP, & Wells A (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy* 41, 251–256.
  - Moskowitz A, & Heim G (2011). Eugen Bleuler’s Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A centenary appreciation and reconsideration. *Schizophrenia Bulletin* 37, 471–479.
  - van Oosterhout B, Smit F, Krabbendam L, Castelein S, Staring ABP, & van der Gaag M (2016). Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies. *Psychological Medicine* 46, 47–57.
  - Schneider BC, Brune M, Bohn F, Veckenstedt R, Kolbeck K, Krieger E, Becker A, Drommelschmidt KA, Englisch S, Eisenacher S, Lee-Grimm S-I, Nagel M, Zink M, & Moritz S (2016). Investigating the efficacy of an individualized metacognitive therapy program (MCT+) for psychosis: study protocol of a multi-center randomized controlled trial. *BMC Psychiatry BMC psychiatry* 16, 51.

## Psychotisch en (on)gelukkig? Een onderzoek naar de geluksbeleving van mensen met een psychotische stoornis

Jelle Schutte, Nienke Smit en Rikus Knegtering

**Dit artikel werd geschreven door Jelle Schutte en Nienke Smit in het kader van hun opleiding tot Klinisch Psycholoog bij Lentis, Rikus Knegtering begeleidde het onderzoek. Er werden data gebruikt verzameld in het kader van de jaarlijkse ROM-Phamous screening. Op verzoek van de redactie werd de scriptie van Jelle en Nienke tot dit artikel omgewerkt.**

### Inleiding

Internationaal en nationaal wordt er vanuit verschillende vakgebieden steeds meer onderzoek gedaan naar de geluksbeleving van zowel algemene bevolkingsgroepen als specifieke doelgroepen. Het bevorderen van geluk is vanuit filosofische, ethische en politieke invalshoeken relevant en is vaak een gewenst doel voor individuen en samenlevingen (Veenhoven 2002). Geluk kan op verschillende wijzen gedefinieerd worden en wordt vaak verward met kwaliteit van leven (Veenhoven, 1984; Felce en Perry 1995). Veenhoven (2002) stelt dat de subjectieve gelukservaring één van de aspecten van levenskwaliteit is, naast de leefbaarheid van de omgeving, de levensvaardigheden van de persoon in kwestie en het gevoel van ‘nut’ in het leven. Waar de leefbaarheid van de omgeving en de levensvaardigheden van de persoon iets zeggen over de *kansen* voor een gelukkig leven zijn het gevoel van ‘nut’ en subjectieve levenskwaliteit meer *uitkomsten* van het leven. Echter, men kan zich nuttig voelen of nuttig zijn zonder hierbij voldoening in het leven te ervaren. Veenhoven maakt aannemelijk dat juist deze subjectieve levensvoldoening, ofwel de waardering van het leven als geheel, de kern is van het concept geluk. Felce en Perry (1995) beargumenteren dat kwaliteit van leven een heteroog begrip is dat in de onderzoeksliteratuur op vele manieren gedefinieerd wordt. Zij hebben een poging gedaan de verschillende definities samen te brengen in de volgende definiëring van kwaliteit van leven: ‘(...) een algemeen welzijn dat bestaat uit objectieve beschrijvingen en subjectieve evaluaties van fysiek, materieel, sociaal en materieel welzijn samen met de mate van persoonlijke ontwikkeling en doelgerichte activiteit, allemaal gewogen door een persoonlijke set van waarden’.

Met betrekking tot geluk in de zin van subjectieve levensvoldoening bleek uit grootschalig onderzoek waarbij mensen gevraagd werd hoe gelukkig zij zich de afgelopen maand hebben gevoeld, dat de meeste Nederlanders gelukkig zijn (Veenhoven, 2016). Ruim 75% waardeert het eigen leven met een acht of hoger (range 0-10) en slechts zes procent scoort een vijf of lager. In een onderzoek waaraan 157 landen meededen stond Nederland in 2013-2015 op de zevende plaats (gemiddeld 7,9) van de meest gelukkige landen (Helliwell e.a. 2016). De landen bovenaan de lijst waren allemaal westerse landen. Onderaan de lijst stonden de inwoners van Togo, Syrië en Burundi, die gemiddeld tussen de 2,5 en 3,5 scoorden op geluksbeleving. Uit eerder onderzoek blijkt dat binnen de westerse samenlevingen mensen met

hogere inkomens nauwelijks gelukkiger zijn dan mensen met lagere inkomens. In de westerse samenleving hangt geluksbeleving vooral samen met het hebben van sociale contacten, lichamelijke en geestelijke gezondheid, sociale vaardigheden en participatie in de maatschappij (Veenhoven, 2016).

Naast onderzoek in de algemene bevolking is er, beperkt, onderzoek gedaan naar de geluksbeleving van mensen met een psychiatrische stoornis. Zo bleek dat mensen met ernstige psychopathologie, zoals een depressieve of obsessief-compulsieve stoornis, minder gelukkig zijn dan mensen zonder of met lichte psychopathologie zoals dysthyme stoornissen of een enkelvoudige fobie (Bergsma e.a. 2011). De 15% ernstigste psychische stoornissen verklaarden het verschil in het gemiddelde ervaren geluk tussen de algemene en de psychiatrische populatie. In het onderzoek van Bergsma werden mensen met een psychotische stoornis niet betrokken.

Als geluk wordt gezien als een wenselijke uitkomst voor individuen en als richtsnoer zou dienen voor beleid, dan is het van belang meer te weten over de geluksbeleving van patiënten met een psychotische stoornis. Psychotische stoornissen hebben immers een enorme impact op verschillende levensgebieden en veroorzaken vaak een grote lijdensdruk. Tevens worden deze patiënten vaak gekenmerkt door een minder goede gezondheid, minder sociale contacten, slechtere sociale vaardigheden en werkloosheid (Bejerholm e.a. 2007). Het is niet bekend of deze factoren geluksbeleving van mensen met een psychotische stoornis beïnvloeden, zoals deze dat in de algemene bevolking doen.

Er is een aantal onderzoeken gedaan naar geluksbeleving bij mensen met een psychotische stoornis in het buitenland. Hoewel er geen verschil leek te zijn in geluksbeleving tussen relatief jonge mensen met schizofrenie en een gezonde controlegroep (Agid e.a. 2012; Agid e.a. 2015; Strauss e.a. 2012), leken chronische patiënten (n=72) wel minder gelukkig te zijn dan de algemene bevolking (n=64) (Palmer e.a. 2014). De onderzoeksgroepen waren allemaal relatief klein. In het laatstgenoemde onderzoek kwam geen relatie naar voren tussen geluk en sociodemografische variabelen, ziekteduur, de ernst van positieve en negatieve symptomen, fysiek functioneren, medische comorbiditeit, of cognitief functioneren. Wel werden er, net als bij de gezonde controlegroep, verbanden gevonden tussen geluk en positieve psychosociale factoren (minder ervaren stress, hogere mate van veerkracht, optimisme en persoonlijke 'mastery'). Ook werden vergelijkbare verbanden gevonden met 'kwaliteit van leven', een verwant construct waar meer onderzoek naar is gedaan.

Met betrekking tot de relatie tussen kwaliteit van leven enerzijds en aard en ernst van de symptomen anderzijds is aangetoond dat vooral negatieve symptomen samenhangen met een minder goed sociaal herstel en sociaal functioneren (Carrión e.a. (2016). Op het onderzoek van Palmer e.a. (2014) na is er weinig onderzoek gedaan naar het verband tussen ernst van positieve en negatieve symptomen en geluk.

Uit eerder onderzoek is bekend dat depressieve klachten een negatieve invloed hebben op de levenskwaliteit (Bijl e.a. 1998). Buckley e.a. (2009), die uitgaan van een comorbiditeit van depressie bij 50% van de mensen met een psychotische stoornis, vonden dat patiënten met een psychotische stoornis met een comorbide depressieve stoornis minder kwaliteit van leven ervaren en slechter functioneren op psychosociaal gebied dan patiënten met alleen een psychotische stoornis.

In onderzoeken naar de relatie tussen de duur van een psychotische stoornis en

subjectieve levenskwaliteit zijn tegenstrijdige resultaten gevonden, variërend van een matig negatieve impact van de duur op de psychotische stoornis (Eklund e.a. 2003) tot een mogelijk positief verband door frequentere terugval van patiënten (Briggs e.a. 2008).

