



WETENSCHAPPELIJK

Redactioneel

Rikus Knegtering en Lia Verlinde

Vuilniszakken

Swanny Kremer

Dagboekmetingen als klinisch hulpmiddel in de psychiatrie: beloften, valkuilen en mogelijkheden

Fionneke M. Bos

Clinical, societal and personal recovery in schizophrenia spectrum disorders across time: states and annual transitions

Stynke Castelein, Marieke E. Timmerman, Mark van der Gaag, Ellen Visser

Impact van COVID-19 op patiënten van ambulante FACT- en autismeteams

Stynke Castelein, Jojanneke Bruins en Inge van Balkom

Wat is volgens cliënten werkzaam in klinische schematherapie?

Peter Hoekenga, Peter ten Klooster, Gerben Westerhof

Het effect van systematische feedback op drop-out en no-show in de forensische psychiatrie: een pilotstudie

Marleen Janssen, Bram Bovendeerd, Lieke Christenhusz

Apathie, een veelvoorkomend, maar weinig herkend probleem

Claire Kos, Leonie Bais en Rikus Knegtering

De relatie tussen ouderschapsstijlen en schemamodi tijdens klinische schematherapie met cliënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen

Eline Tappel, Karin Timmerman, Gerben J. Westerhof

Over ADHD en cognitieve gedragstherapie bij ADHD

Sanne Vink

Aandachtbias voor voedsel bij adolescenten met anorexia nervosa

Rozemarijn Vos



2

Redactioneel

Rikus Knegtering en Lia Verlinde

4

Vuilniszakken

Swanny Kremer

6

Dagboekmetingen als klinisch hulpmiddel in de psychiatrie: beloften, valkuilen en mogelijkheden

Fionneke M. Bos

14

Clinical, societal and personal recovery in schizophrenia spectrum disorders across time: states and annual transitions

Stynke Castelein, Marieke E. Timmerman, Mark van der Gaag, Ellen Visser

21

Impact van COVID-19 op patiënten van ambulante FACT- en autismeteams

Stynke Castelein, Jojanneke Bruins en Inge van Balkom

30

Wat is volgens cliënten werkzaam in klinische schematherapie?

Peter Hoekenga, Peter ten Klooster, Gerben Westerhof

50

Het effect van systematische feedback op drop-out en no-show in de forensische psychiatrie: een pilotstudie

Marleen Janssen, Bram Bovendeerd, Lieke Christenhusz

66

Apathie, een veelvoorkomend, maar weinig herkend probleem

Claire Kos, Leonie Bais en Rikus Knegtering

78

De relatie tussen ouderschapsstijlen en schemamodi tijdens klinische schematherapie met cliënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen

Eline Tappel, Karin Timmerman, Gerben J. Westerhof

95

Over ADHD en cognitieve gedragstherapie bij ADHD

Sanne Vink

107

Aandachtbias voor voedsel bij adolescenten met anorexia nervosa

Rozemarijn Vos

122

Over de auteurs

De volgende vraag graag!

‘Het belangrijkste is niet ophouden met vragen stellen’ (Albert Einstein). Een vraag heeft een antwoord, induceert bewustwording, beweging en verandering. Wetenschap komt verder door goede vragen. Creatieve maatschappelijke ontwikkelingen komen tot stand door het stellen van goede vragen. Goede vragen dagen uit te kijken naar antwoorden en oplossingen. In een open maatschappij, samenleving, samenwerking mogen, of misschien beter moeten, vragen gesteld worden.

Hoe kunnen we zorgen dat er minder plasticafval komt. Hoe verminderen we het gebruik van microplastics. Hoe zorgen we ervoor dat er geringere CO₂-uitstoot komt. Hoe gaan we de verarming van de biodiversiteit tegen. Hoe zorgen we ervoor dat er minder bestrijdingsmiddelen gebruikt worden. Hoe voorkomen we oorlog. Hoe zorgen we ervoor dat er minder mensen verslaafd raken aan pijnstillers. Wat is het werkingsmechanisme van..., Wat is het effect van onze behandeling..., Wat zijn de gevolgen van onze ingreep. Zijn er ook andere oplossingen, enz.

Het beantwoorden van een vraag roept meestal meerdere vervolgvragen op. Vrijwel iedere promotie, oratie of ander wetenschappelijk verslag eindigt dan ook met de formulering van de nog te onderzoeken vervolgvragen. Freek de Jonge sprak jaren geleden al: *‘Het gaat niet om de antwoorden maar om de vraag...’*.

Het stellen van vragen, goede vragen, is niet vanzelfsprekend en zeker niet simpel. Een goede vraag stellen is een kunst. *‘Het is een bewijs van een prima verstand, wanneer iemand weet hoe hij goede vragen moet stellen.’* (Immanuel Kant).

Kinderen beginnen met een jaar of twee, drie met vragen stellen: Waarom dan? Ze krijgen uitgebreide of korte antwoorden of soms helemaal niet. Het antwoord ‘Daarom’ of ‘omdat ik het zeg’ wordt helaas vaak gegeven. De beantwoorder bepaalt of hij/ zij deze vraag wil en kan beantwoorden dan wel ervoor durft uit te komen het antwoord niet te weten.

Belangrijke wetenschappers, filosofen en schrijvers blijven vragen stellen. *‘Ik ben gewoon een kind dat nooit ouder is geworden. Ik blijf nog steeds de hoe en waarom vragen stellen. Af en toe vind ik een antwoord.’* (Stephen Hawking). Een vraag zet je even stil, je moet gaan nadenken over de inhoud en een antwoord formuleren of een methode formuleren hoe het antwoord onderzocht kan worden.

Het leren stellen van vragen is een belangrijk onderdeel van opleidingen. Iedereen weet dat er meerdere soorten vragen zijn: gesloten vragen, halfopen vragen, semigestructureerde vragen en open vragen. Afhankelijk van je doel is de ene of andere vraag meer geschikt. Een open vraag hoeft je niet altijd de gewenste of voorspelde informatie te geven. Gesloten vragen lijken duidelijkheid te bieden, maar vinden hun beperking in de premisse van de vragensteller. Socrates zag het grote belang van vragen stellen als bron ook ideeën geboren te laten worden. Hierbij zou *‘een mens niet een niet-onderzocht leven moeten leiden’*.

Het kunnen stellen van vragen heeft een open en veilige context nodig. Een vraag, in

een veilige context, wordt ondanks de vraag en de mogelijk lastige beantwoording geaccepteerd.

Het blad 'De psychiater' van oktober 2021 gaat in op het vragen stellen. Een vragende grondhouding is essentieel voor een goede psychiater en psychiaters zouden veel meer fundamentele vragen moeten stellen. *'We kunnen onze patiënten kwijtraken door uit te gaan van te nauwe modellen.'* (Dirk Geurts in De psychiater). Tijdens de behandeling worden in overleg met de cliënt keuzes gemaakt. Ook daar is het stellen van vragen en toetsen van wat de cliënt belangrijk vindt een vereiste. Het bespreekbaar maken van mogelijkheden, onmogelijkheden en dilemma's met cliënt en systeem is zowel verhelderend als therapeutisch. Een goede vraag kan iemand tot zelfonderzoek brengen, herinneringen en emoties oproepen. In een psychotherapeutische setting zijn vragen een basisonderdeel van de therapie. Het bespreken van wat altijd onbesproken moest blijven kan veel ruimte scheppen. Binnen de wetenschap worden vragen gesteld die bij het wetenschappelijk terrein horen en die mogelijk onderzoekbaar zijn. Zonder vragen is er geen sprake van wetenschap. Er wordt uitgegaan van een hypothese en een geldend paradigma. De hypothese wordt door vragen en kritische beschouwing beter en concreter. Ook een algemeen geldend paradigma dient regelmatig tegen het licht gehouden te worden. Wordt de vraag gesteld vanuit een vooronderstelling dan is het belangrijk van deze vooronderstelling bewust te zijn, dan wel ook deze te bevragen.

Voortgang in medische wetenschap komt voort uit vragen en opmerkzaamheid. Vragen, vaak gesteld naar aanleiding van toevallige observaties. Deze worden nader onderzocht in een pilot en vervolgens in grotere groepen volgens de geldende onderzoekregels. Het gevaar bij politiek of commercieel geïnitieerde onderzoeken is dat er te veel gestuurd wordt in de gewenste antwoordrichting, zeker als de belangen groot zijn. Vragen staat dan niet meer vrij.

De vragen die niet gesteld (mogen) worden zijn vaak cruciale vragen. Als er binnen wetenschap, politiek, maatschappij, sociaal of binnen (therapeutische) relaties vragen onbesproken blijven of moeten blijven, niet gesteld mogen worden is er iets aan de hand. Wie bepaalt dat er iets niet besproken mag worden? Is er een machtsverschil? Wat is de onderliggende reden van het vermijden van vragen? Zijn de antwoorden te confronterend? Wat wordt er blootgelegd door het antwoord? Bij verbod op vragen, in- of expliciet, wordt reflectie en ontwikkeling tegengehouden. GGZet Wetenschappelijk wil ruimte bieden voor iedere vraag binnen ons vakgebied en daarmee ontwikkeling en vooruitgang stimuleren. In deze GGZet Wetenschappelijk zijn weer mooie vragen gesteld en misschien enkele antwoorden geformuleerd. We zijn benieuwd naar de vragen die zullen volgen.

We wensen iedereen veel leesplezier,

Rikus Knegtering en Lia Verlinde

Vuilniszakken

Terwijl ik met een kop thee over het hofje uitkijk komt Oma ineens naast mij staan. 'Het lukt niet', zegt ze terwijl ze een vuilniszak van de rol probeert los te trekken. Ik neem de rol van haar over, kijk, en draai het zwarte plastic verder los. Terwijl ik een zak lostrek, zeg ik: 'Deze zakken zijn voor een container, die zijn veel groter.' Oma kijkt mij aan: 'Voor wat?'. 'Voor een container', herhaal ik, 'zo'n grote bak waar je vuilniszakken in kunt gooien.' 'Ja maar, ik ben maar alleen. Dat heb ik toch niet?' Oma zegt gefrustreerd: 'Dat hadden ze toch bij de kassa moeten zien? Ze hadden toch moeten zeggen dat dit niet voor mijn vuilnisbak is?' Terwijl ik naar de wikkel kijk waar 'Groot, groter, grootst' op staat zeg ik: 'Voor jouw vuilnisbak heb je zakken van 60 liter nodig. Dat staat wel op de verpakking.'

Even daarna komt Oma aanlopen met een andere zwarte rol. 'En deze dan?' vraagt ze met de zakken in haar hand. Ik kijk en zie dat dit pedaalemmerzakken zijn. Te klein voor haar vuilnisbak. 'Ik ga wel even naar de winkel', zeg ik, 'deze zijn te klein'.

Thee

Ik steek schuin over bij het hofje naar de winkel en ben in een vloek en een zucht weer terug met de vuilniszakken. Deze passen wel. Maar Oma is niet blij. Oma is boos. 'Ze moeten mij dat toch niet verkopen? Ze weten dat ik alleen woon. Wat moet ik met die grote zakken? En hoe ik aan die kleine kom weet ik helemaal niet.' 'Kopje thee?', vraag ik.

We zitten naast elkaar met een kop thee en kijken uit over het hofje. Oma zegt: 'Ik begrijp soms niet alles meer goed. En dan word ik zo boos. Want ik weet dat ik het wel zou moeten begrijpen. Het is alsof het mij steeds meer ontsnapt, dat ik steeds minder grip heb.' Ik luister en knik. 'Dat lijkt mij ook heel moeilijk', zeg ik. Oma gaat door: 'Eigenlijk weet ik niet of ik nu boos of verdrietig moet zijn. Ik ben niet meer helemaal goed', zegt Oma.

Dat laatste grijpt mij bij de keel. 'Je bent wel helemaal goed', zeg ik. 'Je bent alleen niet meer in staat alles te begrijpen of onthouden. Je bent ook al bijna 100. Het mag ook wel een keer', probeer ik met een kwinkslag. Oma vertelt verder, over namen die ze vergeet, mensen die ze niet herkent en kleine dagelijkse dingen die niet meer lukken. Ik luister.

Vergeeten

Oma wordt geconfronteerd met haar verandering in iemand die zij eerder niet was en in het heden ook niet wil zijn. Wat als er steeds meer delen van je levensverhaal verdwijnen? Het is een pijnlijk proces, voor de persoon die vergeet, maar ook voor de mensen die vergeten worden.

We zijn deels ons verhaal, ons netwerk, onze vaardigheden. En dit ontvalt Oma waar zij bijstaat. Ik zie haar boosheid, verdriet en ook haar eenzaamheid. Haar verhaal, autonomie, waardigheid en zelfstandigheid ontglippen haar. En ze weet het.

Ik voel mij een beetje machteloos. Ik kan dit niet voor haar veranderen. Ik kan alleen haar lijden (h)erkennen.

Luisteren.

En natuurlijk even de goede vuilniszakken halen.

Swanny Kremer

Dagboekmetingen als klinisch hulpmiddel in de psychiatrie: beloften, valkuilen en mogelijkheden

Fionneke M. Bos

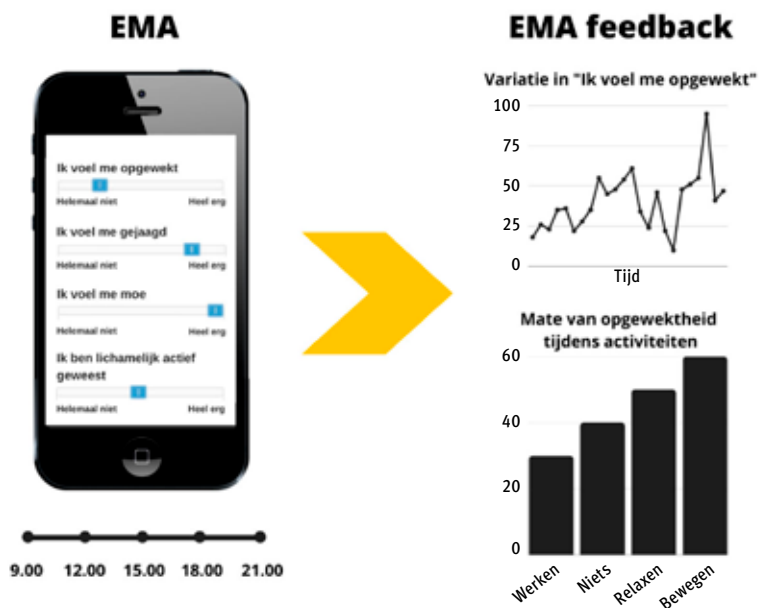
Dr. Fionneke M. Bos promoveerde 8 september 2021 (cum laude) op het proefschrift getiteld *‘Ecological momentary assessment as a clinical tool in psychiatry: Promises, pitfalls, and possibilities’*. Op verzoek van de redactie van GGZet Wetenschappelijk werkte ze de samenvatting van haar proefschrift om tot onderstaand lezenswaardig artikel. Voor wie zich verder wil verdiepen in dit onderwerp, het hele proefschrift is online te lezen via deze link: www.fionnekebos.com/thesis

De belofte van dagboekmetingen

Ongeveer een derde van de wereldbevolking wordt ooit in zijn of haar leven gediagnosticeerd met een psychische stoornis (1). Dit kan variëren van een depressie of een angststoornis, tot minder voorkomende diagnoses als een bipolaire stoornis of schizofrenie. Een psychische stoornis kan zich op veel verschillende manieren uiten; de ene persoon met een depressie is de andere niet (2). Dat maakt het lastig te bepalen welke behandeling het beste werkt voor wie. Daarom gaan er in de wetenschap de laatste jaren steeds meer stemmen op voor een meer gepersonaliseerde, idiografische manier van onderzoek doen. In tegenstelling tot traditioneel groeps-onderzoek bestudeert deze tak het individu: bijvoorbeeld hoe psychische klachten zich uiten, met elkaar samenhangen of zich ontwikkelen binnen individuen. Een manier om dergelijke individuele klachtenpatronen in kaart te brengen is *ecological momentary assessment* (EMA), in het Nederlands ook wel dagboekmetingen genaamd (3). Met dagboekmetingen kan men zijn of haar ervaringen meerdere keren per dag bijhouden via de smartphone (zie Figuur 1 voor een voorbeeld). Er worden dan vragen gesteld over de stemming, eventuele psychische klachten, gedachten en de context (activiteiten, gebeurtenissen en gezelschap). Het aantal dagboekjes varieert meestal van drie tot soms wel tien keer per dag. In onderzoek wordt EMA veelvuldig gebruikt om beter te begrijpen hoe psychische klachten zich uiten in het dagelijks leven (4). In de afgelopen jaren werd echter ook vaak gesproken over de belofte van dagboekmetingen voor de klinische praktijk (5-7). Veel onderzoekers verwachten dat dagboekmetingen kunnen helpen om mensen met psychische klachten meer grip op hun welzijn te geven. Dagboekmetingen zouden mensen helpen om regelmatig even stil te staan bij hun welzijn en hoe ze deze kunnen verbeteren. Een andere veelgenoemde belofte is de mogelijkheid om de ingevulde dagboekgegevens te visualiseren als ‘dagboekfeedback’. Deze feedback kan een behandelaar vervolgens bespreken met de patiënt: dit zou relevante inzichten kunnen bieden voor diagnostiek of vervolgbehandeling. Er zijn echter nog veel vragen over *hoe* dagboekmetingen precies in de behandelpraktijk toegepast dienen te worden. Tot voor kort werd EMA vooral in onderzoekscontext toegepast, waarbij men kort (maximaal twee weken) een gestandaardiseerd

dagboekje invulde. Er is nog een brug te slaan naar de toepassing in de behandelpraktijk. Op het eerste gezicht lijkt EMA goed te passen in de traditie van registratie die in veel behandelingen, met name cognitieve gedragstherapie, al wordt toegepast. Maar hoe zien behandelaren en patiënten het gebruik van EMA precies voor zich in de praktijk? Wat zijn mogelijke toepassingen die we verder kunnen exploreren? Is EMA voor iedere patiënt geschikt, of zijn er ook personen of momenten waarop EMA juist nadelig kan werken? En tot slot: wat voor dagboekfeedback is nuttig? Dit laatste punt heeft nog enige uitleg. Dagboekfeedback kan bestaan uit relatief eenvoudige grafieken. Daarin worden bijvoorbeeld de schommelingen in de stemming in de afgelopen periode weergegeven, of de gemiddelde stemming gedurende activiteiten (zie Figuur 1). Er kunnen echter ook complexere statistische methoden worden toegepast, waarmee de verbanden tussen verschillende psychische klachten in kaart worden gebracht. Dit wordt gedaan door middel van netwerkanalyse. Hierbij wordt getoetst of een bepaalde klacht voorafgaat aan een andere: is het bijvoorbeeld zo dat, bij een bepaalde persoon, pieken vaak wordt gevolgd door somberheid? Een persoonlijk netwerkmodel zou mogelijk inzichtelijk kunnen maken hoe diverse klachten met elkaar samenhangen, en op die manier richting kunnen geven aan de behandeling (8). Klachten die sterk samenhangen met veel andere klachten, zogenaamde centrale symptomen, zouden bijvoorbeeld een veelbelovend startpunt kunnen vormen van de behandeling. Netwerkanalyse vloeit voort uit de netwerktheorie, die postuleert dat stoornissen ontstaan doordat symptomen elkaar aansteken over de tijd (9, 10). De analyses die de theorie in praktijk brengen, hebben zich in de afgelopen jaren snel ontwikkeld (11). Maar ook hier zijn nog veel onduidelijkheden. We zouden verwachten dat een behandeling invloed heeft op de netwerkstructuur, is dat ook zo? In hoeverre komen verschillende typen netwerkanalyses met elkaar overeen? Laten zij dezelfde verbanden zien?

Figuur 1: Voorbeeld van een EMA-dagboek en bijbehorende dagboekfeedback.



In dit proefschrift is de belofte van EMA voor de klinische praktijk onderzocht. In het eerste deel heb ik gekeken naar de belofte van netwerkanalyse voor de behandelpraktijk. In het tweede deel heb ik onderzocht of, hoe en wanneer EMA toegepast kan worden in de behandeling van diverse psychische stoornissen.

Deel 1: Het nut van de netwerkbenadering voor de klinische praktijk

De belofte van de netwerktheorie voor de klinische praktijk is groot. De netwerktheorie belooft inzicht te geven in hoe klachten onderling met elkaar samenhangen, en daarmee mogelijk ook hoe stoornissen als depressie ontstaan of in stand worden gehouden. De theorie is ook aantrekkelijk omdat veel behandelaren in de praktijk al gewend zijn om de samenhang tussen diverse klachten, emoties en contextuele factoren te onderzoeken in bijvoorbeeld een functieanalyse (12). Het is echter van belang om onderscheid te maken tussen de *netwerktheorie* en de *operationalisatie* ervan, oftewel het type netwerkanalyse dat wordt toegepast om de samenhang tussen klachten te onderzoeken. Tot nu toe is netwerkanalyse voornamelijk toegepast op symptoomvragenlijsten. Dergelijke symptoomvragenlijsten worden meestal eens in de zoveel weken afgenomen in de context van een behandeling of in onderzoek om te zien of symptomen zijn afgenomen. Cross-sectionele netwerkanalyse, toegepast op symptoomvragenlijsten van een grote groep mensen, kan inzichtelijk maken hoe klachten gemiddeld genomen met elkaar samenhangen.

In hoofdstuk 2 hebben we cross-sectionele netwerkanalyse toegepast om de werkingsmechanismen van antidepressiva te onderzoeken (13). Dit onderzochten we in een groep van 170 depressieve patiënten die gerandomiseerd werden naar behandeling met een selectieve serotonine-heropnameremmer (SSRI). Voorafgaand aan de behandeling en na acht weken antidepressivagebruik vulden zij een uitgebreide vragenlijst in over depressieve symptomen. De netwerkanalyse liet zien dat symptomen gemiddeld genomen sterker met elkaar samenhangen na acht weken antidepressivagebruik. Ook zagen we dat symptomen die eerder sterk met elkaar samenhangen, later minder centraal werden, en vice versa. Omdat dit onderzoek geen controlegroep bevatte, zijn deze verschillen echter niet met zekerheid aan de antidepressiva toe te schrijven. Daarnaast heeft cross-sectionele netwerkanalyse als beperking dat de resultaten lastig te generaliseren zijn naar individuele patiënten. Het lijkt er dus op dat dit type analyse vooral geschikt is om hypotheses op te werpen die getest dienen te worden in vervolgonderzoek.

Daarom hebben we in hoofdstuk 3 dynamische netwerkanalyse toegepast, in het bijzonder *impulse response function* (IRF) *analysis* (14). Dynamische netwerkanalyse kan worden toegepast op individuele EMA-data. Dat heeft twee voordelen boven cross-sectionele netwerkanalyse: ten eerste kan er per patiënt inzichtelijk kan worden gemaakt welke emoties met elkaar in verband staan, en ten tweede kan er gekeken worden naar hoe klachten op elkaar volgen over de tijd. In deze studie hebben we ons gericht op 40 mensen met subklinische depressieve klachten. Zij werden opgedeeld in twee groepen: mensen met het kernsymptoom anhedonie (verlies van interesse) en mensen zonder dit symptoom. We waren benieuwd of de slechtere prognose van mensen met anhedonie verklaard zou kunnen worden door een andere dynamiek tussen emoties van moment tot moment. En inderdaad:

hoewel de twee groepen klinisch gezien vergelijkbaar waren, zagen we verschillende emotionele dynamiek. Terwijl mensen zonder anhedonie vooral een sterke impact ervoeren van stress, hadden mensen met anhedonie vooral minder baat bij positief affect. Het laat zien dat de ontwikkeling van depressieve klachten mogelijk op verschillende manieren kan verlopen, en dat persoonlijke modellen gebaseerd op EMA-data wellicht een waardevolle aanvulling zouden kunnen zijn voor de behandeling.

In hoofdstuk 4 zijn we dieper gedoken in de relatie tussen cross-sectionele en dynamische netwerkanalyse (15). Tot dusver was het namelijk nog niet bekend in hoeverre de resultaten van beide typen analyses tot dezelfde conclusies zouden leiden. Als dat het geval zou zijn, zouden we de resultaten van cross-sectionele analyses ook kunnen toepassen op individuele patiënten. Een groot voordeel van cross-sectionele analyses is dat er al veel datasets beschikbaar zijn, en dat de dataverzameling van dergelijke data een stuk minder tijdrovend is dan de benodigde data voor dynamische analyses. Daarom construeerden we cross-sectionele en dynamische netwerken van zeven depressieve symptomen in een groep van 104 depressieve patiënten. Helaas zagen we in de cross-sectionele en dynamische netwerken verschillende verbanden tussen de symptomen, en duidde iedere netwerkvorm andere symptomen aan als centraal. Dat betekent dat de verbanden die we zien in cross-sectionele netwerken niet zomaar aanduiden hoe symptomen over de tijd met elkaar in verband staan, en maakt het lastig om bevindingen van netwerkstudies te generaliseren naar individuele patiënten.

In het laatste hoofdstuk van deel I, hoofdstuk 5, hebben we de netwerkliteratuur op het gebied van depressie onder de loep genomen (16, 17). We maakten hierbij onderscheid tussen vier typen netwerkanalyses: het eerdergenoemde onderscheid tussen cross-sectionele en dynamische netwerken, en netwerken gebaseerd op symptomen (macroniveau) versus op emoties (microniveau). In totaal hebben we 56 studies beschreven. We zagen in de review dat studies op microniveau andere conclusies opleverden dan de studies op macroniveau. Wel lieten veel studies overtuigend zien dat positief affect vaak een belangrijke rol speelt in netwerken van symptomen of emoties. Daarnaast introduceerden we een nieuwe netwerktheorie, de microlevel affect dynamics (MAD) theorie, die de huidige (cross-sectionele) netwerktheorie aanvult. Gezien de verschillen tussen de typen netwerkanalyses is het belangrijk voor onderzoekers om hier duidelijk onderscheid in te maken bij het bespreken van resultaten. Ook komen we in dit hoofdstuk tot de conclusie dat netwerkanalyse in zijn huidige vorm nog niet klaar is voor gebruik in de klinische praktijk.

Wat kunnen we nu concluderen over het nut van de netwerkbenadering voor de psychiatrische zorg?

Het aantal netwerkstudies is de laatste jaren snel toegenomen. Waar de belofte van individuele netwerken voor de behandeling nog veelvuldig onder de aandacht is, wordt ook steeds duidelijker dat netwerkanalyse een aantal beperkingen heeft waardoor klinische implementatie lastig is. Zo is het belangrijk om te benoemen dat er veel verschillende typen netwerkanalyse mogelijk zijn, die ieder resulteren in hun eigen resultaten en conclusies die soms zelfs tegengesteld zijn (18). Onderzoekers zijn het vaak niet eens over welk type analyse de voorkeur heeft en wat voor klinisch advies kan worden gegeven op basis van het gevonden netwerk (19). Contextuele

factoren, vaak zo belangrijk voor de clinicus, zijn vaak lastig mee te nemen in een netwerkmodel omdat ze op een andere tijdschaal worden gemeten (slaap) of categorisch zijn (typen activiteiten) (20). En tot slot: de verbanden die we zien in netwerken zijn temporeel van aard (klachten volgen elkaar over de tijd), maar niet causaal (21). Dat kan verwarrend zijn voor behandelaar en patiënt. Dit betekent dat de wetenschap deze uitdagingen eerst nader zal moeten onderzoeken voordat netwerken in de behandeling kunnen worden toegepast.

Deel 2: De toepassing van EMA in verschillende behandelcontexten

Om de potentie van EMA in de behandelpraktijk te kunnen onderzoeken, hebben we vanuit diverse invalshoeken naar deze vraag gekeken.

In hoofdstuk 6 hebben we een systematische review uitgevoerd over mogelijke toepassingen van EMA op het gebied van psychofarmacologie (22). We hebben in totaal 18 studies beschreven die EMA hebben gebruikt om de effecten van medicatie te bestuderen in diverse psychiatrische populaties. Zo werd EMA bijvoorbeeld gebruikt om behandeluitkomsten te voorspellen of de duur van medicatie-effecten te bepalen. EMA biedt dus interessante mogelijkheden om farmacologische behandeling verder te personaliseren en te begrijpen hoe medicatie werkt in het dagelijks leven van individuele patiënten.

In hoofdstuk 7 onderzochten we de verwachtingen van patiënten en behandelaren omtrent het gebruik van EMA in de behandeling (23). Zo interviewden we in totaal 22 patiënten met verschillende diagnoses en 21 behandelaren (psychiaters, psychologen en verpleegkundigen). Velen van hen waren enthousiast over het nut van EMA. Zo verwachtten zij dat EMA relevant kon zijn in verschillende fasen van zorg, dat het de eigen regie van de patiënt zou kunnen versterken en dat het de relatie tussen patiënt en behandelaar zou kunnen verbeteren. Tegelijk noemden zij ook nadelen die tot dusverre nog niet in eerder onderzoek waren voorgekomen: de hoge belasting en mogelijke verergering van klachten door er steeds bij stil te staan. Patiënten en behandelaren benadrukten het belang van het personaliseren van het EMA-dagboek zodat het goed aansluit bij de behandeling.

Deze bevindingen werden bekrachtigd door de resultaten in hoofdstuk 8. Hier lieten we 20 patiënten met een bipolaire stoornis vier maanden lang vijf EMA-dagboekjes per dag invullen. Na afloop maakten we een persoonlijk rapport met EMA-feedback die tussen patiënt en behandelaar werd besproken. Veel patiënten vonden het invullen van de dagboekjes het waardevolst: zo beschreven ze dat ze zich bewuster werden van hun stemming en daardoor meer grip ervoeren op hun klachten. De EMA-feedback sloot minder goed aan bij de verwachting van patiënten en behandelaren: het was vaak lastig om de bevindingen te vertalen naar de behandeling. Het is daarom van groot belang om de EMA-feedback klinisch relevant te maken en daarin samen te werken met patiënten en behandelaren.

Tot slot hebben we in hoofdstuk 9 de mogelijkheid onderzocht van een gepersonaliseerd alarmsysteem op basis van EMA (24). Zo bekeken we of we de EMA-data verzameld in hoofdstuk 8 konden gebruiken om een plotselinge toename in manische of depressieve klachten te voorspellen. Eerder onderzoek bood namelijk aanwijzingen dat een verminderde veerkracht in emoties (ook wel 'vroegge waarschuwingssignalen' genoemd) voorafgaat aan het toenemen van psychische

klachten. Dit onderzochten we in 17 verschillende momentane emoties. We vonden inderdaad dergelijke waarschuwingssignalen in bepaalde emoties, met name in opgewektheid, snel kunnen schakelen, vol ideeën zitten, piekeren, gedachtevlucht, agitatie, vol energie zitten, en vermoeidheid. Desalniettemin vonden we niet dezelfde waarschuwingssignalen bij iedereen, vonden we ook vals positieven en verschilden de hoeveelheid en het type waarschuwingssignaal sterk per persoon. EMA biedt dus interessante mogelijkheden voor een alarmsysteem, maar meer vervolgonderzoek is zeker nog nodig voordat het in de praktijk toegepast kan worden.

Wat kunnen we concluderen over het nut van EMA voor de psychiatrische zorg?

Dit proefschrift heeft laten zien dat de klinische toepassing van EMA veelbelovend is. Dagboekmetingen lijken patiënten meer grip te kunnen bieden op hun klachten, behandelingen persoonlijker te maken, en het gesprek tussen patiënt en behandelaar te verbeteren. Patiënten en behandelaren geven aan dat EMA voor iedere doelgroep geschikt kan zijn, wat ook wordt ondersteund door onderzoek (4), maar dat het belangrijk is om te kijken naar de zorgfase. In de acute fase van zorg kan EMA weleens te belastend zijn voor de patiënt. EMA dient daarom een gezamenlijk proces te zijn, waarbij patiënt en behandelaar samen beslissen over de inhoud van het EMA-dagboek, hoe vaak per dag de dagboekjes komen, en hoe de dagboekfeedback geïnterpreteerd kan worden. Op deze manier kan EMA bijdragen aan het gezamenlijk beslisproces.

Ook de wetenschap heeft hierin een belangrijke rol. Het gebruik van EMA kan spaak lopen als de methode onvoldoende relevant is gemaakt voor de praktijk. Zo is het juist in de praktijk van belang dat de dagboekjes zich niet alleen richten op klachten maar juist ook positief worden ingestoken, en dat zij op maat gemaakt kunnen worden voor de patiënt en het behandel doel. Het is daarom essentieel dat patiënten en behandelaren worden betrokken bij de verdere ontwikkeling van EMA als behandeltool. Ook zal de wetenschap in klinische trials het positieve effect van EMA moeten aantonen. Kwalitatieve bevindingen lijken te suggereren dat EMA niet zozeer effect heeft op symptomen zelf, maar meer op het gevoel van eigen regie, de behandelrelatie en het gezamenlijk beslisproces (23, 25, 26). Deze uitkomstmaten moeten dus ook meegenomen worden in effectonderzoek.

Het enthousiasme waarmee behandelaren en patiënten het gebruik van EMA tegemoet zien heeft geleid tot de ontwikkeling van PETRA (27). Dit is een online platform waarmee behandelaren en patiënten eenvoudig een gepersonaliseerd dagboekje kunnen maken, invullen en feedback bekijken. Per patiënt wordt op basis van de hulpvraag en het klachtenprofiel een dagboekje voorgesteld, dat behandelaar en patiënt vervolgens naar wens kunnen aanpassen. De dagboekgegevens worden inzichtelijk gemaakt door de feedbackmodule. PETRA is de afgelopen jaren ontwikkeld in een unieke samenwerking tussen wetenschappers, patiënten, behandelaren en softwareontwikkelaars. PETRA is beschikbaar voor GGZ-instellingen die gebruik maken van RoQua (www.petrapsy.nl).

Tot slot

Dit proefschrift heeft laten zien dat we de meerwaarde van EMA vooral kunnen vinden in het versterken van de eigen regie van de patiënt. De komende jaren zal

wetenschap zich verder moeten buigen over de ontwikkeling van klinisch relevante dagboekfeedback. Gezien de huidige stand van onderzoek rondom netwerkanalyse, zal de praktijk het voorlopig nog moeten doen met eenvoudige, beschrijvende dagboekfeedback. Dat is jammer, omdat dit een van de grootste beloften was van EMA voor de behandelpraktijk. Toch lijken er nog veel kansen te liggen op het gebied van de ontwikkeling van dagboekvisualisaties. Ook zal gerandomiseerd onderzoek moeten uitwijzen of EMA inderdaad een positief effect heeft op het functioneren en de veerkracht van patiënten. Op die manier kan EMA het ideaal van gepersonaliseerde zorg nog weer een stap dichterbij brengen.

Literatuur

- 1 De Graaf R, Ten Have M, Van Gool C, Van Dorsselaer S. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. (Prevalence of mental disorders, and trends from 1996 to 2009. Results from NEMESIS-2). Tijdschrift voor Psychiatrie. 2012;54(1):27.
- 2 Fried EI, Nesse RM. Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STARD study. Journal of Affective Disorders. 2015;172:96.
- 3 Shiffman S, Stone AA, Hufford MR. Ecological momentary assessment. Annual Review of Clinical Psychology. 2008;4:1.
- 4 Myin-Germeys I, Kasanova Z, Vaessen T, Vachon H, Kirtley O, Viechtbauer W, et al. Experience sampling methodology in mental health research: new insights and technical developments. World Psychiatry. 2018;17(2):123-32.
- 5 van Os J, Verhagen S, Marsman A, Peeters F, Bak M, Marcelis M, et al. The experience sampling method as an mHealth tool to support self-monitoring, self-insight, and personalized health care in clinical practice. DepressAnxiety. 2017;34(6):481.
- 6 Wichers M, Hartmann JA, Kramer IMA, Lothman C, Peeters F, van Bemmelen L, et al. Translating assessments of the film of daily life into person-tailored feedback interventions in depression. Acta PsychiatrScand. 2011;123(5):402.
- 7 Wichers M, Simons CJP, Kramer IMA, Hartmann JA, Lothmann C, Myin-Germeys I, et al. Momentary assessment technology as a tool to help patients with depression help themselves. Acta PsychiatrScand. 2011;124(4):262.
- 8 Kroeze R, van der Veen DC, Servaas MN, Bastiaansen JA, Oude Voshaar R, Borsboom D, et al. Personalized feedback on symptom dynamics of psychopathology: a proof-of-principle study. Journal for Person-Oriented Research. 2017;3(1):1.
- 9 Borsboom D. A network theory of mental disorders. World Psychiatry. 2017;16(1):5.
- 10 Cramer AOJ, Waldorp LJ, van der Maas HLJ, Borsboom D. Comorbidity: A network perspective. BehavBrain Sci. 2010;33(2-3):137.
- 11 Robinaugh DJ, Hoekstra RH, Toner ER, Borsboom D. The network approach to psychopathology: a review of the literature 2008–2018 and an agenda for future research. PsycholMed. 2020;50(3):353-66.
- 12 Beck JS. Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Press; 1995.
- 13 Bos FM, Fried EI, Hollon SD, Bringmann LF, Dimidjian S, DeRubeis RJ, et al. Cross-sectional networks of depressive symptoms before and after

- antidepressant medication treatment. *SocPsychiatry PsychiatrEpidemiol.* 2018;53(6):617-27.
- 14 Bos FM, Blaauw FJ, Snippe E, van der Krieke L, de Jonge P, Wichers M. Exploring the emotional dynamics of subclinically depressed individuals with and without anhedonia: an experience sampling study. *Journal of Affective Disorders.* 2018;228:186-93.
 - 15 Bos FM, Snippe E, de Vos S, Hartmann JA, Simons CJP, van der Krieke L, et al. Can We Jump from Cross-Sectional to Dynamic Interpretations of Networks? Implications for the Network Perspective in Psychiatry. *PsychotherPsychosom.* 2017;86(3):175-7.
 - 16 Wichers M, Riese H, Hodges TM, Snippe E, Bos FM. A narrative review of network studies in depression: What different network methodologies tell us about depression. under review.
 - 17 Wichers M, Snippe E, Riese H, Bos FM. De netwerkbenadering bij depressie: Veel noten op de zang of heilige graal? *Tijdschrift voor Gedragstherapie.* 2019;52(1):53-68.
 - 18 de Vos S, Wardenaar KJ, Bos EH, Wit EC, Bouwmans MEJ, de Jonge P. An investigation of emotion dynamics in major depressive disorder patients and healthy persons using sparse longitudinal networks. *PLoS One.* 2017;12(6):e0178586.
 - 19 Bastiaansen JA, Kunkels YK, Blaauw FJ, Boker SM, Ceulemans E, Chen M, et al. Time to get personal? The impact of researchers choices on the selection of treatment targets using the experience sampling methodology. *JPsychosomRes.* 2020:110211.
 - 20 von Klipstein L, Riese H, van der Veen DC, Servaas MN, Schoevers RA. Using person-specific networks in psychotherapy: challenges, limitations, and how we could use them anyway. *BMC Medicine.* 2020;18.
 - 21 Bringmann LF, Eronen MI. Don't blame the model: Reconsidering the network approach to psychopathology. *PsycholRev.* 2018;125(4):606.
 - 22 Bos FM, Schoevers RA, aan het Rot M. Experience sampling and ecological momentary assessment studies in psychopharmacology: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology.* 2015;25(11):1853-64.
 - 23 Bos FM, Snippe E, Bruggeman R, Wichers M, van der Krieke L. Insights of patients and clinicians on the promise of the experience sampling method for psychiatric care. *Psychiatric Services.* 2019;70(11):983-91.
 - 24 Bos FM, Schreuder MJ, George SV, Doornbos B, Bruggeman R, van der Krieke L, et al. Anticipating manic and depressive shifts in patients with bipolar disorder using early warning signals. Under Review.
 - 25 Bos FM, Snippe E, Bruggeman R, Doornbos B, Wichers M, van der Krieke L. Recommendations for the use of long-term experience sampling in bipolar disorder care: a qualitative study of patient and clinician experiences. *International Journal of Bipolar Disorders.* 2020;8(1):1-14.
 - 26 Folkersma W, Veerman V, Ornee DA, Oldehinkel A, Alma M, Bastiaansen JA. Patients' experience of an ecological momentary intervention involving self-monitoring and personalized feedback for depression. *Internet Interventions.* 2021.
 - 27 Bos FM, von Klipstein L, Emerencia AC, Veermans E, Wichers M, Riese H. PErsonalized Treatment Real-time Assessment (PETRA): a flexible interface for personalized diaries in psychiatry. In preparation.

Clinical, societal and personal recovery in schizophrenia spectrum disorders across time: states and annual transitions ★

Stynke Castelein, Marieke E. Timmerman, PHAMOUS investigators**, Mark van der Gaag and Ellen Visser

**Johan Arends, Agna A. Bartels-Velthuis, Richard Bruggeman, Frederike Jörg, Gerdina H.M. Pijnenborg, Henderikus Knegtering, Wim Veling and Alex Wunderink

Background

Recovery in schizophrenia is a complex process, involving clinical, societal and personal recovery. Until now, studies analysed these domains separately, without examining their mutual relations and changes over time.

Aims

This study aimed to examine different states of recovery and transition rates between states.

Method

The Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (2006–2017) yearly assesses patients with schizophrenia in the Northern Netherlands. Data from 2327 patients with one up to 11 yearly measurements on clinical, societal and personal recovery were jointly analysed with a mixture latent Markov model (MLMM).

Results

The selected MLMM had four states that differed in degree and pattern of recovery outcomes. Patients in state 1 were least recovered on any domain (16% of measurements), and partly recovered in states 2 (25%; featured by negative symptoms) and 3 (21%; featured by positive symptoms). Patients in state 4 (38%) were most recovered, except for work, study and housekeeping. At the subsequent measurement, the probability of remaining in

the same state was 77–89%, transitioning to a better state was 4–12% and transitioning to a worse state was 4–6%; no transitions occurred between states 1 and 4. Female gender, shorter illness duration and less schizophrenia were more prevalent in better states.

Conclusions

Quite a high recovery rate was present among a substantial part of the measurements (38%, state 4), with a high probability (89%) of remaining in this state. Transition rates in the other states might increase to a more favourable state by focusing on adequate treatment of negative and positive symptoms and societal problems.

Keywords

Epidemiology; psychotic disorders; schizophrenia; social functioning; outcome studies.

Copyright and usage

© The Author(s), 2021. Published by Cambridge University Press on behalf of the Royal College of Psychiatrists. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Recovery in mental health is a complex process influenced by multiple factors, including the nature and severity of psychiatric symptoms,^{1,2} social determinants such as social network and work,^{2–4} and one's own experience of recovery, reflecting hope, identity and meaning.⁵ In line with the notion that multiple factors are involved,^{6–8} the recovery process differs across individuals and time.⁹ In mental health, we have focused on clinical recovery, aiming to minimise clinical symptoms. However, societal recovery (i.e. regaining everyday functioning in work, social relationships and housing) also strongly influences the way patients restore their health. Also, patients have emphasised the importance of personal recovery, referring to living a meaningful life.¹⁰ Until now, studies have examined the course of recovery in patients with schizophrenia in the clinical and/or societal domain,^{1,11,12} but never in all three domains simultaneously.

It is common practice to reduce data to dichotomous variables on subdomains, or to use a total score to reflect overall functioning. Both approaches imply that information is lost about which domains pose the biggest difficulties for patients. To address the aforementioned conceptual and methodological challenges, this study aims to offer a rich description of prevalent courses of clinical, societal and personal recovery among people with schizophrenia spectrum disorders, using data from a large, naturalistic follow-up cohort with yearly assessments. We aim to reflect the natural variability of recovery in a clinically meaningful way by using different,

clinically meaningful outcome measures of clinical, societal and personal recovery. Using a mixture latent Markov model (MLMM),¹³ different states of recovery and transition rates between states will be examined. Capturing the broad information in a single model allows for insight into general patterns in the recovery processes of patients with schizophrenia.