Ten slotte is er een aantal onderzoeken gedaan naar functionele remissie in relatie tot psychotische stoornissen. Functionele remissie kan gezien worden als een objectieve maat van herstel bij mensen met ernstige psychische aandoeningen (Wiersma e.a. 2015). Eklund e.a. (2003) onderzochten de relatie tussen 'objectieve kwaliteit van leven' en 'subjectief welbevinden' (gemeten met een vraag die sterk lijkt op de geluksvraag) bij een steekproef van psychotische patiënten. Zij concludeerden dat objectieve levensomstandigheden (woonomstandigheden; wel of niet hebben van werk; wel of geen relatie etc.) invloed hebben op het subjectief welzijn van mensen met een psychotische stoornis. In een recent onderzoek van Domínguez-Martínez (2015) bleek dat patiënten die hoog scoorden op een aantal maten van functioneel herstel tevens een hogere mate van subjectief welbevinden rapporteerden. Ferrera e.a. (2015) vonden echter dat er een grote groep patiënten was die hoog scoorden op subjectief welbevinden, maar laag op functionele remissie.

Er kan geconcludeerd worden dat er slechts een beperkt aantal onderzoeken is gedaan naar de geluksbeleving van mensen met een psychotische stoornis; dat de aantallen patiënten in deze onderzoeken klein zijn en dat de uitkomsten niet eenduidig zijn. Factoren zoals ziekteduur, aard van de symptomen en objectieve maten van remissie zijn factoren die voor de klinische praktijk relevant lijken, maar weinig zijn onderzocht. Tevens wordt geconcludeerd dat er een conceptuele verwarring lijkt te bestaan tussen 'geluksbeleving' als 'levensvoldoening' en het meer heterogene concept van 'kwaliteit van leven'. Theoretisch zijn er zowel verschillen als overlap, maar dit is onvoldoende onderzocht.

Naast geluksbeleving wordt in de literatuur veel gesproken over 'kwaliteit van leven'. Het gaat bij 'kwaliteit van leven' in vragenlijsten vaak over het hebben van contacten, werk, voldoende financiële middelen of een relatie. Een verbeterde kwaliteit van leven (of een toegenomen tevredenheid met een deelgebied van het leven), garanderen geen gevoel van voldoening met het leven als geheel (Veenhoven, 2002). Tevredenheid met het leven wordt regelmatig als maat van 'kwaliteit van leven' gebruikt (Felce en Perry 1995), maar blijkt volgens Veenhoven (2012) meer een cognitieve dan een affectieve waardering van het leven aan te geven. In een onderzoek naar de verschillende aspecten van levenswaardering blijkt dat juist het affectieve aspect het meest relevant is voor het oordeel als geheel (Veenhoven, 1997). In het huidige onderzoek werd ten eerste onderzocht hoe (on)gelukkig patiënten met een psychotische stoornis zijn en in hoeverre hun geluksbeleving verschilt van de algemene bevolking. Ten tweede werd onderzocht wat de invloed is van de ernst van de positieve en negatieve symptomen; de ernst van additionele depressieve klachten; de ziekteduur en de mate van functionele remissie op de geluksbeleving van patiënten met een psychotische stoornis. Ten slotte werd nagegaan wat de discriminatieve validiteit is van geluksbeleving ten opzichte van kwaliteit van leven. Als het immers gelijke constructen blijken te zijn in deze context hoeft geluksbeleving niet apart onderzocht te worden.

Verwacht werd dat mensen met een psychotische stoornis minder gelukkig zijn dan mensen zonder psychotische stoornis. Daarnaast werd verwacht dat de psychotische patiënten minder gelukkig zijn naarmate er sprake is van ernstigere positieve en

negatieve symptomen; naarmate er meer depressieve symptomen zijn; naarmate de psychotische stoornis langer duurt en naarmate er nog weinig functioneel herstel heeft plaatsgevonden op het gebied van zelfstandigheid, dagbesteding en sociale contacten. Ten slotte werd verwacht dat er slechts een matige samenhang bestaat tussen geluksbeleving en kwaliteit van leven.

## Methode

### Onderzoeksgroep

Voor het huidige onderzoek werd gebruik gemaakt van een dataset die middels de *Routine Outcome Monitoring Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey* (ROM-PHAMOUS) verkregen is ([www.ROM-Phamous.eu](http://www.ROM-Phamous.eu)) (Bartels-Veldhuis e.a. 2018). Patiënten van diverse instellingen in Noord-Nederland krijgen sinds 2006 jaarlijks een ROM-PHAMOUS screening waarbij wordt gekeken naar geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid en sociale omstandigheden. Het cohort bestaat uit patiënten met een psychotische stoornis en/of een andere ernstige psychiatrische aandoening die antipsychotica krijgen voorgeschreven. De DSM-IV classificatie wordt door een psychiater gesteld. De jaarlijkse meting, bestaande uit lichamelijk onderzoek en klinische interviews, wordt door een geschoolde ROM-verpleegkundige gedaan. In het huidige onderzoek werden alleen mensen die geclassificeerd zijn met een psychotische stoornis geïncludeerd.

Voor de vergelijking met de algemene bevolking werd gebruik gemaakt van de data van een internationaal onderzoek (European Social Survey; 2014), waarin geluksbeleving de centrale maat was en op dezelfde manier gemeten werd als in het ROM-PHAMOUS onderzoek. Hiervan werd de data gebruikt van het onderzoek dat onder de Nederlandse bevolking was gehouden. In het onderzoek van de *European Social Survey* werden mensen die zich beschikbaar hadden gesteld om deel te nemen aan sociaal onderzoek ad random gevraagd deel te nemen aan dit betreffende onderzoek. In een persoonlijk *face to face* onderzoek werd het interview afgenomen. Een groep van 601 patiënten met een psychotische stoornis werd vergeleken met een groep van 1919 mensen uit de algemene bevolking. De ROM-PHAMOUS dataset uit 2014 werd gebruikt; het meest recente jaar waarover een volledige dataset beschikbaar was, ten tijde van het onderzoek, van zowel de algemene bevolking als de groep mensen met een psychotische stoornis.

### Meetinstrumenten

Gelukbeleving werd gemeten met de happiness index conform Veenhoven (2002), waarbij op een 10-punts Likert schaal mensen aangaven hoe gelukkig zij de afgelopen maand zijn geweest.

De ernst van de positieve, negatieve en algemene symptomen werd gemeten met de Positive and Negative Syndrome Scale, Nederlandse versie (PANSS-NL) (Kay e.a. 1987). De PANSS is een semi-gestructureerd interview waarmee de positieve, negatieve en algemene symptomen van mensen met schizofrenie in kaart gebracht kunnen worden. De schaal is onderverdeeld in een positieve subschaal (zeven items), een negatieve subschaal (zeven items) en een subschaal voor algemene psychopathologie (16 items). De PANSS heeft een maximum score van 210 en is opgebouwd uit vragen met per vraag een score van 1-7 (afwezig tot extreem). Uit

factoranalyses van o.a. Van der Gaag e.a. (2006) bleek dat er slechts een aantal items uit de PANSS zijn die primair laden op de factor positieve en negatieve symptomen. De items P1 (wanen) en P3 (hallucinaties) blijken een consistente bijdrage te leveren aan de factor positieve symptomen. Voor de negatieve symptomen geldt dat de items N6 (gebrek aan spontaniteit), N1 (afgevlakt affect), N2 (emotioneel terugtrekken) en N4 (apathisch sociaal terugtrekken) een consistent beeld leveren. Voor verdere analyses werd daarom gebruik gemaakt van het gemiddelde van P1+P3 voor positieve symptomatologie; en voor negatieve symptomatologie het gemiddelde van N1+N2+N4+N6.

De ernst van comorbide depressieve symptomen werd gemeten met de gemiddelde score van de negen items van de Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) (range 0-9). Deze schaal is specifiek ontworpen voor het meten van depressie bij patiënten met schizofrenie (Addington e.a. 1993). De betrouwbaarheid en de interne consistentie van de CDSS zijn hoog (Addington e.a. 1992) en er bestaat een lage correlatie tussen de negatieve symptomen schaal van de PANSS, wat de mogelijkheid geeft depressie te differentiëren van negatieve symptomen (Addington e.a. 1994). Omdat de CDSS niet van alle deelnemers beschikbaar was (werd maar bij een deel van de steekproef afgenomen) werd er naast de scores op de CDSS ook gekeken naar item G6 'depressie' van de PANSS.