Method

Study design and participants

In the Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS), patients with a schizophrenia spectrum disorder are followed for as long as they receive treatment in four mental healthcare institutes in the Northern Netherlands, with yearly assessments in many domains of their clinical and social performance. The nature of this cohort has been described in detail elsewhere.¹⁴ Patients fulfilling the DSM-IV criteria for schizophrenia, schizoaffective disorder or other psychotic disorders, and who are aged ≥18 years, are included in PHAMOUS. For the current study, we selected those patients with at least one assessment of all three recovery domains (not all three in the same year), from 2006 until 2017; other patients are denoted as lost to follow-up.

To cover the three recovery domains (clinical, societal and personal), we selected 12 relevant recovery measures. Further, we

* Castelein, S., Timmerman, M., Van der Gaag, M., & Visser, E. (2021). Clinical, societal and personal recovery in schizophrenia spectrum disorders across time: States and annual transitions. *The British Journal of Psychiatry*, 219(1), 401–408

examined the relationship between recovery measures and the following sociodemographic and patient characteristics: age, gender, main diagnosis as reported in the medical file according to DSM IV-TR and DSM-5 (since 2013), age at onset of first psychotic episode, age at first mental healthcare contact and prescription of antipsychotics.

The authors assert that all procedures contributing to this work comply with the ethical standards of the relevant national and institutional committees on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2008. Ethical approval was granted by the Medical Ethics Review Board of the University Medical Center Groningen (approval number METc 2015/347). No informed consent of patients was needed since PHAMOUS is part of regular medical care. The data of this study was obtained from the administrative care systems of the participating institutions.

Recovery outcomes used in the MLMM

Assessment of clinical recovery

Clinical (symptomatic) recovery was assessed with the consensus schizophrenia remission items of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-R), with a time criterion of at least 6 months.¹⁵ The following eight items were assessed: delusions (P1), conceptual disorganization (P2) and hallucinatory behaviour (P3), blunted affect (N1), passive/apathetic social withdrawal (N4) and lack of spontaneity and flow of conversation (N6), mannerisms and posturing (G5) and unusual thought content (G9). Scores were collected based on a semi-structured interview. For each item, we categorised the answers as absent/unclear (score 1–2), mild/moderate (score 3–4) and severe (score 5–7).

Assessment of societal recovery

Societal recovery was assessed with the three items of the Functional Recovery Tool, observing three areas of functioning in the past 6 months: daily living and self-care; work, study and housekeeping; and social contacts.^{16,17} These areas were rated on a three-point scale in a semi-structured interview: independent functioning (score 0), partially independent functioning (score 1) and dependent functioning (score 2; total score 0–6).

Assessment of personal recovery

Personal recovery was assessed via the Single-Item Happiness Question (SIQ) as a proxy for personal recovery (range 0–10).¹⁸ The SIQ measures current happiness in life. The Connectedness, Hope, Identity, Meaning and Empowerment (CHIME-) framework is the most cited framework for personal recovery in mental health.⁵ There is not yet a golden standard for assessing personal recovery.¹⁹ However, there is an overall agreement that personal recovery is ‘personal and subjective’, and can only be assessed by the patients themselves. Studies outside the context of schizophrenia research have commonly demonstrated associations between happiness and ‘CHIME-related aspects’ such as hope, optimism, resilience, meaning and positive social relationships.^{18,20–22} Also, associations have been found within schizophrenia research.²³

Data analyses

Percentages and mean scores were used to describe the sociodemographic and patient characteristics, using SPSS version 25 for Windows. From the patients screened for PHAMOUS in the period 2006–2017, we compared included and non-included patients on the difference in mean (for continuous data) or proportion (for dichotomous data) on these characteristics, using 95% confidence intervals.

An MLMM was used to capture the prevalent courses of recovery on the 12 recovery measures among patients with psychotic disorders.^{13,24–26} The main idea of an MLMM is that the observed outcomes at measurement t depend on only the (latent) state of an individual

patient at measurement t ; further, the evolution across successive measurements is captured by the transition probabilities, entailing the probabilities of transferring from any of the states at measurement $t - 1$ to any of the states at measurement t . The transition probabilities may differ between patients, as each patient is presumed to belong to one class, where different classes have different transition probabilities. Thus, an MLMM consists of states (a latent categorical variable whose values may differ for each patient at each measurement) and classes (a latent categorical variable whose values may differ for each patient).

In our MLMM, we analysed the 12 recovery variables jointly to identify the states and the transition probabilities from one state to another, yielding maximum likelihood estimates based on all available data. We determined the number of latent states and the number of classes based on the statistical Bayesian information criterion (BIC), with minimal relative sizes of the states (i.e. across all measurements of all patients) and classes (i.e. of the patients) of 10%, and meeting the interpretability criterion of states, thereby eliminating models with only minor differences between subsets of states and/or classes. The BIC is a widely accepted index for latent categorical variable models.²⁴ Specifically, we fitted MLMM models with the number of latent states running from one to six, and the number of classes from one to three; these numbers would be increased if the model with lowest BIC would be associated with six states and/or three classes. We selected the final model as having the lowest BIC value for which the class and state sizes were >10%.

To further characterise the classes and states of the selected MLMM model, they were subsequently related to the sociodemographic and patient characteristics. To this end, we used univariate regressions of the states (and classes) on each characteristic, taking into account the uncertainty owing to the estimation of the state (and class) memberships.²⁵ These were exploratory tested with the chi-squared test with $\alpha = 0.01$ (in view of the large sample size), with Bonferroni-adjusted correction for multiple hypothesis testing. All MLMM analyses were performed with the syntax module of Latent GOLD version 6.0 for Windows (Statistical Innovations, Arlington, MA, USA; see <https://www.statisticalinnovations.com/latent-gold-6-0/>).²⁶ The modelling decisions are described in Supplementary Appendix 1 available at <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.48>. The syntax files are available in Supplementary Appendices 2 and 3.

For reasons of comparison to earlier literature and to demonstrate the comparability of the current sample to samples used in other studies,^{15,17,27} we will also include recovery rates divided into two categories (i.e. recovered/not recovered), as are most commonly presented in previous studies (see Supplementary Appendix 4). Of note, we do not use these classifications in our MLMM (see above for classification of items in MLMM). With regard to clinical recovery, the cut-off points of the Schizophrenia Remission Working Group were used: a score of ≤ 3 on each item indicating symptomatic recovery; a score of 4–7 indicating no symptomatic recovery.¹⁵ Also, the classification of Leucht and Lasser was used, with a score of ≤ 2 on each item classed as ‘in recovery’ and a score of 3–7 classed as ‘not in recovery’.²⁷ In this classification, ‘mild symptoms’ (score of 3) do not belong to the category ‘in recovery’.

With regard to societal recovery, the classification of Swildens et al was used.¹⁷ ‘In recovery’ stands for scoring ‘independent’ (zero) on the three domains. As this is a fairly strict classification, different classifications were also calculated. On personal recovery, a score of >7 on the SIQ was chosen as being ‘in recovery’.

Results

Sociodemographic and clinical characteristics

In total, 5699 patients with psychotic disorders were screened in PHAMOUS from 2006 until 2017. Of these patients, 2327 patients

Table 1 Sociodemographic and clinical characteristics of included and non-included patients in the Markov model

Characteristic	Included patients, <i>n</i> = 2327		Non-included patients, ^a <i>n</i> = 3372		95% CI of sample difference
	Mean	s.d.	Mean	s.d.	
Age, years	41.1	11.3	42.0	13.3	−1.52 to −0.23
Duration of illness, years ^b	13.8	10.7	12.5	11.1	0.69–1.97
Duration of treatment, years ^b	14.4	10.7	12.9	11.4	0.81–2.04
Gender	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	95% CI of sample difference
Male	1528	66.4	2104	62.9	1.02–6.08
Ethnicity					
White	2001	86.3	2934	88.5	−4.00 to −0.046
Black	116	5.0	128	3.9	0.04–2.24
Asian	65	2.8	83	2.5	−0.56 to 1.16
Indian/Latin American	19	0.8	9	0.3	0.14–0.95
Turkish	24	1.0	23	0.7	−0.16 to 0.84
Moroccan	22	0.9	34	1.0	−0.60 to 0.45
Other	73	3.1	105	3.2	−0.95 to 0.91
DSM-IV/5 diagnosis ^c					
Schizophrenia (codes 295.10, 20, 30, 40, 60, 90)	1470	63.2	1917	56.9	3.74–8.90
Schizoaffective disorder (codes 295.70)	347	14.9	488	14.5	−1.43 to 2.31
Substance-induced psychotic disorder (codes 291.30, 50 and 292.11, 12)	25	1.1	59	1.7	−1.28 to −0.07
Other psychotic disorders (codes 297.10 and 298.80, 90)	485	20.8	908	26.9	−8.31 to −3.86

a. Non-included: in the whole data-set, they did not have data for at least one assessment of all three recovery domains (not all three in the same year).

b. Reference year is patients' first study assessment.

c. Most recent medical file diagnosis (not necessarily reference year 2012).

met the selection criterion for the current study, with a mean number of 4.4 (s.d. 2.4) yearly measurements. Measurements ranged from 1 (*n* = 298, 12.8%) to 11 (*n* = 6, 0.3%) yearly measurements. Included patients had in total 10 343 yearly measurements in the study period. We had in total 9420 PANSS-R measurements (91.1%, 9420/10 343), 5679 Functional Recovery Tool measurements (54.9%, 5679/10 343) and 6520 SIQ measurements (63.0%, 6520/10 343).

When comparing included patients with non-included patients, the former were more often male, slightly younger in age (1 year) and had a longer duration of both illness and treatment (both about 1.5 years) (all significant at *P* < 0.05) (Table 1). Patients included in our model showed similar 'dichotomised recovery rates' compared with previous studies (Supplementary Appendix 4).^{15,17,27}

MLMM model

The BIC values of the MLMM models with two to six latent states and one to three number of classes are presented in Table 2. The model with the lowest BIC value and the class and state sizes >10% is the MLMM with five states and one class. However, since the MLMM with the second-lowest BIC, with four states and one class, appeared easier to interpret, this one was selected (that is, from four to five states the interpretation remained similar, with one state split into two, with minor differences between the two). The selected model assigns all patients to one class, indicating that patients are rather homogenous in their transition probabilities.

The four states

State 1 represents the least recovered outcome with regard to clinical, societal and personal recovery. Of all patients' measurements, 16% belonged to this state. Figure 1 illustrates that on 11 out of 12 recovery outcome measures, patients in state 1 scored the highest impairment rate. In most measurements, patients scored mild/moderate and severe on clinical recovery measures (varying from 37 to 85%) and (partly) dependent on societal recovery

Table 2 BIC values for MLMM with number of states 2–6 and number of classes 1–3

Number of states	Number of classes		
	1	2	3
2	149 354	149 266	149 285
3	145 717	145 659	145 683
4	143 815	143 842	143 907
5	142 670	142 741	142 863
6	141 851	141 986	142 192

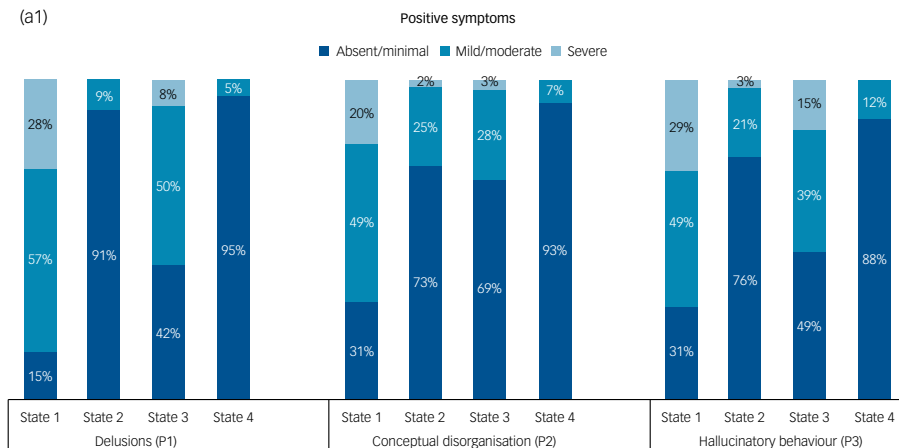
Smallest BIC value per number of states is depicted in *italics*; BIC values of models with minimal class and state sizes >10% are indicated in *bold*. BIC, Bayesian information criterion; MLMM, mixture latent Markov model.

(≥91%). The happiness score was low, at just sufficient (5.7). We therefore refer to this state as the 'least recovered state'.

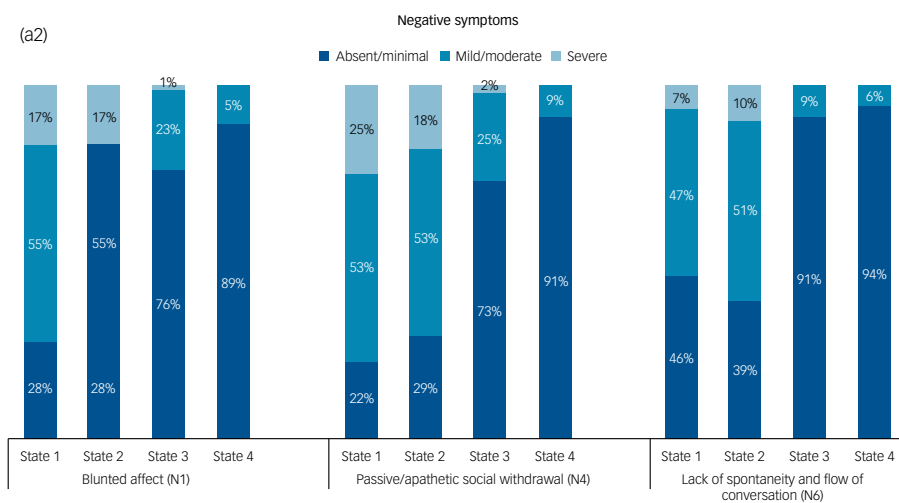
Of all patients' measurements, 25% were in state 2. In state 2, positive symptoms were mostly absent, whereas these were present in approximately 70% in state 1 and about 30–60% in state 3. In contrast, negative symptoms were still frequently present, comparable with state 1 (about 60–70%). State 2 is also characterised by problems on the societal domain, but 12–17% less patients scored 'severe' on problems with daily living, work and social contact, compared with state 1. More happiness was reported compared with state 1 (6.7). Thus, state 2 seemed to have a better outcome on societal recovery compared with state 1, but worse societal outcome compared with states 3 and 4, and was furthermore characterised by predominantly negative symptoms. This state is referred to as the 'partly recovered, negative symptom state'.

In state 3, 54–58% scored mild/moderate or severe on the positive symptoms 'delusions' and 'hallucinatory behaviour'. Negative symptoms were less frequently reported compared with states 1 and 2 (>73% absent). Of all patients' measurements, 21% were in this state. State 3 is characterised by a much better outcome on societal recovery compared with states 1 and 2, with 45–53% in this state functioning independently, except for the domain work. The

(a1)



(a2)



(a3)

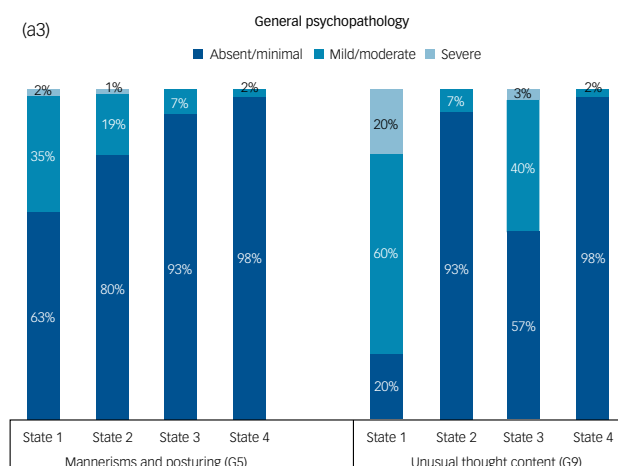


Fig. 1 (a 1, 2, 3) Clinical recovery: percentages per state on positive symptoms, negative symptoms and general psychopathology (i.e. distribution per item per state). (b) Societal recovery: percentages per state on daily living and self-care; work, study and housekeeping; and social contacts (i.e. distribution per item per state). (c) Personal recovery: mean score on happiness per state.

Note: P1, delusions; P2, conceptual disorganization P3, hallucinatory behaviour; N1, blunted affect; N4, passive/apathetic social withdrawal; N6, lack of spontaneity and flow of conversation; G5, mannerisms and posturing; G9, unusual thought content.

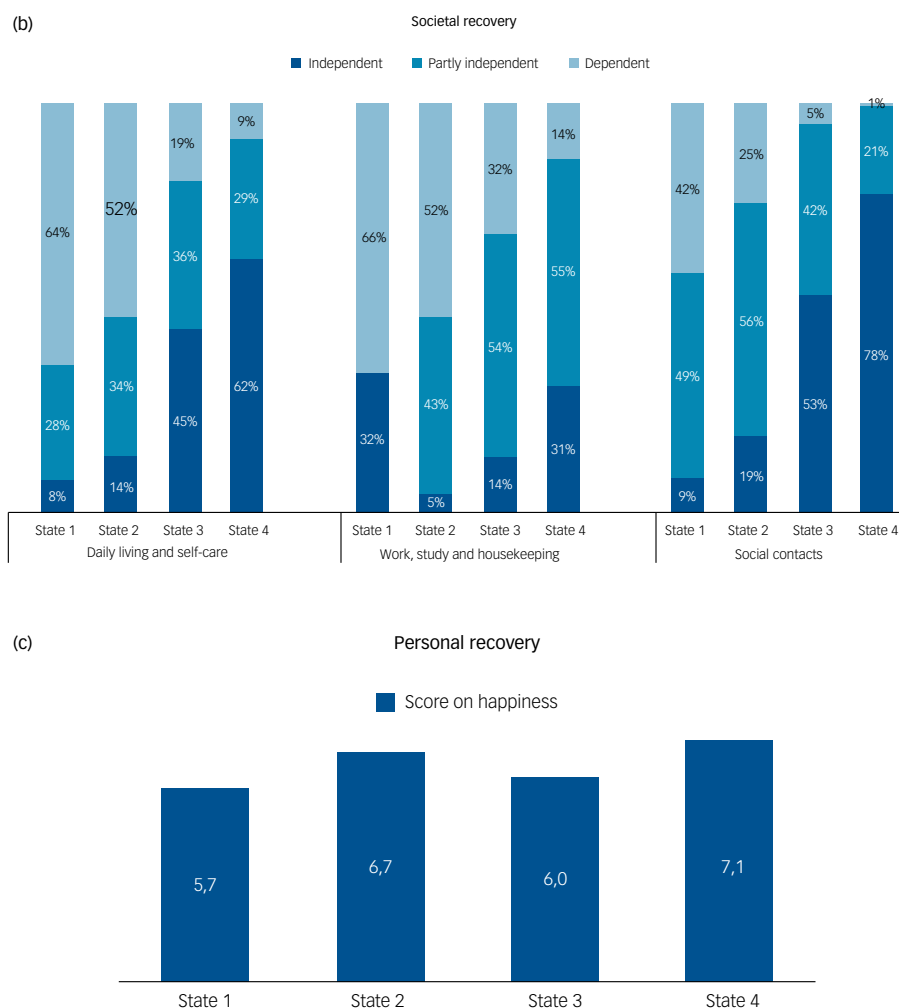


Fig. 1 Continued

happiness score was 5.9. A striking feature of this group is the presence of positive symptoms compared with states 2 and 4. We refer to this state as the 'partly recovered, positive symptom state'.

State 4 is the best state on all recovery outcome measures (38% of all measurements). Although this state reported good outcomes on societal, clinical and personal recovery (dark blue boxes in Fig. 1), the domain work is still a major concern (55% partly independent, 14% dependent). In state 3, this phenomenon was also seen, i.e. good societal recovery outcome except for the outcome work. The happiness score was 7.1, the highest rating of the four groups. We refer to this state as the 'most recovered state'.

Age, gender and clinical differences per state

The four states differed statistically significantly from each other on gender, duration of illness and DSM-IV/5 diagnosis, but not on age and the use of antipsychotic medication (Table 3). Significant gender differences were detected between all states, except between the least recovered and partly recovered, negative

symptom states. Men were relatively more present in the least recovered (79%) and partly recovered, negative symptom states (76%), compared with the other states (55–65%).

Illness duration differed significantly between the least recovered and most recovered states. In the least recovered state, most patients had a duration of >20 years (36%). A shorter illness duration (<5 years) was found in 15% of those in the least recovered state, compared with 26% of those in the most recovered state.

More patients in the least recovered and partly recovered, negative symptom states suffered from schizophrenia, and fewer suffered from other psychotic disorders, compared with patients in the partly recovered, positive symptom and most recovered states.

Transition rates between states

Table 4 presents the year-to-year transition rates between the states. The probability of remaining in the same state at the next measurement (i.e. year) ranged from 77–89% across the four states (displayed in bold). Transitions from the least

Table 3 Clinical characteristics per state (in proportions per state)

	State 1 Least recovered	State 2 Partly recovered, negative symptoms	State 3 Partly recovered, positive symptoms	State 4 Most recovered	Wald(0)	d.f.	P-value
Gender					62.17	3	<0.01
Male	0.79	0.76	0.65	0.55			
Female	0.20	0.23	0.34	0.43			
Missing	0.01	0.01	0.01	0.01			
Age, years					10.52	3	0.02
18–30	0.16	0.16	0.19	0.22			
30–40	0.25	0.25	0.25	0.26			
40–60	0.51	0.50	0.48	0.45			
≥60	0.07	0.08	0.07	0.06			
Missing	0.01	0.01	0.01	0.01			
Illness duration, years					26.28	3	<0.01
<5	0.15	0.19	0.21	0.26			
5–10	0.12	0.13	0.13	0.15			
10–20	0.27	0.27	0.26	0.25			
≥20	0.36	0.30	0.29	0.24			
Missing	0.10	0.11	0.11	0.10			
Antipsychotic medication					8.11	3	0.04
No	0.06	0.01	0.09	0.07			
Yes	0.94	0.99	0.91	0.93			
DSM-IV/5 diagnosis					77.45	3	<0.01
Schizophrenia (codes 295.10, 20, 30, 40, 60, 90)	0.69	0.76	0.57	0.42			
Schizoaffective disorder (codes 295.70)	0.12	0.11	0.13	0.13			
Substance-induced psychotic disorder (codes 291.30, 50 and 292.11, 12)	0.08	0.06	0.10	0.13			
Other psychotic disorders (codes 297.10 and 298.80, 90)	0.11	0.07	0.20	0.32			

Table 4 Transition rates between states in schizophrenia spectrum disorders

State at $t - 1$	State 1 at t Least recovered	State 2 Partly recovered, negative symptoms	State 3 Partly recovered, positive symptoms	State 4 Most recovered
State 1	0.77	0.12	0.11	0.00
State 2	0.04	0.82	0.04	0.10
State 3	0.06	0.04	0.81	0.10
State 4	0.00	0.05	0.05	0.89

Table should be read from left (row, referring to measurement $t - 1$) to right (column, referring to measurement t). Transition rates between the same states are displayed in bold.

recovered to the most recovered state and vice versa hardly occurred (0.31% and 0.49%, respectively). Higher transition rates were found between the other states, with a minimum of 4% and maximum of 12%. Also, the transition rate from the negative or positive symptom states to the most recovered state (both 10%) was twice as high compared with transition from the negative or positive symptom states to the least recovered state (4% and 6%, respectively).

Discussion

The aim of this study was to identify and examine different recovery states in patients with psychotic disorders over time, and transition rates between states. Clinical, societal and personal recovery were analysed jointly. Based on the selected MLM, four different recovery states in patients with schizophrenia and related psychotic disorders can be distinguished. In the next measurement (i.e. a year later), the probability of remaining in the state of the previous year is much higher ($\geq 77\%$) than switching to a different state.

Our results give insight in the recovery process of patients with psychotic disorders with a longer duration of illness (about 13 years) by analysing 12 recovery outcome measures in one model with a

follow-up period up to 11 years. To our knowledge, this is the first time these outcome measures were analysed jointly. About 40% of the patients are in the best state, which means that they are recovered on almost all domains. In addition, we found a high probability (89%) of remaining in this state. These findings are encouraging compared with the (separate) recovery rates of the 50 studies included in the meta-analysis by Jääskeläinen et al, in which an overall recovery rate of 13.5% was found with a follow-up of 2 years.¹¹

One might argue that patients in PHAMOUS have a better outcome, given that almost 40% are in the best state, and that the cohort is not representative for patients with schizophrenia and related psychotic disorders. To frame our findings, we have applied the classifications of other studies to our data. Oorschot et al reported a clinical recovery rate in schizophrenia of 40%;²⁸ in our study, this was 51%. Swildens et al showed that 13.7% of the patients with severe mental illness were socially recovered,¹⁷ compared with 15.5% in our study. Also, baseline data support the representativeness of our data in severe mental illness.

An advantage of our MLM model is that it provides insight into care needs per state. This means care may be directed specifically toward these care needs, which might increase the transition rate from one state to another. In the best state (state 4), the greatest challenge is to improve patients' outcome on societal recovery, and

more specifically, on the aspect work, study and housekeeping (about 70% have this specific care need), to achieve full recovery. In state 3, symptom scores of patients are relatively high on the positive symptoms hallucinations, delusions and unusual thought content. Although half of these patients function well on daily living and social contacts, gains could be made on work, study and housekeeping (86% have a need of care). In state 2, care should be directed primarily on negative symptoms, particularly blunted affect and social withdrawal. Given the limited number of interventions shown to be effective on negative symptoms,²⁹ it remains important to develop new interventions. Severe issues on all three domains define state 1, and as such no specific guidance for intervention can be formulated. However, since the largest difference between states 1 and 2 is the severity of positive symptoms (fewer in state 2), this group may represent either persons who have yet to receive adequate medication management or a treatment-resistant group.

Next, it would be interesting to combine our data with the mental healthcare consumption of patients. Did patients get adequate and sufficient treatment for their care needs? As we did not include data about care consumption, this question remains unanswered, and should be reported as a suggestion for future research. It would also be interesting to collect data about patients' antipsychotic medication use, such as dosage, oral or depot antipsychotic medication and medication adherence. However, our model offers the opportunity to begin a broader discussion about the degree to which mental healthcare needs are met in psychosis care.

In our model, we used happiness as a proxy for personal recovery. We think that the subjective question about happiness was important to include in the model as a counterpart of the more objective 'clinical recovery' and 'societal recovery' outcome measures. Although happiness in our study seems to be related to a patient's recovery state, we would suggest that future studies measure personal recovery with a multiple-item questionnaire covering the CHIME framework domains.⁵

A striking finding was that patients with mostly negative symptoms scored higher on happiness compared with patients with mostly positive symptoms, but experienced more societal problems. An explanation could be that patients with negative symptoms are less aware of their mental health condition and/or are receiving more psychosocial and rehabilitation-related support, having no acute psychotic problems, whereas patients with positive symptoms suffer from their hallucinations or delusions, leading to a high burden of illness.

Strengths of this MLMM include that the recovery states were calculated on outcomes of >2000 patients with a psychotic disorder, using longitudinal data with up to 11 years of follow-up. Furthermore, the use of this Markov model allowed us to analyse clinical, societal and personal recovery jointly, in contrast to other statistical models. We used data with multiple ordered categories, to allow for more fine-grained distinctions between the states of patients than dichotomous classifications of recovery.

As PHAMOUS is a naturalistic cohort study, patients lost to follow-up should be discussed as a limitation. We considered it a possibility that patients could have dropped out because they either recovered or suffered too much from symptoms to be able to participate in the annual screening. Therefore, we analysed socio-demographic and patient characteristics of both groups (patients included in the MLMM versus patients lost to follow-up). Although this led to statistically significant findings, the findings were not clinically relevant, as differences in illness duration, treatment duration and age were all about 1 year. Next, in both groups, men were more present than women (about 60%), and about 85% was Caucasian.

It should be noted that patients included in PHAMOUS represent a chronically ill group of patients with schizophrenia spectrum disorders. Thus, the results of the MLMM may not generalise to other patient groups (e.g. first episode). Another limitation is that the diagnoses might have been outdated, as we used the chart diagnosis from the medical file.

The last limitation is that PHAMOUS assesses patients' outcomes yearly, indicating that changes within shorter periods could not be detected. However, most changes on recovery outcomes do take a considerable period of time, especially changes within the societal recovery domain and negative symptoms.³⁰ We expect that we have captured the dynamics in recovery sufficiently, taking into account the illness duration of the included patients.

In summary, the four recovery states in our MLMM provide detailed information on care needs of patients with schizophrenia. Focusing on the specific needs per state might increase the transition rate to another state. Professionals could integrate the four recovery states in their care programme and treatment plans. Likewise, policy makers should implement these findings in their policy plans, and researchers could prioritise their agenda (e.g. placing a higher priority on societal recovery) as much as possible.

Stynke Castelein , PhD, Lentis Psychiatric Institute, Lentis Research, The Netherlands; and Faculty of Behavioural and Social Sciences, University of Groningen, The Netherlands; **Marieke E. Timmerman**, PhD, Faculty of Behavioural and Social Sciences, University of Groningen, The Netherlands; **PHAMOUS investigators****; **Mark van der Gaag**, PhD, Department of Psychosis Research, Parnassia Psychiatric Institute, The Netherlands; and Faculty of Behavioural and Movement Sciences, Department of Clinical Psychology, Amsterdam Public Mental Health Research Institute, Vrije Universiteit Amsterdam, The Netherlands; **Ellen Visser**, PhD, Rob Giel Research Center, University Center for Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands; **Johan Arends**, MD, Department of Psychotic Disorders, GGZ Drenthe Mental Health Institution, The Netherlands; **Agna A. Bartels-Velthuis**, PhD, Rob Giel Research Center, University Center for Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands; **Richard Bruggeman**, MD, PhD, Faculty of Behavioural and Social Sciences, University of Groningen, The Netherlands; and Rob Giel Research Center, University Center for Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands; **Frederike Jörg**, PhD, Rob Giel Research Center, University Center for Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands; and Department of Research and Education, GGZ Friesland Mental Health Institution, The Netherlands; **Gerdina H.M. Pijnenborg**, PhD, Faculty of Behavioural and Social Sciences, University of Groningen, The Netherlands; and Department of Psychotic Disorders, GGZ Drenthe Mental Health Institution, The Netherlands; **Henderikus Kneegtering**, MD, PhD, Lentis Psychiatric Institute, Lentis Research, The Netherlands; and Rob Giel Research Center, University Center for Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands; **Wim Veling**, MD, PhD, Department of Psychosis, University Center for Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands; **Alex Wunderink**, MD, PhD, Department of Research and Education, GGZ Friesland Mental Health Institution, The Netherlands

Correspondence: Prof. Stynke Castelein. Email: s.castelein@rug.nl

First received 2 Sep 2020, final revision 17 Feb 2021, accepted 11 Mar 2021

Supplementary material

To view supplementary material for this article, please visit <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.48>.

Data availability

Under the General Data Protection Regulation, our data is considered pseudonymised rather than anonymised, and is therefore still regarded as personal data. Given that participants have not given informed consent to have their personal data publicly shared, we are legally and ethically not allowed to publicly post our data-set. Data is therefore only available upon request to the Data Science Center of the Rob Giel Research Center (email: e.visser03@umcg.nl) or from the project leader, S.C. (email: s.castelein@rug.nl). Of note, syntax codes are shared in Supplementary Appendices 2 and 3.

Acknowledgements

We are indebted to the >5000 people across the Northern Netherlands for their participation in PHAMOUS. We also thank the research assistants of the four psychiatric institutes who gathered the data: Lentis Psychiatric Institute, GGZ Friesland Mental Health Institution, GGZ Drenthe Mental Health Institution and the University Center for Psychiatry of the University Medical Center Groningen. The data research infrastructure is kindly provided by the Rob Giel Research Center.

Author contributions

Authors actively contributed to the following: S.C., M.E.T., M.v.d.G. and E.V. made substantial contributions to the conception or design of the work; M.E.T. and E.V. contributed to the acquisition and analysis, and all authors (S.C., M.E.T., M.v.d.G., E.V., J.A., A.A.B.-V., R.B., F.J., H.K., G.H. M.P., W.V. and A.W.) to the interpretation of data for the work, drafting the work or revising it critically for important intellectual content, final approval of the version to be published, and agreement to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Funding

We used data from PHAMOUS, which receives no funding as data collection is part of standard care in the collaborating mental health organisations. Thus, no funding source was involved with the study design, data collection, data analysis, data interpretation and writing of the manuscript.

Declaration of interest

None.

ICMJE forms are in the supplementary material, available online at <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.48>.

References

- Wunderink L, Sytema S, Nienhuis FJ, Wiersma D. Clinical recovery in first-episode psychosis. *Schizophr Bull* 2009; **35**: 362–69.
- Chan SKW, Hui CLM, Chang WC, Lee EHM, Chen EYH. Ten-year follow up of patients with first-episode schizophrenia spectrum disorder from an early intervention service: predictors of clinical remission and functional recovery. *Schizophr Res* 2019; **204**: 65–71.
- Degnan A, Berry K, Sweet D, Abel K, Crossley N, Edge D. Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018; **53**: 873–88.
- Carmona VR, Gomez-Benito J, Huedo-Medina TB, Rojo JE. Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Occup Med Environ Health* 2017; **30**: 345–66.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011; **199**: 445–52.
- O'Keeffe D, Hannigan A, Doyle R, Kinsella A, Sheridan A, Kelly A, et al. The iHOPE-20 study: relationships between and prospective predictors of remission, clinical recovery, personal recovery and resilience 20 years on from a first episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2019; **53**: 1080–92.
- Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L. The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2018; **44**: 631–42.
- Rossi A, Amore M, Galderisi S, Rocca P, Bertolino A, Aguglia E, et al. The complex relationship between self-reported 'personal recovery' and clinical recovery in schizophrenia. *Schizophr Res* 2018; **192**: 108–12.
- Temesgen WA, Chien WT, Bressington D. Conceptualizations of subjective recovery from recent onset psychosis and its associated factors: a systematic review. *Early Interv Psychiatry* 2019; **13**: 181–93.
- Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993; **16**: 11–23.
- Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013; **39**: 1296–306.
- Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013; **70**: 913–20.
- Vermunt JK, Tran B, Magidson J. Latent class models in longitudinal research. In *Handbook of Longitudinal Research: Design, Measurement, and Analysis* (ed. S Menard): 373. Elsevier, 2008.
- Bartels-Velthuis AA, Visser E, Arends J, Pijnenborg GHM, Wunderink L, Jorg F, et al. Towards a comprehensive routine outcome monitoring program for people with psychotic disorders: the pharmacotherapy monitoring and outcome survey (PHAMOUS). *Schizophr Res* 2018; **197**: 281–7.
- Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005; **162**: 441–9.
- Wiersma D, Visser E, Bahler M, Bruggeman R, Delespaul PA, van der Gaag M, et al. Functional remission of people with serious mental illness (SMI): psychometric properties of a new ROM-instrument. *Tijdschr Psychiatr* 2015; **57**: 395–404.
- Swildens WE, Visser E, Bahler M, Bruggeman R, Delespaul P, van der Gaag M, et al. Functional recovery of individuals with serious mental illnesses: development and testing of a new short instrument for routine outcome monitoring. *Psychiatr Rehabil J* 2018; **41**: 341–50.
- Abdel-Khalek AM. Measuring happiness with a single-item scale. *Soc Behav Pers* 2006; **34**: 139–50.
- Cavelti M, Kyrigic S, Beck EM, Kossowski J, Vauth R. Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *Eur Psychiatry* 2012; **27**: 19–32.
- Cohn MA, Fredrickson BL, Brown SL, Mikels JA, Conway AM. Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion* 2009; **9**: 361–8.
- Zhang D, Chan DC, Niu L, Liu H, Zou D, Chan AT, et al. Meaning and its association with happiness, health and healthcare utilization: a cross-sectional study. *J Affect Disord* 2018; **227**: 795–802.
- Lin S, Faust L, Robles-Granda P, Kajdanowicz T, Chawla NV. Social network structure is predictive of health and wellness. *PLoS One* 2019; **14**: e0217264.
- Palmer BW, Martin AS, Depp CA, Glorioso DK, Jeste DV. Wellness within illness: happiness in schizophrenia. *Schizophr Res* 2014; **159**: 151–6.
- Lanza ST, Collins LM, Lemmon DR, Schafer JL. PROC LCA: a SAS procedure for latent class analysis. *Struct Equ Modeling* 2007; **14**: 671–94.
- Bakk Z, Tekle FB, Vermunt JK. Estimating the association between latent class membership and external variables using bias-adjusted three-step approaches. *Sociol Methodol* 2013; **43**: 272–311.
- Vermunt JK, Magidson J. *LG-Syntax User's Guide: Manual for Latent GOLD 6.0 Syntax Module*. Statistical Innovations Inc., 2021 (<https://www.statisticalinnovations.com/wp-content/uploads/LGSyntaxusersguide.pdf>).
- Leucht S, Lasser R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2006; **39**: 161–70.
- Oorschoot M, Lataster T, Thewissen V, Lardinois M, van Os J, Delespaul PA, et al. Symptomatic remission in psychosis and real-life functioning. *Br J Psychiatry* 2012; **201**: 215–20.
- Aleman A, Lincoln TM, Bruggeman R, Melle I, Arends J, Arango C, et al. Treatment of negative symptoms: where do we stand, and where do we go? *Schizophr Res* 2017; **186**: 55–62.
- Austin SF, Mors O, Budtz-Jorgensen E, Secher RG, Hjorthøj CR, Bertelsen M, et al. Long-term trajectories of positive and negative symptoms in first episode psychosis: a 10 year follow-up study in the OPUS cohort. *Schizophr Res* 2015; **168**: 84–91.



Impact van COVID-19 op patiënten van ambulante FACT- en autismeteams

S. Castelein, J. Bruins, I.D.C. van Balkom

- Achtergrond** Veel onderzoek richt zich op de gevolgen van COVID-19 voor de algemene bevolking. Mensen met een psychische kwetsbaarheid lijden mogelijk meer onder deze gevolgen.
- Doel** Meten van psychische gezondheid, ervaringen met ambulante zorg en overheidsmaatregelen bij mensen (n = 105) in ggz-zorg in Noord-Nederland tijdens de eerste COVID-19-golf.
- Methode** Anonieme, online-enquête bij mensen in zorg bij FACT- of autismeteams in Noord-Nederland, juli-september 2020.
- Resultaten** Weinig deelnemers rapporteerden recente coronagerelateerde klachten (n = 2); bij niemand was infectie met het virus vastgesteld. Zowel positieve (overzichtelijke wereld, rust en weinig prikkels: 28%) als negatieve ervaringen (missen face-to-facecontact met behandelaars: 22%) werden gerapporteerd. Hoewel er enige fluctuatie was in de mate van geluk, veranderde het gemiddelde gelukcijfer niet door de eerste golf. Driekwart was tevreden over de geboden ggz-zorg. Ondanks het gemis van persoonlijk contact met behandelaars werd het voortzetten van zorg met (beeld)bellen positief gewaardeerd. Een derde rapporteerde een toename of nieuwe zorgvraag in psychische klachten of dagelijks functioneren. De 'fysieke' overheidsmaatregelen werden vooral als prettig en goed te doen ervaren, maar de 'sociale' maatregelen vielen zwaarder. Nieuwsbrieven met daarin concrete informatie over wat de maatregelen voor de persoonlijke zorg betekende, werden gewaardeerd.
- Conclusie** De resultaten laten een genuanceerd beeld zien hoe de eerste golf is ervaren door mensen in ggz-zorg. Wel is het van belang dit te blijven monitoren, want niemand kan voorzien hoe de impact van COVID-19 op de langere termijn zal zijn.

Een jaar geleden riepen Van en Dom (2020) in dit tijdschrift op wetenschappelijk onderzoek te doen naar de gevolgen van COVID-19 in de psychiatrische praktijk en bij patiënten met complexe en comorbide aandoeningen. Aandacht voor de gevolgen van het virus en de maatregelen voor deze kwetsbare doelgroep is hard nodig (Dubey e.a. 2020). In het begin van de eerste golf waren er tot 80% minder verwijzingen naar de hoogspecialistische ggz, daalde het percentage *face-to-face*contacten in de behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) van 83% naar 26% en het percentage huisbezoeken van 38% naar 9% (van Giessen e.a. 2020). De transitie naar telepsychiatrie, waarbij veel zorg wordt vervangen door onlinezorg, heeft een vlucht genomen sinds de coronacrisis (Jayarajan e.a. 2020; Roncero e.a. 2020; Costa e.a. 2021). Van en Dom (2020) noemen het volgen van deze ontwikkelingen als aandachtspunt.

Wereldwijd wordt veruit het meeste onderzoek uitgevoerd naar de fysieke en mentale gevolgen van COVID-19 op de algemene bevolking. Een meta-analyse laat zien dat ongeveer 30% van de algemene (wereld)bevolking stress, angst- en depressieve klachten heeft ervaren tijdens de pandemie (Salari e.a. 2020). Ter vergelijking: in 2019 rapporteerde 12% van de Nederlandse volwassenen psychische klachten zoals gerapporteerd op de website van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2020). Gijzen e.a. (2020) vonden aan het einde van de eerste golf een stabiele psychische gezondheid onder Nederlanders, waarbij maar liefst 80% geen verandering rapporteerde. In Nederland zijn wetenschappelijke onderzoeksresultaten naar de gevolgen van de COVID-19-crisis voor volwassenen die reeds een psychische aandoening hebben nog nauwelijks gepubliceerd in peer-reviewed tijdschriften. Goethals (2020) sprak zijn zorg uit over een toename in stress, psychische klachten en middelengebruik bij

AUTEURS

Stynke Castelein, hoofd Lentis Research en bijzonder hoogle-raar Herstelbevordering bij ernstige psychische aandoeningen, Rijksuniversiteit Groningen.

Jojanneke Bruins, senior onderzoeker, Lentis Research, Groningen.

Inge D.C. van Balkom, psychiater, senior onderzoeker en directeur Jonx, onderdeel van Lentis, Zuidlaren.

Correspondentieadres

Prof. dr. Stynke Castelein, Lentis Research, Hereweg 80, 9725 AG, Groningen.

E-mail: s.castelein@lentis.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-3-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(4):250-256

deze doelgroep in de COVID-19-crisis. Werkzaam in de hoogspecialistische ggz wilden wij drie punten in beeld brengen bij volwassenen die zorg krijgen van een FACT-of autismeteam: 1. de psychische gezondheid, 2. ervaringen met de ambulante ggz-zorg ten tijde van de eerste golf en 3. ervaringen met de overheidsmaatregelen en informatievoorziening.

METHODE

Deelnemers

Deelnemers waren volwassenen in zorg bij een FACT-team van Lentis (Groningen) of GGZ Drenthe, of in zorg bij een Autisme Team Noord-Nederland (ATN-team) van Jonx. Deelnemers werden via behandelaars benaderd voor deelname aan een anonieme, online-enquête (juli-september 2020) over hun ervaringen tijdens de eerste golf van de coronacrisis. Deelnemers vulden online een formulier voor informed consent in inclusief toestemming voor het citeren van quotes. De adaptieve enquête bestond uit maximaal 52 vragen.

Resultaten werden met beschrijvende statistiek en met thematische analyse bij open vragen in beeld gebracht. Het onderzoek was niet WMO-plichtig en er werden geen (medische) handelingen verricht.

Werkwijze

Doel 1: psychische gezondheid

Geluk vóór en tijdens de eerste golf werd gemeten met de *Single Item Questionnaire* (SIQ; Abdel-Khalek 2006) op een schaal van 1-10. Positieve en negatieve veranderingen werden gemeten met open vragen: 'Wat zijn positieve/negatieve veranderingen voor jouw psychische gezondheid en welbevinden geweest door de coronamaatregelen?' Psychologische veerkracht van de afgelopen vier maanden werd gemeten met de *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC-10; Campbell-Sills & Stein 2007), waarbij tien stellingen worden gescoord op

een 5-puntslikertschaal (0 = helemaal niet waar; 4 = bijna altijd waar). Een hogere CD-RISC-10-score correspondeert met meer psychologische veerkracht. Gevraagd werd of deelnemers meer/nieuwe zorgbehoeften hadden gekregen op het gebied van psychische/lichamelijke gezondheid, dagelijks functioneren, medicatie, financiën en seksueel functioneren sinds de coronacrisis, én of deze door de crisis waren ontstaan. Leefstijlvragen waren gericht op positieve veranderingen in de afgelopen vier maanden op het gebied van: voeding (gezonder/vitamine-inname), bewegen (vaker buiten), (tijd nemen voor) ontspanning, slaap (voldoende nachtrust) en vasthouden aan structuur en/of regelmaat. Scoremogelijkheden waren: ja/nee, juist minder/hetzelfde gebleven/niet van toepassing. Bij verandering werd gevraagd of deze was gerelateerd aan COVID-19. Ook (verandering in) middelengebruik (alcohol, tabak/sigaretten, soft- en harddrugs) tijdens de eerste golf werd uitgevraagd.

Doel 2: ervaringen met zorg in ggz

Tevredenheid met de hoeveelheid en kwaliteit van de ontvangen hulp werd gescoord op een tienpuntsschaal (1 = extreem ontevreden; 10 = extreem tevreden). Ervaringen met veranderingen werden als volgt gemeten: 'Door de coronacrisis is jouw ggz-zorg (waarschijnlijk) op een andere manier aangeboden. Kun jij aangeven hoe je dat hebt ervaren?' Veranderingen in ggz-zorg werden gemeten met de open vragen: 'Wat vond jij (on-) prettig of beter/heb je gemist aan de (manier waarop) jij zorg van de ggz kreeg tijdens de coronacrisis?'

Doel 3: ervaringen met overheidsmaatregelen en informatievoorziening

Er werd gevraagd hoe deelnemers de volgende maatregelen hadden ervaren: 1,5 meter afstand houden, vaak handen wassen, geen handen schudden, minder bezoek mogen krijgen, thuisblijven, thuiswerken en -relevant voor de deelnemersgroep - het sluiten van de dagbesteding. Zes antwoordmogelijkheden waren hierbij moge-

lijk: (zeer) prettig, (zeer) onprettig, neutraal en niet van toepassing. Tevens werd gevraagd of de maatregelen altijd/meestal goed te doen, meestal/altijd lastig of niet van toepassing waren. Informatievoorziening werd gemeten met de open vraag wat men van de informatievoorziening rondom de coronacrisis vond en hoe men de informatie volgde.

Sociodemografische data werden uitgevraagd over geslacht, leeftijd, woonsituatie, dagbesteding en behandelafdeling (FACT-of autismeteam).

RESULTATEN

Omschrijving steekproef

Er namen 105 cliënten deel aan de online-enquête (n = 51 uit de autismegroep; n = 51 uit de FACT-groep; n = 3 van elders). FACT-deelnemers kregen behandeling voor psychose (n = 18), stemming (angst/depressie; n = 19), een combinatie van klachten (n = 10) of persoonlijkheidsproblematiek (n = 4). Een overzicht is weergegeven in [tabel 1](#).

Tabel 1. Beschrijving steekproef

	TOTAAL N = 105*	FACT-ZORG N = 51	AUTISMEZORG N = 51
Gem. leeftijd in j (SD)	42,1 (12,6)	45,3 (10,9)	38,7 (13)
Geslacht, n (%) man	62 (59%)	32 (63%)	27 (53%)
COVID-19-klachten gehad afgelopen week, n (%) ja	2 (1,9%)	1 (2%)	1 (2%)
COVID-19 bevestigd door labtest, n (%) ja	0	0	0
Huisgenoot met COVID-19-klachten afgelopen week, n (%) ja	3 (2,9%)	2 (4%)	1 (2%)
Huisgenoot met COVID-19 bevestigd door labtest, n (%) ja	0	0	0
Woonsituatie, n (%)			
Zelfstandig	52 (49,5%)	32 (63%)	18 (35%)
Gezinssamenstelling	32 (30,5%)	15 (29%)	16 (31%)
Met ouders/familie	13 (12,4%)	3 (6%)	10 (20%)
RIWB/beschermd wonen	6 (5,7%)	0	6 (12%)
Anders	2 (1,9%)	1 (2%)	1 (2%)
Dagbesteding, n (%)			
Arbeidsmatig**	35 (33,3%)	19 (37%)	16 (31%)
Opleiding	10 (9,5%)	2 (4%)	8 (16%)
Vrijwilligerswerk	20 (19,0%)	10 (20%)	9 (18%)
Huisman/vrouw	27 (25,7%)	13 (26%)	13 (26%)
Daginvulling zorg***	17 (16,2%)	10 (20%)	7 (14%)
Andere/geen dagbesteding	44 (41,9%)	21 (41%)	21 (41%)

*In deze kolom werden de drie deelnemers niet in zorg bij FACT /ATN ook meegenomen.

**Arbeidsmatig: betaald werk, eventueel met ondersteuning of binnen beschermde werkplek, of arbeidsmatige dagbesteding.

***Dagbehandeling, dagbesteding/DAC.

Doel 1: psychische gezondheid

Geluk

Gemiddeld geven deelnemers hun geluk een score van 6,0 (SD: 1,6), zowel voor als tijdens de eerste coronagolf. Ongeveer 47% scoorde een 7 of hoger, zowel voor als ten tijde van de crisis. Bijna 60% gaf een verandering in gelukscore aan: één op de drie deelnemers was minder gelukkig dan voor de crisis en één op vier was juist gelukkiger.

Positieve ervaringen

Positieve gevolgen van de coronacrisis kwamen naar voren in vier thema's.

Door (1) *minder frequent contact met anderen* hadden deelnemers minder verplichtingen, ging de druk af van sociale relaties, voelden zij meer ontspanning en genoten meer van interacties die zich wél voordeden.

Het vaakst noemden deelnemers spontaan (28%) dat (2) *de wereld overzichtelijker was met meer rust en minder prikkels*. Iedere dag dezelfde dagplanning gaf overzicht. De rust op straat zorgde voor minder prikkels en daarvoor soms meer zelfstandigheid.

Men had tijd voor (3) *reflectie en inzicht*, omdat de tijd leek stil te staan en mensen konden nadenken over hoe ze bepaalde dingen anders zouden willen doen. Deelnemers leerden ook goed naar zichzelf luisteren, bijvoorbeeld door erachter te komen dat thuiswerken niet bij hen past en daarvoor hulp in te schakelen. Ook was men positief over (4) *de overheidsmaatregelen*. Deelnemers vonden het afstand houden doorgaans prettig, wat rust en overzicht creëerde buitenshuis. Enkelen gaven ook aan dat het thuiswerken voor minder stress zorgde. Een typerend citaat: 'Doordat iedereen thuis zat, week mijn leven ook niet zoveel af van anderen.'

Negatieve ervaringen

Tegelijkertijd bracht de coronacrisis ook negatieve veranderingen met zich mee, samengevat in zes thema's. Het vaakst werd spontaan benoemd dat deelnemers (1) *het contact met anderen misten* (22%), waardoor ze soms vastliepen, moeite hadden met in actie komen en zich daardoor nutteloos en in de steek gelaten voelden. Het versterkte gevoelens van eenzaamheid en isolatie. Tevens hadden zij door de coronacrisis een (2) *toename in psychische klachten*, waarbij angstklachten, onzekerheid, stress, somberheid en piekeren werden genoemd. (3) *Angst voor overdracht van het virus* (zowel het virus oplopen als onbewust verspreiden) was aanwezig in persoonlijke contacten, face-to-facebehandelingen en openbare situaties. Vooral de (4) *onvoorspelbaarheid van anderen* in het zich houden aan de coronamaatregelen zorgde voor angst en belemmerde deelnemers soms om boodschappen te doen en contacten aan te gaan. Daarnaast hadden sommigen weinig tijd en ruimte voor zichzelf door een (5) *drukke thuisomgeving*, met kinderen die thuisonderwijs kregen en/of thuiswerkende gezinsleden. Ook het (6) *wegvallen van structuur en regelmaat* zorgde bij sommigen voor onzekerheid.

Veerkracht

Slechts 30% van de deelnemers had een gemiddelde tot hoge mate van veerkracht en bijna 70% scoorde (ruim) beneden de gemiddelde psychologische veerkracht op de CD-RISC-10. Deelnemers scoorden gemiddeld 22,0, waar de volwassenen uit de algemene bevolking doorgaans 29,0-33,5 en studenten 20,8-33,5 scoren.

Leefstijl

Bijna de helft van de deelnemers bracht een leefstijlverandering aan in de laatste vier maanden (47%), maar deze was nauwelijks (3%) coronagerelateerd. Bij ruim de helft van de deelnemers bestond deze verandering uit meer bewegen, meer ontspanning, vaker naar buiten gaan en/of meer vasthouden aan structuur/regelmaat. Gezonder eten werd door 45% genoemd. Een klein percentage (4-12%) noemde juist een verslechtering van de leefstijl met vooral minder bewegen en minder vaak naar buiten gaan.

Middelengebruik

De coronacrisis leek niet te hebben geleid tot een grote verandering in middelengebruik. Veruit de meerderheid gaf aan zowel voor als tijdens de coronacrisis geen alcohol (57%), sigaretten (72%), softdrugs (89%) of harddrugs (99%) te gebruiken. Onder de gebruikers zagen we meer deelnemers met een daling in gebruik van alcohol (9%) en softdrugs (7%), dan met een stijging in het gebruik van alcohol (6%) en softdrugs (2%). Bij roken was dit echter omgekeerd met 4% die meer en 3% die minder was gaan roken.

Zorgbehoefte

Tijdens de eerste golf waren er vooral meer en nieuwe zorgbehoeften ontstaan op het gebied van psychische gezondheid en dagelijks functioneren (35%), wat bij 60% van de betrokkenen coronagerelateerd was. Daarnaast gaf 20% van de deelnemers aan op het gebied van lichamelijke gezondheid nieuwe of meer zorgbehoeften te hebben gekregen, van wie 50% deze aan de coronacrisis relateerde. Sommigen hadden niets ondernomen (16%), en anderen waren er zelf mee aan de slag gegaan (34%) door bijvoorbeeld leefstijlaanpassingen, sollicitaties, intensiveren van familiecontact of de praktijkondersteuner van de huisarts (POH) te benaderen. De helft van de deelnemers met toegenomen zorgbehoeften zocht hiervoor hulp bij de ggz.

Doel 2: ervaringen met de ggz

De meeste deelnemers gaven een voldoende (7 of hoger) voor de hoeveelheid (73%) en de kwaliteit (75%) van de ontvangen hulp ten tijde van de coronacrisis. Eén op de twee deelnemers gaf de zorg zelfs een 8 of hoger. Gemiddeld werd er een 7,2 gescoord op tevredenheid met de hoeveelheid hulp en een 7,3 op tevredenheid met de kwaliteit van de hulp.

Positieve zorgervaringen

Deelnemers waren met name positief over het feit dat er toch contact mogelijk was via (1) *(beeld)bellen*. Het (beeld)bellen gaf hen rust, omdat men thuis kon blijven en toch de zorg voort kon zetten. Dat men (2) *niet hoefde te reizen* maakte dat de drempel om zorg te zoeken minder hoog was. Sommige deelnemers vonden reizen met het openbaar vervoer stressvol of konden niet altijd naar een locatie komen. Zij waren blij met (beeld-) bellen als alternatieve vorm van zorg. Ook vond men het doorgaans prettig om (3) *frequent (digitaal) contact te hebben met de behandelaar*. Meer onlinecontact was voor 58% van toepassing, van wie 34% aangaf dat als (zeer) prettig te hebben ervaren terwijl 24% het juist (zeer) onprettig vond.

Toename in telefonisch contact was nog vaker van toepassing (81%), wat door 49% als (zeer) prettig werd ervaren en door 32% als (zeer) onprettig. Als positief aspect benoemden deelnemers dat behandelaars regelmatig even contact zochten om te kijken hoe het ging en extra

afspraken aanboden wanneer dat nodig was. Sommigen vonden dat (4) *minder frequent ggz-contact* juist prettig was. Zij vonden het fijn om niet iedere keer naar locatie te hoeven gaan. De helft van de deelnemers kreeg nu minder of geen huisbezoek meer en sommige deelnemers gaf dit een vrijer gevoel.

Een typerende reactie: 'In je eigen omgeving hulp krijgen in plaats van in kantoor op locatie. Het gevoel be kroop mij dat ik mijn sores niet kon achterlaten op kantoor bij de hulpverlener, maar er thuis mee bleef zitten.'

Negatieve zorgervaringen

Daarentegen vond 42% van de deelnemers het juist (zeer) onprettig dat behandelaars minder vaak op huisbezoek kwamen, vooral op de moeilijke momenten. Van de 74 deelnemers die een opmerking hadden gemaakt over negatieve ervaringen, ging het bij 66% over het (1) *missen van face-to-facecontact* met de behandelaar. Ze vonden het contact vooral minder persoonlijk.

Ook was er soms sprake van (2) *een vertraging van zorg*, waarbij intakes en doorverwijzingen lang werden uitgesteld. Sommige deelnemers misten duidelijke communicatie vanuit de instelling over hoe de zorg tijdens de coronacrisis vormgegeven zou worden. Ook waren er soms logistieke problemen, zoals behandelaars die vanaf hun thuiswerkplek geen toegang hadden tot werkagenda's en zorgdossiers. Tevens vond men het storend dat (3) *belafspraken onduidelijk* waren of niet werden nagekomen.

Doel 3: ervaringen met overheidsmaatregelen en informatievoorziening

Overheidsmaatregelen

De helft van de deelnemers voelde zich (zeer) prettig bij de maatregelen die betrekking hebben op hygiëne, zoals de 1,5 meter afstand houden (54%), vaak handen wassen (48%) en geen handen schudden (47%). Hierbij gaf 85% aan dat deze maatregelen (meestal) goed te doen waren. Minder bezoek mogen ontvangen vond 50% (zeer) onprettig, al vond 65% het desondanks wel goed te doen. De meningen over het zo veel mogelijk thuisblijven waren evenredig verdeeld: 37% vond dit (zeer) prettig, 35% vond het (zeer) onprettig en 28% was neutraal. Deze maatregel vond 70% van de deelnemers desondanks goed te doen.

Thuiswerken was van toepassing bij 39% van de deelnemers, wat ongeveer 40% (zeer) prettig en ongeveer 30% juist (zeer) onprettig vond. Thuiswerken vond 60% droegans goed te doen, terwijl 25% dit vrij lastig vond. Specifiek voor de ggz was een consequentie van corona het sluiten van de dagbesteding, waar 34 van de deelnemende cliënten gebruik van maakten. Van deze deelnemers ervoer 67% dit als (zeer) onprettig, 18% als (zeer) prettig en 15% was neutraal. De helft van deze mensen vond de sluiting van de dagbesteding wel goed te doen (47%), 44% vond het lastig en 9% gaf geen mening.

Algemene informatievoorziening

Nagenoeg alle deelnemers haalden hun informatie uit de officiële kanalen (NOS, RIVM en persconferenties).

Hoe de informatie werd ervaren, verschilde per persoon. Velen gaven aan de informatie prima te vinden. Daarentegen gaven ook meerdere mensen aan dat het teveel informatie was en dat informatie verwarrend was door snelle veranderingen. Daardoor kozen sommige deelnemers ervoor om minder het nieuws te volgen. De informatie die deelnemers ontvingen vanuit hun instelling verschilde per afdeling, maar het informeren via een eigen nieuwsbrief werd positief gewaardeerd.

Een typerende reactie: 'Ik volgde de persconferenties. Ik vond het soms een beetje teveel. Ik heb mezelf uiteindelijk maar afgesloten voor alles. Werd erg onrustig van alle speculaties en discussies en meningen van ondeskundigen.'

DISCUSSIE

Tijdens de eerste golf hebben weinig deelnemers coronagerelateerde klachten ervaren en is bij niemand een COVID-19-besmetting vastgesteld. COVID-19 bracht zowel positieve als negatieve ervaringen met zich mee. Waar de rust en het beperkte sociale leven buitenshuis voor sommigen ontspannend en overzichtelijk werkten, leidden ze bij anderen juist tot meer stress door een extra drukke thuissituatie vanwege het sluiten van de scholen en verplicht thuiswerken. Veruit de meerderheid kon zich goed aan de COVID-19-maatregelen houden, wat in overeenstemming is met bevindingen uit eerder EPA-onderzoek (Pinkham e.a. 2021).

Positieve ervaringen en zorgen

Interessant is dat cliënten toch diverse positieve veranderingen in hun welbevinden hebben ervaren. Hoewel het merendeel sinds de COVID-19-pandemie een verandering in geluk ervoer, betrof dit zowel een verandering ten goede als ten slechte. Dit lijkt te duiden op veerkrachtigheid onder de deelnemers, hoewel de gemeten veerkrachtsscore met CD-RISC lager was dan gemiddeld in de algemene bevolking. Ter nuancering moeten we daarbij wel rekening ermee houden dat er geen CD-RISC-cijfers bekend zijn van de algemene bevolking ten tijde van deze pandemie en dat bij de deelnemers deze juist is afgenomen tijdens de COVID-19-pandemie. Goethals (2020) benoemt enkele zorgen rond COVID-19 over de ggz-populatie. Dit onderzoek bevestigt bij veel cliënten een toename van angst en stress, onder andere vanwege de beleefde risico's en onduidelijke communicatie. Dit is in overeenstemming met eerdere onderzoeken, waarin cliënten met EPA meer stress en eenzaamheid ervoeren tijdens de COVID-19-pandemie dan personen zonder EPA (Pinkham e.a. 2021).

Daarentegen lijkt er bij onze deelnemersgroep geen sprake van een toename in middelengebruik, maar lijkt dit eerder af te nemen (minder alcohol, wel iets meer

roken). Er zijn nog geen andere wetenschappelijke onderzoeken naar COVID-19-gerelateerde veranderingen in middelengebruik in een psychiatrische doelgroep gepubliceerd, maar rapportages over de algemene bevolking laten meer fluctuaties zien: 9-25% meer alcohol- en 16-18% minder alcoholgebruik, terwijl 14-36% meer en 12-19% juist minder is gaan roken (Elling e.a. 2020; Rolland e.a. 2020; Chodkiewicz e.a. 2020; RIVM 2020).

Geboden zorg

De ambulante ggz-zorg lijkt ook grotendeels doorgang te hebben gevonden, weliswaar vooral via (beeld)bellen, met als voornaamste uitzondering uitgestelde intakes en doorverwijzingen. Tevredenheid over de geboden ggz-zorg was zelfs groot onder de deelnemers. Direct persoonlijk contact met de behandelaar blijft erg belangrijk en werd veelal ervaren als een gemis, hoewel (beeld)bellen als alternatief desalniettemin positief gewaardeerd werd in de crisistijd. Telepsychiatrie werd ingezet bij een relatief hoog percentage deelnemers in vergelijking met een andere studie in de psychiatrie, maar percentages tevredenheid over deze vorm van zorgbieden waren vergelijkbaar (Costa e.a. 2021).

De overgang naar telepsychiatrie is voor een deel van de participanten dus haalbaar. Opvallend voordeel dat door deelnemers hierbij werd aangegeven is dat zij het prettig vonden dat er geen reistijd naar een poliklinische afspraak was.

Zoals voorspeld door Goethals (2020) was er bij een derde van de cliënten sprake van een toegenomen zorgbehoefte, in dit onderzoek op het gebied van psychische klachten en dagelijks functioneren. Dit is in overeenstemming met recent gepubliceerde onderzoeken die een toename in (nieuwe) psychische klachten en zorgbehoeften rapporteren binnen een psychiatrische doelgroep (Pinkham e.a. 2021; Costa e.a. 2021).

Effecten op leefstijl

Er is geen informatie bekend over hoe (on)gezonder men leefde voor de eerste COVID-19-golf, maar bijna de helft van alle deelnemers geeft aan dat zij een positieve leefstijlverandering hebben aangebracht, al had dat volgens hen nauwelijks met COVID-19 te maken. Rapporten over de algemene bevolking schetsen een ander beeld: tijdens de eerste golf ging 12% gezonder en 15-28% juist ongezonder eten, en ging 15% meer tegenover 43-53% juist minder bewegen (RIVM 2020; Rolland e.a. 2020). Op grond van onze bevindingen en de literatuur formuleren we adviezen voor behandeling en communicatie met patiënten tijdens de huidige pandemie (tabel 2).

Sterke punten en beperkingen

Voor zover bekend is dit de eerste wetenschappelijke studie die de gevolgen van COVID-19 op het gebied van welbevinden, zorgbehoefte en ervaringen in kaart heeft gebracht voor mensen in zorg bij FACT- of autismeteams. De geworven deelnemers beslaan een belangrijk deel van de ggz-populatie met psychose, stemmings-, angst- en persoonlijkheidsproblematiek, autisme en multiple problemen. Wat betreft leeftijd, sekseverdeling, woonsituatie en dagbesteding is de steekproef representatief voor de populatie volwassenen in FACT- of autismezorg (Bartels e.a. 2018; Nederlands Autismeregister 2019).

We hebben gepoogd de resultaten in de context te plaatsen van andere onderzoeken. Over ambulant behandelde volwassenen met autisme zijn nog geen COVID-19-gerelateerde peer-reviewed publicaties verschenen, wat het lastig maakt om onze bevindingen in context te plaatsen.

De adaptieve vragenlijst werd digitaal aangeboden en anoniem ingevuld, waardoor het helaas niet mogelijk is om mensen over een langere periode te volgen en opnieuw te bevragen. Gezien de relatief ongunstige

Tabel 2. Belangrijke adviezen hoe bij patiëntencontacten in de ggz om te gaan met effecten coronapandemie

- 1 Monitor ervaringen waarvan deelnemers aangaven dat ze een negatief effect hadden op hun psychische gezondheid. Dus let op: een toename van klachten, gemis van persoonlijk contact, angst voor het coronavirus, een te drukke thuisomgeving, stress door onjuiste omgang van anderen met coronamaatregelen, het missen van structuur en angst voor verandering. Alle kunnen triggers zijn voor een verslechtering. Bij stress door onjuiste omgang van anderen met de maatregelen, bijvoorbeeld in supermarkt, adviseer te kijken op de winkelwebsite naar de rustiger bezoekerstijden of check of er een tijdstip is gereserveerd voor mensen uit een kwetsbare doelgroep.
- 2 Behoud/versterk juist de positieve ervaringen die men noemt op de psychische gezondheid.
- 3 Informatievoorziening: communiceer bij veranderingen in coronamaatregelen als ggz-instelling wat dit concreet betekent voor de geleverde zorg aan de individuele cliënt (bijvoorbeeld wel/niet face-to-face (tijdelijk) mogelijk). Nieuwsbrieven over 'Wat houden de maatregelen in voor de zorg die je bij ons krijgt?' vonden deelnemers prettig.
- 4 Hoewel direct persoonlijk contact belangrijk is gebleken, geven deelnemers ook aan dat het prettig is om niet altijd te hoeven reizen. Het is spannend om te reizen met het openbaar vervoer tijdens COVID-19. Tevens geeft men aan dat reizen naar de instelling veel energie kost. Tast daarom af of iemand mogelijk meer baat heeft bij (beeld)bellen, zodat de continuïteit van zorg geborgen blijft.
- 5 Extra (telefonisch) contact tijdens de crisis wordt gewaardeerd, al is het maar om even te horen hoe het gaat.

inclusieperiode (zomervakantie) is het mogelijk dat we respondenten zijn misgelopen, daardoor een kleinere groep deelnemers hebben geïncludeerd en er mogelijk een bias is opgetreden. De enquête is afgenomen in Noord-Nederland. Ten tijde van de eerste golf waren hier relatief weinig COVID-19-besmettingen, waardoor we resultaten niet konden koppelen aan het al dan niet zelf besmet zijn.

Tot slot

We zagen een vrij stabiel beeld bij deelnemers ten tijde van de eerste golf aan deze enquête. Het blijft belangrijk om ook tijdens de tweede golf de psychische gezondheid van mensen in de ggz te monitoren. Er zijn nu meer besmettingen in Noord-Nederland bij zowel cliënten als zorgprofessionals. Wat betekent dit voor hen en de zorg aan onze cliënten? Kunnen we de hooggewaardeerde zorg blijven borgen bij meer ziekte in de behandelteams tijdens de tweede golf? In vervolgonderzoek zullen we deze vragen proberen te beantwoorden.

 Zonder de hulp van de deelnemers, de cliëntenraad van Jonx, de onderzoeksassistenten van Lentis Research en collega's van het Bureau Ervaringsdeskundigheid Lentis (BEL), FACT en ATN was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

LITERATUUR

Abdel-Khalek AM. Measuring happiness with a single-item scale. *Soc Behav Pers* 2006; 34: 139-50.

Bartels-Velthuis AA, Visser E, Arends J, Pijnenborg GHM, Wunderink L, Jörg F, e.a. Towards a comprehensive routine outcome monitoring program for people with psychotic disorders: The Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS). *Schizophr Res* 2018; 197: 281-7.

Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress* 2007; 20: 1019-28.

Castelein S, Van Balkom IDC. Ervaringen met ambulante GGz-zorg ten tijde van de coronacrisis: Bevindingen eerste coronagolf. Lentis; 2020.

Chodkiewicz J, Talarowska M, Miniszewska J, Nawrocka N, Bilinski P. Alcohol Consumption Reported during the COVID-19 Pandemic: The Initial Stage. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 4677.

Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, e.a. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr* 2020; 14: 779-88.

Costa M, Reis G, Pavlo A, Bellamy C, Ponte K, Davidson L. Tele-mental health utilization among people with mental illness to access care during the COVID-19 pandemic. *Community Ment Health J* 2021; doi: 10.1007/s10597-021-00789-7.

Elling JM, Crutzen R, Talhout R, de Vries H. Tobacco smoking and smoking cessation in times of COVID-19. *Tob Prev Cessat* 2020; 6: 39.

Giessen A van, de Wit A, van den Brink C, Degeling K, Deuning C, Eeuwijk J, e.a. Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid. Bilthoven: RIVM; 2020.

Goethals K. De ambulante ggz tijdens de COVID-19-crisis in Vlaanderen: het kon veel beter. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 523-7.

Gijzen M, Shields-Zeeman L, Kleinjan M, Kroon H, van der Roest H, Bolier L, e.a. The bittersweet effects of COVID-19 on mental health: Results of an online survey among a sample of the Dutch population five weeks after relaxation of lockdown restrictions. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 9073.

Jayarajan D, Sivakumar T, Torous JB, Thirthalli J. Telerehabilitation in Psychiatry. *Indian J Psychol Med* 2020; 42(5 Suppl): 575-625.

Nederlands Autisme Register (NAR). Rapportage 2019. <https://www.nederlandsautismeregister.nl/assets/Documenten/Factsheets/Factsheet%202019%20-%20Volledig.pdf>.

Pinkham AE, Ackerman RA, Depp CA, Harvey PD, Moore RC. COVID-19-related psychological distress and engagement in preventative behaviors among individuals with severe mental illnesses. *NPJ Schizophr* 2021; 7: 7.

RIVM. Rapportage gedragswetenschappelijk onderzoek COVID-19: resultaten ronde 1-3 (april-juni 2020). <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden>.

Rolland B, Haesebaert F, Zante E, Benyamina A, Haesebaert J, Franck N. Global changes and factors of increase in caloric/salty food intake, screen use, and substance use during the early COVID-19 containment phase in the general population in France: survey study. *JMIR Public Health Surveill* 2020; 6: e19630.

Roncero C, García-Ullán L, de la Iglesia-Larrad JJ, Martín C, Andrés P, Ojeda A, e.a. The response of the mental health network of the Salamanca area to the COVID-19 pandemic: the role of the telemedicine. *Psychiatry Res* 2020; 291: 113252.

Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulopoor S, Mohammadi M, e.a. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health* 2020; 6: 16: 57.

Van HL, Dom G. Psychiatrie en de COVID-19-crisis. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 240-3.

SUMMARY

Impact of COVID-19 on patients from from FACT or autism teams

S. Castelein, J. Bruins, I.D.C. van Balkom

Background Most research focuses on the impact of COVID-19 for the general population. People with mental health problems may suffer even more from its consequences.

Aim Measuring mental health, experiences with outpatient care and government measures of 105 people in mental health care in the Northern Netherlands during the first wave of COVID-19.

Method Anonymous, online survey among people in care with autism- or FACT-teams in the Northern Netherlands between July-September 2020.

Results Few participants reported recent COVID-19-related symptoms ($n=2$); no participant had lab-confirmed COVID-19. Both positive (clear world, tranquility, few stimuli: 28%) and negative experiences (missing face-to-face contact with mental health care professionals: 22%) were reported. Although there was some fluctuation in happiness, the average happiness score did not change due to the first wave. Three-quarters were satisfied with their mental health care. Although in-person contact with mental health care professionals was missed, the continuation of care through (video)calling was appreciated. One third reported an increased or new care need in mental health symptoms or daily functioning. The 'physical' government measures were considered pleasant and doable, but 'social' measures were harder. Newsletters with practical information about the consequences of the measures for personal healthcare were appreciated.

Conclusion The results show a nuanced picture of how outpatients experienced the first wave of COVID-19. Continued monitoring is important, as long-term impact of COVID-19 cannot be predicted.

Wat is volgens cliënten werkzaam in klinische schematherapie?

Een exploratief onderzoek met de Q-sort-methode onder cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen

Peter Hoekenga, Peter ten Klooster, Gerben Westerhof

Samenvatting

Er zijn aanwijzingen dat klinische schematherapie effectief is bij cliënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis. Om de werkzaamheid van deze multimodale interventie beter te begrijpen, is in dit onderzoek cliënten gevraagd naar hun perspectief op hun behandeling. Door middel van de Q-sort-methode hebben 38 deelnemers na hun behandeling 54 kaartjes met mogelijke werkzame elementen gerangschikt naar belang. De deelnemers bleken het in aanzienlijke mate met elkaar eens te zijn. Ze waardeerden vooral dat ze hebben leren praten over hun gedachten en gevoelens, en dat ze zich bewust werden van hun gedrag. Ze waardeerden praktische therapietaken het laagst. Bij differentiatie bleken er drie groepen met inhoudelijk enigszins verschillende meningen: een groep die vooral inzicht en verwerking belangrijk vond, een groep die aangaf meer te hebben geprofiteerd van de verbinding met medecliënten, en een groep die de individuele ondersteuning het belangrijkste vond. Deze resultaten zijn voor het grootste deel een ondersteuning voor de huidige behandelopzet. Verbeterpunten liggen volgens de deelnemers vooral op het gebied van de zin van de praktische activiteiten, de regels die gehanteerd worden, en de beschikbaarheid van de staf.

Peter Hoekenga is bewegingswetenschapper en klinisch psycholoog. Hij is werkzaam bij Mediant GGZ. **E-mail** ■ ph.hoekenga@mediant.nl

Peter ten Klooster is werkzaam als universitair docent psychologie aan de Faculteit Behavioural, Management and Social Sciences van de Universiteit Twente.

Gerben Westerhof is hoogleraar narratieve psychologie en technologie aan de Faculteit Behavioural, Management and Social Sciences van de Universiteit Twente.

* Dit artikel verscheen in deze vorm in het Tijdschrift voor Psychiatrie 2021

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

1. kunt u beschrijven wat klinische schematherapie is;
2. bent u op de hoogte van de effectiviteit van klinische schematherapie zoals dat in de literatuur beschreven is;
3. kunt u uitleggen waarom de mening van cliënten over behandelingen een belangrijk onderdeel is van *evidence-based practice in psychology* (EBPP);
4. bent u op de hoogte van het gebruik van de Q-sort-methode;
5. weet u wat de cliënten in dit onderzoek als werkzame componenten hebben ervaren;
6. heeft u kennisgenomen welke drie groepen die te onderscheiden zijn in hun mening over klinische schematherapie;
7. bent u in staat om *common factors* te onderscheiden en te benoemen in uw eigen (klinische) schematherapiebehandelingen;
8. bent u beter in staat om hierover met cliënten in gesprek te gaan.

Inleiding

Klinische schematherapie is een intensieve vorm van schematherapie waarbij opgenomen cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen een behandelprogramma volgen met groepspsychotherapie, vaktherapie en sociotherapie, aangevuld met individuele en systeemcontacten. Vanuit enkele ongecontroleerde studies komt naar voren dat klinische schematherapie bij deze doelgroep effectief is (Schaap, Chakhssi, & Westerhof, 2017; Wolterink & Westerhof, 2018). Welke elementen verantwoordelijk zijn voor de gevonden effecten is echter nog niet duidelijk. Klinische schematherapie is een complexe, multimodale interventie, waarbij verschillende verondersteld werkzame elementen te onderscheiden zijn. Om beter te begrijpen hoe deze interventie werkt, en om de werkzaamheid te verbeteren, hebben we onderzocht wat volgens cliënten zelf de werkzame elementen zijn van deze behandeling. Dit is gebeurd door middel van een explorerend onderzoek, namelijk de Q-sort-methode. Hierbij is in kaart gebracht of er in dit opzicht verschillende groepen cliënten te onderscheiden zijn.

Schematherapie wordt in de richtlijn persoonlijkheidsstoornissen genoemd als een van de *evidence-based* methoden om mensen met persoonlijkheidsstoornissen te behandelen (Werkgroep Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008). Schematherapie is een integratie van cognitieve, experiëntiële en gedragsinterventies, en is vanaf 1990 ontwikkeld door Jeffrey Young (Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Zowel ambulante individuele schematherapie als groepsschematherapie is effectief in het verminderen van klachten en persoonlijkheidspathologie (Sempértegui e.a., 2013; Bamelis 2016, Bamelis e.a., 2014). Echter, een groep cliënten met zwaardere persoonlijkheidsproblematiek leek toch niet voldoende van ambulante schematherapie te profiteren (Reiss e.a., 2014). Deze cliënten worden daarom

vaker verwezen naar een klinische setting waar klinische psychotherapie aangeboden wordt (Werkgroep Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Klinische psychotherapie is een intensieve vorm van behandeling waarbij cliënten gedurende 24 uur per dag, vijf dagen in de week in therapie zijn. Meerdere behandelgroepen van meestal maximaal negen personen per groep vormen gezamenlijk een leefgroep. De interventies vinden zowel op leefgroepsniveau, op behandelgroepsniveau, als op individueel niveau plaats. Was voorheen het psychodynamisch referentiekader (naast het groepsdynamische kader) het dominante model, tegenwoordig wordt er in de klinieken veelal gewerkt met schematherapie (Farrell, Reiss, & Shaw, 2014). Ook is de behandel filosofie geëvolueerd van een overwegend reconstructief naar een meer supportief milieu vanwege de toegenomen ernst van de problematiek van deze klinische populatie (Claassen & Jansing, 2014). Dat betekent onder andere dat er meer individuele therapieën worden aangeboden.

De effecten van klinische psychotherapie zijn nog maar weinig onderzocht. Verschillende cohortstudies laten wel zien dat klinische psychotherapie leidt tot vermindering van klachten en persoonlijkheidspathologie en verbetering van kwaliteit van leven, ook bij follow-up na de behandeling (sworg, 1997, 1999, 2002; Timman, Verstraten, & Trijsburg, 2006; Horn e.a., 2015; Schaap, Chakhssi, & Westerhof, 2017; Wolterink & Westerhof, 2018). Het idee om schematherapie in een klinische behandelsetting aan te bieden kwam dan ook voort uit de winst die verwacht werd als de positieve effecten van zowel schematherapie als klinische psychotherapie voor een doelgroep met ernstiger psychopathologie gecombineerd worden (Thunnissen & Muste, 2002).

Echter, we weten nog niet welke werkingsmechanismes verantwoordelijk zijn voor de behaalde effecten. Mogelijk wordt de gevonden effectiviteit vooral verklaard door het klinische karakter, maar het kan ook het gevolg zijn van specifieke schematherapeutische technieken, van de hoge behandel dosering, van de intensieve relaties die cliënten met elkaar en de staf aangaan, van de relatief grote rol van de vaktherapie, of van andere (mogelijk nog onbekende) werkzame elementen.

Een van de mogelijkheden om werkzame elementen van klinische schematherapie in kaart te brengen, is cliënten zelf te vragen naar hun ervaringen, ideeën en oordelen met betrekking tot de werkzaamheid van hun eigen behandeling. Naar het cliëntenperspectief is nog weinig onderzoek gedaan (Gebhardt & Huber, 2016). *Evidence-based practice in psychology* (EBPP, APA, 2006) stelt dat naast wetenschappelijk effectonderzoek en klinische expertise van behandelaars, de voorkeuren en meningen van cliënten belangrijk zijn om de evidentie van psychotherapie te bepalen (APA, 2006). Psychotherapie zien zij als een samenwerkingsverband tussen cliënt en behandelaar, waarbij zij onderhandelen over deze samenwerking, de methode en de doelen van de behandeling. Er is een grotere kans op succes bij een optimale samenwerking waarbij zowel de deskundigheid van de behandelaar als de voorkeuren van de cliënt geborgd zijn (APA, 2006). Een aanvullend argument om de behandeling vanuit het cliëntenperspectief te evalueren, komt voort uit de emancipatiebeweging van cliënten. In het kader van het 'persoonlijk herstel' heeft de cliënt zelf een belangrijke rol in zijn behandeling (Brouwers, Van Gestel, & Van Nieuwenhuizen, 2013). Het is niet alleen de behandelaar die de behandeling bepaalt. Zo krijgt de ervaringsdeskundigheid een steeds grotere rol.

In tegenstelling tot het gebrek aan onderzoek naar het cliëntenperspectief is er wel veel algemeen onderzoek verricht naar de vraag welke elementen zorgen voor positieve effecten van psychotherapie bij verschillende psychische stoornissen (Cuijpers, Reijnders, & Huibers, 2019). In een meta-analyse van Ahn en Wampold (2001) komt naar voren dat verschillende therapieën mogelijk even goed werken. Norcross (2011) betoogt sterke empirische evidentie te hebben gevonden dat de therapeutische relatie als belangrijkste *common factor* een groot deel van het effect van een behandeling bepaalt. Keijsers (2014) stelt echter dat bepaalde behandelingen evident beter scoren dan andere, onafhankelijk van de common factors. Deze en andere onderzoekers stellen dat specifieke behandeltechnieken (zoals schematechnieken of exposure) van grote waarde zijn. Er bestaat hierover echter nog veel discussie. Bij de meta-analyse van Cuijpers, Reijnders en Huibers (2019) naar werkzame factoren van psychotherapie bleken er bovendien veel methodologische problemen bij de verschillende onderzoeken. Ook stelden de auteurs dat door de mogelijke onderlinge dynamiek van de werkzame elementen het niet duidelijk is hoe psychotherapie precies werkt.

Werkzame elementen binnen klinische schematherapie kunnen gezocht worden in het spectrum van common factors en methodespecifieke elementen. De common factors in deze setting gaan vooral over de relatie met de staf, de groepsgenoten, en algemene groepstherapeutische factoren. De methodespecifieke elementen van klinische schematherapie zijn de elementen binnen schematherapie, vaktherapie en milieutherapie. Deze ideeën over de werkzaamheid komen grotendeels voort uit klinische expertise. Maar wat vinden de cliënten nu zelf van hun behandeling klinische schematherapie? In dit onderzoek brachten we in kaart in welke mate cliënten tevreden zijn over hun behandeling en de progressie die ze geboekt hebben. Daarnaast zochten we naar clusters van personen met een vergelijkbare mening over de werkzame elementen van deze therapie. Hiervoor is de Q-methode gebruikt, een hybride exploratieve methode die de sterke kanten van kwalitatief en kwantitatief onderzoek combineert. Vervolgens is gekeken hoe de meningen van de verschillende subgroepen beschreven en getypeerd konden worden. En tot slot is voor elke subgroep onderzocht wat voor eigenschappen deze cliënten hebben. Op basis van klinische inschatting is er voor de volgende kenmerken gekozen: sekse, leeftijd, diagnose, welke eerdere behandelingen ze hebben gehad, hoe lang ze behandeling hebben gehad en hoe lang geleden ze de behandeling hebben afgerond.

METHODE

De Q-methode is een oorspronkelijk door Stephenson (1953) ontwikkelde methode die zich richt op het onderscheiden van verschillende subgroepen van meningen in een onderzoekspopulatie (Watts & Stenner, 2005). Kenmerkend voor de statistische analyse bij de Q-methodologie is de zogenoemde *by-person*-factoranalyse, een gekantelde vorm van een factoranalyse, waarbij niet de items van de vragenlijsten worden geclusterd, maar de personen die items beantwoorden. De *Q-sort* is de belangrijkste dataverzamelmethode binnen de Q-methode waarbij proefpersonen wordt gevraagd kaartjes (de zogenoemde

Q-set) met uitspraken, meningen of aspecten te sorteren naar de persoonlijke waarde die het voor de betreffende persoon heeft. Deze kaartjes dienen over het algemeen in een vooraf vastgesteld patroon van een quasi-normale verdeling gesorteerd te worden (zie figuur 1). Door middel van een factoranalyse worden vervolgens clusters van proefpersonen met een vergelijkbare mening in kaart gebracht (Jedloo & Van Staa, 2009). Naast de mogelijkheid van het differentiëren van meningen is het voordeel van de Q-methode dat er doorgaans een kleine onderzoeksgroep van slechts enkele tientallen deelnemers nodig is (Watts & Stenner, 2005), omdat het primaire doel is om verschillende gedeelde perspectieven te identificeren en niet om de exacte prevalentie hiervan te testen (Brown, 1980).

Deelnemers en setting

Het onderzoek is uitgevoerd in kliniek Boerhaven, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen van Mediant in Hengelo. Hier worden cliënten behandeld met ernstige cluster B- en cluster C-problematiek die niet (voldoende) hebben kunnen profiteren van eerdere ambulante en of dagklinische behandelingen. Alle cliënten die in 2017 en 2018 ontslag namen en langer dan een half jaar behandeling hebben gevolgd, is gevraagd mee te doen. In deze periode zijn in totaal 62 cliënten met ontslag gegaan. Hiervan voldeden 43 cliënten aan de voorwaarde dat ze langer dan een half jaar behandeling hebben gehad. Vijf cliënten daarvan wilden of konden niet meewerken aan dit onderzoek, zodat de onderzoeksgroep uiteindelijk bestond uit 38 deelnemers. Deze 38 hebben de Q-sort uitgevoerd en zijn daarover geïnterviewd. Sommigen hebben aan het onderzoek meegewerkt aan het eind (laatste twee weken) van hun klinische behandeling, anderen zijn gesproken tot maximaal een jaar na hun ontslag (gemiddeld na vier maanden). Veruit de meeste deelnemers bleken tevreden over hun behandeling (rapportcijfer gemiddeld een 7,6; minimaal 4, maximaal 9) en over de ervaren verbetering door de behandeling (rapportcijfer een 7,0; minimaal 1, maximaal 9). De eigenschappen van de deelnemers staan vermeld in **tabel 1**.