De drie domeinen van de Functionele Remissie (Wiersma, 2015) werden gebruikt als een maat van herstel van het sociaal-maatschappelijk functioneren. Het instrument vraagt om een beoordeling door een ggz-professional via een semigestructureerd interview met patiënt en/of familie en/of gebruikmaking van schriftelijke gegevens uit het dossier van het functioneren van de patiënt op drie gebieden van functioneren. De domeinen betreffen: wonen en zelfzorg, werken, (beroeps) opleiding of doelgerichte dagbesteding en sociale contacten. Voor ieder domein zijn er drie scoringsmogelijkheden; zelfstandig, gedeeltelijk zelfstandig en niet zelfstandig. De intra- en interbeoordelaars-betrouwbaarheid, discriminerende en convergerende validiteit en gevoeligheid voor verandering zijn voldoende tot goed (Wiersma e.a. 2015).

De ziekteduur was het verschil tussen het jaar dat de psychotische stoornis gediagnosticeerd is en het moment van afname van het huidige onderzoek. De kwaliteit van leven werd gemeten met de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Nieuwenhuizen e.a. 2000). Deze vragenlijst meet met 12 items op een schaal van 12-84 de ervaren tevredenheid met de levensomstandigheden. De betrouwbaarheid en validiteit is voldoende gebleken (o.a. Priebe e.a. 1999).

### Statistische analyses

Het gemiddelde en de verdeling van de happiness-scores van de ROM-PHAMOUS groep en de algemene bevolking werden met elkaar vergeleken. Om het gemiddelde verschil in geluksbeleving te toetsen werd een ongepaarde t-toets uitgevoerd. Voor de analyse van de factoren die mogelijk geluksbeleving en kwaliteit van leven voorspellen werden twee regressiemodellen opgesteld over beide groepen heen. Hiervoor werd eerst gekeken naar de bivariate correlaties tussen geluksbeleving en kwaliteit van leven enerzijds en de onderzochte klinische variabelen (positieve symptomen, negatieve symptomen, depressieve symptomen, ziekteduur en de functionele remissie domeinen) anderzijds. Vervolgens werd met de forward

selection stepwise regressie methode gekeken welke factoren een onafhankelijke voorspellende waarde hadden op geluksbeleving. Statistische tests werden als significant beschouwd bij een p-waarde lager of gelijk aan 0,05 (tweezijdig getoetst). Voor de discriminatieve validatie van geluk ten opzichte van kwaliteit van leven werd de correlatie gemeten (Pearson R). Er werd maximaal een matig verband verwacht (max 0,4-0,6).

## Resultaten

### Eigenschappen steekproef

Alle patiënten met een psychotische stoornis uit de ROM-PHAMOUS dataset werden geïncludeerd. In deze steekproef, van 601 patiënten, waren de classificaties: schizofrenie paranoïde type (51,2%); schizoaffectieve stoornis (16,8%); psychotische stoornis NAO (9,7%); schizofrenie gedesorganiseerde type (7,2%); schizofrenie ongedifferentieerd (5,7%); kortdurende psychotische stoornis (2,8%); schizofreniforme stoornis (2,0%); schizofrenie resttype (1,7%); schizofrenie katatone type (1,3%); waanstoornis (1,3%); psychotische stoornis door middelen met wanen (0,3%). De gemiddelde ziekteduur van de patiënten was 26 jaar (SD=9,5). De algemene groep en de groep mensen met een psychotische stoornis waren verschillend qua geslacht en leeftijd (zie tabel 1a). Qua hoogst genoten opleiding was de modus hetzelfde. Het gemiddelde gelukscijfer van de algemene bevolking (gemiddelde 8,1, SD=1,6) was vergelijkbaar met eerder onderzoek (gemiddelde 7,9, SD=1,6) (Veenhoven 2012, 2013).

Tabel 1 Demografische eigenschappen van de steekproeven

Variabele	Psychotische patiënten n = 601	Algemene bevolking n = 1919	P-waarde t-toets
Gemiddelde leeftijd	43 (SD = 11,0)	51 (SD = 18,3)	<0,001
Geslacht (% man)	60	50	<0,001
Hoogst genoten opleiding (modus)	LBO, VMBO	LBO/VMBO	

### Patiënten met psychose versus algemene bevolking

Patiënten met een psychotische stoornis waren significant minder gelukkig (gemiddelde 6,6 SD=1,7) dan de algemene bevolking (gemiddelde 8,1 SD=1,6) ( $t=-15,8$   $p<0,001$ ). De gemiddelde gelukscore van de patiëntendoelgroep ligt 1,5 punt lager dan bij de algemene bevolking. De range van scores van beide groepen liet echter een grote overlap zien. De range van scores liep voor patiënten uiteen van 1-9 en voor de algemene bevolking van 2-10.

### Relatie tussen klinische variabelen en geluksbeleving

Patiënten met een psychotische stoornis die daarnaast ook depressieve klachten rapporteerden waren minder gelukkig dan psychotische patiënten zonder depressieve symptomen. Dit gold zowel voor depressie gemeten met de CDSS als het item voor depressieve klachten van de PANSS (zie tabel 2). De range van de CDSS was echter beperkt (1-3 op een schaal van 1-10) en de CDSS was slechts in 20% van de gevallen beschikbaar. De Pearson r-correlatie tussen de CDSS en het depressie item van de PANSS was 0,69. Voor de rest van de analyses is daarom het depressie item van de PANSS gebruikt. Er was een beperkte negatieve samenhang tussen negatieve symptomatologie en positieve symptomatologie met geluksbeleving. Exploratie van de PANSS scores liet echter zien dat de range van de scores voor positieve symptomatologie 1-4 en de gemiddelde score 2 was; dat houdt in minimale symptomen. De range van de scores voor negatieve symptomatologie was 1-6 en de gemiddelde score 3; milde symptomen.

Tabel 2 Correlaties tussen geluksmaat en klinische variabelen bij patiënten met een psychotische stoornis

Variabele	Correlatie-coëfficiënt R	P-waarde
Positieve symptomen (PANSS)	-0,19	<0,001
Negatieve symptomen (PANSS)	-0,17	<0,001
Depressieve klachten (CDSS)	-0,7	<0,001
Depressieve klachten (PANSS)	-0,42	<0,001
Duur van de psychotische stoornis	-0,03	0,56

Exploratie van de functionele remissiedomeinen liet zien dat er bij de meerderheid van de patiënten sprake was van remissie in alle drie de domeinen. Tevens is te zien dat er een significant verschil was in geluksbeleving tussen patiënten die wel of geen sociale contacten hadden (zie tabel 3). Het zelfstandig wonen of het hebben van werk, opleiding of dagbesteding maakte geen significant verschil in geluk.

Tabel 3 Functionele remissie, verschillen in geluksbeleving en p-waarden independent samples t-test

Functionele-Remissie domeinen	Remissie (wel/geen)	Gelukscore		P-waarde verschil
		Wel remissie	Geen remissie	
Zelfstandig wonend	72%/ 28%	6,8	6,7	0,44
Werk of dagbesteding	63%/ 37%	6,8	6,5	0,09
Sociale contacten	88%/ 12%	6,8	6,0	<,001

Uit regressieanalyse bleek dat 18,7% van de totale variantie in geluksbeleving verklaard kon worden door depressieve klachten en dat het hebben van sociale contacten 0,6% extra verklaarde variantie opleverde (zie tabel 4). Om te controleren of het grote aandeel van de factor depressie niet veroorzaakt werd door een samenhang tussen depressie en sociale contacten werden de factoren in omgekeerde volgorde ingeladen. Deze percentages veranderden zo goed als niet. De overige variabelen konden geen toegevoegde, onafhankelijke variantie verklaren, bovenop depressieve klachten en sociale contacten. Omdat leeftijd en geslacht ongelijk verdeeld waren over de patiëntengroepen en de algemene bevolking is ook onderzocht of leeftijd en geslacht samenhangen met geluksbeleving. Hier bleek geen sprake van (beide p-waarden > 0.05).