Procedure

Dit onderzoek is goedgekeurd door de wetenschapscommissie van Mediant, de ggz-instelling in Twente waar het onderzoek plaatsvond, en de ethische commissie van de Faculteit Behavioural Management and Social Sciences van de Universiteit Twente. Alle deelnemers hebben een *informed consent* getekend.

De eerste fase van het onderzoek bestond uit het samenstellen van mogelijke werkzame elementen en programmaonderdelen voor de Q-set. Er is vanuit de volgende bronnen informatie verzameld:

- Literatuurstudie naar werkzame elementen, zowel de common factors als de specifieke werkzame elementen bij (groeps)psychotherapie, schematherapie en vaktherapie.
- Alle onderdelen uit het behandelprogramma van de klinische schematherapie, zoals dat bestaat binnen de kliniek Boerhaven van Mediant ggz.
- Interviews met vijf cliënten en vijf therapeuten die in behandeling of werkzaam zijn bij de kliniek Boerhaven. Er is naar hun ideeën gevraagd over de werkzame elementen van klinische schematherapie. Er is hierbij gebruikgemaakt van het *Change Interview*

(Elliott, 2012). Dit is een geprotocolleerd interview waarbij gevraagd wordt welke elementen uit de therapieën tot de veranderingen bij de cliënt hebben geleid.

Tabel 1 Beschrijving van onderzoeksgroep

Groep	Gemiddelde leeftijd in jaren	Sekse (N)	Diagnose persoonlijkheidsstoornis (N)	Voortraject (N)	Gemiddeld aantal maanden in behandeling geweest	Meetmoment (gemiddeld aantal maanden na ontslag)	Waardering (gemiddeld rapportcijfer) van de behandeling	Ervaren verbetering (gemiddeld rapportcijfer) door de behandeling
Factor A (N = 12)	29,3 ^a (SD = 7,7)	1 man 11 vrouw	5 BPS 3 vermijdende PS 3 anders gespecificeerde PS 1 uitgesteld	6 ambulant 4 DB 2 klinische PT	11,6 ^a (SD = 1,4)	3,9 ^{ab} (SD = 3,9)	7,7 ^a (SD = 0,9)	6,9a (SD = 2,2)
Factor B (N = 9)	24,8 ^a (SD = 6,9)	2 man 7 vrouw	3 BPS 2 vermijdende PS 4 anders gespecificeerde PS	6 ambulant 2 DB 1 klinische PT	12,9 ^a (SD = 6,9)	6,4 ^a (SD = 4,9)	7,6 ^a (SD = 0,7)	7,5a (SD = 0,9)
Factor C (N = 9)	22,7 ^a (SD = 3,3)	1 man 8 vrouw	1 BPS 2 vermijdende PS 4 anders gespecificeerde PS 1 ongespecificeerde PS 1 uitgesteld	5 ambulant 4 DB	15,3 ^a (SD = 5,7)	1,7 ^b (SD = 2,3)	7,1 ^a (SD = 1,5)	6,3 ^a (SD = 1,7)
Totale groep (N = 38)	26,7 (SD = 6,9)	7 man 31 vrouw	11 BPS 10 vermijdende PS 13 anders gespecificeerd PS 2 ongespecificeerd PS 1 geen PS 2 uitgesteld PS	21 ambulant 13 DB 3 klinische PT 1 geen	13,3 (SD = 5,0)	4,0 (SD = 4,4)	7,6 (SD = 1,0)	7,0 (SD = 1,6)

1 Getallen met een ander superscript (a,b) verschillen significant van elkaar.

2 De cliënten met DB en klinische PT hebben ook ambulante behandeling in het voortraject gehad.

Zes cliënten hebben ook een crisisopname gehad.

BPS = borderline-persoonlijkheidsstoornis; PS = persoonlijkheidsstoornis; DB = Dagbehandeling.

PT = psychotherapie

Uit deze bronnen werden 54 Q-kaarten voor de Q-set gedestilleerd met mogelijke werkzame elementen en programmaonderdelen van klinische schematherapie. Er is geen norm voor de grootte van de Q-set, maar een Q-set van rond de vijftig kaarten kan in 30-45 minuten worden afgenomen (Jedloo & Van Staa, 2009). De Q-set is vervolgens aan de geïnterviewde cliënten en therapeuten teruggekoppeld. Uiteindelijk bevestigden allen de relevantie en de volledigheid van deze Q-set. De 54 elementen en programmaonderdelen (zie **tabel 2** op pagina 262) bevatten vijf schematherapie-elementen; elf werkzame elementen van de groepstherapie volgens Yalom & Leszcz (2005); negen elementen uit de interviews die specifiek over klinische en milieutherapeutische behandeling gingen; twee vaktherapie-elementen; vijf elementen betreffende de relatie met de staf; achttien verplichte onderdelen van het rooster en vier keuzeonderdelen van het rooster.

In de daarop volgende fase is de Q-sort afgenomen. De Q-set is door elke deelnemer gesorteerd van 'zeer onbelangrijk voor mijn behandeling' naar 'zeer belangrijk voor mijn behandeling' (zie figuur 1). Voor de belangrijkste en onbelangrijkste elementen kan de deelnemer relatief weinig kaartjes neerleggen. De methode dwingt de deelnemer keuzes te maken en de elementen ten opzichte van elkaar te wegen. De deelnemer werd gevraagd eerst de Q-set te verdelen in drie stapels: één met elementen die voor de cliënt zeer belangrijk zijn, één stapel met elementen waarover de cliënt relatief neutraal denkt, en een stapel die de cliënt het onbelangrijkst vindt. Daarna werd de deelnemer gevraagd de kaartjes van rechts (zeer belangrijk) naar links (zeer onbelangrijk) te rangordenen over de kolommen. Hierbij werd aangegeven dat het niet van belang was welk kaartje boven of onder in iedere kolom komt te liggen. Hierna werd de deelnemer geïnterviewd over zijn of haar keuzes, over de hoogste en de laagste scores, of ze kaartjes hadden gemist, en of ze ook kritiek hadden op de behandeling. Deze interviews zijn gebruikt om de Q-sort-data beter te begrijpen en te kunnen duiden.

Zeet onbelangrijk						Zeet belangrijk					
-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	

Figuur 1 • De Q-sort-tabel voor het sorteren van Q-sample-uitspraken

De nummering aan de bovenzijde was niet vermeld bij het afnemen van de Q-sort.

Analyse

Analyses van de Q-sort-data werden uitgevoerd met het programma PCQ for Windows (Schmolck, 2002). Binnen de *by-person* factoranalyse is gekozen voor de centroidmethode met orthogonale varimaxrotatie om de factoren scherper van elkaar te kunnen onderscheiden. Deze factoranalyse werd iteratief toegepast op één tot en met negen gefixeerde factoren, zoals dat binnen de Q-sort gebruikelijk is. Dit betekent dat er eerst werd geprobeerd of er één representatieve Q-sort was waar zoveel mogelijk deelnemers significant (factorlading $> 0,35$; $p < 0,05$) op laadden (Watts & Stenner, 2005). Vervolgens werd beoordeeld of er twee factoren (hier dus clusters van cliënten) te onderscheiden waren. En vervolgens drie tot en met negen factoren. Voor de uiteindelijke oplossing(en) werd voor elke factor een representatieve Q-sort berekend en deze werd geïnterpreteerd en vergeleken ten opzichte van de andere Q-sorts van de andere factoren. Daarbij is het de bedoeling dat het aantal deelnemers dat laadt op meerdere factoren (zogenaamde *confounders*) en deelnemers die op geen enkele factor laden (*non-significants*) zo klein mogelijk is. Het doel van de iteratieve analyses is niet zozeer om alleen een zo groot mogelijk deel van de variantie in meningen te verklaren, maar vooral om inhoudelijk betekenisvolle unieke clusters van meningen (gezichtspunten) te vinden (Jedeloo & Van Staa, 2009). Bij de analyse van meerdere factoren is onderzocht of de eigenschappen van de deelnemers van de verschillende groepen van elkaar verschilden. Het ging daarbij om leeftijd, behandelduur, het moment van meting (aantal maanden na ontslag), de waardering voor de behandeling (rapportcijfer van 1 tot en met 10) en de ervaren verbetering (ook door middel van een rapportcijfer). Voor deze continue variabelen werden variantieanalyses (ANOVA's) met post-hoc Tukey-tests uitgevoerd om te toetsen of er significante ($p < 0,05$) verschillen waren tussen de groepen. Bij de categoriale variabelen zoals de man-vrouwverhouding en de DSM-5-diagnose is niet getoetst op significante verschillen in verband met de lage aantallen.

RESULTATEN

Eén factor

De eenfactoranalyse resulteerde in een Q-set waar 36 van de in totaal 38 deelnemers hoger dan 0,35 op laadden (zie tabel 3). Er laadden dus slechts twee deelnemers non-significant. 32% van de totale variantie van de Q-sorts werd door dit gedeelte gezichtspunt verklaard. Dit betekent dat er een sterke mate van overeenstemming was onder de deelnemers over de werkzame elementen van hun behandeling. 'Bewust worden van je gedrag en gevoelens', en 'blijven praten over wat je denkt en voelt' werden door de deelnemers gezien als de *belangrijkste* werkzame elementen van hun behandeling (zie **tabel 2** op pagina 262). Deze werden gevolgd door 'uiten van emoties', 'psychotherapie' (programmaonderdeel) en 'je verbonden gaan voelen met anderen'. Uit de interviews kwam naar voren dat veel cliënten vooral hadden leren 'praten': het maken van contact over wat je bezighoudt (tot vervelens toe)

ervoeren ze als een wezenlijk thema van het opgenomen zijn in de kliniek. Op deze manier hebben ze zichzelf veel beter leren kennen. Ze zeiden dat ze deze vaardigheden ook nodig hebben na hun behandeling voor een goede mentale gezondheid.

Het *onbelangrijkst* vonden de deelnemers het groepsmedicatiesprekuren en de huisvergadering. Deze werden gevolgd door 'commissies, huis en milieuraad', 'huistherapie', en het ;mo (maatschappelijke oriëntatie)-blok'. Buiten het medicatiesprekuren gaat het hier om therapieën gericht op praktische vaardigheden, zoals samenwerken, maatschappelijke vragen, huishoudelijke activiteiten, en organiseren. Bij de interviews zei een aantal deelnemers dat deze praktische taken geen meerwaarde hadden voor hun behandeling. Verder gaven ze aan dat een aantal elementen belangrijk had kunnen of moeten zijn, maar dat deze niet of te weinig hadden plaatsgevonden. Ze gaven dan een lagere score. Het gaat dan bijvoorbeeld over het te weinig beschikbaar zijn van de ervaringsdeskundige, de regiebehandelaar en de sociotherapeuten. Uit de interviews kwam meerdere keren naar voren dat men vond dat staffleden te druk waren, dat er veel crises waren waar therapeuten druk mee waren en er daarom te weinig tijd en aandacht was voor het contact met cliënt zelf. Ook bij het werkzame element 'staf bepaalt grenzen, regels en structuur' zeiden meerdere cliënten dat dit wel belangrijk zou zijn, maar dat het te weinig werd uitgevoerd.

Drie factoren

Vervolgens zijn we verder op zoek gegaan naar verschillen en nuances in perspectieven tussen verschillende groepen cliënten. Uiteindelijk bleek een factoroplossing met drie factoren zowel statistisch als theoretisch het zinvolst. Deze driefactoroplossing verklaarde 42% van de variantie. Bij berekeningen met vier factoren werd wel een enigszins groter deel van de variantie in de Q-sorts verklaard (45%), maar kon er geen waardevolle inhoudelijke betekenis aan worden verbonden. Bij vijf factoren en meer bleken steeds te weinig proefpersonen (twee of één) met de verschillende representatieve Q-sets te correleren. Bij de driefactorenoplossing bleken deze (A, B en C) wel sterk met elkaar te correleren (factor A en B, $r = 0,51$; factor A en C, $r = 0,53$; en factor B en C, $r = 0,63$). Dit is ook een sterke aanwijzing dat binnen de totale onderzoeksgroep een grote mate van overeenstemming bestond over de behandeling. Er waren twaalf confounders en drie non-significants. Bij de confounders waren er zeven deelnemers bij wie de significante ladingen op de verschillende factoren meer dan 0,1 in sterkte verschilden. Door deze grote verschillen zijn deze later niet meegerekend als confounder, maar ingedeeld bij de factor waar ze het hoogst op laadden (zie **tabel 3** op pagina 264). De non-significants correleerden alle drie significant met de eenfactoroplossing en weken dus niet af van het overall perspectief ten aanzien van werkzame elementen. Er is een aantal betekenisvolle verschillen gevonden tussen deze drie factoren die unieke gezichtspunten over de behandeling weergeven.

FACTOR A: GROEP CLIËNTEN GERICHT OP INZICHT EN VERWERKING

De eerste groep bestond uit twaalf deelnemers. Zij zeiden met name geprofiteerd te hebben van het verkrijgen van inzicht en verwerking van pijnlijke gevoelens gedurende hun therapie (factor eigenwaarde 5,68; verklaarde variantie = 15%). Zij scoorden vooral zeer hoog op leren accepteren dat het in je leven zo gegaan is; bewust worden van je gedrag en

gevoelens; psychotherapie; de behandelbespreking en het uiten van emoties. Vooral op het item leren accepteren dat het in je leven zo gegaan is, scoorden ze significant hoger dan de twee andere groepen. Deze groep cliënten gaf aan vooral geprofiteerd te hebben van inzichtgevende technieken gericht op hun problematiek en hun levensverhaal. Ze hadden veel aan hun hoofdbehandelaar, het monitoren van het proces, en het uiten van emoties over pijnlijke gebeurtenissen in hun leven. Specifieke werkzame elementen, zoals schema-technieken, vond deze groep belangrijker dan de twee andere groepen. De hoge intensiviteit van de behandeling vonden ze duidelijk minder belangrijk dan de twee andere groepen. Ook scoorden ze lager op samenleven als in een gezin, leren van sociale vaardigheden, leren door nadoen, leren door feedback, en verbondenheid met anderen ervaren. Uit de interviews met deze groep kwam vooral naar voren dat ze veel met hun verleden bezig waren geweest. Een aantal van hen zei dat de 'schemataal' hen hielp om eigen valkuilen en zichzelf beter te begrijpen. Een deelnemer gaf aan op deze manier anders naar zijn verleden te kunnen kijken.

FACTOR B: GROEP CLIËNTEN GERICHT OP GEZAMENLIJKHEID MET MEDE-CLIËNTEN

De tweede groep van negen deelnemers zei met name geprofiteerd te hebben van het samenleven met medecliënten (factor eigenwaarde 4,90; verklaarde variantie = 13%). Ze scoorden vooral hoog op een aantal groepsfactoren van Yalom en Leszcz (2005), zoals leren door feedback van medecliënten, samenleven, krijgen van hoop doordat je verbetering ziet bij anderen, en je verbonden gaan voelen. Vooral het leren door feedback onderscheidt deze factor van de twee andere factoren. Ook vonden ze het belangrijk altijd te blijven praten over wat je denkt en voelt en waardeerden ze het constant zichtbaar zijn. De praktische activiteiten (huistherapie en commissies) scoorden bij deze groep minder laag dan bij de beide andere groepen. Dit geldt ook voor 'veel samen moeten doen'. Mogelijk omdat voor hen de waarde van samenwerking bij praktische activiteiten hoog is en leerzaam. Verder is opvallend dat deze groep lager scoorde op de relatie met de staf dan de twee andere groepen. Uit de interviews kwam een aantal keer letterlijk naar voren dat ze zeer veel hebben gehad aan medecliënten, maar weinig aan de therapeuten. Ook zei een deelnemer dat de kliniek een soort gezin voor haar is geweest, en ze zo positieve ervaringen kon opdoen die ze vroeger had gemist. Ten slotte kwam meerdere keren naar voren dat aangesproken worden door medecliënten heel confronterend en moeilijk is, maar uiteindelijk wel zeer helpend.

FACTOR C: GROEP CLIËNTEN GERICHT OP EIGEN KEUZE EN EIGEN RICHTING

De derde groep van negen cliënten zei vooral geprofiteerd te hebben van die therapieonderdelen waarin ze hun eigen richting konden aangeven (factor eigenwaarde 5,22; verklaarde variantie = 14%). Zij scoorden hoger op alle facultatieve onderdelen, zoals de keuzemodules, de individuele therapieën en de systeemgesprekken. Ook scoorden ze minder laag op het oefenen van vaardigheden buiten de afdeling (oefenmiddag en -avond, wandelen). Verder scoorden ze juist lager op de cliënten-staf-ontmoeting (cso), de verplichting met het hele programma mee te doen, dat je je aan regels moet houden en dat je zichtbaar moet blijven. Dit lijken vooral die elementen te zijn die voor deze groep mogelijk een inperkend

of dwingend karakter hebben. Daarnaast is het opvallend dat deze factor (net als factor B) zeer hoog scoorde op het ervaren van verbinding met medecliënten. Blijkbaar is er aan één kant een zeer grote behoefte aan het kunnen bepalen van een eigen richting, aan de andere kant is de verbinding met medecliënten dus even belangrijk. Uit de interviews kwam naar voren dat ze veel schaamtevolle en moeilijke problemen konden bespreken tijdens individuele therapieën, ook op momenten dat het in de groep niet goed liep of niet veilig genoeg voelde. De helft van deze groep gaf aan dat deze behandeling beslist niet zonder individuele therapie kan.

Eigenschappen van de groepen

Met betrekking tot de eigenschappen van deze drie groepen zijn er geen verschillen gevonden bij de waardering voor de behandeling, de ervaren verbetering, de diagnoses, het voortraject en hoe lang de betreffende cliënt in behandeling is geweest. Er is alleen een niet statistisch significant verschil in de gemiddelde leeftijd ($F(2,27) = 2,757$; $p = 0,081$). De post-hoc-Tukey-test bevestigde een bijna significant verschil ($p = 0,078$) tussen factor A (29,3 jaar) en factor C (22,7 jaar). Verder bleek er een significant verschil in het moment van testafname ($F(2,27) = 3,432$; $p = 0,047$). De post-hoc-Tukey-test toonde een significant verschil aan tussen factor B en factor C ($p = 0,037$). De deelnemers van factor B waren gemiddeld later (6,4 maanden na ontslag) geïnterviewd dan de cliënten van factor C (1,7 maanden).

Conclusie en discussie

In dit onderzoek is in kaart gebracht wat cliënten met persoonlijkheidsstoornissen vonden van de werkzaamheid van hun behandeling klinische schematherapie. Ze gaven gemiddeld hoge rapportcijfers voor de kwaliteit en de ervaren verbetering door de behandeling. Verder bleken ze het opvallend met elkaar eens te zijn over de waarde van verschillende mogelijk werkzame elementen. De deelnemers hechtten over het algemeen het meeste belang aan de werkzame elementen van groepstherapie zoals geformuleerd door Yalom en Leszcz (2005). Het ervaren van verbinding, het uiten van emoties en het bewust worden van gedachtes en gevoelens door steeds met elkaar in gesprek te blijven, werden als de belangrijkste werkzame elementen gezien van de behandeling.

Door het toepassen van de Q-sort konden we de meningen van de deelnemers van dit onderzoek verder differentiëren. De cliënten van factor A legden in vergelijking met de andere deelnemers meer nadruk op de werking van specifieke psychotherapietechnieken en inzicht in hun klachten. De cliënten van factor B gaven aan veel te hebben geprofiteerd van de klinische werkzame elementen, zoals samenleven en werken. De cliënten van factor C onderscheidden zich door aan te geven vooral veel te hebben gehad aan de facultatieve onderdelen. Zij ervoeren regels in de kliniek vaak als beperkingen.

Helaas kunnen we de resultaten uit dit onderzoek niet zonder meer generaliseren naar een bredere context. Zowel behandelklinieken binnen als buiten Nederland kunnen namelijk

behoorlijk van elkaar verschillen in bijvoorbeeld grootte, behandelprogramma of visie van de staf. Ook is er geen soortgelijk meningenonderzoek bekend. Maar in het kader van het 'grote psychotherapiedebat' (Keijsers, 2016; Ahn & Whampold, 2001) kan men wel stellen dat de deelnemers van dit onderzoek de common factors (met name de groepstherapeutische elementen) wat hoger waardeerden dan specifieke factoren uit bijvoorbeeld de schematherapie of de vaktherapie. De door de deelnemers hooggewaardeerde common factors zouden waarschijnlijk ook effectief zijn in een ander therapiemodel zoals *Mentalisation Based Treatment* (MBT), of Dialectische Gedragstherapie (DGT) (Aalders & Hengstmengel, 2019). Maar net als uit de meta-analyse van Cuijpers, Reijnders en Huibers (2019) naar voren kwam, is de nadruk op de common factors niet eenduidig. Ook in het huidige onderzoek gaven de deelnemers tijdens de interviews aan dat het ene werkzame element het andere beïnvloedt. Er werd bijvoorbeeld gezegd dat vaktherapie als werkzaam element een positieve invloed had op het werkzame element 'ervaren van verbinding'. Vanwege deze interactie is het niet zinvol om een scherp onderscheid te maken tussen beide visies (Cuijpers, Reijnders & Huibers, 2019).

Daarnaast kunnen werkzame elementen voor verschillende cliënten verschillend werken. De cliënten van factor A bijvoorbeeld waardeerden specifieke schematherapietechnieken wat hoger dan de andere deelnemers. Ook waardeerden zij het contact met de staf hoger dan de anderen. Ze profiteerden zodoende van de 'reparenting', zoals dat binnen de schematherapie gehanteerd wordt (Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Op de klinische elementen (onder andere het ervaren van verbinding met medecliënten) scoorden zij juist relatief laag. Dit laatste is opvallend, omdat de deelnemers bijna allemaal non-responsief bleken bij eerdere behandelingen, waardoor er toen gekozen is voor een klinische variant. Mogelijk dat de kliniek meer voorwaardenscheppend is voor deze groep cliënten, zodat de belangrijkste werkzame elementen hun werk kunnen doen (Muste & Claassen, 2009). Verder zou ook de hogere leeftijd (gemiddeld 29,3 jaar) een rol kunnen spelen: deze groep leek wat bewuster bezig met psychotherapietechnieken en het verwerken van hun biografie dan dat adolescenten dat zouden doen. Voor deze groep is het in ieder geval belangrijk om de genoemde specifieke psychotherapietechnieken te blijven aanbieden.

De deelnemers van factor B benadrukten het belang van het ervaren van verbinding met medecliënten. Opvallend was dat deze groep het langst na hun behandeling geïnterviewd is voor dit onderzoek. Dit roept de vraag op of cliënten in de loop van de tijd de onderlinge verbinding als steeds belangrijker zijn gaan zien. Het ervaren van verbinding als common factor kan in een kliniek sterker worden ingezet dan in ambulante settings. Het op een intensieve manier samenleven en samenwerken is een belangrijke corrigerende ervaring voor cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen die doorgaans veel beschadigingen in hun hechtingsgeschiedenis hebben opgedaan (Muste & Claassen, 2009). Aan de andere kant scoorde deze groep opvallend laag op de verbinding met stafleden. Dit is opvallend, omdat de relatie tussen therapeut en cliënt juist vaak wordt gezien als het belangrijkste werkzame element (en common factor) van psychotherapie (Norcross, 2011). Mogelijk hadden ze de verbinding met de staf minder nodig, omdat binnen de klinische psychotherapie de intense contacten met medecliënten domineren.

De cliënten van factor C (gemiddelde leeftijd onder de 23 jaar) lijken zoekende in het spanningsveld van autonomie en verbinding. Gezien hun leeftijd is dit goed te plaatsen

in hun ontwikkeling als adolescent. Ze scoorden (net als de deelnemers van factor B) zeer hoog op het ervaren van verbinding met medecliënten. Tegelijkertijd vonden ze het heel belangrijk keuzevrijheid te hebben bij verschillende onderdelen van de behandeling. Ze zeiden te profiteren van het supportieve model van klinische psychotherapie waarin veel aandacht is voor individuele ondersteuning.

De deelnemers waren niet over alles tevreden: praktische taken werden laag gewaardeerd als werkzaam element. In de aanvullende interviews kwam vaak naar voren dat men de therapeutische waarde daar niet van inzag. Binnen klinische psychotherapie worden deze sociotherapeutische programmaonderdelen juist als wezenlijk voor de behandeling gezien (Muste & Claassen, 2009). Er doen zich daar talloze leermomenten voor waar cliënten kunnen ervaren en oefenen met samenwerken en samenleven. Dit verschil van opvatting kan problemen geven in de samenwerking tussen staf en cliënten. Het lijkt daarom belangrijk om hier binnen de behandeling aandacht voor te hebben. Mogelijk dat de veronderstelde functie van deze onderdelen nader uitgelegd moet worden. Een andere mogelijkheid is dat deze onderdelen zo aangepast worden dat cliënten daar ook het nut van inzien en ervan willen leren. Verder hadden de deelnemers ook kritiek op de staf: ze zouden te weinig beschikbaar zijn en pasten de regels niet consequent toe. Dit kan een belangrijk thema zijn voor de staf om in hun intervisie te onderzoeken of dat klopt. Het kan ook gezien worden als een samenwerkprobleem dat bewerkt kan worden binnen de therapie. In dit onderzoek stond de mening van de cliënt zelf over klinische schematherapie centraal. Het interpreteren hiervan vergt mogelijk een andere attitude van therapeuten dan gewoonlijk. Tijdens de behandeling beschouwt men de mening van de cliënt namelijk meestal niet als een valide oordeel, maar in het licht van de schema's en de modi van de cliënt. Al kan men de retrospectieve mening van cliënt over de werkzame elementen niet gelijkstellen met de totale werkzaamheid van zo'n element, het is zeker wel een belangrijke factor in het bepalen van de kwaliteit, de werkzaamheid en de effectiviteit van de behandeling. Vanuit de optiek van de evidence-based practice in psychology (EBPP, DAPA, 2006) is het cliëntenperspectief een onmisbare aanvulling op effectonderzoek. Het is belangrijk voor therapeuten om te weten waar de voorkeuren en motivaties liggen van cliënten om een goede samenwerking te bewerkstelligen. Hoe beter de samenwerking, hoe effectiever de behandeling (Metz, 2018). Dit geldt ook voor klinische schematherapie.

De keuze voor de Q-methode om de mening van de cliënt in kaart te brengen, bleek in dit onderzoek vele voordelen te hebben. Een zeer hoog percentage (88%) van de doelgroep verleende medewerking aan dit onderzoek. Velen gaven aan dat ze de Q-sort -methode leuk vonden en dat ze het ook belangrijk vonden om hun mening te geven over de behandeling. Het hoge aantal deelnemers maakt de conclusies dan ook krachtiger. Verder geeft de Q-methode genuanceerdere informatie over mogelijke verschillen in mening dan een *survey* waarbij alleen gemiddeldes van de hele groep zouden zijn gemeten (Ten Klooster, Visser & De Jong, 2008). Ook kunnen we nu meer over de groep als geheel zeggen dan als er bijvoorbeeld alleen N = 1-onderzoek zou zijn gedaan. En hoewel de onderlinge correlaties tussen de gevonden factoren hoog waren, vonden we in dit onderzoek toch drie groepen cliënten met inhoudelijk betekenisvolle nuanceverschillen in gezichtspunten. Voor de toekomst zou het informatief zijn om dezelfde Q-set af te nemen bij de behandelstaf, bij uitvallers, of bij cliënten die langer geleden de behandeling hebben afgerond.

Dit onderzoek kent echter ook enkele beperkingen: de kans is groot dat groepsprocessen een rol hebben gespeeld in de meningsvorming van de deelnemers. Tijdens de onderzoeksperiode is er bijvoorbeeld veel discussie geweest op de afdeling over de beschikbaarheid van de staf. Verder kan de grote variantie in moment van afname van invloed zijn geweest op de Q-score. Ook was de betrouwbaarheid van de Q-set niet altijd optimaal: door omstandigheden waren sommige werkzame elementen uit de Q-set in de behandeling zelf niet of te weinig aanwezig, zoals de inzet van de ervaringsdeskundige. Ook veranderde er wel eens wat aan het programma of was er een mutatie in de staf. Ten slotte was de groepsgrootte van de drie factoren te klein om daar robuuste statische berekeningen op toe te passen. De variantieanalyses op de drie factoren zijn daarom met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd.

Samenvattend lijkt dit meningenonderzoek voor de praktijk van klinische schematherapie in grote lijnen een bevestiging van de huidige manier van werken. De genoemde common factors sluiten goed aan bij de ideeën van de cliënten over de werkzaamheid. Ook een aantal specifieke elementen, zoals inzichtgevende of individuele technieken, wordt gewaardeerd door subgroepen deelnemers. En daar waar cliënten ontevreden zijn en de werkzaamheid van een aantal elementen betwijfelen, is het van belang dit in de therapie te bespreken om een zo goed mogelijke samenwerking te bewerkstelligen.

Samen met het eerder uitgevoerde effectonderzoek (Schaap, Chakhssi & Westerhof, 2017; Wolterink & Westerhof, 2018) ontstaat er op deze manier steeds meer inzicht in de werkzame en effectieve componenten van klinische schematherapie. Dit is extra belangrijk, omdat deze vorm van therapie onder druk staat vanwege de steeds strengere financiële eisen die gesteld worden (Wolterink & Westerhof, 2018) en omdat de cliënt lange tijd niet kan deelnemen aan de maatschappij. Bovenstaande resultaten geven hoop voor een belangrijk deel van de cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen die niet voldoende hebben kunnen profiteren van ambulante en/of dagklinische behandelingen.

Tabel 2 Q-set met scores van +5 (zeer belangrijk voor mijn behandeling) tot -5 (zeer onbelangrijk voor mijn behandeling)

Q set, werkzame elementen	1 factor- scores	3-factorenscores		
		A	B	C
blijven praten over wat je denkt en voelt (Y en K')	+5	+3	+5	+3
bewust worden van je gedrag en je gevoelens (Y)	+5	+5	+4	+3
psychotherapie (P)	+4	+4	+2	+3
uiten van emoties (Y)	+4	+4	+4	+2
je verbonden gaan voelen met anderen (Y)	+4	+1	+4	+5
PB-gesprekken (met sociotherapeut) (F)	+3	+1	0	+4
individuele therapie (F)	+3	+1	0	+5
leren door feedback van andere cliënten (Y)	+3	+1	+5	+2
leren accepteren dat het in je leven zo gegaan is (Y)	+3	+5	+1	0
relatie met je hoofdbehandelaar (R)	+3	+3	-1	+2
beeldende therapie (P)	+2	+3	+2	+4
geen ruimte voor vermijding, je bent constant zichtbaar (K)	+2	+2	+3	-3
intensief, 24 uur per dag, 5 dagen per week (K)	+2	-1	+3	+3
ervaren dat je niet de enige bent met bepaalde problemen (Y)	+2	0	+3	+1
relatie met een voor jou belangrijke sociotherapeut (R)	+2	+2	0	+2
beschikbaarheid sociotherapeuten (R, K)	+2	+2	+1	0
behandelplanbespreking ² (P)	+1	+4	+1	+1
modules ³ (F)	+1	0	-1	+4
lol maken en spelen (K)	+1	-2	+2	+1
maken en bespreken van je levensverhaal (S)	+1	+2	-2	-1
ervaren dat je anderen kunt helpen en steunen (Y)	+1	0	+3	+1
uiten van gevoelens bij vaktherapie (V)	+1	+2	+1	+3
oefenen, voelen, ervaren via je lichaam (V)	+1	+2	+2	+1
psychomotorische therapie (P)	+0	-1	0	+1
systeemgesprekken (F)	0	0	-2	+2
staf bepaalt grenzen, regels en structuur (K, S)	0	0	+2	-1
een jaar lang de tijd (K)	0	-2	+1	0
werken met schema- en modi-technieken, zoals meerstoelentechniek, rescripting, imaginatie (S)	0	+3	0	0
psycho-educatie; uitleg door de staf over je problemen en hoe er mee om te gaan (S)	0	+3	-1	-1
krijgen van hoop dat je verbetert doordat je verbeteringen ziet bij anderen (Y)	0	-1	+2	-1
met anderen samen leven als in een gezin (Y, K)	0	-2	+3	+1
dramatherapie (P)	-1	0	-1	-2
bezinningsblok ⁴ (P)	-1	-1	-1	-2
Cliënten Staf Ontmoeting (CSO) ⁵ (P)	-1	+1	0	-2
veel samen moeten doen (K)	-1	-1	1	-1
(de sfeer in) het gebouw (K)	-1	-2	-3	-1
ontwikkelen van sociale vaardigheden (Y)	-1	-2	0	+2

Tabel 2 Q-set met scores van +5 (zeer belangrijk voor mijn behandeling) tot -5 (zeer onbelangrijk voor mijn behandeling) (vervolg)

Q set, werkzame elementen	1 factor- scores	3-factorenscores		
		A	B	C
relatie met een voor jou belangrijke vaktherapeut (R)	-1	0	-2	-1
socio-blok (P)	-2	-3	-3	-2
sporten (P)	-2	0	0	0
verplicht mee moeten doen met hele programma (K)	-2	-1	-1	-3
maken van de casusconceptualisatie met je hoofdbehandelaar (S, R)	-2	+1	-3	-4
monitoren voortgang met schemalijsten (S)	-2	+1	-4	-2
leren door nadoen van anderen (Y)	-2	-3	+1	0
oefenavond en MO-middag6 (F)	-3	-3	-3	0
wandelen (P)	-3	-3	-2	0
schatkistweek - aandacht voor je kwaliteiten (P)	-3	-1	-3	-3
werkweek (P)	-3	-3	-2	-2
relatie met ervaringsdeskundige7 (R)	-3	-4	-4	-3
MO-blok (maatschappelijke oriëntatie) (P)	-4	-2	-4	-3
huistherapie8 (P)	-4	-5	-2	-5
commissies, huisraad, milieuraad9 (P)	-4	-5	-1	-4
huisvergadering ('TG-vergadering') 10 (P)	-5	-4	-5	-5
medicatiesprekuren in de groep11(P)	-5	-4	-5	-4

- 1 P: Programmaonderdelen, verplicht; F: Facultatieve onderdelen; Y: Yalom's werkzame elementen van groepstherapie K: Klinische en milieutherapeutische werkzame elementen; S: Schematherapie-elementen; V: Vaktherapie-elementen; en R: Relatie met de staf.
- 2 Behandelplanbespreking (elke drie maanden) met cliënt, een delegatie van medecliënten en alle betrokken therapeuten.
- 3 Meer gestructureerde en soms geprotocolleerde keuzeblokken, zoals mannenblok, vrouwenblok, zelfbeeld, trauma, agressieregulatie. Ook gaat het om specifiek schematherapieblokken, zoals schemaverkenning, verbinding, autonomie, waarbij specifieke schematechnieken gebruikt worden.
- 4 Voorbereiden en evalueren van het weekend onder leiding van een sociotherapeut.
- 5 Vergadering met de hele staf en alle cliënten voorgezeten door milieutherapeut (psychotherapeut) waarin de sfeer, de samenwerking, bijzondere situaties en verzoeken worden besproken.
- 6 Momenten dat cliënt buiten de afdeling mag oefenen, of praktische zaken kan regelen.
- 7 De ervaringsdeskundige is tijdens dit onderzoek een groot deel van de tijd afwezig geweest; veel cliënten gaven aan geen contact met haar te hebben gehad en daarom een lage score te hebben gegeven.
- 8 Therapie gericht op huishoudelijke en regeltaken.
- 9 In commissies worden veel praktische taken geregeld, zoals voorbereiden werkweek, financiën, inboedel; de milieuraad is een inspraakorgaan; de huisraad heeft extra verantwoordelijkheid om zaken te regelen voor de leefgroep, zoals de slaapkamerverdeling.
- 10 Vergadering waarin praktische en huishoudelijke thema's worden besproken onder leiding van sociotherapeuten.
- 11 Het medicatiesprekuren in de groep is een half jaar voor het einde van dit onderzoek afgeschaft; daarom is hier mogelijk sprake een verlaagde score. Helaas is niet gemeten wat de waarde van medicamenteuze behandeling in het algemeen was. In dit onderzoek hebben cliënten vooral aangegeven dat ze weinig hebben gehad aan het groeps karakter.

Tabel 3 persoonsladingen op één factor en op de drie factoren

Deelnemer	1 factor	3 factoren		
		A	B	C
1	0,37*	0,25	0,03	0,33
2	0,68*	0,55**	0,36*	0,24
3	0,66*	0,36*	0,38*	0,41*
4	0,38*	0,49*	0,46*	-0,30
5	0,68*	0,57**	0,36*	0,21
6	0,61*	0,21	0,63*	0,24
7	0,23	-0,03	0,52*	-0,05
8	0,40*	0,13	0,59*	0,00
9	0,42*	0,32	0,08	0,31
10	0,52*	0,61*	0,08	0,15
11	0,48*	0,46*	0,06	0,28
12	0,44*	0,28	0,21	0,27
13	0,52*	0,56*	0,23	0,08
14	0,66*	0,47*	0,32	0,33
15	0,73*	0,42*	0,42*	0,42*
16	0,56*	0,11	0,59*	0,31
17	0,46*	0,40*	0,07	0,30
18	0,52*	0,06	0,27	0,59*
19	0,48*	0,53*	0,17	0,09
20	0,61*	0,45*	0,02	0,56**
21	0,67*	0,32	0,57*	0,28
22	0,54*	0,13	0,51*	0,33
23	0,60*	0,08	0,38*	0,60**
24	0,59*	0,23	0,20	0,59*
25	0,52*	0,31	0,12	0,45*
26	0,70*	0,34	0,29	0,59*
27	0,59*	0,00	0,37*	0,68**
28	0,52*	0,55**	-0,09	0,41*
29	0,65*	0,48*	0,21	0,42*
30	0,51*	0,53*	0,21	0,11
31	0,70*	0,27	0,64*	0,32
32	0,44*	0,17	0,39*	0,21
33	0,47*	0,48*	0,13	0,18
34	0,58*	0,26	0,48*	0,27
35	0,53*	0,31	0,13	0,46*
36	0,34	0,15	-0,02	0,45*
37	0,72*	0,59**	0,46*	0,17
38	0,76*	0,46*	0,42*	0,43*

* = correlatie > 0,35; bij confounders met een correlatieverschil > 0,1 wordt de deelnemer toegewezen aan de hoogste factor **

LITERATUUR

- Aalders, H., & Hengstmengel, M. (2019). *GIT-PD in de praktijk. Guideline informed treatment for personality disorders*. Amsterdam: Hogererefe.
- Ahn, H., & Wampold, B.E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 251-257.
- American Psychiatry Association (APA) (2006). Evidence-based practice in psychology APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Bamelis, L.L.M., Evers, D.S.M.A.A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multi-center randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 171, 305-322.
- Bamelis, L. (2016). Klinische en economische evaluatie van schematherapie bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 42, 74-85
- Brouwers, E.P.M., Gestel-Timmermans, H., van & Van Nieuwenhuizen, C. van (2013). Herstelgerichte zorg in Nederland: modegril of daadwerkelijke verandering? *Psychopraktijk*, 5, 14-17.
- Brown, S.R. (1980). *Political subjectivity: Applications of Q methodology in political science*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M.J.H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207-31.
- Claassen, A., & Jansing, C. (2014). Het effect van samenhangend behandelen: introductie van een model voor multidisciplinair werken in de GGZ. *Groepen*, 9, 25-40.
- Elliott, R. (2012). Qualitative methods for studying psychotherapy change process. In: Thompson, A., & Harper, D. (Eds.). *Qualitative research methods in mental health & psychotherapy: An introduction for students & practitioners* (pp. 69-81). Chichester, UK: Wiley-Blackwells.
- Farrell, J.M., Reiss, N., & Shaw, I.A. (2014). *Schematherapie in de klinische praktijk. Een complete gids voor individuele, groeps- en geïntegreerde behandeling met schemamodi*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwerzijds.
- Gebhardt, S., & Huber, M.T. (2016). What influences treatment satisfaction in patients with personality disorders? A naturalistic investigation in a hospitalization setting. *Mental Illness*, 8, 47-53.
- Horn, A.K., Bartak, A., Meerman, A.M.M.A., Rossum, B. van, Ziegler, U.M., Thunnissen, M., e.a. (2015). Effectiveness of psychotherapy in personality disorders not otherwise specified: A comparison of different treatment modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 426-442.
- Jedloo, S. & Staa, A. van (2009). Q-methodologie, een werkelijke mix van kwalitatief en kwantitatief onderzoek? *Kwalon*, 41, 5-15.
- Keijsers, G.P.J. (2014). Het grote psychotherapie-debat. Waarom zijn specifieke behandeltechnieken belangrijk voor het resultaat van psychotherapie en waarom de werkrelatie? *Gedrags-therapie*, 47, 148-172.

- Klooster, P.M. ten, Visser, M., & Jong, M.D.T. de (2008). Comparing two image research instruments: The Q-sort method versus the Likert attitude questionnaire. *Food Quality and Preference*, 19, 511-518.
- Metz, M.J. (2018). *Shared decision making in mental health care. The added value for patients and clinicians*. Academisch proefschrift aan de Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Muste, E.H., & Claassen, A.M.T.S. (2009). Achtergronden bij de ontwikkeling van klinische schematherapie. In: E.H. Muste, A. Weertman & A.M.T.S. Claassen, *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy. Relationships that work. Evidence based responsiveness*. Oxford: University Press.
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I.A., & Farrell, J. (2014). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: results of three pilotstudies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 355-367.
- Schaap, G.M., Chakhssi, F., & Westerhof, G.J. (2017). Klinische schematherapie bij volwassenen met persoonlijkheidspathologie die onvoldoende profiteerden van eerdere behandelingen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 43,, 93-108.
- Schmolck, P. (2002). *PQMMethod* (version 2.11). [Computer software]. Online via: <http://www.pcqsoft.com>.
- Sempértégui, G.A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M.H.J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33, 426-447.
- Stephenson, W. (1953). *The study of behaviour: Q-technique and its methodology*. Chicago, Ill: University of Chicago Press.
- SWOPG (1997). *Resultaatonderzoek in de klinische psychotherapie 1993-1994-1995. Op basis van het STandaard Evaluatie Project STEP*. Noordwijkerhout: Drunodruk.
- SWOPG (1999). *Resultaatonderzoek in de klinische psychotherapie 1995- 1996-1997. Op basis van het STandaard Evaluatie Project STEP*. Noordwijkerhout: Drunodruk.
- SWOPG (2002). *Resultaatonderzoek in de klinische psychotherapie 1997-2000. Op basis van het STandaard Evaluatie Project STEP*. Noordwijkerhout: Drunodruk.
- Thunnissen, M.M., & Muste, E.H. (2002). Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 385-401.
- Timman, R., Verstraten, J., & Trijsburg, R.W. (2006). *STandaard Evaluatie Project; STEP-Rapport nr. 2006-10*, Halsteren: De Viersprong.
- Watts, S., & Stenner, P. (2005). Doing Q methodology: theory, method and interpretation. *Qualitative Research in Psychology*, 2, 67-91.
- Werkgroep richtlijnen persoonlijkheidsstoornissen (2008). *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wolterink, T., & Westerhof, G.J. (2018). Verandering van schema modi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Een naturalistische volgstudie in een klinische setting. *Gedragstherapie*, 51, 24-43.
- Yalom, I.D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Abstract

What do clients think of inpatient schema therapy for personality disorders? An exploratory study using the Q-sort method

There are indications that inpatient schema therapy is effective in clients with a severe personality disorder. To better understand the efficacy of this multimodal intervention, clients were asked about their perspective regarding their treatment. The Q-sort method was used, in which the 38 participants ranked 54 cards with possible effective factors by importance after their treatment. It turned out that the participants agreed to a considerable extent. They especially appreciated that they had learned to talk about their thoughts and feelings, and that they had become aware of their behaviour. They rated practical therapy tasks the lowest. Further differentiation revealed three groups with somewhat different opinions: a group that found insight and processing particularly important, a group that stated to have benefited more from the connection with fellow clients, and a group that considered individual support the most important. These results largely support the current treatment design. According to the participants, the possible points for improvement lie mainly in the profit of the practical activities, the rules that are applied and the availability of the staff.

Het effect van systematische feedback op drop-out en no-show in de forensische psychiatrie: een pilotstudie¹

Marleen Janssen, Bram Bovendeerd, Lieke Christenhusz

Samenvatting

In dit pilotonderzoek is in een ambulante forensische setting gekeken of de drop-out- en de no-showcijfers verminderen wanneer aan de behandeling van patiënten een systematische feedbackmethode wordt toegevoegd: het *Partners for Change Outcome Management System* (PCOMS). Het betreft een cohortstudie met 722 patiënten, waarbij twee cohorten met elkaar zijn vergeleken: 1. 'treatment-as-usual (TAU)' en 2. 'TAU- PCOMS'. Uit de *intention-to-treat*-analyses, door middel van een Chi-kwadraattoets en een onafhankelijke t- toets, komt naar voren dat in de TAU-PCOMS-conditie het percentage drop-outs significant minder is in vergelijking met de TAU-conditie. In vergelijking met de TAU-conditie was het percentage no-shows gelijk ten opzichte van de TAU-PCOMS-conditie, maar patiënten gingen wel significant vaker naar (verplichte) behandeling toe, zonder dat het aantal no-shows significant toenam. In de per-protocolanalyses werden dezelfde resultaten gevonden. We bevelen aan om de gevonden effecten verder te onderzoeken in een gecontroleerde vervolgstudie bij een grotere groep forensische patiënten en zich hierbij dan ook specifiek te richten op het optimaliseren van de implementatie van systematische feedback.

Inleiding

In de (forensische) ggz komt het regelmatig voor dat patiënten vroegtijdig uitvallen of niet verschijnen op geplande afspraken (Feitsma, Popping, & Jansen, 2012; Wormith & Olver, 2002), een groot maatschappelijk probleem. De forensische psychiatrie wordt door het ministerie van Veiligheid en Justitie (V&J, 2016) als volgt omschreven: 'Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel' (V&J, 2016, p. 8). Patiënten die hier behandeld worden, zijn mensen met een psychiatrische of psychische stoornis die in aanraking (dreigen te) komen met politie en justitie (Groen, Drost, & Nijman, 2011).

Het éénmalig niet verschijnen van patiënten op een behandelafpraak wordt een 'no-show' genoemd. Wanneer patiënten de behandeling voortijdig stoppen heet dit een 'drop-out' (Villeneuve e.a., 2010). Cijfers met betrekking tot no-show en drop-out binnen de forensische psychiatrie zijn schaars, zeker in vergelijking met de

1 dit artikel is eerder verschenen in <https://www.tijdschriftvoorpsychotherapie.nl/archief/jaargang-2021-uitgave-2/11717/>

hoeveelheid onderzoeken hiernaar binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg (Feitsma, Poppin & Jansen, 2012; Woicik e.a., 2017). Desalniettemin zijn er wel enkele onderzoeken gedaan die een beeld geven van de omvang van het voortijdig beëindigen van behandeling, alsook van de no-showpercentages binnen dit werkveld. Drop-outpercentages binnen de forensische gezondheidszorg variëren tussen de 46% en 70% (McMurran & Theodosi, 2007; Rosch e.a., 2016). De no-showpercentages liggen tussen de 25% en 41% (Dalton, Major & Sharkey, 1998; Feitsma, Popping & Jansen, 2012; *Hambridge, 1990; Hornsveld e.a., 2008*), afhankelijk van de onderzochte setting, behandeling en toegepaste analysemethodes (McMurran & Theodosi, 2007; Rosch e.a., 2016). Het is om een aantal redenen belangrijk om te focussen op drop-out en no-show binnen de forensische psychiatrie. Op de eerste plaats hebben drop-out en no-show nadelige effecten op de kosten en efficiëntie van de zorg, want gemiste afspraken worden niet of slechts deels vergoed, ze nemen onnodig tijd in beslag van behandelaars, waardoor andere patiënten behandeling wordt onthouden (Baars, Van Merode, & Arntz, 2007; McIvor, Ek, & Carson, 2004).

Ten tweede blijkt no-show significant geassocieerd met een verhoogde kans op drop-out en recidive (Hanson & Bussière, 1998). Onderbehandeling met recidive tot gevolg leidt tot grote maatschappelijke problemen (Wormith & Olver, 2002). Patiënten die vroegtijdig uitvallen, vallen ook vaker terug in middelengebruik (Daniels & Jung, 2009). Daarnaast is bij drop-outs de frequentie van drugsgebruik vaak hoger, komen deze mensen frequenter opnieuw met politie/justitie in aanraking en worden ze vaker gearresteerd en gedetineerd (McMurran & Theodosi, 2007). Tot slot hebben ze een verminderde mentale gezondheid, scoren ze lager op de sociale ladder en hebben ze meer psychiatrische stoornissen dan patiënten die hun behandeling wel afmaken (Killaspy, Banerjee, & Lloyd, 2000).

Samenvattend drukt het vroegtijdige uitvallen en het niet verschijnen van patiënten binnen de forensische zorg de kosteneffectiviteit, leidt het tot verhoogde kans op recidive en verkleint het de kans op sociaal- maatschappelijk herstel. Het valt te verwachten dat het verminderen van drop-out- en no-showpercentages leidt tot effectievere en adequatere hulpverlening en gunstige effecten op de samenleving, vanwege de verhoogde kans op maatschappelijke integratie en verminderde kans op recidive.

In de reguliere psychiatrie is het steeds gebruikelijker om (systematische) feedback over de voortgang van de behandeling te gebruiken om de kansen op drop-out en no-shows te verminderen: *routine outcome monitoring* (ROM). ROM kan worden omschreven als een procedure waarbij gestandaardiseerde methoden worden gebruikt om de perceptie van patiënten over het behandelproces en de uitkomsten van sessie tot sessie te meten (Lambert, 2010). Door het systematisch monitoren van verbeteringen of verslechtingen in het functioneren en van de werkrelatie, kunnen behandelaars hun behandelingen zodanig inrichten en bijstellen dat ze beter afgestemd zijn op de behoeften en kenmerken van de individuele patiënt (Duncan & Reese, 2015). Feedback kan ook helpen om behandelingen die niet goed lopen sneller op te sporen, waardoor deze tijdig kunnen worden aangepast en deze behandelingen effectiever worden (Carlier e.a., 2012; Lambert, 2007).

Het *Partners for Change Outcome Management System* (PCOMS) is een veelgebruikte methode om therapeuten systematisch feedback te geven gedurende het behandelproces. PCOMS is een patiëntgestuurd systeem dat bestaat uit de *Outcome Rating Scale* (ORS; Miller & Duncan, 2004 en de *Session Rating Scale* (SRS; Duncan e.a., 2003). De ORS brengt het functioneren op persoonlijk, relationeel en sociaal- maatschappelijk vlak van de patiënt in kaart en heeft als doel om zo nodig de behandeling tijdig bij te sturen en daarmee effectiever te maken. De SRS meet de ervaren kwaliteit van de werkrelatie wat betreft contact, overeenstemming over doelen en methode (Bordin, 1979) en heeft als doel de werkrelatie te optimaliseren. Een goede werkrelatie verkleint de kans op drop-out (Sharf, Primavera, & Diener 2010) en is een sterke voorspeller voor betere behandeluitkomsten (Bachelor & Horvath, 1999; Horvath & Symonds, 1991).

PCOMS is in verschillende settings en doelgroepen onderzocht, waaronder bij echtparen die relatietherapie volgden (Anker, Duncan, & Sparks, 2009; Reese, Toland, Slone, & Norsworthy, 2010), studenten van de universiteit (Reese, Norsworthy, & Rowlands, 2009) en militairen die een behandeling volgden gericht op drugsafhankelijkheid (Schuman e.a., 2015). Al deze onderzoeken lieten een verbetering in werkrelatie en behandeluitkomsten zien wanneer PCOMS werd toegevoegd aan de gebruikelijke behandelmethoden. In het onderzoek van Harmon en anderen (2007), Lambert en anderen (2007) en Reese en anderen (2009) kon worden aangetoond dat de drop-out kan verlagen bij het gebruiken van een gestandaardiseerd feedbacksysteem, zoals PCOMS.

Hoewel er dus een aantal positieve effecten van PCOMS zijn gevonden, zijn er eveneens grote verschillen in resultaten tussen onderzoeken. De meta-analyse van Østergard en anderen (2018) laat een duidelijk effect van PCOMS zien in begeleidingssettings, maar dit effect is niet gevonden in ambulante of klinisch psychiatrische afdelingen. Østergard en anderen (2018) vonden verder dat de positieve resultaten in begeleidingssettings deels vertekend zijn door een vertrouwen van de behandelaren in de methode, doordat de onderzoekers verbonden waren aan de ontwikkeling van de methode, ook wel bekend als '*researcher allegiance*' en door het gebruik van de ORS als belangrijkste uitkomstmaat, waardoor er geen onafhankelijke uitkomstmaat beschikbaar was. Binnen de reguliere Nederlandse ggz werden weinig effecten van PCOMS gevonden. Het onderzoek van Van Oenen en anderen (2016) liet zelfs een negatief effect zien in vergelijking met 'treatment as usual' binnen een crisisinterventie en -behandelteam. Kendrick en anderen (2016) concluderen in hun Cochrane-review dat systematische feedback niet altijd of automatisch leidt tot verbetering.

Er is meer en kwalitatief beter onderzoek nodig naar onder andere de langetermijneffecten, de mogelijke negatieve effecten, het sociaal functioneren van patiënten en de kosten van het monitoren. In aanvulling hierop stellen Bovendeerd en anderen (2019) dat de omstandigheden waaronder PCOMS een toegevoegde waarde kan hebben nog onvoldoende bekend zijn. Het effect van PCOMS op de werkrelatie, en daarmee ook op de behandeling van patiënten binnen een verplicht behandelkader, is onbekend.

(a) De gebleken gunstige effecten van PCOMS bij patiënten die vrijwillig deelnemen aan behandeling, (b) de grote nadelige effecten van drop-out en no-show binnen de forensische populatie en (c) het ontbreken van wetenschappelijk onderzoek van PCOMS bij patiënten die behandeling in een verplicht kader volgen, maakt het onderzoeken van systematische feedback bij deze populatie relevant.

Doel van het onderzoek

In dit pilotonderzoek wordt gekeken naar het effect van de PCOMS-methode op de drop-out- en no-showcijfers binnen de forensische psychiatrie. De eerste hypothese van dit onderzoek is dat door toevoeging van PCOMS aan reguliere behandeling van patiënten in de forensische psychiatrie, de drop-outcijfers significant zullen verminderen. De tweede hypothese is dat door toevoeging van PCOMS aan reguliere behandeling de no- showcijfers zullen verminderen.

Methoden

Design

Deze studie betreft een cohortonderzoek bij patiënten die zijn behandeld binnen een forensische ggz- instelling. Twee cohorten zijn met elkaar vergeleken. Patiënten uit het eerste cohort kregen reguliere behandeling (*'treatment as usual'* – TAU) in de periode van juli 2014 tot en met december 2016. Patiënten in het tweede cohort kregen reguliere behandeling in combinatie met PCOMS (TAU-PCOMS). Dit tweede cohort liep van januari 2017 tot en met juni 2019 en startte dus eerder dan de training vanwege het feit dat een aantal patiënten eerst nog de diagnostiekfase heeft doorlopen alvorens zij met behandeling begonnen. Beide cohorten beslaan dertig maanden. De twee cohorten zijn met elkaar vergeleken op twee uitkomstmaten: het percentage no-shows en het percentage drop-outs. Leeftijd, geslacht, diagnose, trajecttype en het aantal *'face- to-face'* behandelingsessies werden ingevoerd als co-variaten.

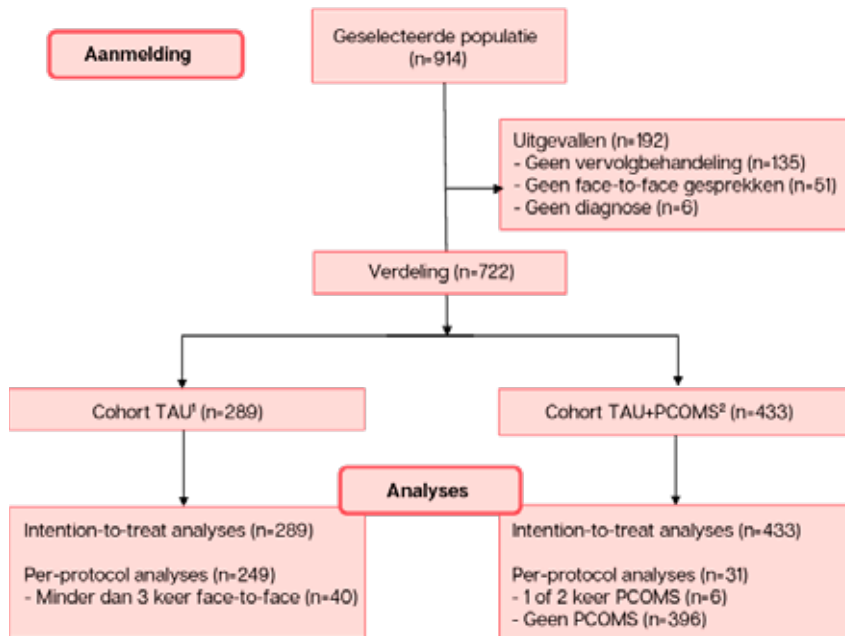
Setting

De onderzoeksdata zijn verzameld bij Stichting Transfore, onderdeel van de Dimence Groep. Transfore is een instelling voor forensische psychiatrie en bestaat uit verschillende afdelingen, waaronder poliklinieken en klinische afdelingen. Binnen deze verschillende afdelingen worden patiënten uit Oost-Nederland behandeld.

Patiënten die geïnccludeerd werden in deze studie waren aangemeld bij polikliniek De Tender in Zwolle. De Tender is een forensisch-psychiatrische en psychotherapeutische poli- en dagkliniek waar patiënten worden behandeld die grensoverschrijdend, voor anderen gevaarlijk, gedrag (kunnen) vertonen. Bij deze patiënten is sprake van een probleem met emotieregulatie en/of impulscontrole, wat kan leiden tot gewelds- en/of zedendelicten. De Tender heeft twee zorgprogramma's:

zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag en zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag, waarbinnen behandeling zich zowel richt op de stoornis- als op delictpreventie, door middel van state-of-the-art behandelingen. Daarbij wordt het *Risk*,

Need and Responsivity (RNR) Model (Andrews & Bonta, 2010a, 2010b; De Ruiter & Van Veen, 2005) gebruikt dat zich richt op wat een patiënt voortaan niet of anders zou moeten doen en uitgaat van het aanpassen van de intensiteit van de behandeling aan het recidiverisico van het delictgedrag. Dit model wordt regelmatig gecombineerd met het *Good Lives Model* (GLM, Ward e.a., 2004), gericht op het vervullen van basisbehoeften op een adequate, in plaats van inadequate (waaronder delictgedrag) manier. Het GLM is tot het belangrijkste (inhoudelijke) uitgangspunt gemaakt. Tot slot is er sprake van een multidisciplinaire behandeling, voortkomend vanuit het biopsychosociale model.



Patiënten

In dit onderzoek zijn patiënten van 18 jaar en ouder geïncludeerd, die een indicatie hadden voor een individuele psychologische behandeling binnen de ambulante forensische psychiatrie. Ze moesten de Nederlandse taal beheersen en geen bezwaar hebben gegeven dat hun ROM-gegevens gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek. Elke patiënt die na de intakefase een individueel behandeltraject had gevolgd, kwam in aanmerking voor dit onderzoek. Patiënten uit beide zorgprogramma's werden geïncludeerd. Echter, bij patiënten die meerdere zorgtrajecten waren aangegaan in één cohort is slechts het eerste zorgtraject

meegenomen in het onderzoek. In totaal werden er 914 patiënten gezien in de periode van juli 2014 tot en met juni 2019. Van deze groep zijn uiteindelijk 722 patiënten opgenomen in het onderzoek. De overige 379 patiënten zijn uitgesloten vanwege het ontbreken van een diagnose, het niet meer verschijnen na het adviesgesprek of omdat ze geen face-to-facegesprek gehad hebben. Zie figuur 1 voor een schematische weergave van de inclusie.

Uitkomstmaten

De twee cohorten zijn op twee uitkomstmaten (no-show en drop-out) met elkaar vergeleken. Bij drop-out gaat het om het aantal patiënten dat de behandeling beëindigt zonder overeenstemming met de therapeut. Bij no-show gaat het om het percentage afspraken waarop patiënten niet verschijnen zonder zich af te melden of zich minder dan 24 uur van tevoren afmelden ten opzichte van het aantal face-to-facebehandelingen.

Interventie

De onderzochte interventie van dit onderzoek is: *Partners for Change Outcome Management System* (PCOMS) welke wordt toegevoegd aan TAU. PCOMS is vertaald in het Nederlands door Hafkenscheid (2008), en kent een iets anders vertaalde variant (Asmus, Crouzen, & Van Oenen, 2004). In dit onderzoek is deze laatste variant gebruikt. De psychometrische kwaliteiten zijn onderzocht door Janse en anderen (2013) en blijken vergelijkbaar met de gunstige psychometrische kenmerken die eerder werden gevonden door Hafkenscheid en anderen (2010). De PCOMS omvat de ORS en de SRS. De ORS (Duncan, Miller, & Sparks, 2004) is een ultrakorte zelfrapportagevragenlijst die is gebaseerd op de veel langere *Outcome Questionnaire* (Oo-45; De Jong e.a., 2009). Bij het begin van een behandelgesprek wordt de patiënt gevraagd om de ORS in te vullen op papier of op de computer. De ORS meet het door de patiënt ervaren dagelijks functioneren op vier gebieden: individueel, relationeel, sociaal en algeheel. Het is een visuele schaal waar patiënten op de vier lijnen van laag tot hoog aan kunnen geven hoe het de afgelopen periode is gegaan. De totaalscore wordt daarna omgezet in een grafiek voor de patiënt en de therapeut waar ook alle eerdere scores staan. Hierdoor kan het functioneren ook vergeleken worden met voorafgaande momenten. Mede op basis van de scores op de ORS wordt de agenda voor die behandelsessie vastgesteld.

De SRS is een zelfrapportagevragenlijst, net zo kort is als de ORS (vier items), die gebaseerd op de theorie van Bordin (1979). De patiënt vult de vragenlijst in op de computer, ongeveer vijf minuten voor afsluiting van het behandelgesprek. De lijst vraagt de patiënt om aan te geven in hoeverre hij zich in die specifieke therapiesessie gehoord en begrepen heeft gevoeld door de behandelaar, in hoeverre gewerkt is aan onderwerpen die in die betreffende sessie belangrijk waren voor de patiënt en in hoeverre de benadering van de therapeut door de patiënt als passend werd ervaren. De vierde vraag gaat over de sessie in zijn geheel.

Wederom geeft de patiënt op de lijnen zijn waardering aan over deze periode en wordt de totaalscore omgezet in een grafiek. Scores op beide schalen worden vervolgens ook ten opzichte van elkaar vergeleken in één grafiek. Hierdoor ontvangen therapeuten ook feedback over hoe de twee schalen zich ten opzichte van elkaar verhouden. In contact met de patiënt worden de scores kort besproken en worden suggesties en verbeteringen aangedragen voor de komende gesprekken.

Procedure

Alle behandelaren zijn in augustus 2017 getraind in het gebruik van PCOMS. De training werd gegeven door een psychotherapeut die gecertificeerd is in het geven van trainingen in deze methode en bedroeg in eerste instantie één dag, met na zes weken een aanvullende halve dag. Vier maanden na deze tweede dag werd een extra training van drie uur gegeven voor nieuwe behandelaren. De behandelaren die de eerste trainingsdagen hadden gevolgd, namen weer deel aan deze extra training. Gedurende de tijd dat de cohortstudie liep, stonden onderzoekers regelmatig in patiëntbesprekingen met het team stil bij het gebruik en de afname van PCOMS. Het bijhouden van de uitkomstmaten van dit onderzoek werd door de betrokken behandelaar gedaan. De behandelaar vulde bij het registreren van de afspraak de reden van de no-show in en op die manier werden door het systeem de no-shows bijgehouden. Ook de reden van afsluiting, waaronder drop-out, werd door de regiebehandelaar ingevuld bij het sluiten van het dossier.

Al deze gegevens werden in het elektronisch patiëntendossier bijgehouden en werden vervolgens volledig geanonimiseerd aangeleverd bij de onderzoeker.

Poweranalyse

Eerder onderzoek laat geen eenduidig beeld zien ten aanzien van alleen een positief effect. Er is uit een eerder onderzoek ook een negatief effect van PCOMS naar voren gekomen. Op basis van eerder onderzoek zal het effect van PCOMS klein tot middelmatig ingeschat worden (Kendrick e.a., 2016; Østergård, Randa, & Hougaard, 2020). Er is in dit onderzoek daarom tweezijdig getoetst met een alpha van 0,05 en een effectgrootte van 0,35. De poweranalyse is gedaan middels het programma G*power (verkrijgbaar via de site <https://www.psychologie.hhu.de>). Om een power van 0,80 te halen, waren er in totaal 260 patiënten nodig, 130 patiënten per cohort.

Statistische analyses

Om te toetsen of er sprake was van vergelijkbare cohorten, zijn eerst de demografische gegevens (bijvoorbeeld geslacht, leeftijd en opleiding) van de proefpersonen in de twee cohorten met elkaar vergeleken. Deze gegevens zijn, afhankelijk van hun meetniveau, getoetst met Chi-kwadraattoetsen of onafhankelijke t- toetsen.

De eerste hypothese – minder voortijdige uitvallen, oftewel drop-out in de TAU-PCOMS-groep ten opzichte van de TAU-groep – werd getoetst met de Chi-kwadraattoets. De tweede hypothese – minder no-shows in de TAU-PCOMS-groep ten opzichte van de TAU-groep – werd met een tweezijdige t-toets voor onafhankelijke groepen getoetst.

De primaire statistische analyses zijn gebaseerd op de ‘*intention-to-treat*’ (ITT)-groep. Dat houdt in dat alle patiënten die oorspronkelijk zijn toebedeeld aan beide cohorten geanalyseerd worden, ongeacht of zij de volledige interventie hebben gekregen. Dit met als voorwaarde dat ze minimaal één behandelaafspraak hadden en een diagnose hadden volgens de DSM-IV of DSM-5. De ITT-analyse heeft tot doel de oorspronkelijke randomisatie te behouden en mogelijke vertekening door uitsluiting van patiënten te vermijden (Ranganathan, Pramesh & Aggarwal, 2016). De analyses zijn uitgevoerd met SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versie 22.0. Naast de ITT-analyse is er ook een per-protocolanalyse (PP) gedaan. Bij een PP-analyse worden alleen de patiënten meegenomen die de oorspronkelijk toegewezen interventie precies volgens protocol hebben gevolgd, daarmee bepaalt deze analyse of er een effect van een behandeling is onder optimale condities. Voorwaarde voor deze analyse was dat patiënten minimaal drie keer een *face-to-face* gesprek gehad moesten hebben, waarin bij de TAU-PCOMS-conditie ook drie keer de PCOMS is afgenomen.

Resultaten

Proefpersonen

Het TAU-cohort bestond uit 289 patiënten. Deze patiënten, in de controleconditie, hebben de gebruikelijke behandeling ontvangen, zonder PCOMS. Het TAU-PCOMS-cohort bestond uit 433 patiënten. Kenmerken van de patiënten, onderverdeeld in de twee cohorten, zijn te zien in tabel 1.

Met betrekking tot de demografische variabelen zijn de twee cohorten vergelijkbaar wat betreft geslachtsverdeling, leeftijd en trajecttype. Er valt wel een significant verschil op tussen de groepen wat betreft diagnose ($\chi^2(6, N = 722) = 85,01; p < 0,001$) en wat betreft het aantal face-to-facecontacten ($t(719) = -3,84, p < 0,001$). Diagnostisch gezien blijkt het verschil met name tussen twee categorieën te zitten: stoornissen in de kindertijd en stoornissen in de impulsbeheersing, waarbij de eerste categorie in het eerste cohort aanzienlijk kleiner was en de tweede categorie groter dan in het tweede cohort.

Daarnaast verschillen de groepen in het aantal face-to-facegesprekken, waarbij de laatste groep (TAU-PCOMS) aanzienlijk meer face-to-facegesprekken heeft gehad dan de eerste groep.

In de PP-analyse konden er 31 patiënten in de TAU-PCOMS-conditie worden geïncludeerd. Zij hadden minimaal drie keer een face-to-facegesprek gehad, waarbij ze tevens feedback gaven volgens de PCOMS-methode. Dit is 7,2% van het originele cohort. In de TAU-conditie konden er 249 patiënten worden geïncludeerd, 86,2% van het totale cohort.

Tabel 1: Patiëntkarakteristieken van de twee cohorten

Patiëntkarakteristieken	Conditie			
	TAU N	TAU-PCOMS %	N	%
Geslacht (totaal)	289	100	433	100
Vrouw	63	21,8	121	27,9
Man	226	78,2	312	72,1
Trajecttype				
DBC	111	34,8	171	39,5
DBBC	178	61,6	262	60,5
Diagnose #	289	100	433	100
Persoonlijkheidsstoornissen	67	23,2	105	24,2
Stoornissen in de kindertijd	31***	10,7	144***	33,3
Stoornissen in de impulsbeheersing	99***	34,3	56***	12,9
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	31	10,7	41	9,5
Angst- en stemmingsstoornissen	25	8,7	50	11,5
Aan een middel gebonden stoornissen	25	8,7	14	3,2
Overige stoornissen	11	3,8	23	5,3
Aantal face-to-facecontacten	M=13***	SD=15,54	M=18***	SD=22,46
Leeftijd	M=37	SD=11,19	M=37	SD=11,71

***p < 0,001 (tweezijdig)

TAU is volgens DSM-IV gediagnosticeerd en TAU-PCOMS volgens de DSM-5

DBC = Diagnosebehandelcombinatie

DBBC = Diagnose-, behandeling- en beveiligingcombinatie

Primaire resultaten

De uitkomsten van de Chi-kwadraattoets aangaande het drop-outaantal in beide cohorten zijn te zien in tabel 2. Er blijkt een significant verschil te zijn tussen de twee onderzoekscohorten wat betreft drop-out (χ^2 (1, N = 722) = 18,90; $p < 0,001$). In de TAU-PCOMS-groep zijn aanzienlijk minder patiënten zonder overeenstemming met hun behandelaar uitgevallen dan in de TAU-conditie. Het betreft hier een zwakke samenhang (Cramér's $V = 0,16$).

Uit PP-analyses worden dezelfde uitkomsten gevonden. Ook hier is een significant verschil gevonden in drop-out (χ^2 (1, N = 280) = 4,69, $p = 0,030$, $V = 0,13$), waarbij de TAU-PCOMS-groep (N = 31) significant minder drop-outs had. Er is ook in deze vergelijking geen significant verschil gevonden tussen de groepen op het percentage no-show ($t(57) = 0,807$; $p = 0,423$), ondanks een significante toename van frequentie in behandelcontacten.

Tabel 2 Resultaten van de χ^2 -toets op het aantal drop-outs voor de twee cohorten

Conditie	Variabele		Totaal	Value	df	p
	dropout	completer				
TAU	86	203	289	18,90	1	0,000***
TAU-PCOMS	70	363	433			
Totaal	156	566	722			

*** $p < 0.001$ (tweezijdig)

Met betrekking tot de tweede onderzoeksvraag van dit onderzoek blijkt dat het percentage no-shows gelijk is in beide groepen ($t(557,57) = 1,19$; $p = 0,234$). Dit wil ook zeggen dat het percentage *no-show in de TAU-PCOMS- conditie* niet significant toeneemt, ondanks dat de patiënten in deze conditie hun behandelaar wel significant vaker bezoeken. In tabel 3 staan de uitkomsten van deze analyse.

Tabel 3 Resultaten van de onafhankelijke t-toets op het percentage no-show voor beide cohorten

Conditie			t(557,57)	p
	TAU	TAU-PCOMS		
PERCENTAGE NO-SHOW	M= 21,06 SD= 36,69	M= 17,90 SD= 31,92	1,192	0,234

Discussie

In deze pilotstudie is gekeken naar het effect van een systematische feedback-methode, PCOMS, op de percentages no-show en drop-out binnen een forensisch-ambulante psychiatrische setting. Het percentage drop-out blijkt statistisch significant lager te zijn in de TAU-PCOMS-conditie, in vergelijking met de TAU-conditie. De percentages no-show tussen beide groepen bleken evenwel niet te verschillen. Wel werd een significant effect gevonden op het aantal face-to-facegesprekken: in de TAU-PCOMS-feedbackconditie was dat aantal significant hoger. Patiënten gingen dus naar meer behandelafspraken, maar dit leidde niet tot een hoger no-showpercentage. Dit betekent dat in dit onderzoek PCOMS leidt tot minder drop-out- en meer face-to-facecontacten.

Dit is zover ons bekend de eerste studie naar het effect van systematische feedback bij een forensische doelgroep op behandelcontinuïteit. De kracht van deze studie is dat het onderzoek in een naturalistische setting werd uitgevoerd. De conclusies zijn daardoor representatief voor de alledaagse klinische praktijk.

Een van de beperkingen van dit onderzoek is het design. Er zijn mogelijke effecten van tijd met betrekking tot de cohorten. Daar staat tegenover dat er minder locatie-effecten en/of behandelareffecten kunnen optreden, omdat het grootste deel van de behandelaars in beide condities meedeed.

Verder bleken de groepen significant te verschillen op de variabele diagnose. Het verschil bleek te zitten tussen twee categorieën: 'stoornissen in de kindertijd' en 'stoornissen in de impulsbeheersing', waarbij de eerste categorie in het eerste cohort aanzienlijk kleiner was en de tweede categorie in het tweede cohort significant groter.

Een verklaring voor dit verschil kan gezocht worden in de overgang van de DSM-IV naar de DSM-5, waarbij de 'stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden' is opgeheven en gesplitst in twee nieuwe categorieën in de DSM-5: 'disruptive, impuls-control and conduct disorders' voor de gedragsstoornissen en voor de overige stoornissen de 'neurodevelopmental disorders', de ontwikkelingsneurologische stoornissen (Van Marle, 2014). Feitelijk gaat het om dezelfde groep patiënten, die in beide cohorten gelijkwaardig vertegenwoordigd zijn, maar enkel anders worden geclassificeerd in de nieuwe versie van de DSM. Verder waren er onvoldoende gegevens over burgerlijke staat en opleidingsniveau, maar zijn er ook geen aanwijzingen dat deze variabelen op een of andere manier onderscheidend zouden kunnen zijn bij de werking van PCOMS.

Een andere belangrijke beperking van dit onderzoek was de implementatie, waarbij uiteindelijk maar een beperkt aantal patiënten drie of meer keer feedback via PCOMS aanleverde. De implementatie werd in de eerste plaats bemoeilijkt door een behoorlijk verloop van behandelen op de poli, iets wat is geprobeerd te compenseren door het geven van een extra training aan de nieuwkomers. Verder kwam een interessant punt naar voren dat mogelijk ook te maken heeft met de forensische setting. Binnen de reguliere ggz van dezelfde organisatie vult de patiënt de ORS en SRS in de regel in op de computer van de behandelaar. Dit werd binnen de forensische setting als onprettig ervaren, omdat de patiënt hiermee meer in de persoonlijke ruimte van de behandelaar komt. Aangezien aandacht voor en afbakenen van persoonlijke grenzen binnen de forensische setting wellicht nog sterker van belang is dan binnen de reguliere ggz, gaf dit een extra obstakel. Een oplossing zou kunnen zijn om de patiënt de lijsten op een tablet te laten invullen. Hiermee worden scores en grafieken direct zichtbaar (in tegenstelling tot het invullen op papier) en kan de patiënt op zijn eigen stoel blijven zitten.

Tot slot gaven enkele behandelaars aan dat ze de methode niet goed vonden passen binnen hun 'treatment- as-usual' en dat ze zelf voldoende konden inschatten of het therapieproces goed verliep. Deels kan dit samenhangen met verkeerde aannames (Parker & Waller, 2015; Tiemens, Peperkamp-Meuleman, & Witteman, 2020; Walfish e.a., 2012) over het doel van systematische feedback en deels doordat systematisch effect een weliswaar empirisch aantoonbaar, maar een klinisch klein verschil kan maken (Jong e.a., z.j.): de toegevoegde waarde ervan als zodanig wordt dan niet zo snel door behandelaars ervaren.

Er is ons geen onderzoek bekend over PCOMS bij patiënten in een forensische instelling, kwalitatief noch kwantitatief. Derhalve kan enkel gezegd worden dat de bevindingen van dit onderzoek overeenkomen met resultaten uit eerdere onderzoeken bij patiënten in andere settings, namelijk dat systematische feedback kan leiden tot vermindering van drop-out. Het effect van PCOMS in eerdere onderzoeken is veelal klein tot middelmatig (Kendrick e.a., 2016; Østergård, Randa, & Hougaard, 2020). Ook in het huidige onderzoek is het effect statistisch significant, maar tegelijkertijd zwak.

Dit ondersteunt het idee dat een grotere gerandomiseerde studie naar de effecten van PCOMS, in deze doelgroep, zinvol is.

PCOMS lijkt eraan bij te dragen dat patiënten, die veelal behandeling binnen een verplicht justitieel kader volgen, vaker naar behandeling gaan. Ook deze uitkomst geeft aanleiding om verder te onderzoeken in vervolgonderzoek.

In vervolgonderzoek moet er vooral specifieke aandacht zijn voor het optimaliseren van de implementatie van de feedbackmethode. Zolang de effecten van het gebruik van PCOMS klein blijken, is het aan te raden om ervoor te zorgen dat ook de inspanning voor de therapeuten zo klein als mogelijk wordt gehouden.

Tegelijkertijd is het belangrijk om behandelaren attent te maken op wat de te potentiële effecten kunnen zijn van de feedbackmethode: als behandelaars er de waarde meer van gaan inzien, krijgen de effecten meer kans.

Inzet van systematische feedback binnen forensische populaties is aan te bevelen voor de klinische praktijk, mits er voldoende aandacht wordt besteed aan de implementatie.

Dankbetuiging

Veel dank gaat uit naar de patiënten, behandelaren, teamleiders en managers van de Tender Zwolle, onderdeel van Transfore, die het onderzoek mogelijk maakten. Verder wil ik ook

J. van Busschbach bedanken voor haar statistische ondersteuning en *‘last but not least’* ook

A. Kaal voor de hulp in de data-collectie.

Literatuur

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010a). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16, 39-55.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010b). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis.
- Anker, M.G., Duncan, B.L., & Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693-704.
- Asmus, F., Crouzen, M., & Oenen, F.J. van (2004). *Outcome Rating Scale*. Geraadpleegd via <http://scottdmiller.com/purchase-individual-or-group-licenses>
- Baars, I.J., van Merode, G.G., & Arntz, A. (2007). *Optimaliseren van zorgprocessen in RIAGGs: Onderzoek naar verbetering van doelmatigheid & effectiviteit* (1 ed.). Universiteit Maastricht.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, S. & D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
- Bovendeerd, B., Jong, K. de, Colijn, S., Groot, E. de, Hafkenscheid, A., Moerbeek, M., e.a. (2019). Systematic client feedback to brief therapy in basic mental healthcare: study protocol for a four-centre clinical trial. *BMJ Open*, 9, e025701.
- Carlier, I.E., Meuldijk, D., Vliet, I.M. van, Fenema, E. van, Wee, N.A. van der, & Zitman, F.G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: Evidence and theory. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 18, 104-110.
- Dalton, R., Major, S., & Sharkey, M. (1998). Nonattenders and attrition from a forensic psychology outpatient service.
- *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 42, 174-180.
- Daniels, M.K., & Jung, S. (2009). Missed initial appointments at an outpatient forensic psychiatric clinic. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 964-973.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J. e.a. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a 'working' alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12.
- Duncan, S.D., Miller, S.D., & Sparks, J.A. (2004). *The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B.L., & Reese, R.J. (2015). The partners for change outcome management system (pcoms): Revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 52, 391-401.
- Feitsma, W.N., Popping, R., & Jansen, D.E.M.C. (2012). No-show at a forensic psychiatric outpatient clinic: risk factors and reasons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56, 96-112.
- Groen, H., Drost, M., & Nijman, H.L.I. (2011). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.

- Hafkenscheid, A. (2008). Routine Process Monitoring: ervaringen uit de praktijk. *Tijdschrift Clientgerichte Psychotherapie*, 46, 327-345.
- Hafkenscheid, A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (2010). The Outcome and Session Rating Scales: a cross-cultural examination of the psychometric properties of the Dutch translation. *Journal of Brief Therapy*, 7, 1-12.
- Hambridge, J.A. (1990). Use of an outpatient forensic psychology service: The non-attenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34, 165-196.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Harmon, S.C., Lambert, M.J., Smart, D.M., Hawkins, E. J., Nielsen, S.L., Slade, K., e.a. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: therapist-client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research*, 17, 379- 392.
- Hornsveld, R.H., Nijman, H.L., Hollin, C.R., & Kraaimaat, F.W. (2008). Aggression control therapy for violent forensic psychiatric patients: method and clinical practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52, 222-233.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta- analysis. *Journal of Consulting Psychology*, 38, 139-149.
- Janse, P.D., Boezen-Hilberdink, L., Dijk, M.K. van, Verbraak, M.J.P.M., & Hutschemaekers, G.J.M. (2013). Measuring feedback from clients: The psychometric properties of the Dutch Outcome Rating Scale and Session Rating Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 30, 86-92.
- Jong, K. de, Conijn, J.M., Lutz, M.C., Gallagher, R.A.V., & Heij, M. (submitted). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out: A multilevel meta-analysis.
- Jong, K. de, Nugter, M.A., Lambert, M.J., & Burlingame, G.M. (2009). *Handleiding voor afname en scoring van de Outcome Questionnaire (OQ-45)*. [Manual for administration and scoring of the Outcome Questionnaire (OQ-45)]. Salt Lake City: OQ Measures LLC.
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L., e.a. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Killaspy H., Banerjee M.K, & Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 160-165.
- Lambert, M.J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17, 1-14.
- Lambert, M.J. (2010). Yes it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome. In B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change* (2de ed., pp. 239-266). Washington, DC: American Psychological Association.
- Marle, H.J., van (2014). Impulscontrole-, gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5: geen leeftijds- en categorische afgrenzing meer. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 201-205.

- McMurran, M., & Theodosi, E. (2007). Is treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment? *Psychology, Crime and Law*, 13, 333-343.
- McIvor, R., Ek, E., & Carson, J. (2004). Non-attendance rates among patients attending different grades of psychiatrist and a clinical psychologist within a community mental health clinic. *Psychiatric Bulletin*, 28, 5-7.
- Miller, S.D., & Duncan, B.L. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales. Administration and scoring manual. Chicago: ISTC.*
- Ministerie van Veiligheid en Justitie (V&J) (2016). *Handboek Forensische Zorg, 3 editie*. Den Haag: Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen.
- Oenen, F.J. van, Schipper, S., van, R., Schoevers, R., Visch, I., Peen, J., & Dekker, J. (2016). Feedback-informed treatment in emergency psychiatry; a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16, 110.
- Østergård, O.K., Randa, H., & Hougaard, E. (2020). The effect of using the Partners for Change Outcome Management System as feedback tool in psychotherapy. A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30, 195-212.
- Parker, Z.J., & Waller, G. (2015). Factors related to psychotherapists' self-assessment when treating anxiety and other disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 1-7.
- Ranganathan, P., Pramesh, C.S., & Aggarwal, R. (2016). Common pitfalls in statistical analysis: Intention-to-treat versus per-protocol analysis. *Perspectives in clinical research*, 7, 144-146.
- Reese, R.J., Norsworthy, L.A., & Rowlands, S.R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 418-431.
- Reese, R.J., Toland, M.D., Slone, N.C., & Norsworthy, L.A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 616-630.
- Rosch, I., Lachmanski, A., Herich, L., Taddey, S., Lange, M., Wolf, M., e.a. (2016). Patient Groups with different risk profiles for irregular drop-out from forensic psychiatry. *Psychiatrisch Praxis*, 43, 25-31.
- Ruiter, C. de, & Veen, V.C. (2005). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schuman, D., Slone, N., Reese, R., & Duncan, B. (2015). Using client feedback to improve outcomes in group psychotherapy with soldiers referred for substance abuse treatment. *Psychotherapy Research*, 25, 396-407.
- Sharf, J., Primavera, L.H., & Diener, M.J. (2010). Drop-out and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 47, 637-645.
- Tiemens, B., Peperkamp-Meuleman, I., & Witteman, C. (2020). Geen maatwerk zonder meetwerk: ROM als correctie- mechanisme voor klinische beoordelingsfouten. *Tijdschrift voor de Psychotherapie*, 5.
- Villeneuve, K., Potvin, S., Lesage, A., & Nicole, L. (2010). Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, 121, 266-270.

- Walfish, S., Mcalister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. (2012). An investigation of self- assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110, 639-644.
- Ward, T., Bickley, J., Webster, S.D., Fisher, D., Beech, A., & Eldridge, H. (2004). *The Self Regulation Model of the Offense and Relapse Process: Volume 1: Assessment*. Victoria, BC: Pacific Psychological Assessment Corporation.
- Woicik, K., Lem, R. van der, Sijtsema, J.J., & Bogaerts, S. (2017). Treatment no-show in forensic outpatients with ADHD. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27, 76-88.
- Wormith, J. S., & Olver, M. E. (2002). Offender treatment attrition and its relationship with risk, responsivity and recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 447-471.

Abstract

The effect of systematic feedback on drop-out and no-show in forensic psychiatry: a pilot study

Objective: In forensic psychiatry, no-show and drop-out rates cause a serious adverse effect on treatment outcomes, recidivism and society. In regular mental health care, positive results from client feedback systems (CFS) have been found to reduce the percentage of no-show and drop-out. This study explores this effect in a forensic psychiatric setting. **Method:** The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) was added to treatment-as-usual (TAU). Patients of our outpatient forensic setting (n = 722) were divided into two cohorts: 1. 'tau' and 2. 'tau-PCOMS'. Drop-out percentage was defined as the primary outcome criterion, secondary outcome measure was the percentage no-show. **Results:** In the intention-to-treat analysis drop-out percentages significantly decreased in the feedback condition. In addition, patients more frequently attended their therapeutic sessions, without an increase in no-show rate. In the per-protocol analysis similar results were found. **Conclusions:** Our findings are promising: adding PCOMS to tau may have a beneficial effect on drop-out percentage and retention in forensic psychiatry. Future research should focus on optimizing the implementation of a systematic feedback method in the forensic field.

Apathie, een veelvoorkomend, maar weinig herkend probleem

Claire Kos , Leonie Bais en Rikus Knegtering

Apathie is een veelvoorkomend probleem bij diverse aandoeningen. Zo komt het voor bij mensen met psychische aandoeningen, zoals schizofrenie of depressie, maar ook bij mensen met (neurodegeneratieve) hersenaandoeningen, denk daarbij aan de ziekte van Alzheimer of Parkinson. Ook kan apathie ontstaan als gevolg van hersenletsel bij een trauma bijvoorbeeld. Ondanks de impact van apathie op het leven van patiënten en naasten, blijkt het lastig om het te diagnosticeren, behandelen en begeleiden. Wat is het kernprobleem van apathie, welke gebieden in het brein zijn hierbij betrokken en hoe zouden we apathie misschien beter kunnen begrijpen, meten en behandelen?