**Tabel 4 Stepwise Regressie Model met significante voorspellers van geluksbeleving bij mensen met een psychotische stoornis**

Stap	Variabele toegevoegd	$\beta$	t-waarde	P-waarde	R <sup>2</sup> verandering <sup>a)</sup>
1	Depressieve symptomen <sup>b)</sup>	-0,43	-10,2	<0,001	18,7%
2	Functionele remissie: sociale contacten	0,09	2,17	0,03	0,6%

NB. Onderzoek naar model statistieken liet zien dat er aan de assumpties van lineaire regressie werd voldaan

<sup>a)</sup> totale model: R<sup>2</sup>=19,3% F=55,43, p<0001

<sup>b)</sup> berekend met de depressie schaal van de Positive and Negative Symptoms Scale

#### Relatie tussen geluk en kwaliteit van leven

Er was een samenhang tussen kwaliteit van leven en geluk zoals gemeten met de MANSA en de geluksmaat, maar de samenhang was beperkt (pearson R=0,56 p=0,001).

#### Relatie tussen klinische variabelen en kwaliteit van leven

Om te onderzoeken of de uitkomsten anders waren voor kwaliteit van leven, werd het model opnieuw toegepast. De kwaliteit van leven van patiënten met een psychotische stoornis was lager bij mensen met depressieve klachten (-0,4). De overige verbanden waren zwak (zie tabel 5). Uit regressieanalyse bleek dat 10,8% van de variantie in geluksbeleving verklaard kon worden door depressieve klachten en dat de functionele remissiematen sociale contacten en negatieve symptomatologie respectievelijk 1,3% en 0,8% extra verklaarde variantie opleverden (zie tabel 6).

**Tabel 5 Correlaties tussen kwaliteit van leven en klinische variabelen bij patiënten met een psychotische stoornis**

Variabele	Correlatiecoëfficiënt R	P-waarde
Positieve symptomen (PANSS)	-0,07	0,1
Negatieve symptomen (PANSS)	-0,17	<0,001
Depressieve klachten (CDSS)	-0,4	0,02
Depressieve klachten (PANSS)	-0,33	<0,001
Duur van de psychotische stoornis	-0,001	0,86

**Tabel 6 Stepwise Regressie Model met voorspellende waarden van kwaliteit van leven bij psychotische patiënten**

Stap	Variabele toegevoegd	$\beta$	t-waarde	P-waarde	R <sup>2</sup> verandering <sup>a)</sup>
1	Depressieve symptomen <sup>b)</sup>	-0,36	-7,39	0,001	10,8%
2	Functionele remissie: sociale contacten	0,14	2,89	0,004	1,3%
3	Negatieve symptomatologie	0,12	2,29	0,02	0,6%

<sup>a)</sup> Totale model: R<sup>2</sup>=12,7% F=55,43, p<0001

<sup>b)</sup> berekend met de depressie schaal van de Positive and Negative Symptoms Scales

## Discussie

Patiënten met een psychotische stoornis zijn gemiddeld minder gelukkig dan de algemene bevolking in Nederland. Hierbij geldt dat binnen de psychotische doelgroep er een grote mate van heterogeniteit was in de scores op geluksbeleving, wat maakt dat een aanzienlijk deel van deze groep even hoog scoorde als de algemene bevolking. Depressieve symptomen voorspelden een vermindering van de geluksbeleving. Minder sociale contacten voorspelden in geringe mate een vermindering van de geluksbeleving. Er was een samenhang tussen geluksbeleving en kwaliteit van leven. Als kwaliteit van leven werd gebruikt als uitkomstmaat in plaats van geluksbeleving kwamen dezelfde factoren met een wat minder sterk effect naar voren. Bij kwaliteit van leven was er nog een klein toegevoegd effect van negatieve symptomatologie als voorspeller van een mindere kwaliteit van leven.

De uitkomsten van dit onderzoek kwamen deels overeen met eerdere onderzoeken waarbij geestelijke gezondheid en sociale contacten bepalend bleken te zijn voor de geluksbeleving bij de algemene bevolking (Diener e.a., 2002; Holder e.a., 2007; Veenhoven, 2014). De resultaten die uitwezen dat mensen met een psychotische stoornis minder gelukkig zijn dan de algemene bevolking bevestigden de conclusies van het eerder aangehaalde onderzoek van Palmer e.a. (2014). Tijdens de uitvoering van het huidige onderzoek werd er een onderzoek gepubliceerd door Fervaha e.a.

(2016). Hun bevindingen kwamen grotendeels overeen met de bevindingen uit het huidige onderzoek. Fervaha e.a. vergeleken 75 patiënten met schizofrenie tussen de 18-35 jaar met een uit 72 mensen bestaande demografisch gematchte controlegroep. Geconcludeerd werd dat de mate van subjectief welbevinden significant lager was bij de psychotische patiënten, waarbij subjectief welbevinden werd omschreven als een combinatie van geluk en tevredenheid met het leven. Echter, ook in dat onderzoek werd een grote overlap gevonden in individuele scores tussen mensen met en zonder schizofrenie. Depressieve symptomen en negatieve symptomen konden het niveau van welbevinden voorspellen.

In het huidige onderzoek werd een verband tussen minder geluk met meer negatieve symptomen gevonden, maar dit verband verdween na opname in het regressiemodel. Het bleek echter dat de mate van positieve en negatieve symptomen in de steekproef van het huidige onderzoek laag was (positieve symptomen waren gemiddeld minimaal, negatieve symptomen mild). Mogelijk waren de symptomen bij deze relatief chronische patiënten minder saillant aanwezig in vergelijking met het onderzoek van Fervaha, waar de patiëntengroep jonger was en de gemiddelde ziekteduur korter.

Een ander onderzoek dat gepubliceerd werd tijdens de analyses van het huidige onderzoek is van Broyd e.a. (2016). Zij onderzochten welke variabelen samenhangen met het subjectief welbevinden van mensen met schizofrenie. Een regressieanalyse toonde aan dat werkloosheid, gebrek aan sociaal netwerk, pijnlijke overtuigingen en slechte coping geassocieerd waren met minder subjectief welbevinden. Zij hebben dat onderzocht door 410 mensen met een psychotische of bipolaire stoornis voorafgaand aan hun therapie te vragen naar hun subjectieve welbevinden. Anders dan het onderzoek van Broyd e.a. werd in het huidige onderzoek werkloosheid niet als specifieke factor meegenomen, maar het hebben van werk, vrijwilligerswerk of studie wel. In deze dataset werd geen onderscheid gemaakt tussen betaald werk en onbetaald werk.

In het huidige onderzoek werd een matige samenhang gevonden tussen kwaliteit van leven en geluk. Dit maakt verder aannemelijk dat, ondanks dat er theoretisch en empirisch een overlap bestaat, beide een ander construct meten.

Het huidige onderzoek had een aantal beperkingen. Ten eerste kon in de vergelijking met de algemene bevolking niet gecorrigeerd worden voor inkomen en werkloosheid. Daarnaast kwam de groep mensen met een psychotische stoornis uitsluitend uit Noord-Nederland en de algemene bevolkingsgroep uit heel Nederland. Daarmee samenhangend zijn de resultaten mogelijk beperkt te generaliseren naar andere delen van Nederland en/of andere landen. Ten tweede leed de groep psychotische patiënten gemiddeld genomen lang aan deze stoornis (26 jaar). Mogelijk had bij deze chronische groep de factor acceptatie een modererende invloed op geluksbeleving. Een recent onderzoek van Siqueira en Oades (2015) laat zien dat acceptatie van een langdurige psychische stoornis niet samengaat met vermindering van klachten, maar wel met toename van het psychisch welbevinden. Doordat maar bij een kleine selectie uit de onderzoeksgroep de diagnose relatief kort geleden gesteld was kon de impact van de duur van de psychose op geluksbeleving niet goed onderzocht worden. Ten derde werd in dit onderzoek de geluksbeleving gemeten met één enkele vraag. Abdel-Khalek (2006) vond dat de vraag 'hoe gelukkig bent u in het algemeen?' een Pearson correlatie heeft van  $r = .63$  met de 29-item Oxford Happiness Scale (Hills e.a. 1998). Een vierde beperking van dit onderzoek