Apathie kan omschreven worden als een gevoel van lusteloosheid, initiatiefverlies, verminderde energie en motivatie en daardoor ook een vermindering van het doelgericht gedrag.^{1,2} Het opstarten en volhouden van activiteiten kan dan heel erg lastig zijn, er is sprake van een zogenaamde ‘deficiëntie in het zelf-geïnitieerde gedrag’. Bij een simpele verkoudheid of griep kan apathie voorkomen, maar dan zijn deze klachten slechts van korte duur. Bij sommige lichamelijke en psychiatrische problemen kunnen apathische klachten echter maanden tot zelfs jaren voortbestaan. In dat geval hebben mensen vaak moeite om hun (oude) hobby’s, opleiding of werk op te pakken zoals ze dat vroeger deden. Ze missen sociale contacten, hebben een vlakker gevoelsleven en ervaren weinig energie of zin om dingen te ondernemen. Het komt veel voor dat mensen lange tijd op bed of op de bank doorbrengen of tijd besteden aan activiteiten die hen weinig voldoening geven zoals televisiekijken.

Aanverwante begrippen

Behalve van apathie (welke benaming vaak wordt gebruikt als men het heeft over dit type klachten bij neurodegeneratieve aandoeningen), spreekt men ook wel van avolitie of amotivatatie. Deze begrippen hebben vergelijkbare omschrijvingen als apathie waarbij men problemen heeft met initiatie, vrijwillig, doelgericht gedrag, want tot uiting komt in een algeheel gebrek aan motivatie en drive. Avolitie en amotivatatie worden vaker gebruikt om de klachten te beschrijven bij patiënten die ook lijden aan een psychische aandoening. Overigens komt de term ‘negatieve symptomen’ ook voor. Het gaat dan om apathie bij mensen met psychotische problemen. Het cluster van negatieve symptomen is echter breder; behalve apathie valt hier ook anhedonie (verminderde plezierbeleving), verminderde sociale contacten en alogie (spraakarmoede) onder.

Apathie bij lichamelijke en psychiatrische klachten

Ongetwijfeld voelt iedereen zich wel eens ‘apathisch’, herstellende van een ziekte, na overmatige inspanning of bij slaapgebrek. Bij gezonde mensen komt apathie niet heel vaak voor (1,45%),³ maar wel bij mensen met mild cognitieve achteruitgang (Mild Cognitive Impairment (MCI), hersenaandoeningen (neurodegeneratieve) (b.v. 60% van de alzheimerpatiënten),⁴ niet-aangeboren hersenletsel (35% van de patiënten met een beroerte)^{5,6} en psychiatrische stoornissen (50% van de patiënten met schizofrenie).⁷⁻¹⁰ Bovendien blijkt apathie een van de sterkste voorspellers van slechter functioneren in het dagelijks leven.^{4,5,11-14} Apathie gaat vaak samen met een algehele lagere kwaliteit van leven, verminderde lichamelijke gezondheid en lagere therapietrouw.

Bij schizofrenie is apathie (een van de negatieve symptomen) zelfs de sterkste voorspeller van verminderd algeheel functioneren (meer dan zelfstandig functioneren, werk of een relatie hebben). Apathie voorspelt het hebben van sociale problemen veel sterker dan de aanwezigheid van hallucinaties en wanen.⁸ Bij de gezonde populatie (mensen zonder een psychiatrische diagnose of neurologische aandoening) komt zoals gezegd apathie ook voor en is het vaker geassocieerd met stressvolle gebeurtenissen in het leven of veranderingen in de leefomgeving van iemand. Hier is apathie vaker tijdelijk van aard. Bij ouderen zonder dementie, maar bij een acute opname, komt apathie en depressie ook relatief vaker voor. Hier is apathie een sterke voorspeller van slechter herstel, valgevaar en hogere mortaliteitscijfers (Reichardt, 2019).

Ondanks dat mensen de wil hebben om iets te ondernemen, kan het opstarten van een simpele activiteit als een enorme opgave worden ervaren. Een deel van de patiënten met apathie is gelaten onder zijn of haar situatie en ervaart de apathie ook niet als klacht. Bij navraag blijkt er echter ook een groot deel van deze patiënten ontevreden over de invulling van het leven en de voldoening die hij of zij uit het leven haalt en wordt een verlangen naar verbetering uitgesproken. Patiënten met apathie kunnen zeker emoties ervaren en plezier beleven aan activiteiten en kunnen ook verlangen naar het doorbreken van de apathie. Het is echter inherent aan de problematiek dat het voor een patiënt op zichzelf heel moeilijk is om dit alleen te doen of zich ertoe te zetten. Het is van belang dat mensen met deze klachten gesignaleerd worden en hen begeleiding wordt geboden naar een meer betekenisvol leven.

Ontstaan van apathie

De meeste mensen nemen de gehele dag, zonder dat ze erbij nadenken, initiatieven om iets te doen, ze vertonen ‘doelgericht gedrag’. Het nastreven van doelgericht gedrag vereist een veelheid aan stappen:

- het denken aan en plannen van acties;
- het verwachten van (anticiperend) plezier (opzoeken van appetitieve stimuli) of het vermijden van iets vervelends (vermijden van aversieve stimuli);
- het kunnen inschatten van de inspanning die nodig is om een actie uit te voeren;
- de bereidheid deze inspanning te leveren;

- het daadwerkelijk kunnen starten van een actie, evalueren en eventueel het aanpassen van het gedrag aan de omstandigheden.^{15,16}

Elk van deze stappen draagt bij aan doelgericht gedrag en bij verstoring hiervan kan dit invloed hebben op de mate van apathie.

Apathiedomeinen

In wetenschappelijke definities worden dergelijke verstoringen gerelateerd aan apathie ingedeeld in drie onderdelen (dimensies) (zie tabel 1):^{1,2,17}

- emotionele apathie;
- cognitieve apathie;
- gedragsmatige/ autoactivatie apathie.

Emotionele apathie

Bij *emotionele apathie* kan het voor iemand moeilijk zijn om te bedenken hoe leuk of plezierig een bepaalde activiteit kan zijn. Ook kan het zijn dat iemand minder plezier beleeft aan een activiteit waarvan men eerder wel genoot. In dit geval nemen de bereidheid en de inspanning om deel te nemen aan activiteiten af, omdat motivationele waarden ontbreken.

Cognitieve apathie

Anderzijds kan apathie te maken hebben met problemen in het vermogen om activiteiten te plannen, te overzien en uit te voeren, dat wordt *cognitieve apathie* genoemd. Dit kan bijvoorbeeld te maken hebben met problemen in het kortetermijngeheugen, aandachtproblemen of planningsproblemen. Hierdoor kan iemand niet flexibel switchen tussen ideeën of gedragingen. Een misschien schijnbaar eenvoudige taak als koken of boodschappen doen, heeft nodig dat functies als aandacht, geheugen en planning intact zijn.

Gedragsmatige/autoactivatie-apathe

Bij apathie door *autoactivatie* problemen heeft iemand moeite met denken (het hoofd kan leeg zijn) en moeite met het doen, oftewel het starten van een motorische beweging om de activiteit in gang te zetten. Deze vorm van apathie wordt gezien als een van de meest ernstige vormen met vaak een zeer laag activiteitsniveau. Wonderlijk genoeg wordt bij deze vorm van apathie gedacht dat externe stimulatie gemakkelijk kan aanzetten tot doelgericht gedrag.² Het (letterlijk) aan de hand nemen van iemand en een stukje wandelen of samen de tuin aanpakken kan dan ineens heel gemakkelijk gaan.

Het is mogelijk dat bepaalde symptoomdimensies van apathie vaker voorkomen in specifieke patiëntpopulaties of in specifieke ziektefasen. Bij patiënten met de ziekte van Alzheimer komt apathie vaak voor in het stadium waarin zij verwarring ervaren en niet in staat zijn hun activiteiten te organiseren en te plannen, waardoor doelgerichte acties verminderen.¹⁸ Bij patiënten met hersenlaesies (met name in de orbitale en mediale prefrontale cortex) wordt vaak een duidelijke vermindering van gevoeligheid voor beloning waargenomen, wat weer leidt tot een vermindering van doelgericht gedrag.²

Tabel 1 Apathiedomeinen (vrij vertaald naar Levy en Dubois, 2006²).

	onvermogen	uitingsvormen	betrokken hersengebieden
emotionele apathie	emoties en affect koppelen aan gedrag	verminderde interesse in hobby's en sociale contacten	orbitale prefrontale cortex
	emotionele afvlakking inschatten van mogelijk positieve/negatieve uitkomsten	verminderd seksleven verminderde persoonlijke hygiëne	mediale prefrontale cortex limbische gebieden van de basale ganglia
cognitieve apathie	overzicht houden over doelen en subdoelen	moeilijkheden met plannen en organiseren van gedrag	dorsolaterale prefrontale cortex
	informatie vasthouden in werkgeheugen	vertraagd reageren	cognitieve gebieden van de basale ganglia
	moeilijk kunnen switchen tussen gedragingen		
gedragsmatige/ autoactivatie-apathe	inzetten van gedrag	verminderde en kortdurende emotionele respons	mediale prefrontale cortex
	spontane activatie in gedachten en emotionele respons	sterk contrast in functioneren bij externe stimulatie	grote laesies in de (grijze/ witte stof van) frontale hersendelen
			cognitieve en limbische gebieden van de basale ganglia

Hersengebieden betrokken bij apathie

Voor het dagelijks handelen is vaak niet nodig te weten welke hersenen betrokken zijn bij het nemen van initiatief of bij uitval ervan, en het optreden van apathie. Toch noemen we hier de uitkomsten van onderzoek naar het verband tussen hersenfuncties en apathie. Apathie blijkt bij meerdere patiëntpopulaties samen te hangen met veranderingen in de voorste (frontale) en dieper gelegen (striatale) hersendelen. Deze hersengebieden zijn doorgaans belangrijk voor vaardigheden zoals het plannen en coördineren van gedrag (cognitieve en executieve vaardigheden) en voor de verwerking van emotionele informatie. Daarnaast is het voorste gedeelte van de cingulaire cortex betrokken bij apathie. Dit gebied ligt meer in het midden van het brein en is in eerder onderzoek betrokken gebleken bij motivationele en beloningsaspecten van gedrag. Recentelijk is ook het onderste (inferieure) gedeelte van de slaapkwabben van de hersenen (de pariëtale cortex) genoemd als belangrijk gebied bij apathie.¹⁹ Dit hersengebied ligt ter hoogte van de bovenkant van het oor en lijkt belangrijk voor het willen bewegen en het bewustzijn van beweging.

Naast bovengenoemde hersengebieden, zijn er ziekte(populatie)-specifieke verstoringen in relatie tot apathie.¹⁹ Bij neurodegeneratieve aandoeningen (zoals Alzheimer) zijn vooral gebieden in de rechterhersenhalft betrokken bij apathie, waaronder de orbitale en dorsale delen van de frontale hersenkwabben, alsook de temporale hersendelen vlak achter het oor.

Apathie bij niet-aangeboren hersenletsel (trauma's, tumoren of bloedingen) hangt vaak samen met problemen in de linker voorste hersenkwab (met name de onderste (orbitale), middelste (mediale) en bovenste (superieure) gebieden van deze frontaalkwab).

Bij mensen met een psychische aandoening lijkt apathie vooral samen te hangen met verstoringen in de mediale frontale (midden voorste) hersendelen in beide hersenhelften.

Diagnose en kwantificatie van apathie

Vragenlijsten

Apathie wordt meestal beoordeeld aan de hand van vragenlijsten, (klinische) interviews en observaties. Er zijn vragenlijsten en observatielijsten ontworpen om apathie te meten, zoals de Apathie Evaluatie Schaal (AES).²⁰ Deze AES is in diverse patiëntpopulaties bruikbaar. Samen met de Neuropsychiatric Inventory (NPI)^{21,22} is dit een van de meest gebruikte schalen om apathie te kwantificeren. De NPI is via de website van het Trimbos-instituut vrij toegankelijk (zie ook tabel 2).

Tabel 2 Screeningsitems van de NPI. Van deze items worden ook de frequentie, ernst en emotionele belasting bevraagd

Lijkt hij/zij minder spontaan en minder actief dan gewoonlijk?
Begint hij/zij minder vaak een gesprek?
Toont hij/zij minder affectie of misschien wel helemaal geen emoties, vergeleken met hoe hij/zij normaal gesproken was?
Helpt hij/zij minder bij huishoudelijke klussen?
Lijkt hij/zij minder geïnteresseerd in de activiteiten en plannen van een ander?
Heeft hij/zij geen belangstelling meer voor vrienden of familie?
Is hij/zij minder enthousiast over zaken die hem/haar gewoonlijk interesseren?
Is er nog iets anders waaruit blijkt dat hij/zij geen interesse heeft om iets nieuws te gaan doen?

Andere apathielijsten zijn specifiek voor een bepaalde patiëntgroep ontworpen, zodat er rekening kan worden gehouden met factoren die apathie kunnen nabootsen. Zo zijn er vragenlijsten vooral geschikt voor patiënten met neuro-

degeneratieve aandoeningen, voor patiënten met niet-aangeboren hersenletsel of met psychiatrische aandoeningen. Voor een overzicht zie tabel 3. Sommige vragenlijsten zijn specifiek ontworpen voor het meten van apathie, terwijl van andere vragenlijsten een specifieke apathie-subschaal of een selectie van items kan worden gebruikt om apathie te meten.

Tabel 3 Een overzicht van de meest gebruikte vragenlijsten voor het kwantificeren van apathie

	neurodegeneratieve aandoeningen	niet-aangeboren hersenletsel	psychiatrie	gezonde populatie
Apathy Scale	X			
ApathyEvaluation Scale	X	X	X	X
Apathy Inventory	X			
Brief Negative Symptom Scale			X	
Brief Psychiatric Rating Scale			X	
Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms			X	
Dementia Apathy Interview and Rating	X			
Frontal System Behavioral Scale		X		
Irritability Apathy Scale	X			
Lille Apathy Rating Scale	X			
Neuropsychiatric Inventory	X	X		
Positive and Negative Syndrome Scale			X	
Scale for the Assessment of Negative Symptoms			X	

Nadelen van vragenlijsten

De meeste van de hier genoemde schalen die worden gebruikt om apathie te meten zijn betrouwbaar en valide om in verschillende populaties te gebruiken, maar er zijn ook aandachtspunten:

- Bij nagenoeg alle instrumenten ontbreekt een geschikte cut-off score voor de aanwezigheid van het apathiesyndroom of klinisch relevante apathie.¹⁴
- Een ander nadeel van het huidige arsenaal aan vragenlijsten is dat het apathie beoordeelt binnen een selectief tijdsbestek (de voorafgaande vier weken bijvoorbeeld). Terwijl het ook informatief kan zijn om te weten of er eerder in iemands leven apathische symptomen aanwezig zijn geweest of dat de apathie bijvoorbeeld is ontstaan als reactie op een bepaalde negatieve levensgebeurtenis of als onderdeel van een ziekte.
- Bovendien specificeert het merendeel van de instrumenten die beschikbaar zijn om apathie te kwantificeren niet welke vragen gebruikt kunnen worden voor het meten van apathie in emotionele, cognitieve en autoactivatiedomeinen. In de klinische praktijk blijkt het (ondanks de beschikbaarheid van de vragenlijsten en interviews) niet goed mogelijk om een beeld te krijgen van de ernst van de apathie bij iemand. Het gericht uitvragen van mensen die de patiënt goed

kennen (heteroanamnese) kan dan helpen bij het opsporen van de apathie, bezien in hoeverre apathie aanwezig is en vanaf wanneer dit probleem lijkt te zijn opgetreden. Vooral bij dementieën, zoals fronto-temporale dementie, is informatie van omstanders erg belangrijk.

Actigrafie

Naast het gebruik van vragenlijsten en interviews zijn recentelijk andere, meer objectieve, methoden geïntroduceerd en onderzocht om apathie te meten. Een van de meest veelbelovende methoden is actigrafie, oftewel het meten van beweging. Het nadeel van het gebruik van vragenlijsten en interviews is namelijk dat deze afhankelijk zijn van klinische observaties van anderen en het geheugen en het inzicht van de patiënt in het eigen functioneren.

Door middel van actigrafische metingen wordt fysiek gedrag continu gemeten in de natuurlijke omgeving van een persoon, door middel van een klein apparaatje (een actometer/actigraaf) dat om de pols, enkel of heup gedragen wordt. Dit apparaat registreert het aantal stappen, maar ook de frequentie en de intensiteit van het motorische gedrag. Het gebruik van actometers bij de beoordeling van apathie is toegepast bij patiënten met de ziekte van Alzheimer,²³ na een beroerte²⁴ en bij mensen met schizofrenie.²⁵ De resultaten van deze studies geven aan dat actigrafie gebruikt kan worden om apathie objectief en op een betrouwbare wijze te kwantificeren. Toekomstig onderzoek moet nog uitwijzen of het ook gebruikt kan worden om resultaten van klinische interventies voor apathie te evalueren. Een voordeel van het gebruik van een actometer of actigraaf is dat het ook gemakkelijk te gebruiken is in de dagelijkse praktijk. De meetapparatuur is relatief betaalbaar en de verkregen data is eenvoudig inzichtelijk en te interpreteren met een klinisch oog als men een globale indruk wil verkrijgen van het activiteitenpatroon (en slaappatroon of slaap-waakritme) van de patiënt.

Mogelijke behandelingen voor apathie

Ondanks dat apathie veel voorkomt en dat het een grote impact heeft op de kwaliteit van leven, kan het door klinici helaas gemakkelijk over het hoofd worden gezien. Inherent aan het probleem zijn mensen met apathie niet snel geneigd om hulp te zoeken, of om deze klachten te bespreken met zijn of haar behandelaar. Helaas zijn er weinig behandelmogelijkheden voor apathie die de oorzaak kunnen wegnemen. Wel helpt een goed begrip van apathie bij het maken van een behandel-, zorg- of verpleegplan.

Bij ouderen of mensen met een psychische aandoening is het belangrijk om ook te kijken naar sociale factoren die apathie veroorzaken en/of versterken. Denk hierbij aan wegvallen van taken en/of een partner, onvoldoende krijgen van (sociale) stimuli inclusief het onvoldoende aanspreken van de eigen mogelijkheden en talenten. Het is daarbij in de praktijk lastig een goed onderscheid te maken tussen een medisch veroorzaakt onvermogen en daarmee samenhangende apathie en/of een sociaal geïnduceerde apathie.

Individuele aanpak. Recentelijk is geopperd dat het goed is een zo individueel mogelijke aanpak te hanteren, waarbij klachten van apathie verder uitgeplozen

moeten worden en oplossingen specifiek gericht zijn op de belangrijkste deelsymptomen, bijvoorbeeld het al dan niet aanwezig zijn van emotionele, cognitieve of autoactivatie-apathie.²⁶

Aanbieden van activiteiten. Omdat een deel van de apathie voortkomt uit het niet goed zelf kunnen genereren van gedrag, helpt vaak het aanbieden van activiteiten om apathie, al is het maar tijdelijk, te verminderen. Mensen in de omgeving van de patiënt (of het nu naasten zijn, verpleegkundigen, zorgverleners of medisch specialisten) kunnen een belangrijke rol vervullen in het creëren van een voldoende prikkelrijke en uitdagende omgeving. Denk aan het aanbieden van boeken, spellen, activiteiten of hobbymateriaal en het gebruik van specifieke verlichting, materialen en voorwerpen.

Geneesmiddelen. Er wordt onderzoek gedaan naar het verminderen van apathie met behulp van geneesmiddelen. Het meeste onderzoek is hierbij gericht op het verminderen van apathie/negatieve symptomen bij schizofrenie en verwante psychosen. Deze farmaceutische interventies zijn vaak gericht op bijvoorbeeld dopaminerge, cholinerge, glutamaterge of GABA-erge systemen.^{5,14} Hoewel sommige studies positieve effecten van antipsychotica en antidepressiva op apathie of negatieve symptomen hebben gemeld bij patiënten met schizofrenie,²⁷⁻³⁰ zijn dergelijke effecten echter helaas vaak beperkt.^{8,31,32} Ook voor andere farmaceutische interventies gericht op apathie bij neurodegeneratieve stoornissen³³ is nog onvoldoende bewijs dat deze kunnen bijdragen aan de vermindering van apathie.

Montessorimethoden. Omdat apathie moeilijk te behandelen is met medicijnen, worden ook andere behandelingsopties bekeken. Zo lijken met name interventies die zijn toegespitst op individuele behoeften, zoals creatieve activiteiten, multi-sensorische stimulatie, maar ook het gebruik van zogeheten Montessorimethoden effectief (voor een overzicht zie ref. 34). Hierbij worden taken bijvoorbeeld opgesplitst in meerdere componenten, worden taken geordend op basis van moeilijkheidsgraad of wordt gebruik gemaakt van het herhaaldelijk oefenen van taken om zo het doelgerichte gedrag te verhogen.³⁵

Neurostimulatie. Een andere behandelmethode voor apathie, die onder andere in Groningen onderzocht wordt, is neurostimulatie. Het gaat hier om repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) en transcraniële direct-current stimulatie (TDCS). Bij deze methoden worden bepaalde hersengebieden van buitenaf gestimuleerd. Bij rTMS gebeurt dit door middel van magnetische pulsen en bij TDCS door een zwakke elektrische stroom die over het hoofd wordt geleid. Beide zorgen ervoor dat de neuronen in het onderliggend hersengebied (in dit geval de buitenkant van de voorste hersendelen) gaan vuren of dat de kans op neuraal vuren wordt verhoogd. Bij deze methoden wordt verondersteld dat het verhogen van de hersenactivatie eraan bijdraagt dat de apathische klachten worden verlicht, doordat mensen een activiteit gemakkelijker kunnen starten, overzien en volhouden. Je zou deze behandeling als een soort startmotor kunnen zien, waarmee het mensen iets gemakkelijker wordt gemaakt om doelgericht gedrag te vertonen. De werkzaamheid van deze neurostimulatieve methoden voor de behandeling van apathie of negatieve symptomen bij mensen met schizofrenie is echter nog niet voldoende vastgesteld.

Eerdere onderzoeken laten wisselende, maar overwegend gunstige, resultaten zien voor het gebruik van rTMS bij het verminderen van negatieve symptomen bij mensen met een vatbaarheid voor psychosen.³⁶ Mogelijk dat klinische kenmerken, zoals ziekteduur, medicatiegebruik en ziekte-ernst, maar wellicht ook de structuur van het brein een belangrijke rol spelen bij de effectiviteit van de behandeling.³⁷ Het aanpassen van een behandeling aan dergelijke individuele karakteristieken zou ervoor kunnen zorgen dat er een zo goed mogelijk behandelresultaat wordt bereikt. Voor de klinische praktijk lijken TMS en TDCS nog geen gangbare behandelmethoden. Het vereist de nodige training en kennis van de werking van de werkingsmechanismen en de gebruikte apparatuur, daarbij is met name een TMS-apparaat kostbaar, maar bovenal is aanvullend onderzoek noodzakelijk om deze methoden gericht en goed afgesteld in te kunnen zetten bij diverse patiëntpopulaties ten behoeve van een reductie in apathie.

Samenvatting en conclusie

Apathie kan omschreven worden als een verlies van motivatie en initiatief, en gevoelens van lusteloosheid. Het opstarten en volhouden van activiteiten is lastig voor mensen met apathie, waardoor minder activiteiten ondernomen worden, met name wanneer deze vanuit iemand zelf moeten komen. Zelfs het ondernemen van eenvoudige alledaagse activiteiten kan door apathie ernstig worden bemoeilijkt. Helaas komt apathie relatief vaak voor.

Apathie hangt samen met een ander volume en ander activiteitsniveau in met name de voorste (frontale) en dieper gelegen (striatale) hersengebieden, maar ook in de slaapkwab (pariëtale cortex).

Er zijn weinig behandelmogelijkheden gericht op de oorzaak. Wel zijn er veel mogelijkheden om in de zorgverlening aan te sluiten bij apathie en het verminderen ervan. Om behandel effecten te vergroten is het van belang dit af te stemmen op specifieke patiëntkarakteristieken, waarbij het type apathie mogelijk ook beter uitgesproken dient te worden. Vanuit verpleegkundig perspectief en ook vanuit zorg aangeboden door gemeentelijke wijkteams is veel mogelijk om mensen die aan apathie lijden te helpen activeren. Het gaat dan niet om genezen, maar om het verhogen van de kwaliteit van leven en het voorkomen van ernstige zelfverwaarlozing. Het betreft het actief en aanhoudend aanbieden van thuiszorg, activiteiten (bij bijvoorbeeld dagbestedingscentra) en het helpen creëren van een stimulerende leefomgeving, aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt. De grootste valkuil daarbij is te wachten op het initiatief van de patiënt.

Literatuur

- 1 Robert P, Onyike CU, Leentjens AFG, Dujardin K, Aalten P, Starkstein S, et al. Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. *European Psychiatry* 2009;24(2):98-104.
- 2 Levy R, Dubois B. Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits. *Cereb Cortex* 2006 Jul;16(7):916-28.
- 3 Pardini M, Cordano C, Guida S, Grafman J, Krueger F, Sassos D, et al. Prevalence and cognitive underpinnings of isolated apathy in young healthy subjects. *J Affect Disord.* 2016 Jan 1;189:272-5.
- 4 Clarke DE, Ko JY, Kuhl EA, Reekum R van, Salvador R, Marin RS. Are the available apathy measures reliable and valid? A review of the psychometric evidence. *J Psychosom Res.* 2011 Jan;70(1):73-97.
- 5 Chase TN. Apathy in neuropsychiatric disease: diagnosis, pathophysiology, and treatment. *Neurotox Res.* 2011 Feb;19(2):266-78.
- 6 Dalen JW van, Charante EPM van, Nederkoorn PJ, Gool WA van, Richard E. Poststroke apathy. *Stroke* 2013;44(3):851-60.
- 7 Barch DM, Dowd EC. Goal representations and motivational drive in schizophrenia: The role of prefrontal-striatal interactions. *Schizophr Bull.* 2010;36(5):919-34.
- 8 Fervaha G, Foussias G, Agid O, Remington G. Motivational deficits in early schizophrenia: Prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophr Res.* 2015 Aug;166(1-3):9-16.
- 9 Foussias G, Siddiqui I, Fervaha G, Mann S, McDonald K, Agid O, et al. Motivated to do well: An examination of the relationships between motivation, effort, and cognitive performance in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2015 Aug;166(1-3):276-82.
- 10 Mulin E, Leone E, Dujardin K, Delliaux M, Leentjens A, Nobili F, et al. Diagnostic criteria for apathy in clinical practice. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011 Feb;26(2):158-65.
- 11 Caeiro L, Ferro JM, Costa J. Apathy secondary to stroke: a systematic review and meta-analysis. *Cerebrovasc Dis.* 2013;35(1):23-39.
- 12 Ishii S, Weintraub N, Mervis JR. Apathy: a common psychiatric syndrome in the elderly. *J Am Med Dir Assoc.* 2009 Jul;10(6):381-93.
- 13 Theleritis C, Politis A, Siarkos K, Lyketsos CG. A review of neuroimaging findings of apathy in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr.* 2014 Feb;26(2):195-207.
- 14 Reekum R van, Stuss DT, Ostrander L. Apathy: why care? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2005 Winter;17(1):7-19.
- 15 Hommel B. Goal-directed actions. In: Waldmann M, Hagmayer Y, editors. *Handbook of causal reasoning.* Oxford: Oxford University Press; 2016.
- 16 Kring AM, Barch DM. The motivation and pleasure dimension of negative symptoms: neural substrates and behavioral outputs. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2014 May;24(5):725-36.
- 17 Stuss DT, Reekum R van, Murphy KJ. Differentiation of states and causes of apathy. In Borod JC. *The neuropsychology of emotion.* Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 340-63.

- 18 Marin RS. Differential diagnosis and classification of apathy. *Am J Psychiatry* 1990 Jan;147(1):22-30.
- 19 Kos C, Tol MJ van, Marsman JC, Knegtering H, Aleman A. Neural correlates of apathy in patients with neurodegenerative disorders, acquired brain injury, and psychiatric disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016 Oct;69:381-401.
- 20 Marin RS, Biedrzycki RC, Firinciogullari S. Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Res*. 1991 Aug;38(2):143-62.
- 21 Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994 Dec;44(12):2308-14.
- 22 Cummings JL. The neuropsychiatric inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997 May;48(5):S10-S16.
- 23 Valembois L, Oasi C, Pariel S, Jarzebowski W, Lafuente-Lafuente C, Belmin J. Wrist actigraphy: A simple way to record motor activity in elderly patients with dementia and apathy or aberrant motor behavior. *J Nutr Health Aging* 2015 Aug;19(7):759-64.
- 24 Goldfine AM, Dehbandi B, Kennedy JM, Sabot B, Semper C, Putrino D. Quantifying poststroke apathy with actimeters. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2016 Feb 22;appineuropsych15090235.
- 25 Docx L, Sabbe B, Provinciael P, Merckx N, Morrens M. Quantitative psychomotor dysfunction in schizophrenia: a loss of drive, impaired movement execution or both? *Neuropsychobiology* 2013;68(4):221-7.
- 26 Massimo L, Evans LK, Grossman M. Differentiating Subtypes of apathy to improve person-centered care in frontotemporal degeneration. *J Gerontol Nurs*. 2014 Oct;40(10):58-65.
- 27 Barnes TR, Leeson VC, Paton C, Costelloe C, Simon J, Kiss N, et al. Antidepressant Controlled Trial For Negative Symptoms In Schizophrenia (ACTIONS): a double-blind, placebo-controlled, randomised clinical trial. *Health Technol Assess*. 2016 Apr;20(29):1-46.
- 28 Corcoran C, Wong ML, O'Keane V. Bupropion in the management of apathy. *J Psychopharmacol*. 2004 Mar;18(1):133-5.
- 29 Kantrowitz JT, Woods SW, Petkova E, Cornblatt B, Corcoran CM, Chen H, et al. D-serine for the treatment of negative symptoms in individuals at clinical high risk of schizophrenia: a pilot, double-blind, placebo-controlled, randomised parallel group mechanistic proof-of-concept trial. *Lancet Psychiatry* 2015 May;2(5):403-12.
- 30 Leentjens AF, Koester J, Fruh B, Shephard DT, Barone P, Houben JJ. The effect of pramipexole on mood and motivational symptoms in Parkinson's disease: a meta-analysis of placebo-controlled studies. *Clin Ther*. 2009 Jan;31(1):89-98.
- 31 Aleman A, Lincoln TM, Bruggeman R, Melle I, Arends J, Arango C, et al. Treatment of negative symptoms: Where do we stand, and where do we go? *Schizophr Res*. 2017 Aug;186:55-62.
- 32 Starkstein SE, Brockman S, Hatch KK, Bruce DG, Almeida OP, Davis WA, et al. A randomized, placebo-controlled, double-blind efficacy study of nefiracetam to treat poststroke apathy. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2016 May;25(5):1119-27.
- 33 Drijgers RL, Aalten P, Winogrodzka A, Verhey FR, Leentjens AF. Pharmacological treatment of apathy in neurodegenerative diseases: a systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2009;28(1):13-22.

- 34 Lanctôt KL, Agüera-Ortiz L, Brodaty H, Francis PT, Geda YE, Ismail Z, et al. Apathy associated with neurocognitive disorders: recent progress and future directions. *Alzheimers Dement*. 2017 Jan;13(1):84-100.
- 35 Ploeg ES van der, Eppingstall B, Camp CJ, Runci SJ, Taffe J, O'Connor DW. A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2013 Apr;25(4):565-75.
- 36 Dlabac-de Lange JJ, Bais L, Es FD van, Visser BG, Reinink E, Bakker B, et al. Efficacy of bilateral repetitive transcranial magnetic stimulation for negative symptoms of schizophrenia: results of a multicenter double-blind randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2015 Apr;45(6):1263-75.
- 37 Koops S, Slotema CW, Kos C, Bais L, Aleman A, Blom JD, et al. Predicting response to rTMS for auditory hallucinations: Younger patients and females do better. *Schizophr Res*. 2017 Sep 6. pii: S0920-9964(17)30535-2. doi: 10.1016/j.schres.2017.08.060. [Epub ahead of print.]

De relatie tussen ouderschapsstijlen en schemamodi tijdens klinische schematherapie met cliënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen

Eline Tappel, Karin Timmerman en Gerben J. Westerhof

Introductie

Binnen de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen (PS) is de therapeutische relatie een belangrijk onderdeel. Persoonlijkheidsproblematiek speelt zich vaak af op het gebied van interpersoonlijke relaties, veelal ontwikkeld vanuit disfunctionele relaties met ouders of verzorgers (Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen, 2017; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Schematherapie is een behandelmethode die om deze reden expliciet vorm geeft aan de therapeutische relatie als interventie, middels de zogeheten 'limited reparenting' (Arntz, 2016). Met dit onderzoek willen we kijken naar deze eerdere disfunctionele relaties met de ouders en onderzoeken hoe deze samenhangen met de ontwikkelingen binnen de behandeling.

In de behandeling van PS is Schematherapie (ST) één van de aanbevolen psychotherapeutische methoden (Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen, 2017). Binnen ST worden vijf universele emotionele basisbehoeften beschreven; (1) Veiligheid en Verbondenheid; (2) Autonomie (3) Zelfexpressie; (4) Spontaniteit en spel; (5) Realistische grenzen (Young et al., 2003). Wanneer er in de kindertijd aan deze behoeften tegemoet wordt gekomen is de kans groot dat het kind zich ontwikkelt tot een gezond functionerende volwassene, die in zijn eigen volwassen basisbehoeften kan voorzien. Young en collega's (2003) beschouwen negatieve ervaringen met ouderfiguren als de belangrijkste factor voor frustratie van deze behoeften en zien dit als belangrijke basis in de ontwikkeling van PS. Gedragingen van ouders die bijvoorbeeld onvoorspelbaar waren of het kind in de steek hebben gelaten, kunnen maken dat de behoefte van het kind om zich veilig te hechten aan belangrijke anderen niet kan worden vervuld. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat een persoon overmatig gevoelig wordt voor verlating door anderen.

Binnen de schematherapie is de therapeutische relatie een belangrijke middel om deze negatieve ervaringen met ouders te verwerken door middel van 'limited reparenting'.

Dit houdt in dat de therapeut een herstellende hechtingsrelatie aangaat met de cliënt. De therapeutische relatie dient een correctieve interpersoonlijke ervaring te zijn, waarbinnen nieuwe positieve ervaringen worden opgedaan en waarin alsnog tegemoet wordt gekomen aan de emotionele basisbehoeften (Arntz, 2016; Arntz & Jacob, 2012; Fassbinder, Schweiger, Jacob & Arntz, 2014; Young et al., 2003).

PS worden zichtbaar in schema's en schemamodi. Dit zijn de patronen (schema's) en gemoedstoestanden (schemamodi) die zijn ontstaan in de kindertijd, door de onvervulde basisbehoeften. Zowel schema's als schemamodi zijn aanwezig in het

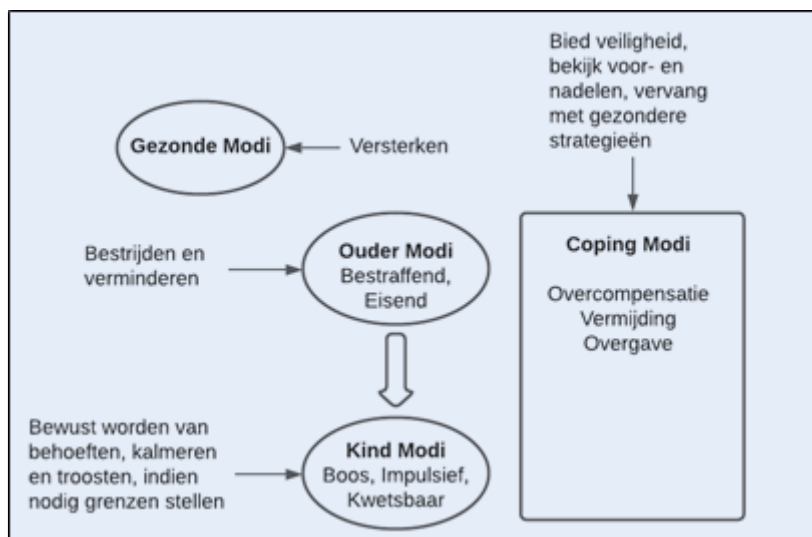
hier en nu en beïnvloeden hoe een persoon naar zichzelf en de wereld kijkt. De schema's staan voor de interne representaties van gedachten en ervaringen en de modi staan voor de gemoedstoestanden en de coping. Behandeling volgens het schema-modusmodel (Bijlage 1) is specifiek ontworpen voor cliënten met complexere problematiek, omdat de modi beter kunnen worden waargenomen in de gemoedstoestanden en dan directer kunnen worden aangesproken (Arntz & Jacob, 2012; Young et al., 2003).

De schemamodi zijn onder te verdelen in 4 categorieën, 3 disfunctionele en 1 functionele (Bijlage 1). De disfunctionele schemamodi bestaan uit de kindmodi, de copingmodi en de oudermodi. De kindmodi representeren de heftige emoties (zoals angst, verdriet en boosheid) die zijn ontstaan vanuit de onbevredigde emotionele basisbehoeften. De copingmodi staan voor de copingreacties die zijn aangeleerd, gebaseerd op vechten, vluchten of bevriezen. De oudermodi staan voor de geïnternaliseerde kritische of afwijzende ouderboodschappen.

De functionele modi staan voor positieve emoties en adaptieve/ gezonde wijze van omgaan met zichzelf en hun behoeften (Arntz & Jacob, 2012; Fassbinder et al., 2014; Young et al., 2003).

Voor elke schemamodus zijn specifieke doelen tijdens de behandeling (Figuur 1). De oudermodi en de copingmodi blokkeren de toegang tot de onderliggende kindmodi en kunnen verminderd worden door ze te herkennen in de context van de opvoeding en de huidige voor- en nadelen hiervan te bespreken. Vervolgens kan binnen de veiligheid van de behandeling, onder andere door limited reparenting, waarin de therapeut oude overtuigingen tegensprekt en gezond ouderschap modelleert, de oudermodi en de copingmodi meer worden losgelaten en de kindmodi meer in beeld komen. Wanneer kindmodi worden geactiveerd, biedt de therapeut (en de groepsleden) ondersteuning en troost aan de cliënt. Op deze wijze worden

Figuur 1: Mode-specific goals of therapy. Herdrukt van 'The schema mode model for personality disorders.' door E. Fassbinder, U. Schweiger, G. Jacob, en A. Arntz, 2014, *Die Psychiatrie*, 11, p.78-86. Copyright 2014 by Die Psychiatrie. Aangepast in het Nederlands met toestemming.



basisbehoeften binnen de grenzen van de therapeutische relatie alsnog vervuld. Zodoende kan nieuw en gezond volwassen gedrag worden aangeleerd (Arntz & Jacob 2012; Fassbinder et al., 2014; Young et al., 2003; Yakin, Grasman & Arntz, 2020).

Young heeft zeventien ouderschapsstijlen geformuleerd die een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van een kind (Tabel 1). De Young Parenting Inventory (YPI) werd ontwikkeld op basis van de schema's en zijn eigen klinische praktijkervaringen. Hoewel dit instrument wereldwijd wordt ingezet ter inventarisatie van de opvoeding van cliënten blijkt weinig onderzoek verricht te zijn naar de psychometrische kwaliteiten. Slenders (2014) is de enige die validatie en factoranalyse van de YPI heeft uitgevoerd met inbegrip van zowel klinische als niet-klinische respondenten. Hieruit kwamen zeven verschillende ouderschapsstijlen (factoren) naar voren, te noemen: (1) kleinerende en bestraffende opvoeding; (2) opvoeding gekenmerkt door emotionele verwaarlozing en kilte; (3) conditionele/narcistische opvoeding; (4) parentificerende opvoeding; (5) opvoeding met overmatig veel regels en structuur; (6) overbeschermende opvoeding; (7) autonomie inperkende opvoeding.

Met deze studie willen we meer zicht krijgen op de invloed van ouderschapsstijlen op de ontwikkeling van schemamodi en hoe deze binnen een klinische behandeling veranderen. Ten eerste onderzoeken we de validiteit en betrouwbaarheid van de YPI in een klinische populatie. Vervolgens onderzoeken we de relatie van de ouderschapsstijlen met de veranderingen in schemamodi gedurende de behandeling.

Methodie

Onderzoeksdesign

Er is gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign, middels een voor- en nameting, correlaties en factoranalyse binnen de klinische psychotherapie-afdeling 'de Boerhaven' van Mediant. Een deel van de onderzochte data werd eerder gebruikt in onderzoek van Wolterink en Westerhof (2018) en Schaap en collega's (2016). Voor het huidige onderzoek is de dataset aangevuld met nieuwe respondenten.

Klinische schematherapie

De klinische schematherapeutische behandeling vond plaats bij kliniek 'de Boerhaven', voorheen 'de Wieke'. Cliënten verbleven doordeweeks in de kliniek en in het weekend thuis. Er zijn drie basisgroepen (maximaal negen personen) resulterend in maximaal 27 cliënten. Naast één sessie beeldende therapie, psychodrama therapie en psychomotorische therapie, vinden er elke week twee sessie schemagerichte groepspsychotherapie plaats. Daarbij zijn er sessies gericht op maatschappelijke oriëntatie, sociotherapie en farmacotherapie. Het is voor cliënten mogelijk om naast een standaard programma andere modules te volgen, waaronder een module over zelfcontrole, zelfexpressie, ervaringsgerichte schematherapie, cognitieve schematherapie en casusconceptualisatie. Sociotherapeuten zijn aanwezig in de leefomgeving van de cliënt waar zij zorgen voor toezicht op dagelijkse activiteiten en een veilige therapeutische omgeving. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van klinische schematherapie wordt verwezen naar Wolterink en Westerhof (2018).

Tabel 1: Zeventien opvoedingsstijlen van de YPI met de corresponderende onbevredigde emotionele basisbehoeften.

Onbevredigde emotionele basisbehoeften	YPI Ouderschapsstijl
Domein I	
Onverbondenheid en afwijzing	1. Verlatingsangst en instabiliteit* 2. Wantrouwen en/of misbruik* 3. Emotioneel tekort* 4. Minderwaardigheid en schaamte*
Domein II	
Verzwakte autonomie en verzwakt functioneren	5. Afhankelijkheid en Incompetentie 6. Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar* 7. Verstengeling en Onderontwikkeld zelf* 8. Mislukken
Domein III	
Verzwakte grenzen	9. Zichzelf rechten toe eigenen 10. Gebrek aan zelfcontrole en zelfdiscipline*
Domein IV	
Gerichtheid op anderen	11. Onderwerping* 12. Zelfopoffering* 13. Goedkeuring en erkenning zoeken*
Domein V	
Overmatige waakzaamheid en inhibitie	14. Negativiteit en Pessimisme* 15. Emotionele geremdheid* 16. Extreem hoge eisen* 17. Bestraffende houding*

Noot. Herdrukt van Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten (p. 15-18),

door J. E. Young, J. S. Klosko, M. E. Weishaar, 2003, New York: Guilford. * = items van deze schalen komen tezamen in de zeven factoren, gevalideerd door Slenders (2014).

Deelnemers

Deelnemers van huidig onderzoek hebben complexe PS. Ze ervaren een hoog niveau van lijden, hebben vaak comorbide stoornissen en problemen op verschillende belangrijke levensgebieden (Wolterink & Westerhof, 2018). Inclusiecriteria zijn een IQ > 80 en daarnaast voldoende begrip van de Nederlandse taal om ST te kunnen volgen. Verder dienen ze al een vorm van ambulante en/of deeltijdbehandeling te hebben gehad waarvan zij onvoldoende hebben kunnen profiteren. Exlusiecriteria zijn cliënten in acute crisis (suïcidaal gedrag), actuele psychose en agressief gedrag jegens anderen.

Voor de validatie van de YPI werden 204 respondenten geïnccludeerd in de periode van april 2012 tot september 2019. Onder deze respondenten waren 156 vrouwen (76,5%, gemiddelde leeftijd van 26 jaar) en 48 waren mannen (23,5%, gemiddelde leeftijd van 30 jaar).

Bij 146 respondenten is naast de YPI ook de Schema Mode Inventory afgenomen (zie verder bij vragenlijsten). Dit is de onderzoeksgroep voor de tweede onderzoeksvraag

over de relatie van de ouderschapsstijlen met de veranderingen in schemamodi gedurende de behandeling. Van deze 146 deelnemers waren 51 deelnemers drop out (behandeling korter dan 6 maanden) en hadden 5 cliënten de metingen niet voltooid (>50% ontbrekende waarden), deze werden daarom geëxcludeerd. In totaal werd een voor- en nameting van de SMI bij 76 cliënten afgenomen. Van deze deelnemers waren 56 vrouw (73,7%) en 20 man (26,3%, met een gemiddelde leeftijd van 26 jaar ($\sigma = 6.09$). Alle 76 deelnemers voltooiden de behandeling, met een gemiddelde behandelingsduur van 58 weken ($\sigma = 13.50$).

Vragenlijsten

Young Parenting Inventory (Young, 1999) is een zelfrapportagevragenlijst en bestaat uit 72 items die elk betrekking hebben op de perceptie van ouderlijk gedrag tijdens de kindertijd. De items worden afzonderlijk beantwoord voor de vader en moeder, en worden beoordeeld op een 6-punts Likert-schaal variërend van 'helemaal niet waar voor mij' tot 'beschrijft mij perfect'. Een voorbeeldvraag is: vader/moeder '*was warm en lichamelijk liefdevol*' en '*heeft mij lichamelijk, emotioneel of seksueel misbruikt*'. Slenders (2014) vond een goede interne validiteit en een matige tot sterke interne consistentie voor de zeven ouderschapsstijlen van de Nederlands vertaalde YPI. Cronbach's alpha betrouwbaarheidswaarden varieerden tussen voldoende en uitstekend ($\alpha = .61$ tot $\alpha = .95$).

Schema Modi Inventory (Young et al., 2007) is een zelfrapportagevragenlijst en bestaat uit 124 items. Deze meet in totaal 14 schemamodi. Items worden beoordeeld op een Likert-schaal van 6 punten, uiteenlopend van 'helemaal niet waar' tot 'helemaal waar'. Een voorbeeldvraag is '*Ik verdien het om gestraft te worden*' en '*Ik voel me geliefd en geaccepteerd*'. Lobbestael en collega's (2010) bevonden de SMI een valide instrument met een goede interne consistentie (variërend van $\alpha = .79$ tot $\alpha = .96$), en voldoende test-hertestbetrouwbaarheid (variërend van .65 tot .92) (Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten, & Arntz, 2010).

Procedure

Metingen van de opvoedingsstijlen (YPI) en modi (SMI) vonden gemiddeld zeven weken voor de behandeling plaats (voormeting) en aan het einde van de behandeling gemiddeld 48 weken na opname (nameting). Alle cliënten die in behandeling kwamen werden geïnformeerd en gevraagd of zij wilden deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek. Alle deelnemers van dit onderzoek hebben toestemming gegeven voor deelname. Masterstudenten psychologie, die onder toezicht stonden van klinische psychologen, voerden de gegevensverzameling uit.

Data-analyse

Statistische analyses werden uitgevoerd met behulp van IBM SPSS Statistics 21. Eerst werd onderzocht of de gegevens van de YPI normaal verdeeld waren, voordat de constructsvaliditeit- en betrouwbaarheidswaarden werden geanalyseerd. Op basis van resultaten voortkomend uit de KMO-index en de Bartlett's test of Sphericity wordt gesteld of een factoranalyse kan worden uitgevoerd. Om de factorstructuur te onderzoeken is een exploratieve factoranalyse (EFA) uitgevoerd. De oblique method (promax) is toegepast en op basis van Parallel Analyses (PA) werd het aantal factoren van de YPI bepaald. Criteria voor itemselectie zijn vastgesteld ter selectie van de meest prominente items. Items worden meegenomen in geval de lading een absolute

waarde van .40 of hoger omvat. Bij kruisladingen op meerdere factoren wordt voorkeur gegeven aan de hoogste lader, en wanneer bij kruisladingen meerdere items boven een waarde van .50 uitkomen worden deze verwijderd voor verdere analyse. Een factor met vijf of meer items met absolute waarden van .50 of hoger wordt beschouwd als solide factor, waarnaast een factor met minder dan drie items wordt beschouwd als zwak en daarom voor verdere analyse wordt uitgesloten. Cronbach's alpha waarden van .60 of hoger worden als voldoende betrouwbaar geacht. Voor de scores op de SMI zijn de gemiddelden en standaarddeviaties berekend voor de voor- en de nameting. Met het verschil in uitkomsten tussen de voor- en nameting is middels een paired samples *t*-test berekend of de veranderingen significant waren en zijn de effectgroottes (Cohen's *d*) voor elke schemamodus berekend. Daarbij worden scores < 0.49 als een klein effect gezien, 0.50-0.79 als een middelgroot effect, 0.80-1.29 als een groot effect en > 1.30 als een zeer groot effect. Om de correlatie tussen ouderschapsstijlen en schemamodi te onderzoeken wordt gebruikt gemaakt van de Pearson correlatiecoëfficiënt (two-tailed). Residual gain scores zijn berekend op basis van de formule $Z_2 - (Z_1 * r_{1-2})$ en ingezet bij de Pearson correlatie analyse. Interpretaties van de Pearson correlatiecoëfficiënt zijn gebaseerd op de stratificatie van Schober en collega's (2018), dat wil zeggen met een waarde vanaf .10 voor een zwakke correlatie, .40 matig, .70 sterk en .90 voor een hele sterke correlatie.

Resultaten

Onderzoeksvraag I Factoranalyse YPI

Om de constructvaliditeit van de YPI te meten is een exploratieve factoranalyse uitgevoerd met SPSS. Een KMO index van .89 werd gevonden voor de YPI-Vader, naast een statistisch significante Bartlett's test of Sphericity χ^2 (2556, $n = 204$) = 9245.99, $p < .001$. Voor de YPI-Moeder werd een KMO-index van .91 gevonden, samen met een significante Bartlett's test of Sphericity χ^2 (2556, $n = 204$) = 10888.77, $p < .001$. Met deze uitkomsten werd voldaan aan de twee uitgangspunten voor het uitvoeren van een factoranalyse.

De exploratieve factoranalyse resulteerde in veertien factoren voor de YPI-Moeder en zeventien factoren voor de YPI-Vader. Echter, op basis van Parallel Analyses (PA) zijn vijf factoren geëxtraheerd, zowel voor de YPI-Vader als voor de YPI-Moeder. Voor de YPI-Moeder verklaart dit vijffactorenmodel 63.34% van de variantie met eigenwaarden uiteenlopend van 1.42 tot 16.30. Daarnaast verklaart een vijffactorenmodel 58.00% van de variantie voor de YPI-Vader met eigenwaarden uiteenlopend van 1.62 tot 14.27. Op basis van deze waarden wordt gesteld dat het vijffactorenmodel de meest passende oplossing is om de ouderschapsstijlen te verklaren. Figuur 2 presenteert de samenstelling van de YPI-Moeder en de YPI-Vader. Voor de YPI-Moeder hebben we de eerste factor 'Kleinerende moeder' benoemd. Dit is een samenstelling van de items voortkomend uit de volgende YPI-subschalen: Tekortschieten/Schaamte, Mislukken, Onderwerping, Pessimisme en Bestraffendheid. 'Kleinerende vader' is gebaseerd op dezelfde items als Kleinerende moeder, met de toevoeging van items voortkomend uit de subschaal Wantrouwen/Misbruik. Een overzicht van de geïnccludeerde items en factorladingen is weergegeven in Bijlage 2.

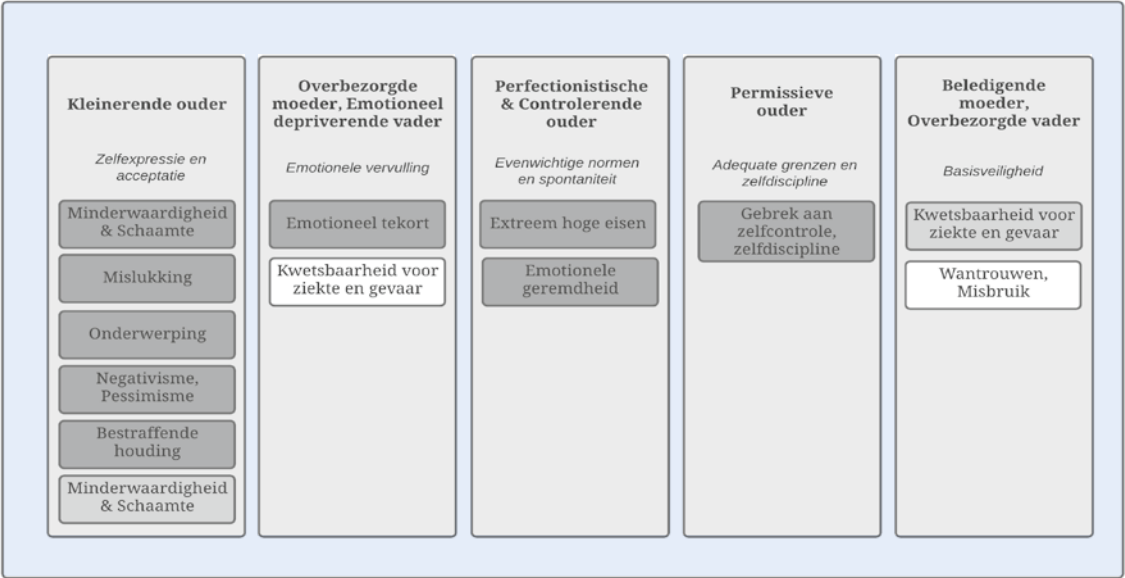
Ter inventarisatie van de betrouwbaarheid van de YPI zijn de Cronbach’s alpha waarden onderzocht (Tabel 3). Deze betrouwbaarheidswaarden wisselen af tussen goed en uitstekend voor de YPI-Moeder ($\alpha = .83$ tot $.96$), en van voldoende tot uitstekend voor de YPI-Vader ($\alpha = .71$ tot $.95$). De Overbeschermende moeder en een Perfectionistische en Controlerende vader zijn het meest voorkomend in de onderzochte populatie. Hierop volgen een Perfectionistische en Controlerende moeder en een Emotioneel depriverende vader (zie Tabel 2).

Tabel 2: Beschrijvende statistieken van de YPI voor vader en moeder (n=204)

	Moeder			Vader		
YPI	M	SD	α	M	SD	α
Kleinerende ouder	2.57	1.28	.96	2.51	1.16	.95
Overbesch M Emo depr V	3.42	1.19	.87	3.04	1.33	.91
Perfectionistische ouder	3.24	1.21	.83	3.50	1.34	.83
Permissieve ouder	2.24	1.21	.83	2.31	1.17	.78
Beledig M Overbesch V	1.84	1.22	.84	1.90	1.03	.74
Total	2.75	.70	.89	2.74	.72	.91

Noot. M = Moeder, V = Vader.

Figuur 2: Nieuw voorgesteld vijffactorenmodel voor de YPI-Moeder en YPI-Vader



Noot: Donkergrijze vakken vertegenwoordigen items van de YPI-subschalen die gelden voor zowel Moeder als Vader.
Lichtgrijze vakken vertegenwoordigen enkel YPI-Vader en witte vakken vertegenwoordigen YPI-Moeder

Onderzoeksvraag 2 Correlatie ouderschapsstijlen en de veranderingen in schemamodi

In Tabel 3 is een eerste exploratie weergegeven van verschil in uitkomsten tussen de voor- en nameting van de SMI-modi van de onderzoeksgroep, middels een paired samples *t*-test en effectgroottes (Cohen's *d*). Daarin wordt zichtbaar dat de grootste veranderingen plaatsvinden, met een grote effectsize, op de schemamodi van het kwetsbare kind, de willoze inschikkelijke, de onthechte zelfsusser, het blij kind en de gezonde volwassene.

Tabel 4 geeft een overzicht weer van de Pearson correlaties van de verandering van de verschillende modi in relatie tot de vaderlijke ouderschapsstijlen. Er werden geen significante uitkomsten gevonden bij de vergelijking tussen de verandering in modi en ouderschapsstijlen van moeder.

Er werd gevonden dat hogere scores op de factor Kleinerende vader bij aanvang van behandeling samenhangen met een significant sterkere afname van de modi van het Impulsieve kind, het Ongedisciplineerde kind en de Onthechte zelfsusser bij de afronding van de behandeling. Hogere scores op de Perfectionistische vader bij aanvang van behandeling hangen samen met een significante daling van het Boze kind, de Zelfverheerlijker en de Pest en aanval modus en met een significante toename van de Gezonde volwassene bij afronding. Verder blijkt een hogere score op de Permissieve vader bij aanvang van behandeling samen te hangen met vermindering van het Kwetsbare kind, de Willoze inschikkelijke en de disfunctionele ouder modi en met een toename op het Blij kind bij de afronding. Binnen dit onderzoek is de Permissieve vader gerelateerd aan de meeste variabelen, waarvan de sterkste relatie wordt aangetoond met verandering van de Willoze inschikkelijke modus ($r = -.36$). De weergegeven significante relaties zijn verder steeds zwakke correlaties. Er zijn geen lineaire verbanden gevonden voor verandering in schemamodi van het Woedende kind en de Afstandelijke beschermer in relatie met de onderzochte ouderschapsstijlen.

Tabel 3: Uitkomsten schemamodi voor en na behandeling (n = 76).

SMI modus	Voor behandeling M (SD)	Na behandeling M (SD)	Voor-, Nameting M (SD)	t	d
Kwetsbaar kind	39.18 (7.52)	28.95 (11.01)	-10.4 (12.38)	-7.21**	-0.83
Woedend kind	30.67 (8.53)	26.41 (8.88)	-4.26 (8.71)	-4.27**	-0.49
Razend kind	17.13 (6.46)	14.57 (6.58)	-2.57 (5.71)	-3.92**	-0.45
Impulsief kind	23.17 (7.59)	20.07 (7.39)	-3.11 (6.78)	-3.99**	-0.46
Ongedisciplineerd kind	20.43 (5.09)	17.07 (5.42)	-3.37 (5.38)	-5.46**	-0.63
Willoze inschikkelijke	26.22 (5.31)	19.84 (6.13)	-6.38 (7.99)	-6.96**	-0.80
Onthechte beschermer	29.67 (7.65)	23.35 (10.06)	-6.40 (9.14)	-6.07**	-0.70
Onthechte zelfsusser	14.99 (3.49)	11.32 (4.35)	-3.67 (4.53)	-7.07**	-0.81
Zelfverheerlijker	24.41 (7.54)	22.80 (6.65)	-1.61 (6.19)	-2.26*	-0.26
Pest en aanval	16.59 (5.89)	15.33 (6.04)	-1.26 (5.71)	-1.93	-0.22
Straffende ouder	29.99 (9.08)	23.64 (11.26)	-6.34 (10.47)	-5.28**	-0.61
Eisende ouder	37.00 (9.57)	32.13 (8.99)	-4.87 (9.65)	-4.40**	-0.50
Blij kind	24.87 (5.64)	34.88 (9.48)	10.01 (9.21)	9.48**	1.09
Gezonde volwassene	33.36 (6.10)	40.26 (6.51)	6.91 (8.40)	7.17**	0.82

Noot. * $p < .05$. ** $p < .001$.

d = M/SD gebaseerd op gepaarde verschillen

Tabel 4: Pearson correlaties tussen residual gain scores van de SMI-modi en de YPI-Vader factoren (n=76).

	Kleinerende vader	Emotioneel depriverende vader	Perfectionistische vader	Permissieve vader	Overbeschermende vader
Kwetsbaar kind	-.17	.02	-.14	-.29*	-.02
Woedend kind	-.22	.08	-.32**	-.09	.03
Razend kind	-.10	.03	-.19	-.11	.06
Impulsief kind	-.23*	.15	-.17	-.14	.02
Ongedisciplineerd kind	-.23*	.05	-.12	-.06	.09
Willoze inschikkelijke	-.09	-.01	-.08	-.36*	-.06
Onthechte beschermer	-.12	.08	.20	.05	.01
Onthechte zelfsusser	-.24*	.14	-.21	-.14	.09
Zelfverheerlijker	-.21	.11	-.26*	.03	.10
Pest en aanval	-.10	.04	-.26*	.03	.10
Straffende ouder	-.14	.00	-.16	-.24*	.00
Eisende ouder	-.02	.02	-.07	-.23*	.09
Blijde kind	.22	.02	.14	.24*	.05
Gezonde volwassene	.20	.00	.23*	.16	.12

Noot. * $p < .05$. ** $p < .01$ (two-tailed).

Discussie

5 factorenmodel in samenhang met de 5 basisbehoeften

In huidig onderzoek naar de YPI werd een vijf factorenmodel representatief bevonden voor zowel vaderlijke als moederlijke ongunstige ouderschapsstijlen. Dit is in tegenstelling tot eerdere bevindingen, waar gesproken werd over zowel zeven als negen factoren (Slenders, 2014; Sheffield et al., 2005). De items van dit vijf factorenmodel zijn overeenkomend met eerdere bevindingen, met uitzondering van de subschaal 'Goedkeuring zoeken' waarvoor binnen huidig onderzoek geen constructvaliditeit is gevonden.

De vijf factoren sluiten grotendeels aan bij het oorspronkelijke theoretische kader van Young (2003) waarin wordt verondersteld dat ongunstige ouderschapsstijlen overeenkomen met de frustratie van de emotionele basisbehoeften. Het model van de basisbehoeften binnen de schematherapie is nog steeds in ontwikkeling en dit onderzoek levert daar een bijdrage aan (Fassbinder et al., 2014; Louis et al., 2017). De vijf factoren die in dit onderzoek naar voren kwamen hebben geleid tot een enigszins andere indeling van de basisbehoeften (zie figuur 2 en tabel 5), namelijk 'Zelfexpressie en Acceptatie', 'Emotionele vervulling', 'Evenwichtige normen en Spontantiteit', 'Adequate grenzen en Zelfdiscipline' en 'Basisveiligheid', hierin zijn de oorspronkelijke vijf basisbehoeften van Young en collega's (2003) duidelijk terug te vinden.

Tabel 5 biedt een overzicht van de verschillende ongunstige ouderschapsstijlen inclusief de bijbehorende subschalen van de YPI die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Vormen van limited reparenting (adaptieve ouderschapsstijlen) zijn toegevoegd met bijbehorende emotionele basisbehoeften, voortkomend uit eerder onderzoek naar adaptieve schema's (Louis, Wood, Lockwood, Ho & Ferguson, 2017).

Samengevat toont dit onderzoek een eerste presentatie van ouderschapsstijlen van cliënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen, binnen een klinische populatie. Deze cliënten groeiden veelal op met een perfectionistische en controlerende ouder, een overbeschermende moeder of een emotioneel depriverende vader. Dit schept de verwachting dat het grootste gedeelte van deze populatie baat zal hebben bij een corrigerende hechtingsrelatie, de zogenoemde limited reparenting, die het individu accepteert voor zijn hele wezen, iemand die zorgzaamheid en bescherming toont (zie Tabel 5). Dit komt overeen met bevindingen uit kwalitatief onderzoek binnen dezelfde setting van Hoekenga, ten Klooster en Westerhof (2021) naar de werkzame factoren van klinische schematherapie. Daarbij was een sterke mate van overeenstemming onder de deelnemers over wat werkzaam was voor hen. De belangrijkste werkzame factoren waren: je bewust worden van, en praten over, je gedrag, gedachten en gevoelens en je verbonden gaan voelen met anderen.

Correlaties ouderschapsstijlen en verandering in schemamodi

De verandering in schemamodi tussen de begin- en eindmeting is globaal tussen middelgroot en groot en dat is vergelijkbaar met andere effectonderzoeken naar schematherapie (Wolterink & Westerhof, 2018). In dit onderzoek werd de relatie tussen ouderschapsstijlen van cliënten en verandering in schemamodi onderzocht (Tabel 4). Het ontbreken van significante correlaties met de moederlijke ouderschapsstijlen duidt erop dat tijdens de behandeling een positieve verandering optreedt (afname disfunctionele modi, toename functionele modi), ongeacht de moederlijke ouderschapsstijl. Het verschil in significantie tussen vader en moeder kan niet worden verklaard door de mate waarin deze ouderschapsstijlen aanwezig zijn in de bestudeerde populatie (Tabel 2).

Er zijn significante relaties gevonden tussen verandering in schemamodi en de Kleinerende vader, de Perfectionistische en Controlerende vader en de Permissieve vader. De Kleinerende vader wordt gedefinieerd als een vader die zijn kind kritisch benaderde, kleinerend en bestraffend was. Cliënten die waren opgegroeid met een Kleinerende vader toonden een grotere vermindering van het Impulsieve kind, het Ongedisciplineerde kind en de Onthechte zelfsusser bij afronding van de behandeling. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze cliënten als kind veelal regels en kritiek van buitenaf, van de vader, ontvingen. Vermoedelijk hebben ze niet geleerd hun impulsen zelf voldoende te beheersen of verveling en frustratie in zekere mate te tolereren om een taak tot afronding te brengen. Na een jaar behandeling heeft de groep die hoog scoort op de kleinerende vader geleerd zichzelf te reguleren en zelfdiscipline aan te brengen, of dat bevrediging op korte termijn kan worden uitgesteld om langetermijndoelen na te streven. Mogelijk heeft de bevordering van zelfexpressie en acceptatie binnen de limited reparenting daaraan bijgedragen. Cliënten die weergaven opgegroeid te zijn met een meer Perfectionistische en Controlerende vader ervoeren een significante sterkere vermindering van het Boze kind, de Zelfverheerlijker en de Pest en aanval modus na behandeling. Een Perfectionistische en Controlerende vader wordt gedefinieerd als een vader die op veel gebieden een perfectionist is, normatief en gestructureerd en georganiseerd is. Bovendien voelde deze vader zich ongemakkelijk bij het uiten van genegenheid en sprak weinig over zijn gevoelens. Deze modi zijn staten van externaliserend en overcompenserend gedrag. Dit komt overeen met eerdere studies waarin de vaderfiguur de belangrijkste bron zou kunnen zijn in de latere ontwikkeling van

externaliserende symptomen (Gallarin & Alonso-Arbiol, 2012). Mogelijk speelden de evenwichtige normen en emotionele openheid van de therapeuten een rol in de vermindering in de modi van het boze kind, de zelfverheerlijker en de pest en aanval modus. Een specifiek verband tussen een perfectionistische vader en externaliserend gedrag is niet eerder vastgesteld en ook niet de relatie tussen opgroeien met een perfectionistische vader en een vermindering van externaliserend gedrag als gevolg van klinische behandeling.

Tot slot verkregen cliënten die waren opgegroeid met een meer Permissieve vader naar aanleiding van de behandeling een grotere vermindering van het Kwetsbare kind, de Willoze inschikkelijke en de disfunctionele oudermodi. Een Permissieve vader wordt gedefinieerd als een ongedisciplineerde man. Het betreft een vader die het kind erg weinig discipline en structuur bood. Bovendien legde deze vader het kind weinig regels en verantwoordelijkheden op. Een verklaring voor deze uitkomst kan zijn dat deze cliënten een oplossing vonden om in hun eigen emotionele basisbehoeften te voorzien. Mogelijk hebben zij de basisbehoefte om regels en structuur te ontvangen geïnternaliseerd door hun veeleisende en bestraffende oudermodi te versterken. Binnen de klinische behandeling ontvingen de cliënten duidelijke en op gezonde normen gebaseerde structuur, regels en verantwoordelijkheden. Dit heeft als doel deze disfunctionele oudermodi te verminderen en de gezonde volwassen modus te versterken. Daarnaast kan het zo zijn dat ze zich gezien en erkend hebben gevoeld en dat ze de meer gezonde volwassen manier van voor zichzelf zorgen hebben kunnen internaliseren op basis van de therapeutische relatie.

Reflectie op sterktes, zwaktes en aanbevelingen

De belangrijkste sterkte van dit onderzoek is de inclusie van enkel klinische respondenten in het onderzoek naar ouderschapsstijlen en de combinatie met behandeluitkomsten (schemamodi) van een klinische schematherapeutische behandeling. Hiermee is informatie vergaard over wat werkzaam zou kunnen zijn voor deze cliënten binnen de therapeutische relatie.

Als beperking is bekend dat het in het algemeen moeilijk blijkt om de relatie tussen ouderschap en psychopathologie te meten door middel van valide en betrouwbare instrumenten (Sheffield et al., 2005). De YPI maakt gebruik van retrospectieve rapportage en wordt beïnvloed door toestandsafhankelijke geheugen- en recall-bias. Ten tweede is het aannemelijk dat participanten niet in staat zijn volledig te reflecteren op ervaringen tijdens de kindertijd, bijvoorbeeld vanwege traumatische ervaringen. Vragen van de YPI (bijvoorbeeld item 11: '*Vader/moeder heeft mij fysiek, emotioneel of seksueel misbruikt*') kunnen schema's of copingmodi activeren en leiden tot vermijding of idealisatie.

Vanwege het exploratieve karakter van de huidige studie wordt het aanbevolen voor toekomstig onderzoek om de onderzoeksopzet te repliceren in vergelijkbare context. Tevens wordt aanbevolen om een vragenlijst voor de therapeutische relatie te ontwikkelen waarmee onderzocht kan worden in hoeverre dit bijdraagt aan de vervulling van de emotionele basisbehoeften.

Implicaties voor limited reparenting

Het model in Tabel 5 ten aanzien van de ouderschapsstijlen en de basisbehoeften kan houvast bieden voor de inzet van de limited reparenting. Eerder onderzoek

onderstreepte het belang van betrouwbaarheid, warmte en ontvankelijkheid van de therapeut (Ackerman & Hilsenroth, 2003), hetgeen overeenkomt met de beschrijving van wat limited reparenting inhoudt en met wat in deze studie naar voren is gekomen.

Het voorgestelde nieuwe model (Tabel 5) geeft meer specifiek houvast aan de basisbehoeften en de adaptieve ouderschapsstijl die de therapeut dient te modelleren.

Tabel 5: Voorgestelde theoretische verbanden tussen ouderschapsstijlen en emotionele basisbehoeften.

Onbevredigde emotionele basisbehoeften	Ongunstige ouderschapsstijl	Vervulling van basisbehoeften door primaire verzorgers	Adaptieve ouderschapsstijl, Limited reparenting
Kleinerling & Afwijzing	Kleinerende ouder Minderwaardigheid Mislukken Onderwerping Pessimisme Bestraffende houding Wantrouwen V	Zelfexpressie & Acceptatie	Constructieve ouder Zelfacceptatie & Beminnelijkheid Succes Assertiviteit & Zelfexpressie Optimisme en hoop Zelfcompassie Basisvertrouwen
Ontbinding & Deprivatie	Overbezorgde moeder, Emotioneel depriverende vader Emotioneel tekort Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar M	Verbinding & Emotionele vervulling	Zorgzame en beschermende ouder Emotionele vervulling Basisgezondheid & Veiligheid
Buitensporige verwachtingen	Perfectionistische ouder Extreem hoge eisen Emotionele geremdheid	Evenwichtige normen & Spontaniteit	Accepterende ouder Realistische verwachtingen Emotionele openheid & Spontaniteit
Verzwakte grenzen	Permissieve ouder Gebrek aan zelfcontrole	Voldoende grenzen en zelfdiscipline	Grens-stellende ouder Gezonde zelfbeheersing en zelfdiscipline
Onthechting	Beledigende moeder, Overbezorgde vader Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar V Wantrouwen & Misbruik M	Basisveiligheid	Humanitaire ouder Basisgezondheid en veiligheid Basisvertrouwen

Noot. V = YPI-Vader, M = YPI-Moeder

Zeker als van de cliënt (vanuit de scores op de YPI) bekend is welke ouderschapsstijl de cliënt heeft ervaren en op welke basisbehoefte gericht zou moeten worden. Bijvoorbeeld een cliënt die opgroeide met een kleinerende vader heeft het nodig dat de therapeut zich richt op zelfexpressie en acceptatie, middels de bijbehorende adaptieve ouderschapsstijlen.

Tot slot kan er nog gekeken worden naar welke kwaliteiten en hechtingsstijl de therapeut heeft en welke de beste match is in het geval van de betreffende cliënt, omdat bekend is dat dit de therapeutische relatie effectiever maakt (Steel, Macdonald, & Schröder, 2018).

Conclusie

De bevindingen van de huidige studie presenteren een vijf-factoren structuur in termen van vaderlijke en moederlijke ouderschapsstijlen van cliënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen. Binnen de klinische behandeling werden de disfunctionele kind-, coping- en oudermodi van deze cliënten verminderd. Daarnaast vond een toename van de functionele modi plaats. Deze veranderingen in schemamodi kunnen in het algemeen worden omschreven als matig tot groot, en vonden plaats ongeacht de ouderschapsstijl van moeder die werd uitgeoefend tijdens de kinderjaren van deze cliënten. Daarentegen bleken veranderingen in bepaalde schemamodi afhankelijk te zijn van vaderlijke ouderschapsstijlen, waaronder opvoeding door een Kleinerende vader, Perfectionistische en Controlerende vader of een Permissieve vader. De huidige studie is de eerste die validatie van de Permissieve vader biedt. Tegelijkertijd staat de Permissieve vader in verband met de meeste veranderingen in schemamodi. Verdere bevindingen impliceren dat de bestudeerde populatie grotendeels is opgegroeid met een perfectionistische en controlerende ouder, een overbeschermende moeder en een emotioneel depriverende vader. Dit doet vermoeden dat de meeste cliënten baat hebben bij een corrigerende therapeutische relatie met een ouderfiguur (M/V), de zogenoemde limited reparenting, waarbij de therapeut de cliënt accepteert voor zijn hele wezen en zorgzaamheid en bescherming biedt.

Literatuur

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185. doi:10.1037//0033-3204.38.2.171
- Arntz, A. (2016). Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Gedragstherapie*, 49, 194-207.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schematherapie in de praktijk: een praktische handleiding*. Amsterdam, Netherlands: Nieuwezijds B.V.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1, Attachment*. New York: Basic Books
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G., & Arntz, A. (2014). The schema mode model for personality disorders. *Die Psychiatrie*, 11, 78-86.
- Gallarin, M., & Alonso-Arbiol, I. (2012). Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: A predictive model. *Journal of Adolescence*, 35(6), 1601-1610.
- Hoekenga, P., ten Klooster, P., Westerhof, G.J. (2021). Wat is volgens cliëntenwerkzaam in klinische schematherapie? Een exploratief onderzoek met de Q-sortmethode onder cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 47(4), 248-267.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ, (2017). Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen. Individueel zorgpad en behandeling. Geraadpleegd op <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaard/persoonlijkheidsstoornissen/individueel-zorgplan-en-behandeling>
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000226>
- Louis, J. P., Wood, A. M., Lockwood, G., Ho, M. H. R., Ferugson, E. (2017). Positive Clinical Psychology and Schema Therapy (ST): The Development of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) to Complement the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *Psychological Assessment*, 30(9), 1199-1213. <https://doi.org/10.1037/pas0000.567>
- Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*, 53 (4), 402-412. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000.056>
- Schober, P. M. D., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763-1768.
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J., & Meyer, C. (2005). Links Between Parenting and Core Beliefs: Preliminary Psychometric Validation of the Young Parenting Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 787-802.
- Slenders, M. C. L. (2014). *Factorstructuur en betrouwbaarheid van de Young Parenting Inventory* (Master's thesis, University of Utrecht). Geraadpleegd op <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/302160>

- Steel, C., Macdonald, J., & Schröder, T. (2018). A systematic review of the effect of therapists' internalised models of relationships on the quality of the therapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 5-42.
- Wolterink, T., & Westerhof, G. (2018). Verandering van schemamodi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek: Een naturalistische volgstudie in een klinische setting. *Gedragstherapie*, 51(1), 24–43.
- Yakin, D., Grasman, R. & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 126. doi:10.1016/j.brat.2020.103553
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E. (1999). Young Parenting Inventory (YPI) (On-line). New York: Cognitive Therapy Centre. (Available: <http://www.schematherapy.com>).
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., van Vreeswijk, M. F. and Klokman, J. (2007). The Schema Mode Inventory. New York: Schema Therapy Institute. <http://www.schematherapy.com/id49.htm>
- Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NYC: Guilford.

Bijlagen

Bijlage 1: Overzicht schemamodi

Schema Modi	Beschrijving
Kind modi	
Kwetsbare Kind	Gevoelens van hulpeloosheid en hopeloosheid, angst om verlaten te worden.
Woedende Kind	Gebruikt woede als het eerste hulpmiddel om met vermeende on vervulde behoeften of emotionele dreiging om te gaan.
Razende Kind	Intense gevoelens van woede, onbeheerst zijn.
Impulsieve Kind	Lage frustratietolerantie en onvermogen om bevrediging uit te stellen.
Ongedisciplineerde Kind	Zelfzuchtig en verwend handelen, vaak in combinatie met boosheid en woede.
Coping Modi	
Willoze Inschikkelijke	Overmatige onderdanigheid, verleent passieve toestemming voor anderen om hem/haar slecht te behandelen om zodanig met frustratie om te gaan.
Onthechte Beschermers	Psychisch teruggetrokken, gevoelens van leegte en emotionele verdoving om de pijn als gevolg van ervaren kwetsbaarheid het hoofd te bieden.
Onthechte Zelfsusser	Dwangmatige betrokkenheid bij activiteiten waarbij hij/zij zich gekalmeerd of afgeleid voelt van de pijnlijke emoties.
Zelfverheerlijker	Competitief, groots en beledigend gedrag om eigen behoeften of verlangens te verkrijgen, lage niveaus van empathie, hunkering naar bewondering door anderen
Pest en Aanval	Manipulatief en sadistisch gedrag ter overcompensatie van mogelijke mishandeling, strategisch schadelijke handelingen jegens anderen.
Ouder Modi	
Eisende Ouder	Geïnternaliseerde ouder die er voortdurend naar streeft om aan onrealistische normen te voldoen om 'perfect' te zijn, ten koste van spontaan zijn en uiten van gevoelens.
Straffende Ouder	Geïnternaliseerde ouder die kritiek levert, straft en meedogenloos is, wat op zijn beurt leidt tot zelfkritiek en zelfdestructief gedrag.
Gezonde Modi	
Blij Kind	Ervaren van voldoende liefde, gevoelens van verbondenheid en tevredenheid met het leven.
Gezonde Volwassene	Het vermogen om als volwassene goed te blijven functioneren, problemen op te lossen, verantwoordelijkheid te nemen voor eigen daden, toezeggingen nakomen en gezonde relaties nastreven.

Bijlage 2: Factor structuur van de Young Parenting Inventory

Subschaal	Item	Factor									
		1		2		3		4		5	
		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Emotioneel tekort	1*	-,517		,416	,705						
	2*			,504	,818						
	3*			,432	,730						
	4*			,548	,779						
	5*			,564	,795						
Wantrouwen, Misbruik	10		,645							,455	
	11		,696							,574	
	12		,597							,635	
	13		,793							,541	
Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar	14			,908							,740
	15			,777							,780
	17			,772							,690
Minderwaardigheid, Schaamte	21	,840	,850								
	22	,710	,652								
	23	,909	,730								
	24	,700	,792								
Mislukken	26	1,1014	,676								
	27	,723	,466								
	28	,970	,628								
Onderwerping	29	,818	,756								
	30	,471	,637								
	31	,527	,665								
	32	,639	,745								
Extreem hoge eisen	37					,725	,558				
	38					,696	,615				
	39					,825	,720				
	43					,570	,526				
Gebrek aan zelfcontrole en zelfdiscipline	47							,776	,614		
	48							,875	,899		
	49							,948	,782		
	50							,740	,442		
	51							,731	,763		
Negativiteit, Pessimisme	57	,728	,644								
	58	,464	,341								
	59	,410	,531								
Emotionele geremdheid	60		,425			,718	,541				
	61					,721	,744				
	62					,751	,751				
	64			-,450		,408	,730			-,433	
Bestraffende houding	65	,893	,736								
	66	,770	,792								
	67	,948	,846								
	68	,810	,625								

Noot. * Revised items, M = Moeder, V = Vader

Over ADHD en cognitieve gedragstherapie bij ADHD¹

Sanne Vink

Sanne Vink is psychiater in opleiding, psycholoog en gedragstherapeut, werkzaam bij Lentis. Van haar hand verscheen juni 2021 in de serie Protocolen voor de GGZ het boek met als titel: *Cognitieve gedragstherapie bij volwassenen met AD(H)D, Handleiding voor therapeuten*. Het boek met werkboek voor patiënten, bespreekt niet medicamenteuze behandelmethoden voor volwassenen met AD(H)D. Deze behandelmethoden, uitgeschreven in protocollen, kunnen zelfstandig dan wel in aanvulling op medicamenteuze therapie worden toegepast. Op verzoek van de redactie van GGZet Wetenschappelijk bewerkte Sanne het inleidende hoofdstuk van haar boek wat hierna te lezen is. Het laatste deel geeft onderbouwing hoe specifieke gedragstherapeutische interventies voor mensen met AD(H)D vorm kunnen worden gegeven.

ADHD

ADHD is de afkorting van ‘*attention-deficit/hyperactivity disorder*’, in het Nederlands vertaald met ‘aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis’. Het betreft hier een DSM-5 syndroom met drie kernsymptomen, namelijk aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit. ADHD behoort tot de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, wat betekent dat er sprake is van een stoornis die vanaf het begin van de ontwikkeling gezien kan worden en die een neurobiologische oorsprong heeft. Deze stoornis zorgt voor problemen in verschillende domeinen, bijvoorbeeld bij het leren, presteren en organiseren. Vaak heeft ADHD ook invloed op sociale contacten en het zelfbeeld (Kooij 2017; Wender et al. 2001). Ook op de samenleving heeft ADHD invloed: volwassenen met ADHD maken meer gebruik van zorgvoorzieningen en hebben over het algemeen een lager inkomen en een hoger risico op betrokkenheid bij ongelukken (Kooij 2017; Tuithof et al. 2014).

Mensen met ADHD hebben moeite om zich te concentreren op één onderwerp of activiteit. Ze zijn snel afgeleid, waardoor ze moeite hebben om bij de les te blijven, details niet altijd opmerken en slordigheidsfouten kunnen maken. Dit zorgt voor minder goede prestaties. Ook leiden concentratieproblemen tot het vergeten van spullen, moeite met het uitvoeren van planningen en problemen met organiseren. De aandacht van mensen met ADHD is verdeeld, waardoor ze bepaalde informatie juist meer oppikken, maar dit is niet altijd relevante informatie. Opvallend is dat de concentratieproblemen zich vooral voordoen bij taken die langdurige aandacht vragen of die wat saai en routinematig zijn. Bij nieuwe of interessante taken kan de aandacht tijdelijk goed lijken. In sommige gevallen is er zelfs sprake van een hyperfocus: een vorm van overconcentratie waarbij iemand zichzelf verliest in de activiteit en tijd en omgeving geheel vergeet. Je zou

¹ Sanne E Vink. Cognitieve gedragstherapie bij volwassenen met AD(H)D.

Handleiding voor therapeuten. Juni 2021. Bohn Stafleu, van Loghum. ISBN : 9789036824804

dan ook kunnen zeggen dat er bij ADHD vooral sprake is van een onvermogen om op het juiste moment de aandacht te richten en te verdelen (Kooij 2017). De hyperactiviteit uit zich bij volwassenen met ADHD meestal subtieler dan bij kinderen met ADHD. Vaak beschrijven mensen met ADHD een innerlijke rusteloosheid of gejaagdheid. Ze ervaren onrust in hun hoofd, waarbij het denken sterk associatief en moeilijk te stoppen is. Dit kan zich vervolgens uiten in continu of versneld spreken en/of onnodige gedetailleerdheid of breed-sprakigheid. Er is geregeld een lichte mate van continue lichamelijke onrust aanwezig in de vorm van plukken en friemelen. Sommigen hebben ook moeite met stilzitten, zijn constant in de weer en vinden het lastig ontspannende activiteiten uit te voeren. Hierdoor worden mensen met ADHD geregeld als een stoorzender ervaren. Tevens kunnen mensen met ADHD impulsief zijn, waarbij ze reageren zonder eerst te reflecteren en een plan te maken. Hierdoor hebben ze moeite zich aan hun voornemens te houden en kunnen zich faalervaringen veroordelen. Dit heeft een negatief effect op het zelfvertrouwen en zelfbeeld. Voorbeelden van impulsiviteit zijn te veel werk op zich nemen, telkens nieuwe plannen bedenken maar moeite hebben deze te realiseren, of er geregeld iets uitflappen. Door hun verbale impulsiviteit staan volwassenen met ADHD vaak niet bekend als tactvol en diplomatiek, wat een negatieve invloed kan hebben op relaties in de persoonlijke of werksfeer (Kooij 2017). Buiten de kernsymptomen zijn er ook andere kenmerken die aan ADHD gerelateerd lijken te zijn, zoals woede- of huilbuien die ter ontlasting dienen. Ook de hyperfocus is een voorbeeld hiervan. Tevens zijn mensen met ADHD geneigd om te zoeken naar spanning en sensatie, soms uit verveling, soms om zich beter te kunnen concentreren (Kooij 2017; NVvP 2015).

ADHD volgens de DSM-5 (APA 2014)

De diagnose ADHD kan gesteld worden wanneer aan de volgende criteria is voldaan:

- a Een persisterend patroon dat zich uit in vijf of meer symptomen van onoplettendheid en/of vijf of meer symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit, gedurende minimaal zes maanden in een mate die niet overeenkomt met het ontwikkelingsniveau en dat een negatieve invloed heeft op het sociale en schoolse of beroepsmatige functioneren. De symptomen zijn niet alleen een uiting van oppositioneel gedrag, uitdagendheid, vijandigheid of een onvermogen om taken of instructies te begrijpen. Indien jonger dan zeventien jaar zijn er minimaal zes symptomen vereist voor het stellen van de diagnose.
- b Verscheidende symptomen van onoplettendheid en/of hyperactiviteit-impulsiviteit waren voor het twaalfde levensjaar aanwezig.
- c Verscheidende symptomen zijn aanwezig in twee of meer levensdomeinen (school/studie, werk, gezinsleven, vrienden, hobby, etc.).
- d De symptomen interfereren met het schoolse, sociale of beroepsmatige functioneren of verminderen de kwaliteit daarvan.
- e De symptomen kunnen niet beter verklaard worden door een andere psychische stoornis en treden niet uitsluitend op in het beloop van een schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis.