was dat de CDSS, gebruikt om depressieve klachten te meten, maar bij 20% van de steekproef beschikbaar was. Het verband tussen depressie en geluk werd verder onderzocht met een vraag uit de PANSS. Het is echter niet bekend of dit ene item een valide instrument is om depressieve klachten te meten. De samenhang met de CDSS was wel sterk (0,69). Naast de validiteit van de vraag is een beperking van de vraagstelling naar het verband tussen depressieve symptomen en geluk, dat het aannemelijk is dat er een overlap bestaat tussen de twee constructen depressie en geluk. Beide constructen drukken een emotie uit, waarbij depressie is geassocieerd met een laag positief affect en geluk met een hoog positief affect (Cheng e.a. 2003). Afwezigheid van depressieve symptomen is geassocieerd met geluk en de aanwezigheid van ernstige depressieve symptomen is geassocieerd met ongeluk (Cheng e.a. 2003). Tevens bleek uit onderzoek van Seligman e.a. (2006) dat als geluk toenam bij adolescenten, symptomen van depressie afnamen. Echter, depressielijsten zoals de CDSS meten depressieve symptomen en niet alleen negatief affect. Uit het huidige onderzoek kan geconcludeerd worden dat de impact van deze ingrijpende psychiatrische stoornis onder andere zichtbaar wordt in de lagere geluksbeleving. Echter, een 6,6 kan nog steeds gezien worden als een voldoende. Daarnaast bleek een deel van de mensen met psychoses even gelukkig te zijn als de algemene bevolking. Dit zou kunnen suggereren dat het ervaren van een gelukkig leven een haalbaar doel kan zijn voor mensen met een psychotische stoornis. Uit onderzoek van het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ, 2015) kwam naar voren dat de nadruk van behandeling van mensen met een psychische aandoening tegenwoordig te veel op medicatie ligt, in plaats van op herstel, gezondheid en activering. Als geluk tot richtsnoer moet dienen voor beleid dan kan op basis van de huidige conclusies gesteld worden dat wellicht meer aandacht besteed zou moeten worden aan het behandelen van comorbide depressieve klachten en het bevorderen van sociale activatie.

De resultaten van onderzoek naar geluksbeleving kunnen helpen voorlichting te verbeteren aan patiënten en familieleden over de toekomstverwachting van mensen met psychotische stoornissen. Daarnaast zou toekomstig onderzoek zich kunnen richten op verbetering van geluksbeleving door behandelinterventies te richten op depressieve klachten en het versterken van sociale contacten. Wellicht is geluksbeleving een belangrijke uitkomstmaat in effectiviteitsonderzoeken.

## Dankwoord

*Dank aan Dr. Frederieke Jörg en Dr. Jozanneke Bastiaans (PPO Groningen, KP-opleiding) voor hun begeleiding van het onderzoek. De auteurs danken alle interviewers en patiënten, voor het verkrijgen en beschikbaar stellen van de gegevens en de medewerkers van het RGOc voor het opbouwen van de dataset.*

## Literatuur

- Addington D, Addington J, Maticka-Tynale E. Specifying of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr Res.* 1994; 11(3): 239-244.

- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry Suppl.* 1993; 22: 39-44.
- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res.* 1992; 6(3): 201-208.
- Agid O, McDonald K, Fervaha G, Littrell R, Thoma J, Zipursky RB, Foussias G, Remington G. Values in first-episode schizophrenia. *Can. J. Psychiatry.* 2015; 60: 507-514.
- Agid O, McDonald K, Siu C, Tsoutsoulas C, Wass C, Zipursky RB, Foussias G, Remington G. Happiness in first-episode schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2012; 141: 98-103.
- Bartels-Velthuis AA, Visser E, Arends J, Pijnenborg GHM, Wunderink L, Jörg F, Veling W, Liemburg EJ, Castelein S, Knegtering H, Bruggeman R (2018). Towards a comprehensive routine outcome monitoring program for people with psychotic disorders: The Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS). *Schizophr Res.* 2018 Jan 26. (In druk).
- Bejerholm U, Eklund, M. Occupational engagement in persons with schizophrenia: relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *American Journal of Occupational Therapy.* 2007; 61: 21-32.
- Bergsma A, Ten Have M, Veenhoven R, en De Graaf R, Most people with mental disorders are happy: a three year follow-up in the Dutch general population. *Journal of Positive Psychology.* 2011; 6: 253-259.
- Bijl, R.V, Ravelli, A, Zessen van, G, Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (nemesis). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 1998; 33: 587-595.
- Briggs A, Wild D, Lees M, Reaney M, Dursun S, Parry D, Mukherjee J, Impact of schizophrenia and schizophrenia treatment-related adverse events on quality of life: direct utility elicitation; *Health Qual Life Outcomes.* 2008; 6: 85-105.
- Broyd A, Jolley S, Johns L, Determinants of subjective well-being in people with psychosis referred for psychological therapy in South London. *British Journal of Clinical Psychology.* 2016; 7: 114-124.
- Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle, Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2009; 35: 383-402.
- Carrión RE, Demmin D, Auther AM, McLaughlin D, Olsen R, Lencz T, Correll CU, Cornblatt BA, Duration of attenuated positive and negative symptoms in individuals at clinical high risk: Associations with risk of conversion to psychosis and functional outcome. *J Psychiatr Res.* 2016; 26; 81: 95-101.
- Cheng H, Furnham A. Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Res Individ Differ.* 2003; 34(6): 921-942.
- Diener E, Seligman, MEP, Very happy people. *Psychological Science.* 2002; 13: 81-84.
- Domínguez-Martínez, Subjective **quality of life** in at-risk mental state for **psychosis** patients: Relationship with symptom severity and functional impairment. *Early Intervention in Psychiatry* 2015; 9; 4:292-299.
- Eklund M, Backstrom M, Hansson L. Personality and self-variables important determinants of subjective quality of life in schizophrenia outpatients. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108: 134-143.

- European Social Survey: <http://www.europeansocialsurvey.org/>
- Fervaha G, Agid O, Takeuchi H, Foussias G, Remington G. Life satisfaction and happiness among young adults with schizophrenia. *Psychiatry Research* 2016; 242: 174-179.
- Felce D, Perry J, Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Ability* 1995. 60-16-23.
- Gaag van der M, Hoffman T, Remijnsen M, Hijman R, Haan de L, Meijel van B, Harten van PN, Valmaggia L, Hert de M, Cuijpers A, Wiersma D, The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale II: A ten-fold cross-validation of a revised model. *Schizophrenia Research.* 2006; 85: 280-287.
- Helliwell J, Layard R, Sachs J. (2016). *World Happiness Report 2016, Update (Vol.i).* New York: Sustainable Development Solutions Network; <http://worldhappiness.report/#happiness2016>
- Holder M, Coleman B, The contribution of social relationships to children's happiness. *Journal of Happiness Studies.* 2007; 10: 329-349.
- Kelly S, McKenna H, Parahoo K, The relationship between involvement in activities an quality of life for people with severe and enduring mental illness. *J Psychiatr Ment Health* 2001; 8: 139-146.
- Landelijk Platform GGZ, Bezuinigingen in de GGZ: Meer pillen, minder kwaliteit. Utrecht 2015. <http://www.platformggz.nl/lpggz/>
- Palmer BW, Martin AS, Depp CA, Glorioso DK, Jeste DV. Wellness within illness: Happiness in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2014; 159: 151-156.
- Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int. J.S. psychiatry* 1999 ; 45: 7-12.
- Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006; 61(8): 774-788.
- Siqueira VR, Oades L. Acceptance and Avoidance Processes at Different Levels of Psychological Recovery from Enduring Mental Illness. *Psychiatric Journal* 2015; 6-12.
- Strauss, GP, Sandt AR, Catalano LT, Allen DN. Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 2012; 53: 1137-1144.
- Nieuwenhuizen C, Schene AH, Koeter MWJ. *The Manchester Short Assessment of Quality of Life [in Dutch]. Handleiding 2000.* Eindhoven, Netherlands, Institute of Mental Health Care Eindhoven.
- Veenhoven R. 1984. *Conditions of happiness.* Kluwer Academic, Dordrecht/Boston/Lancaster. ISBN 90 277 1792 3
- Veenhoven, R. (2002). *Het grootste geluk voor het grootste aantal: Geluk als richtsnoer voor beleid* Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam. *Sociale Wetenschappen.* 2002; 4: 1-43.
- Veenhoven, R. (2016). *Average happiness in 160 nations 2005-2014: How much people enjoy their life as a whole, rated 0-10.* World Database of Happiness, Erasmus Universiteit Rotterdam: [worddatabaseofhappiness.eur.nl](http://worddatabaseofhappiness.eur.nl)
- Wiersma D, Visser E, Bähler M, Bruggeman R, Delespaul PA, Gaag van der M, Haan de L, Keet, IPM, Nijssen Y, Os van J, Pijnenborg GHM, Slooff C, Swildens W, Vos de AE, Weeghel van J, Wunderink L, Mulder CL. Functionele remissie bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening; psychometrische



eigenschappen van een nieuw ROM-instrument. Tijdschrift voor psychiatrie 2015; 57: 395-404.

- Wilcock AA, van der Arend, H, Darling K. An exploratory study of people's perceptions and experiences of wellbeing. Br J Occup Ther 1998; 61: 75-82.
- World Database of Happiness: <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl>

## Emotionele verandering, verbeelding en terugval in depressie

Christien Slofstra

**Christien Slofstra (GMW, RUG) verdedigde haar proefschrift over emotionele verandering, verbeelding en terugval in depressie op 30 november 2017. De titel is Moving onwards, affective change, mental imagery, and depressive relapse. (Co)promotoren waren Claudi Bockting, Maaïke Nauta en Emily Holmes. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste bevindingen. Het proefschrift is online te vinden op [https://www.rug.nl/research/portal/publications/moving-onwards\(e6d6aade-cda9-49eb-b1a1-a4bc3e484c57\).html](https://www.rug.nl/research/portal/publications/moving-onwards(e6d6aade-cda9-49eb-b1a1-a4bc3e484c57).html) (red.)**

### Emotionele verandering, verbeelding en terugval in depressie

Na een depressieve episode is er een groot risico op een volgende depressieve episode. Dat risico neemt toe met het aantal voorgaande episodes en kan variëren van 40% tot 90%. Er zijn momenteel verschillende strategieën om het risico op een volgende depressieve episode te verkleinen. In dit onderzoek is verder ingegaan op de rol van emotionele verandering en verbeelding, met als doel bij te dragen aan het verbeteren en mogelijk personaliseren van bestaande interventies en het ontwikkelen van innovatieve emotiegerichte interventies.

Verstoringen in emoties zijn kenmerkend voor depressies. Een depressieve episode wordt gekenmerkt door een teveel aan negatieve emoties (bijvoorbeeld somberheid) en/of een gebrek aan positieve emoties (bijvoorbeeld gebrek aan interesse of plezier). Na een depressieve episode kunnen emotionele verstoringen nog aanwezig blijven. *Het eerste doel* van dit proefschrift was daarom inzicht te krijgen in hoe bestaande interventies emoties kunnen veranderen.

Het vermoeden bestaat dat verbeelding een rol speelt in de voor depressie kenmerkende emotionele verstoringen. Verbeelding doet zich voor wanneer je iets in je gedachten ziet, hoort, ruikt of voelt. Het kan omschreven worden als een zwakke vorm van perceptie, waarbij je iets waarneemt dat er in werkelijkheid niet is. Bijvoorbeeld tijdens de voorpret voor de vakantie, wanneer je jezelf al in die hangmat ziet liggen, met het geluid van de zee op de achtergrond, de zon op je huid en een lekker drankje in je hand. Verbeelding kan ook een negatieve lading hebben, zoals wanneer je een herinnering ophaalt aan een verdrietige gebeurtenis, waarbij je opnieuw ervaart hoe het toen was en hoe je je toen voelde. Mensen met een depressie blijken veel negatieve verbeelding te ervaren en die negatieve verbeelding hangt samen met het ontstaan, de instandhouding en de terugval in depressie. In experimenteel onderzoek is bovendien aangetoond dat verbeeldende verwerking resulteert in sterkere emotionele impact dan verbale verwerking van hetzelfde materiaal. *Het tweede doel* van dit proefschrift was daarom om te begrijpen hoe verbeelding een rol zou kunnen spelen in emotionele verandering.

Als emotionele verandering inderdaad cruciaal blijkt te zijn in het voorkomen van terugval in depressie, zouden bestaande interventies mogelijk toegesneden kunnen worden naar de individuele emotionele veranderingstrajecten. *Het laatste doel* van dit proefschrift was daarom om te onderzoeken of individuele emotionele veranderingstrajecten kunnen worden gedetecteerd bij voormalig depressieve patiënten die een terugvalpreventiestrategie ondergaan en of deze klinisch relevant kunnen zijn als voorbodes van terugval.

### Emotionele verandering door emotiegerichte interventies

Er is onderzocht hoe twee interventies — *imagery rescripting* en MBCT — emotionele ervaringen bij het ophalen van een negatieve autobiografische herinnering kunnen veranderen. De resultaten van deze experimentele studies tonen aan dat er vele manieren zijn om de emotionele impact van autobiografische herinneringen te verminderen, waaronder een eenvoudige oefening waarin de deelnemers de herinnering ophaalden en de kleuren in het beeld veranderden.

#### *Imagery rescripting*

*Imagery rescripting* is een interventietechniek waarbij negatieve autobiografische herinneringen minder onaangenaam of emotioneel gemaakt kunnen worden door deze op te halen en vervolgens in verbeelding de gebeurtenissen te veranderen. De werking van *imagery rescripting* wordt momenteel verklaard door cognitieve theorieën. Deze cognitieve verklaring stelt dat *imagery rescripting* technieken alleen effectief kunnen zijn wanneer de veranderingen die worden aangebracht ook relevant zijn voor de betekenis van die herinnering. Een voorbeeld van zulke betekenis-relevante *imagery rescripting* is het verbeelden van een helpende vriend in een negatieve herinnering waarin iemand zich alleen voelde, zodat het nieuwe beeld van deze herinnering niet meer 'alleen zijn' betekent.

Omdat experimenteel onderzoek heeft aangetoond dat verbeelding een emotieversterkende eigenschap kan hebben, werd in dit proefschrift de mogelijkheid geopperd dat ook perceptuele veranderingen, die niet expliciet de betekenis-relevante inhoud van de herinnering wijzigen, effectief zouden kunnen zijn in het verminderen van de emotionaliteit van de herinnering. Een voorbeeld van perceptuele *imagery rescripting* is het veranderen van de kleuren van objecten in het beeld van de herinnering.

De hypothese dat evenals betekenis-relevante *imagery rescripting* technieken óók perceptuele *imagery rescripting* technieken kunnen resulteren in vermindering van de emotionaliteit van een negatieve herinnering werd onderzocht in twee experimenten met beide 48 niet-klinische deelnemers. In deze experimenten werd het ophalen van een herinnering zonder verdere manipulatie van het beeld (controleconditie) vergeleken met het maken van perceptuele veranderingen of betekenis-relevante veranderingen in het beeld.

In tegenstelling tot wat men op grond van een cognitieve verklaring van het werkingsmechanisme zou verwachten bleek perceptuele *imagery rescripting* in beide experimenten de emotionaliteit van de negatieve herinnering te verminderen. Ook een positieve *imagery rescripting* techniek die alleen in het tweede experiment werd onderzocht resulteerde in verminderde emotionaliteit. Deze positieve *imagery*

*rescripting* bestond uit het veranderen van het beeld van de herinnering in een zo positief mogelijk beeld, dat niet gerelateerd was aan de oorspronkelijke herinnering. Indien gerepliceerd in klinische steekproeven, bieden deze resultaten mogelijkheden om naast de traditionele vormen van *imagery rescripting* ook relatief eenvoudige technieken, zoals het veranderen van kleuren in een beeld, therapeutisch te gebruiken.

#### MBCT

Aandachtgerichte (*mindfulness-based*) cognitieve therapie (MBCT) is een effectieve psychologische interventie om het risico op terugval in depressie te verminderen. Een belangrijk onderdeel van MBCT is de aandachtgerichte ademhalingsoefening, die in het hierboven beschreven experiment met *imagery rescripting* werd gebruikt als actieve controleconditie. Het uitvoeren van deze oefening tijdens het ophalen van een negatieve autobiografische herinnering bleek de emotionaliteit van de herinnering te verminderen.

In een experimentele studie met 52 niet-klinische deelnemers werd het effect van de ademhalingsoefening tijdens het ophalen van een negatieve autobiografische herinnering nader onderzocht. Er werden geen effecten op helderheid of onaangenaamheid van de herinnering gevonden in vergelijking met een controleconditie waarin de herinnering werd opgehaald zonder verdere manipulatie. Toen de resultaten van deze studie met behulp van Bayesiaanse analyses werden gecombineerd met de resultaten van drie voorgaande experimenten, bleek dat over al deze studies heen de ademhalingsoefening wel resulteerde in verminderde helderheid en onaangenaamheid, maar dat de effecten klein zijn. Uit vervolganalyses bleek dat de ademhalingsoefening wel de emotionaliteit van de herinnering verminderde. Mogelijk spelen deze veranderingen van emotionaliteit door het doen van de ademhalingsoefening ook een rol bij de vermindering van terugval in depressie door MBCT.

#### *Emotionele verandering in de klinische praktijk*

Deze experimenten met emotiegerichte interventietechnieken toonden aan dat er vele manieren zijn om de emotionele impact van negatieve autobiografische herinneringen te verminderen. Echter, deze studies vonden plaats in een non-klinische steekproef en er zouden individuele verschillen van effecten kunnen zijn. Het is van belang om te bestuderen of deze technieken ook in klinische populaties gebruikt kunnen worden. Dan zou er mogelijk in de klinische praktijk gebruik gemaakt kunnen worden van redelijk eenvoudige technieken om deze emotionele verandering te bewerkstelligen. Interessant is dat ook het veranderen van het beeld in een ongerelateerd positief beeld effect leek te hebben op het verminderen van emotionaliteit. Het stimuleren van positieve verbeelding en emoties zou een veelbelovende route op weg naar betere depressiebehandeling kunnen zijn.

### Verbeelding en emotionele verandering

Vervolgens is onderzocht hoe verbeelding gerelateerd is aan emotionele verandering bij het ophalen van negatieve autobiografische herinneringen en in het dagelijks leven.

De resultaten van een experiment met negatieve autobiografische herinneringen in een studentensteekproef tonen aan dat de emotieversterkende rol van verbeelding bij het ophalen van negatieve autobiografische herinnering afhangt van de mate van depressieve klachten. In een studie met voormalig depressieve deelnemers werd de relatie tussen verbeelding en emoties voor het eerst in het dagelijks leven bestudeerd. Het bleek dat momenten waarop iemand meer verbeelding gebruikt gepaard gaan met een betere stemming.

#### *Verbeelding bij het ophalen van een negatieve autobiografische herinnering*

Dat verbeeldende verwerking een sterkere emotionele impact heeft dan verbale verwerking van hetzelfde materiaal was aangetoond in experimenteel onderzoek naar positieve autobiografische herinneringen en naar negatief niet-autobiografisch materiaal. Echter, het emotieversterkende effect van verbeelding was nog niet onderzocht bij negatieve autobiografische herinneringen, terwijl deze een belangrijke rol lijken te spelen in depressie. Depressie hangt samen met het ophalen van meer negatieve herinneringen en met een meer abstracte verwerking van negatieve herinneringen. De abstracte verbale (ruminatieve) verwerking van negatieve herinneringen zou mogelijk kunnen dienen om de emotionele impact van negatieve herinneringen te vermijden.

In een experimentele studie met 99 niet-klinische deelnemers werden daarom de effecten van het verbeeldend en het verbaal (abstract verbaal of concreet verbaal) ophalen van een negatieve autobiografische herinnering met elkaar vergeleken. Uit de observationele resultaten van deze studie bleek dat een hogere mate van depressieve klachten gerelateerd was aan zowel een meer verbeeldende als een meer abstracte verbale (ruminatieve) algemene verwerkingsstijl. Bovendien bleken deze drie variabelen (mate van depressieve klachten, verbeeldende verwerkingsstijl en abstracte verbale verwerkingsstijl) allemaal samen te hangen met een grotere impact van het ophalen van een negatieve herinnering op negatieve emotionaliteit. In tegenstelling tot de algemene verwerkingsstijl, bleek de mate van verbeeldende of verbale verwerking op het moment van het ophalen van de negatieve herinnering niet samen te hangen met de emotionele impact van de herinnering.

In het experimentele deel van de studie werd het ophalen van de negatieve herinnering gemanipuleerd, zodat deelnemers de herinnering op een meer abstracte verbale, concreet verbale of verbeeldende manier verwerkten. Hieruit bleek dat een meer verbeeldende verwerking over het algemeen niet resulteerde in een grotere emotionele impact van de negatieve herinnering, behalve als er rekening gehouden werd met de mate van depressieve klachten. Alleen voor proefpersonen met een lage mate van depressieve klachten resulteerde een meer verbeeldende verwerking, ten opzichte van meer concreet verbale verwerking, in een sterkere emotionele impact van de herinnering.

Het verwachte emotievermijdende effect van abstracte verbale (ruminatieve) verwerking werd dus niet gevonden. De resultaten tonen aan dat verbeelding een rol speelt in de emotionele impact van negatieve herinneringen en dat dit emotieversterkende effect samenhangt met de mate van depressieve klachten.

#### *Verbeelding in het dagelijks leven*

Verbeelding is een alledaags fenomeen. Daarom werd in een studie met tien mensen die meermalen depressief waren geweest en elf mensen die nooit depressief waren

geweest onderzocht hoe verbeelding en emoties samenhangen in het dagelijks leven. Er werd verwacht dat de emotionele impact van positieve of negatieve gedachten sterker zou zijn wanneer er op dat moment gebruik gemaakt werd van een meer verbeeldende verwerkingsstijl.

Proefpersonen kregen op tien willekeurige momenten per dag, gedurende drie dagen per week en acht weken lang, korte vragenlijsten voorgelegd met een smartphone applicatie (*experience sampling* methode). Er werd gevraagd naar hoe ze zich op dat moment voelden en in welke mate ze datgene wat ze op dat moment in gedachte hadden voor zich zagen (de mate van visuele verbeelding). Gemiddeld waren er 136 ingevulde meetmomenten per persoon.

Momenten met meer verbeelding bleken samen te hangen met meer positieve emotionaliteit en een betere stemming, ongeacht of het een positieve of negatieve gedachte betrof. Vervolganalyses toonden aan dat dit zowel gold voor mensen die voorgaande depressie hadden gehad als mensen die nooit depressief waren geweest. Verbeelding lijkt dus ook in het dagelijks leven samen te hangen met emoties, al werd het verwachte emotieversterkende effect niet gevonden.

#### *Emoties veranderen met behulp van verbeelding*

Met name voor mensen met een lage mate van depressieve klachten bleek een meer verbeeldende verwerking te resulteren in grotere emotionele impact van de negatieve herinnering. Dit resultaat roept de vraag op of effecten van verbeelding mogelijk anders zijn in klinische populaties en onderstreept het belang van replicatie in klinische steekproeven. Een andere kanttekening bij deze resultaten is dat het niet zeker is of verandering in emotionele impact werd bewerkstelligd doordat dezelfde herinnering op een andere, meer verbeeldende, manier werd opgehaald of doordat het meer beeldend ophalen van de herinnering ook resulteerde in het ophalen van een iets andere, bijvoorbeeld meer gedetailleerde, herinnering. Het is dus maar de vraag of een meer verbeeldende verwerking van een negatieve herinnering de emoties bij patiënten zou versterken.

Verder bleek verbeelding in het dagelijks leven samen te hangen met een betere stemming, ook bij mensen die in het verleden herhaaldelijk depressief zijn geweest. Op basis van deze observationele data konden echter geen oorzakelijke verbanden worden aangetoond. In toekomstig onderzoek zou mogelijk met experimentele studies met *experience sampling (micro randomized trials)* onderzocht kunnen worden of verbeelding in het dagelijks leven gebruikt kan worden om de stemming te verbeteren.

#### **Individuele verschillen in trajecten van emotionele verandering**

Tot slot zijn individuele emotionele veranderingstrajecten onderzocht bij voormalig depressieve patiënten die een terugvalpreventiestrategie ondergaan. Mogelijk worden depressieve episodes bij mensen met een hoog risico op terugval voorafgegaan door individuele trajecten van emotionele verandering, namelijk toenames in negatieve emotionaliteit en inertie van negatieve emotionaliteit. Inertie is de mate waarin de negatieve emotionaliteit op een bepaald moment afhangt van de mate van negatieve emotionaliteit op een vorig moment.

Met behulp van *experience sampling* werd onderzocht of individuele trajecten van negatieve emotionaliteit gedetecteerd konden worden bij deelnemers die meermaals depressief waren geweest en daarom terugvalpreventiestrategieën volgden. Voormalig depressieve deelnemers ( $n = 42$ ) waren willekeurig toegewezen aan het doorslikken van antidepressiva ( $n = 10$ ), het doorslikken van antidepressiva en daarbij ook preventieve cognitieve therapie volgen ( $n = 15$ ) of het volgen van preventieve cognitieve therapie met daarbij het advies de antidepressiva af te bouwen ( $n = 17$ ). Er werd een controlegroep toegevoegd van tien mensen die nog nooit een depressieve episode hadden ervaren. Voor deze studie werd terugval gedurende een periode van 15 maanden in kaart gebracht. Van de 42 voormalig depressieve proefpersonen vielen er 22 (52%) terug.

De aanwezigheid van veranderingen in negatieve emotionaliteit en inertie van negatieve emotionaliteit binnen een persoon werd getoetst met *time-varying autoregressive analyses*. De resultaten toonden aan dat geen van de proefpersonen de verwachte toename in inertie van negatieve emotionaliteit liet zien. Toenames in negatieve emotionaliteit werden gevonden in een klein deel (9%) van de voormalig depressieve deelnemers die terugvielen. Afnames in negatieve emotionaliteit of de inertie daarvan werden gevonden bij negen deelnemers, waarvan er vijf (56%) toch terugvielen. Bij één van de controled deelnemers werd een afname in inertie van negatieve emotionaliteit waargenomen.

De resultaten laten zien dat individuele trajecten van negatieve emotionaliteit kunnen worden gedetecteerd met behulp van *experience sampling* en dat deze patronen bovendien binnen groepen met dezelfde terugvalpreventiestrategie van persoon tot persoon kunnen verschillen. De verwachte toenames in inertie van negatieve emotionaliteit werden echter niet gevonden, ook niet wanneer terugval aan het eind van of kort na de terugvalpreventiebehandeling had plaatsgevonden. Uit de resultaten bleek geen duidelijk patroon waarbij individuele emotionele trajecten aankondigen of iemand al dan niet terugvalt.

#### *Individualiseren van interventies op basis van emotionele veranderingstrajecten*

De mogelijkheid om met behulp van *experience sampling* individuele emotionele veranderingstrajecten gedurende terugvalpreventiestrategieën te detecteren is onderzocht. Er werden individuele trajecten van emotionele verandering gedetecteerd binnen groepen die dezelfde terugvalpreventiestrategie ondergaan. Hoewel dit mogelijkheden biedt om interventies te personaliseren op basis van individuele trajecten, lijken de huidige resultaten zulk gebruik van *experience sampling* nog niet te rechtvaardigen. Op basis van de huidige resultaten is de relatie tussen individuele emotionele trajecten en terugval in mensen met een hoog risico daarop nog niet duidelijk. Bovendien hadden sommige proefpersonen die hersteld waren van meerdere depressieve episodes last van de *experience sampling*, wat een reden is tot zorg en zorgvuldigheid. Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen of de informatie die vergaard wordt met *experience sampling* bij kan dragen aan gepersonaliseerde diagnostiek en behandeling, waarbij de cruciale vraag is of dit resulteert in betere uitkomsten voor patiënten op de lange termijn.

## Conclusie

In dit proefschrift zijn emotionele verandering, verbeelding en terugval in depressie onderzocht. Verschillende interventietechnieken kunnen de emotionele impact van negatieve herinneringen verminderen, waaronder ook zeer eenvoudige technieken zoals het veranderen van de kleuren in het beeld van de herinnering, zoals bleek uit analoge studies. Daarnaast laten de studies in het dagelijks leven in een klinische populatie bestaande uit mensen die hersteld zijn van meerdere voorgaande depressie, zien dat verbeelding samenhangt met een betere stemming. Verder wijzen deze studies uit dat er individuele verschillen zijn in emotionele verandertrajecten tijdens het ondergaan van verschillende terugvalpreventie behandelingen. Echter, deze veranderingen binnen een persoon bleken niet eenduidig aan te kondigen of iemand al dan niet terugvalt. Het is dus de vraag of deze individuele verschillen betekenisvol zijn voor de preventie terugval in een depressie. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen hoe emotionele verandering tot stand kan komen in het dagelijks leven van patiënten, of emotionele verandering op de korte termijn ook klinisch relevant is voor het beloop op de lange termijn en of individuele verschillen in emotie en emotionele verandering ook de basis kunnen zijn voor gepersonaliseerde en, bovenal, verbeterde terugvalpreventie.

## Over de auteurs

- **D. Bergsma-Klaassens**, verpleegkundig specialist GGZ, polikliniek Volwassenenpsychiatrie, Lentis Winschoten
- **W. Bloemers** was psychiater bij Lentis van 1978 tot 2013
- **Dr. C. Boerhout**, hoofd Therapieën UCP, Arbeidstherapie/Trajectbegeleiding, Beeldende therapie, Psychomotorische therapie, Universitair Medisch Centrum Groningen
- **Dr. J. Bruins**, senior onderzoeker Lentis Research, Groningen. Correspondentie: j.bruins@lentis.nl
- **Prof. dr. S. Castelein**, afdelingshoofd Lentis Research & bijzonder hoogleraar Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie & Experimentele Psychopathologie
- **Prof. dr. Ph. Delespaul**, bijzonder hoogleraar Universiteit van Maastricht, afdeling Psychiatrie & Psychologie. Klinisch psycholoog Mondriaan GGZ, divisie Integrale Volwassenen Zorg
- **J.H Haarman**, BA (2017), religiewetenschappen bij Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap, nu student in de premaster Geestelijke Verzorging aan de Rijksuniversiteit Groningen
- **Prof. dr. S. de Jong**, werkzaam bij GGZ Noord-Drenthe, Langdurige Zorg, bij de Universiteit van Amsterdam, Klinische Psychologie, en bij de Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- & Maatschappijwetenschappen, Experimentele Psychopathologie - Basiseenheid Klinische Psychologie & Experimentele Psychopathologie
- **M. Kastermans**, docent Master Advanced Nursing Practice, Hanzehogeschool Groningen
- **Dr. H. Knegtering**, psychiater, opleider en hoofd van Lentis Research bij Lentis Groningen, tevens senior onderzoeker NeuroImaging Center, UCP en Rob Giel Onderzoekcentrum van het Universitair Medisch Centrum Groningen
- **Drs. S. Kremer**, filosoof en PhD student, werkzaam als onderzoeker bij FPC Dr. S. van Mesdag te Groningen
- **J.A. Schutte** MSc, klinisch psycholoog/psychotherapeut, Deeltijdbehandeling Persoonlijkheidsstoornissen, PsyQ Lentis Groningen
- **Dr. C. Slofstra**, psycholoog, nu werkzaam als senior onderzoeker bij Lentis Research. Zij heeft haar promotie afgerond bij de afdeling klinische psychologie en experimentele psychopathologie van de Rijksuniversiteit Groningen
- **N.H. Smit** MSc, klinisch psycholoog/psychotherapeut, Stichting Centrum '45 te Diemen
- **Drs. M. Tolsma**, promovendus Lentis Research, Groningen
- **Dr. J. van der Velde**, senior onderzoeker Lentis Research Groningen & docent Hanzehogeschool Groningen, afdeling Academie voor Sociale Studies

**Redactie**

Stynke Castelein  
Jos de Keijser  
Rikus Knegtering (*hoofdredacteur*)  
Swanny Kremer  
Marika Lancel  
Lia Verlinde

**Secretariaat**

Anneke Scholtens  
Postbus 128  
9470 AC Zuidlaren  
ggzetwetenschappelijk@lentis.nl

**Ontwerp en productie**

Klaas van Slooten, bno

**Oplage**

1000 exemplaren

ISSN 1389-1715