Indien alleen voldaan wordt aan het criterium van onoplettendheid is er sprake van het overwegend onoplettende beeld. Indien alleen voldaan wordt aan het criterium van hyperactiviteit-impulsiviteit is er sprake van het overwegend hyperactief-impulsieve beeld. Wanneer aan beide criteria voldaan wordt kan er gesproken worden van het gecombineerde beeld. Het soort en de ernst van de symptomen van ADHD kunnen in de loop van de ontwikkeling veranderen (Biederman et al. 2000; Kooij 2017; Sadock et al. 2017). Bij kinderen die jonger zijn dan zeven jaar is de hyperactiviteit het prominentst. Gedurende het doorlopen van de basisschool komen de symptomen van onoplettendheid meer tot uiting. Vanaf de middelbare school kan de impulsiviteit het meest belemmerend zijn (APA 2014). Bij volwassenen staan juist aandachts- en organisatieproblemen voorop (Kooij 2017). Het heeft daarom geen zin om te veel waarde toe te kennen aan het specifieke beeld van ADHD, omdat dit in de loop van de ontwikkeling nogal kan veranderen.

De ernst van symptomen van ADHD kan volgens de DSM-5 gespecificeerd worden in licht, matig en ernstig. Hierbij staat licht voor een lichte mate van beïnvloeding van het functioneren of slechts één voldoen aan de criteria. Ernstig staat voor duidelijke beperkingen in het functioneren, de aanwezigheid van veel meer symptomen dan nodig is om te kunnen voldoen aan de diagnose of een aantal symptomen die bijzonder ernstig zijn. In de overige gevallen is de ernst matig (APA 2014).

Geschiedenis van de term ADHD

Het idee dat een bepaalde groep kinderen onrustig, ongeconcentreerd en impulsief gedrag liet zien dat mogelijk op een onderliggende stoornis zou duiden, ontstond in het begin van de twintigste eeuw. De Britse kinderarts Still hield in 1902 een serie lezingen waarin hij casussen besprak van kinderen die rusteloos waren en beperkte mogelijkheden hadden om zich te concentreren. Hij opperde het idee dat dit mogelijk een biologische oorsprong had (Still 2004; Wender et al. 2001). Hoewel de toentertijd beschreven kinderen niet volledig aan het huidige beeld van ADHD voldoen, ontstond er vanaf die tijd meer medische belangstelling voor afwijkend gedrag bij kinderen. Vanaf begin jaren vijftig van de vorige eeuw ontstond het concept MBD, in eerste instantie de afkorting van '*minimal brain damage*'. Men ging ervan uit dat deze kinderen tijdens de zwangerschap of de bevalling een lichte hersenbeschadiging of ander zenuwletsel hadden opgelopen, waardoor ze onrustig en hyperactief gedrag gingen vertonen (Wender et al. 2001). Nadat critici aangaven dat dit een weinig valide, slecht omschreven en matig onderbouwde term was, is de term met dezelfde afkorting in 1966 veranderd in '*minimal brain dysfunction*' (Mahone en Denckla 2017). Tegelijkertijd kwam de term 'hyperkinetische stoornis' meer in beeld, een voorloper van de term 'hyperactiviteit'. In de DSM-II werd gesproken over de '*hyperactive reaction of childhood*' (Wender et al. 2001). Met de komst van de DSM-III in 1980 werd de term MBD vervangen door ADD en ADHD, en pas in de herziene versie in 1987 werd er gesproken over ADHD (Mahone en Denckla 2017). De huidige subtypen van ADHD werden in 1994 in de DSM-IV geïntroduceerd. Het idee dat ADHD een stoornis is die ook in de volwassenheid gediagnosticeerd kan worden, ontstond pas aan het einde van de twintigste eeuw. Inmiddels is dit gedachtegoed meer geïntegreerd, wat terugkomt in het feit dat de

DSM-5 ook beschrijft hoe symptomen zich bij volwassenen kunnen uiten (APA 2014).

Prevalentie van ADHD

De prevalentie van ADHD in de kindertijd varieert van drie tot vijf procent (Polanczyk et al. 2015). Twintig procent van de kinderen met ADHD voldoet in de volwassenheid niet meer aan de diagnose (Biederman et al. 2000; Kooij 2017). Zestig procent van de kinderen met ADHD laat in de volwassenheid een lichte mate van ADHD zien (Wender et al. 2001). Twintig procent van de kinderen met ADHD laat in de volwassenheid een ernstige mate van ADHD zien (Biederman et al. 2002; Selikowitz 2009). De prevalentie van ADHD in de volwassenheid ligt dan ook rond de drie procent (Fayyad et al. 2007; Hengeveld et al. 2017; Kooij 2017; Polanczyk et al. 2015). ADHD blijft dus klachten geven in de volwassenheid (Kooij et al. 2010). Wanneer gekeken wordt naar de gemiddelde leeftijd waarop ADHD wordt vastgesteld, blijkt dat 5% van de diagnoses voor het zevende jaar gesteld wordt, 22% van de diagnoses in de leeftijd van de onderbouw van de basisschool, 35% van de diagnoses in de leeftijd van de bovenbouw van de basisschool, 22% van de diagnoses in de leeftijd op de middelbare school en 16% van de diagnoses vanaf achttien jaar (Pereira 2011). Meestal geldt dat hoe vroeger de diagnose gesteld is, hoe ernstiger de mate van ADHD en hoe meer de ADHD interfereert met het functioneren. Volwassenen die pas na het achttiende levensjaar aan de diagnose voldoen, hebben meestal goede vaardigheden om met de ADHD om te gaan of hebben compensatiemogelijkheden, zoals een hoge intelligentie en stabiele thuissituatie. Hierdoor wordt het functioneren relatief laat significant beïnvloed (Biederman et al. 1996; Selikowitz 2009).

Etiologie van ADHD

ADHD wordt multifactorieel bepaald, wat wil zeggen dat er zowel erfelijke factoren als omgevingsinvloeden een rol spelen. Uit familie-, tweeling- en adoptieonderzoek blijkt dat 80% van ADHD op erfelijke factoren berust (Sadock et al. 2017). De kans op ADHD is ongeveer vijfmaal verhoogd wanneer een broer of zus ADHD heeft (Mahone en Denckla 2017). Tevens is er een aantal specifieke genen in verband gebracht met ADHD, onder andere de dopaminetransporter en -receptor D4 en D5 (Hengeveld et al. 2017; Kooij 2017; Saddock et al. 2017). Bij ADHD zou er te weinig bezetting van postsynaptische receptoren aanwezig zijn, onder andere door te snelle heropname van dopamine door de presynaptische zenuw, om een inhibitiesignaal te kunnen bewerkstelligen (Sadock et al. 2017; Selikowitz 2009). Vooralsnog blijkt geen enkele geïdentificeerde genetische factor op zichzelf ADHD te verklaren, zij verhogen alleen de kans op ADHD (Mahone en Denckla 2017; NVvP 2015). Dit geldt ook voor omgevingsfactoren die een rol spelen in het ontstaan van ADHD. Zo zou het gebruik van alcohol en nicotine in de zwangerschap de kans op ADHD verhogen, alhoewel het mogelijk is dat het gebruik hiervan een uiting is van het feit dat de ouder ADHD heeft (Froehlich et al. 2011). Een rommelig en chaotisch gezinsleven met een gebrek aan duidelijkheid en structuur zou ervoor zorgen dat

ADHD sneller tot ontwikkeling komt (Selikowitz 2009). ADHD lijkt zich dan ook vooral te ontwikkelen door de interactie tussen aanleg en omgeving (Kooij 2017; NVvP 2015).

Gender en ADHD

Op de kinderleeftijd is de verhouding jongens/meisjes bij ADHD ongeveer 3:1 (Biederman et al. 2002). Dit is vermoedelijk gerelateerd aan het feit dat meisjes minder comorbide psychiatrische stoornissen hebben, waardoor ze minder leer-/gedragsproblemen laten zien, minder opvallen, minder significant beïnvloed worden in hun functioneren en hierdoor minder snel gediagnosticeerd worden (Biederman et al. 2002; Kooij 2017). Hoewel in beide groepen het gecombineerde type het meest voorkomt, hebben meisjes ruim tweemaal zoveel kans op het onoplettende type (Biederman et al. 2002). Het effect van concentratieproblemen op het functioneren stijgt met de leeftijd, waardoor ADHD later ontdekt wordt bij meisjes en de percentages meer met elkaar overeenkomen naarmate de leeftijd stijgt (APA 2014; Kooij et al. 2010). Op volwassen leeftijd is de verhouding man/vrouw ongeveer gelijk (Hengeveld et al. 2017; Kooij 2017).

Comorbiditeit bij ADHD

Bij 70–75% van de kinderen en volwassenen met ADHD is nog een andere psychiatrische diagnose gesteld, zoals een leerstoornis, gedragsstoornis, stemmings- en angststoornis, middelenmisbruik of een slaapstoornis (Biederman et al. 1993; Kooij 2017; Kooij et al. 2010; Sadock et al. 2017; Tuithof et al. 2014; Yoshimasu et al. 2012). Mannen met ADHD laten vaker externaliserende comorbiditeit zien, waardoor zij vaker overlast veroorzaken, terwijl vrouwen meer internaliserende comorbiditeit hebben, waarvan zij vooral zelf last hebben (Kooij 2017). In het geval van comorbiditeit is het de vraag welke diagnose als eerste behandeld moet worden. Hier zijn geen richtlijnen voor. Deze afweging kan gemaakt worden op basis van de vraag welke stoornis de meeste last geeft, welke het gemakkelijkst te behandelen is en/of welke stoornis onderliggend is (Kooij 2017). Wat het stellen van een diagnose lastig maakt, is dat andere psychiatrische diagnoses symptomen hebben die lijken op die van ADHD. Een deel van de volwassenen met ADHD ervaart bijvoorbeeld prikkelbaarheid, stemmingswisselingen en een laag zelfbeeld, wat doet denken aan een stemmingsstoornis. Concentratieproblemen is ook een van de criteria van een depressieve stoornis (APA 2014). Het verschil is dat de concentratieproblemen bij ADHD vooral door afleidbaarheid ontstaan, terwijl bij een depressie meer het in zichzelf gekeerd zijn centraal staat (Wender et al. 2001). Ook zal bij een depressie vaker sprake zijn van suïcidaliteit en zal de somberheid voornamelijk tijdens een depressieve episode vooropstaan, terwijl deze bij ADHD meer stabiel is (Kooij 2017). De prikkelbaarheid en het lage zelfbeeld in combinatie met impulsiviteit doet ook denken aan een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Bij deze laatste diagnose spelen concentratieproblemen doorgaans geen rol (Kooij 2017). Ook ontbreekt bij ADHD zonder comorbiditeit het zelfbeschadigend gedrag, gaan relatieconflicten

minder diep en speelt er meestal geen angst voor afwijzing of verlating (Wender et al. 2001). Ten slotte doen de verbale en motorische onrust, het snelle denken/spreken en de impulsiviteit denken aan een bipolaire stoornis. In dat geval is het goed om naar de snelheid van de wisselingen in stemming te kijken, die bij ADHD over het algemeen veel frequenter is. Bij een bipolaire stoornis treedt het specifieke gedrag alleen op tijdens een hypomane fase (Kooij 2017; Wender et al. 2001).

Disfunctionele gedachten en onhandige coping bij volwassenen met ADHD

Mensen met ADHD hebben vaker te maken met herhaaldelijke faalervaringen en frustraties in vergelijking met mensen zonder ADHD (Knouse en Fleming 2016; Kooij 2017). Dit ondermijnt het zelfbeeld, waardoor negatieve gedachten over zichzelf ontstaan (Lopez et al. 2018). Volwassenen met ADHD laten vaker disfunctionele cognities zien die gerelateerd zijn aan emotionele problemen zoals angst- en stemmingsproblemen (Lopez et al. 2018; Strohmeier et al. 2016; Torrente et al. 2014). Dit heeft een negatief effect op de kwaliteit van leven, wat ervoor zorgt dat deze groep meer last ervaart van de ADHD-symptomen. Ook ondermijnt dit de motivatie om iets opnieuw te proberen (Torrente et al. 2014). Hoewel disfunctionele cognities doorgaans negatief zijn, valt bij volwassenen met ADHD op dat zij ook disfunctioneel positief kunnen denken. Dit zorgt voor een passieve copingstijl en maakt dat zij te weinig vaardigheden inzetten om problemen te voorkomen of op te lossen (Knouse en Mitchell 2015). Voorbeelden van deze gedachten zijn 'ik werk het efficiëntst op het laatste moment, dus ik kan opdrachten beter uitstellen', 'deze taak lukt me binnen een uur, dus eerder beginnen is niet nodig' en 'morgen zal mijn concentratie vast beter zijn'. Disfunctionele positieve gedachten kunnen verklaren waarom de onhandige coping strategieën, zoals de neiging tot uitstellen en vermijden, bij mensen met ADHD direct gerelateerd zijn aan de ADHD-symptomen in plaats van dat zij gemedieerd worden door negatieve disfunctionele cognities en emotionele problemen (Torrente et al. 2014). Het is dan ook belangrijk dat een behandeling voor ADHD zich op al deze factoren richt.

Behandeling van ADHD

Behandeling van ADHD bevat een combinatie van verschillende componenten zoals psycho-educatie, cognitieve en gedragstherapie en medicatie (NVvP 2015; Wender et al. 2001). De eerste stap is psycho-educatie, waarbij de persoon met ADHD en/of zijn omgeving gestructureerd informatie aangeboden krijgt over het ontstaan en beloop van ADHD en de behandelmogelijkheden (NVvP 2015; Sadock et al. 2017). Door het vergroten van de kennis over en het begrip van ADHD wordt het negatieve stigma verminderd, het zelfbeeld verbeterd en de motivatie tot behandeling vergroot (Selikowitz 2009). Door toename van zelfinzicht ontstaat tevens ruimte om oplossingen te bedenken voor problemen waar cliënten tegenaan lopen. Psycho-educatie is vaak een voorwaarde om bijvoorbeeld gedragstherapie adequaat te kunnen toepassen of medicatie goed te kunnen instellen, al was het alleen maar om te weten wanneer ADHD-symptomen op de voorgrond staan. In het geval van jongeren met ADHD is gedragstherapeutische ouderbegeleiding een

tweede onderdeel van het behandelaanbod. Hierin leren ouders de omgeving van het kind te optimaliseren door gebruik te maken van een aantal gedragstherapeutische strategieën (Barkley 1997). Zowel jongerencursussen als trainingen voor volwassenen maken van dit zelfde principe gebruik. Dit wordt dan gedragstherapie of zelfcontrolemanagement genoemd. Hierbij wordt vaak aandacht gegeven aan het verbeteren van plannings- en organisatievaardigheden, leren prioriteren, verminderen van afleidbaarheid en uitstelgedrag, aanpakken van vergeetachtigheid en verbeteren van tijdsmanagement (Knouse en Fleming 2016; Safren et al. 2018; Solanto 2011). Inmiddels is ook cognitieve therapie zinvol gebleken, waarbij aandacht wordt gegeven aan het aanpakken van disfunctionele gedachten (Lopez et al. 2018; Safren et al. 2018; Strohmeier et al. 2016). Cognitieve gedragstherapie zorgt bij volwassenen vooral voor afname van de symptomen van onoplettendheid (Knouse en Fleming 2016; Lopez et al. 2018; Solanto et al. 2008, 2010). Hierbij maakt de leeftijd van de volwassene met ADHD niet uit: cognitieve therapie bleek zowel bij jonge mensen als bij volwassenen vanaf vijftig jaar een significant effect te hebben (Solanto et al. 2018). Ook wanneer deelnemers reeds ingesteld waren op medicatie bleek cognitieve gedragstherapie een aanvullend effect te hebben op de ADHD-symptomen en comorbide emotionele problemen (Emilsson et al. 2011; Lopez et al. 2018; Safren et al. 2005). Lotgenotencontact als onderdeel van een behandeling kan helpen om stress te verminderen via het vinden van (h)erkenning en uitwisselen van ervaringen (Selikowitz 2009).

Medicatie vormt vaak een onderdeel van de behandeling. De eerste keus is een stimulerend middel, zoals methylfenidaat en dexamfetamine, ondanks dat deze in Nederland niet geregistreerd zijn voor volwassenen (Kooij 2017; NVvP 2015). Gebleken is dat deze middelen effectiever zijn dan placebo en andere vormen van medicatie (Faraone en Glatt 2010; Ge-Bu 1996). Deze middelen zijn niet geregistreerd voor volwassenen omdat vooral onderzoek is gedaan bij kinderen. Hieruit komt naar voren dat methylfenidaat bij ongeveer 70–80% van de kinderen van 6–15 jaar een effect heeft op de concentratie, de hyperactiviteit en de impulsiviteit. De effecten van stimulantia bij volwassenen zijn minder sterk in vergelijking met de effecten op de kinderleeftijd, waardoor de ADHD-symptomen op de voorgrond blijven staan (Wilens et al. 2011). Daar komt bij dat het voor volwassenen met ADHD lastig kan zijn om medicatietrouw te zijn (Kooij 2017; NVvP 2015). Het effect van medicatie is maar tijdelijk: bij het overslaan of stoppen van medicatie keren de ADHD-symptomen weer terug (Kooij 2017).

Bestaande cognitief-gedragstherapeutische behandelprotocollen voor ADHD

Er zijn slechts enkele cognitief-gedragstherapeutische behandelprotocollen beschikbaar op het gebied van behandeling van volwassenen met ADHD. Zo is er het behandelprotocol van Safren en collega's (2018) dat uit drie delen bestaat: het verbeteren van de organisatie- en planningsvaardigheden, het leren omgaan met afleiding en het leren adaptief te denken op momenten van stress. Het doorlopen van dit behandelprotocol had voornamelijk effect op de symptomen van onoplettendheid en niet op de symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit, passend bij de behandeldoelen van dit protocol (Solanto et al. 2008, 2010). In het

behandelprotocol van Solanto (2011) worden gedragstherapeutische interventies ingezet om vaardigheden als tijdsmanagement, organiseren, een project plannen en aanpakken van inefficiëntie aan te leren. Helpende gedachten worden ingezet om de motivatie van mensen met ADHD te verhogen zodat zij beter in staat zijn om de geleerde vaardigheden toe te passen in de praktijk. Deze helpende gedachten worden mantra's genoemd. Het protocol bleek bij volwassenen met ADHD die ingesteld waren op medicatie een positief significante invloed te hebben op de ADHD-symptomen in vergelijking met de groep die alleen medicatie gebruikte (Safren et al. 2005). Het behandelprotocol is een aantal jaren later vergeleken met relaxatietherapie, waarbij het positieve effect van cognitieve gedragstherapie significant sterker was dan het effect van relaxatietherapie (Safren et al. 2010).

Opvallend in bovenstaande behandelprotocollen is dat gedragstherapie en cognitieve therapie niet geïntegreerd zijn. Eerst worden vaardigheden aangeleerd middels gedragstherapeutische principes, vervolgens wordt cognitieve therapie ingezet om emoties als stress, angst, somberheid en frustratie te verminderen (Lopez et al. 2018). Dit heeft vooral een effect bij volwassenen met ADHD met een comorbide angststoornis of depressie (Antshel et al. 2014; Jensen 2016). De verbinding tussen gedragstherapie en cognitieve therapie is echter beperkt. Er worden bijvoorbeeld geen disfunctionele gedachten aangepakt die specifiek bij mensen met ADHD aanwezig zijn en een negatieve invloed uitoefenen op het toepassen van aangeleerde vaardigheden (Knouse en Mitchell 2015). Daarnaast worden de aangeleerde vaardigheden onvoldoende ingebed in de etiologie van ADHD; er wordt niet goed duidelijk gemaakt waardoor de planning- en organisatieproblemen ontstaan. Om het behandel-effect te vergroten ontstond de behoefte aan een geïntegreerd protocol, waarbij psycho-educatie, het aanleren van vaardigheden middels gedragstherapeutische principes en het veranderen van gerelateerde disfunctionele gedachten in helpende gedachten onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Het behandelprotocol 'Cognitieve en gedragstherapie bij volwassenen met AD(H)D' voorziet hierin.

Behandelprotocol 'Cognitieve en gedragstherapie bij volwassenen met AD(H)D'

Het boek 'Cognitieve gedragstherapie bij volwassenen met AD(H)D. Handleiding voor therapeuten' biedt een nieuw protocol met een geïntegreerde aanpak gebaseerd op effectstudies van wetenschappelijk onderzoek, jarenlange kennis uit de praktijk en ervaringen van collega's op het gebied van ADHD. Het protocol is nog niet wetenschappelijk onderzocht op effectiviteit, maar is wel bruikbaar en effectief gebleken in de klinische praktijk. Het in het boek uitgewerkte protocol is bedoeld om de meest voorkomende problemen aan te pakken waar volwassenen met ADHD in het dagelijks leven tegenaan lopen. Uitgangspunten zijn dat cliënten stapsgewijs wordt geleerd hoe ze hun plannings-, organisatie- en opruimvaardigheden kunnen verbeteren. Dit wordt gedaan door hen te leren een realistische inschatting te maken van de tijd, taken en eigen mogelijkheden. Het uitgangspunt hierbij is dat mensen met ADHD als gevolg van concentratieproblemen deze vaardigheden onvoldoende hebben kunnen ontwikkelen. Het is daarbij belangrijk veel aandacht te besteden aan disfunctionele gedachten die belemmerend werken bij het aanleren

van deze vaardigheden en onhandig gedrag in stand houden. Hierbij is van belang rekening te houden met specifieke negatieve én positieve disfunctionele gedachten die bij mensen met ADHD vaker voorkomen dan bij mensen zonder ADHD en samenhangen met problematisch gedrag (Knouse en Mitchell 2015). In de behandeling is het van belang expliciet aandacht te besteden aan het leren omgaan met impulsiviteit en het verbeteren van de frustratietolerantie. De cognitieve interventies voorgesteld in het boek wijken af van reguliere cognitieve interventies. Eén verschil is dat disfunctionele gedachten niet worden uitgedaagd. Uitdaagtechnieken, waarin kritisch nagedacht wordt over de disfunctionele gedachte en gezocht wordt naar bewijzen voor en tegen deze gedachte, zijn zeer belangrijk en helpend als onderdeel van de cognitieve gedragstherapie. In het behandelprotocol voor AD(H)D nemen de specifieke denkfouten die bij mensen met ADHD vaak voorkomen een centrale plaats in en worden zij uitgebreid besproken tijdens de sessie. Er wordt bij het bespreken van het sessieonderwerp als het ware aangereikt wat de valkuil is in het denken. Zelf uitdagen bleek in de klinische praktijk dan minder nodig te zijn, en het zoeken naar alternatieve verklaringen leidde soms tot verwarring. Daarnaast bleek dat de passende realistische gedachten vaak op hetzelfde neerkomen. Daarom lijkt het van belang om de cliënt geen uitdaagtechnieken aan te leren, maar de focus te leggen op het aanleren van vaardigheden om de eigen denkfouten en valkuilen in het denken op te merken. Door veel voorbeelden te geven van disfunctionele gedachten én passende realistische gedachten kan rekening worden gehouden met bij mensen met ADHD vaak voorkomende vergeetachtigheid (Kooij 2017).

Het bekende 5G-schema wordt in aangepaste vorm gebruikt. De aanpassing die heeft plaatsgevonden is dat de gevoelens niet expliciet in het schema worden benoemd. Om verandering bij ADHD te bewerkstelligen wordt direct ingegrepen op de cognities met als doel het gedrag te veranderen. Dit wordt ondersteund door onderzoek van Strohmeier en collega's (2016) die concludeerden dat juist een misinterpretatie van de situatie zorgt voor het niet bereiken van doelen. Het corrigeren van deze misinterpretaties en denkfouten geeft ruimte om nieuw gedrag te ontwikkelen (Knouse en Mitchell 2015; Strohmeier et al. 2016). Dit past bij wat de auteur al jaren in de praktijk zag: gedrag bij mensen met ADHD wordt in stand gehouden door gedachten over zichzelf of anderen die niet overeenkomen met de werkelijkheid. Hierdoor ontstaat een gebrek aan handige copingmechanismen en blijven mensen met ADHD in dezelfde valkuilen trappen. Voor de helderheid is ervoor gekozen om een 4G-schema te gebruiken.

De voorgestelde en beschreven specifieke cognitief-gedragstherapeutische technieken zijn anders dan die doorgaans worden toegepast. Dit past bij het feit dat ADHD een uitzondering is op de doorgaans emotionele stoornissen die behandeld worden met cognitieve gedragstherapie (Canu en Wymbs 2015). Het is de wens van de auteur dat anderen geïnspireerd worden om mee te denken over de behandeling van volwassenen met ADHD!

Literatuur

- Antshel, K. M., Faraone, S. V., & Gordon, M. (2014). Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18 (6), 483–495.

- APA – American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Nederlandse vertaling van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychology Bulletin*, 121, 65–94.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Jetton, J. G., Chen, L., Mick, E., et al. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (9), 1193–1204.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., et al. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150 (12), 1792–1798.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157 (5), 816–818.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., et al. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159 (1), 36–42.
- Canu, W. H., & Wymbs, B. T. (2015). Novel approaches to cognitive behavioral therapy for adult ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22, 111–115.
- Emilsson, B., Gudjonsson, G., Sigurdsson, J. F., Baldursson, G., Einarsson, E., Olafsdottir, H., et al. (2011). Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11, 1–10.
- Faraone, S. V., & Glatt, S. J. (2010). A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (6), 754–763.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., et al. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402–409.
- Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., & Gilman, R. C. (2011). Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13 (5), 333–344.
- Ge-Bu. (1996). Farmacotherapie bij aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit bij kinderen. *Geneesmiddelenbulletin*, 30, 16–20.
- Hengeveld, M. W., Van Balkom, A. J. L. M., Van Heeringen, C., & Sabbe, B. G. C. (2017). *Leerboek psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Jensen, C. M., Amdisen, B. L., Jorgensen, K. J., & Arnfred, S. M. H. (2016). Cognitive behavioral therapy for ADHD in adults: Systemic review and meta-analyses. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 8, 3–11.
- Knouse, L. E., & Fleming, A. P. (2016). Applying cognitive behavioral therapy for ADHD tot emerging adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 300–315.
- Knouse, L. E., & Mitchell, J. T. (2015). Incautiously optimistic: Positively-valenced cognitive avoidance in adult ADHD. *Cognitive Behavioral Practice*, 22 (2), 192–202.

- Kooij, S. J. J. (2017). *ADHD bij volwassenen: Diagnostiek en behandeling*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- Kooij, S. J. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., et al. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10 (67), 1–24.
- Lopez, P. L., Torrente, F. M., Ciapponi, A., Lischinsky, A. G., Cetkovich-Bakmas, M., Rojas, J. I., et al. (2018). Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Mahone, E. M., & Denckla, M. B. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A historical neuropsychological perspective. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23, 916–929.
- NVvP – Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2015). *Richtlijn ADHD bij volwassenen*. Geraadpleegd op 4 april 2020 van 7 https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/adhd_bij_volwassenen/adhd_bij_volwassenen_-_startpagina.html.
- Pereira, R. (2011). *ADHD: En nu?* Utrecht: Kosmos Uitgevers.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56 (3), 345–365.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. S., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T., & Biederman, J. (2005). Cognitive behavioral therapy for ADHD in medication treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 831–842.
- Safren, S. E., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., et al. (2010). Cognitive behavioral therapy versus relaxation with educational support for medication treated adults with ADHD and persistent symptoms. *Journal of American Medical Association*, 304 (8), 875–880.
- Safren, S. A., Sprich, S., Perlman, C. A., & Otto, M. W. (2018). *Behandelgids ADHD bij volwassenen: Een programma voor cognitieve gedragstherapie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Selikowitz, M. (2009). *ADHD: The facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Solanto, M. V. (2011). *Cognitieve gedragstherapie voor volwassenen met ADHD*. Leuven: Acco.
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Mitchell, K., Wasserstein, J., & Kofman, M. D. (2008). Development of a new psychosocial treatment for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11 (6), 728–736.
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikhoff, H., Alvir, J. M., et al. (2010). Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 167 (8), 958–968.
- Solanto, M. V., Surman, C. B., & Alvir, J. M. J. (2018). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for older adults with ADHD: A randomized controlled trial. *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*, 10 (3), 223–235.
- Still, G. F. (2004). The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children. In F. Verheij & Ph D A Treffers (red.), *Klassiekers van de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum.

- Strohmeier, C. W., Rosenfeld, B., DiTomasso, R. A., & Ramsay, J. R. (2016). Assessment of the relationship between self-reported cognitive distortions and adult ADHD, anxiety, depression and hopelessness. *Psychiatry Research*, 238, 153–158.
- Torrente, F., Lopez, P., Prado, D. A., Kichic, R., Cetkovich-Bakmas, M., Lischinsky, A., et al. (2014). Dysfunctional cognitions and their emotional, behavioral and functional correlates in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Is the cognitive-behavioral model valid? *Journal of Attention Disorders*, 18 (5), 412–424.
- Tuithof, M., Ten Have, S., Van Dorsselaer, S., & De Graaf, R. (2014). Prevalentie, persistentie en gevolgen van ADHD in de Nederlandse volwassen bevolking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 10–19.
- Wender, P. H., Wolf, L. E., & Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHD: An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 1–16.
- Wilens, T. E., Morrison, N. R., & Prince, J. B. (2011). An update on pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11 (10), 1443–1465.
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L., et al. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: A population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 (10), 1036–1043.

Aandachtbias voor voedsel bij adolescenten met anorexia nervosa

Rozemarijn Vos

Samenvatting

Achtergrond: Anorexia Nervosa is een moeilijk te behandelen stoornis en slechts een deel van de patiënten herstelt volledig. Het is belangrijk te begrijpen welke processen een rol spelen bij het restrictieve eetgedrag, zodat meer effectieve behandelingen kunnen worden ontwikkeld.

Doel: Inzicht krijgen in de mogelijke rol van een aandachtbias (AB) voor voedsel in het vermogen om langdurig eten te weerstaan.

Methode: De AB voor voedsel werd gemeten met een gemodificeerde exogene cueing taak (ECT) bij een groep adolescenten met een restrictieve eetstoornis en een controlegroep. De verschillen in AB scores zijn geanalyseerd in ANOVA's. Lineaire regressieanalyses zijn uitgevoerd om te testen of een afname van eetstoornissymptomen na een jaar behandeling samenhangt met een toename in aandacht voor voedsel.

Conclusie: We vonden aanwijzingen voor verminderde aandacht voor hoogcalorisch voedsel ten opzichte van neutrale cues bij adolescenten met een restrictieve eetstoornis. Zij verschilden hierin echter niet significant van de controlegroep. De mate van ernst van de eetstoornispsychopathologie lijkt niet samen te hangen met de ernst van de aandachtbias. Wel is er sprake van toegenomen aandacht voor hoogcalorisch voedsel bij meer gewichtsherstel na een jaar in vergelijking met het begin van de behandeling. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of verandering in AB bij adolescenten met een restrictieve eetstoornis invloed heeft op hun voedselinname, bijvoorbeeld door de aandacht te trainen.

Trefwoorden: aandachtbias, eetstoornis, anorexia nervosa, eetgedrag

Inleiding

Hoe kan het dat sommige mensen zo extreem goed zijn in het weerstaan van voedsel, ondanks alle voedsel-gerelateerde prikkels waarmee we in het dagelijks leven worden geconfronteerd? Er is nog weinig bekend over het ontstaan en in stand blijven van eetstoornissen, zoals Anorexia Nervosa (AN). Mensen met deze eetstoornis worden gekenmerkt door een sterke mate van overwaardering van voedsel, lichaamsvormen, gewicht en hun controle daarop (American Psychiatric Association, 2013). Deze factoren zijn bepalend voor de manier waarop zij zichzelf beoordelen. AN is een moeilijk te behandelen stoornis en slechts een deel van de patiënten herstelt volledig (Smink, van Hoeken & Hoek, 2013). Het is van belang beter te leren begrijpen welke processen ten grondslag liggen aan het restrictieve eetgedrag (d.w.z. lijnen) bij mensen met AN, zodat meer effectieve behandelingen kunnen worden ontwikkeld (Jansen, 2016). Onderzoek naar cognitieve processen, zoals aandacht, bij eetstoornissen draagt daar aan bij. In deze studie focussen we op

de mogelijke rol van aandachtbias (AB) voor voedsel in het vermogen om langdurig eten te weerstaan.

Er zijn verschillende aspecten van AB beschreven. We richten ons in deze studie op spatiële aandachtbias, de neiging om aandacht te richten naar of juist af te wenden van stoornis-relevante informatie. Volgens onderzoek op gebied van angst, kan het richten van de aandacht weg van 'bedreigende' cues worden gezien als een top-down strategie om stress te reduceren (Mogg & Bradley, 2016). Een vergelijkbaar aandachtpatroon als bij mensen met een angststoornis zou mogelijk een rol kunnen spelen bij mensen met AN, namelijk een initiële vigilantie voor voedselcues die snel wordt opgevolgd door het weg richten van de aandacht van voedselcues (Giel et al., 2011). Vermijding van voedsel-gerelateerde informatie kan op deze manier het verder cognitief verwerken van deze voedselcues voorkómen. Het niet verwerken van voedselcues, maakt dat iemand minder snel zin in eten krijgt en dus minder snel daadwerkelijk iets gaat eten.

Studies naar AB voor voedselstimuli bij mensen met AN zijn beperkt en uitkomsten tot dusver zijn inconsistent. Er worden zowel aanwijzingen gevonden voor het weg richten van aandacht voor voedsel, als juist de neiging aandacht te richten op de voedselcues. Het vergelijken van de resultaten is moeilijk, vanwege de methodologische verschillen tussen de studies. De studies gebruiken verschillende taken en er worden verschillende aspecten van AB onderzocht. Tevens worden groepen niet altijd uitgesplitst naar verschillende soorten eetstoornissen. De exacte relatie tussen AB en AN kan op basis van de bestaande literatuur niet worden vastgesteld (Dobson & Dozios, 2004; Smeets, Roefs, Van Furth & Jansen, 2008; MacLeod, Matthews & Tata, 1986; Shafran, Lee, Cooper, Palmer & Fairburn, 2007; Kim et al., 2014).

In een van de weinige studies naar aandacht voor voedsel bij een groep jongeren met specifiek AN en niet andere eetstoornissen (Veenstra & De Jong, 2012), werd gevonden dat deze jongeren hoogcalorische voedselcues vermijden, in tegenstelling tot laagcalorische en neutrale cues. Dit effect werd verrassend genoeg ook gevonden in de groep jongeren zonder eetstoornis. De huidige studie is een vervolg hierop en onderzoekt hoe robuust deze bevinding is in een grotere steekproef.

Het eerste doel van de huidige studie is om verschillen in AB voor voedselcues te onderzoeken tussen adolescenten met AN ($N = 115$) en adolescenten zonder eetstoornis ($N = 76$), aangezien een eetstoornis zich meestal ontwikkelt in de adolescentie. Een deel van deze patiëntengroep ($N = 88$) werd ook onderzocht in de studie van Veenstra & De Jong (2012). De AB is gemeten met een gemodificeerde Exogene Cueing Taak (ECT) met voedselplaatjes en neutrale plaatjes. De studie is zo ontworpen dat er drie verschillende aanbiedingstijden worden gebruikt voor de plaatjes, omdat er verschil kan zijn tussen snellere en langzamere aandachtsprocessen. In de 500 ms conditie, werd een AB weg van de hoogcalorische voedselcues gevonden (vermijding) in de groep mensen met AN en ook in de gezonde controlegroep.

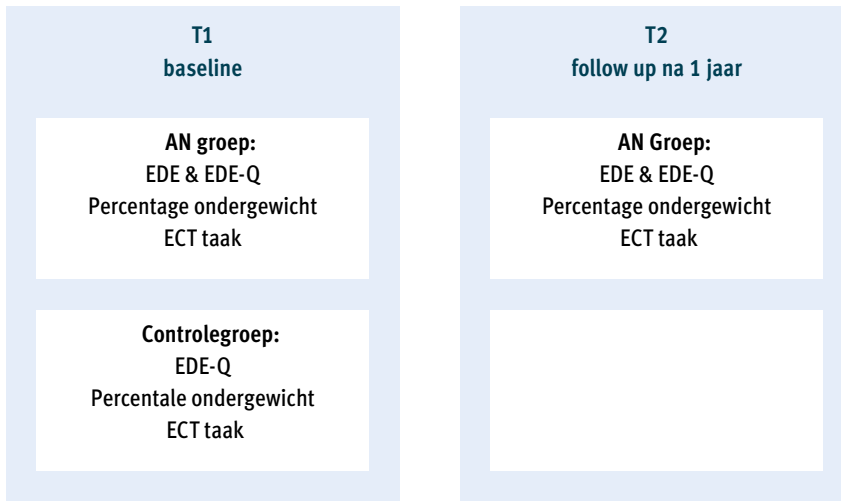
Het tweede doel van deze studie is om mogelijke veranderingen in AB bij deze adolescenten met AN in kaart te brengen na een jaar behandeling en de relatie te onderzoeken tussen AB en herstel van eetstoornissymptomen na dat jaar. We verwachten dat ernstiger eetstoornissymptomen gerelateerd zijn aan een sterkere AB voor de start van behandeling, vanuit de gedachte dat het niet verwerken van hoogcalorisch voedsel-gerelateerde informatie leidt tot daadwerkelijk minder voedselinname.

Omdat in de studie van Veenstra & De Jong (2012) geen effect is gezien met betrekking tot de laagcalorische voedselcues, hebben we ons in deze studie beperkt tot de hoogcalorische voedselcues. Het gebruik van zowel neutrale cues als emotioneel relevante (voedsel) cues geeft de gelegenheid om het cue validity effect (CVE) te meten en de afleidbaarheidsfactor (distractor interference, DI), twee aspecten van de aandachtbias. De neiging om sneller te reageren op een target wanneer het verschijnt op dezelfde plek als waar een stimulus is getoond dan op de andere locatie, wordt een normaal CVE genoemd. De DI geeft de mate van interferentie van een specifieke cue op de taakprestatie weer (vgl. Mogg, 2016). We zijn benieuwd naar de rol van de AB in de verandermechanismen bij het ontwikkelen, voortduren en herstel van eetstoornissen. In deze studie toetsen we daarom ook de hypothese dat er een positieve relatie is tussen een afname van eetstoornissymptomen in adolescenten met AN en een afname in AB (d.w.z. ze gaan over de loop der tijd meer kijken naar de voedselcues) na een jaar behandeling. We verwachten ten slotte dat adolescenten met AN met een sterkere AB (meer vermijding van voedselcues) op baseline minder herstel laten zien na een jaar behandeling, als het gaat om eetstoornissymptomen en gewicht.

Methode

Design

We hebben een cross-sectioneel en longitudinaal design gebruikt (zie figuur 1). Deze studie gebruikt data die in de periode van 2005-2010 is verzameld op de afdeling voor eetstoornissen van Accare. Baseline data van een deel van de huidige steekproef zijn reeds eerder gepubliceerd (Veenstra & De Jong, 2012), behalve de gegevens wat betreft DI. De longitudinale data zijn nog niet eerder gepubliceerd. Een groep adolescenten met een eetstoornis en een gematchte groep personen zonder eetstoornis zijn gemeten op T1 (baseline). De groep deelnemers met een eetstoornis is een jaar later nogmaals gemeten (T2). Deze adolescenten hebben in de tussentijd een reguliere behandeling gehad. Sommigen waren op T2 nog in behandeling, anderen niet. AB voor voedselcues is gemeten met een computertaak (zie hieronder). Een vragenlijst (EDE-Q) en een semigestructureerd interview (EDE) zijn gebruikt om eetstoornissymptomen te meten, evenals het meten van lengte en gewicht. De deelnemers zijn willekeurig toegewezen aan drie condities van de computertaak met verschillende aanbiedingstijden van de cues: 300 ms (patiëntengroep: $n = 29$, controlegroep: $n = 26$), 500 ms (patiëntengroep: $n = 43$, controlegroep: $n = 24$) of 1000 ms (patiëntengroep: $n = 42$, controlegroep: $n = 26$). Een between-subjects design is gekozen om carry-over effecten te vermijden die zouden kunnen optreden wanneer aanbiedingstijden door elkaar zouden zijn gebruikt en om de belasting op de deelnemers te beperken. Cue types hoogcalorisch voedsel en neutraal zijn gebruikt in deze studie.

Figuur 1: Design

Deelnemers

Deelnemers tussen de 12 en 23 jaar oud, die werden verwezen vanwege eetproblematiek naar Accare, zijn benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. De deelnemers zijn gediagnosticeerd met een eetstoornis middels de Eating Disorder Examination (EDE; Bryant-Waugh et al., 1996; Dutch version: Decaluwé & Braet, 1999) op basis van de criteria van de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) binnen 2 weken na de intake. Er waren verder geen in- of exclusiecriteria. In de huidige studie is een grotere groep deelnemers geïncludeerd met een restrictieve eetstoornis ($N = 115$) dan de studie van Veenstra & De Jong (2012) ($N = 88$), omdat er in de tussentijd meer data zijn verzameld. De groep met een restrictieve eetstoornis bestaat uit adolescenten die voldeden aan alle criteria van AN ($N = 75$) en adolescenten die voldeden aan de diagnose AN, behalve op het criterium amenorrhoea (wat in de DSM-IV nog een diagnostisch criterium was) ($N = 10$). Vervolgens is ook een groep geïncludeerd die voldeed aan een 'niet anders omschreven eetstoornis' (volgens DSM-IV) met een beeld dat past bij AN en bij wie er sprake was van $<15\%$ ondergewicht ($N = 64$). In totaal zijn bij 119 van deze deelnemers de computertaken (ECT) afgenomen. Er was één deelnemer met een onverklaarbare reactietijd (RT), die $+8SD$ afweek van het gemiddelde op de voormeting, en afwezige RT's op de nameting, die niet mee is genomen in de studie. Van drie deelnemers kon niet meer achterhaald worden aan welke conditie zij waren toegewezen. Deze deelnemers zijn ook niet meegenomen in de analyses. Zo bleef een groep van 115 deelnemers met een restrictieve eetstoornis over. Van deze groep heeft $56,5\%$ een nameting gedaan ($N = 65$). Vier deelnemers zijn niet in behandeling gegaan na de intake en 15 deelnemers gaven aan niet mee te willen doen aan de nameting. Van 31 anderen is onbekend waarom zij geen nameting hebben gedaan. De deelnemers van de controlegroep ($N = 76$) waren gemiddeld genomen vergelijkbaar wat betreft leeftijd, geslacht en opleidingsniveau met de patiëntengroep. Zie tabel 1 voor de beschrijving van de groepen.

Stimulus selectie

De stimulus selectie staat uitgebreid beschreven in Veenstra & De Jong (2012). Stimuli bestaan uit acht hoog-calorische voedsel plaatjes (pizza, croissant, chocolade, patat, chips, ijs, speculaas en tosti ham-kaas) en acht neutrale plaatjes (bekers, schalen en mandjes).

Maten

Percentage ondergewicht

Het percentage ondergewicht is berekend door het huidige gewicht te delen door het doelgewicht dat passend was bij de lengte en leeftijd van de deelnemer, vermenigvuldigd met honderd en dit getal is vervolgens afgetrokken van honderd. Het doelgewicht was vastgesteld op basis van de groeicurve (TNO).

Eetstoornissymptomen

De eetstoornissymptomen zijn gemeten met het EDE interview en de kinderversie van de EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994). De EDE-Q is de vragenlijstversie van de EDE. Beide bestaan uit vier subschalen (0-6 punten): lijngedrag, piekeren over eten, piekeren over gewicht en piekeren over lichaamsvormen. De vragenlijst is gebruikt om de eetstoornispathologie te kunnen vergelijken tussen deelnemers met een restrictieve eetstoornis en de controlegroep (Luce, Crowther & Pole, 2008). De EDE is een semigestructureerd interview dat is gebruikt om bij de patiëntengroep de ernst van de eetstoornissymptomen vast te stellen voor behandeling en na een jaar behandeling.

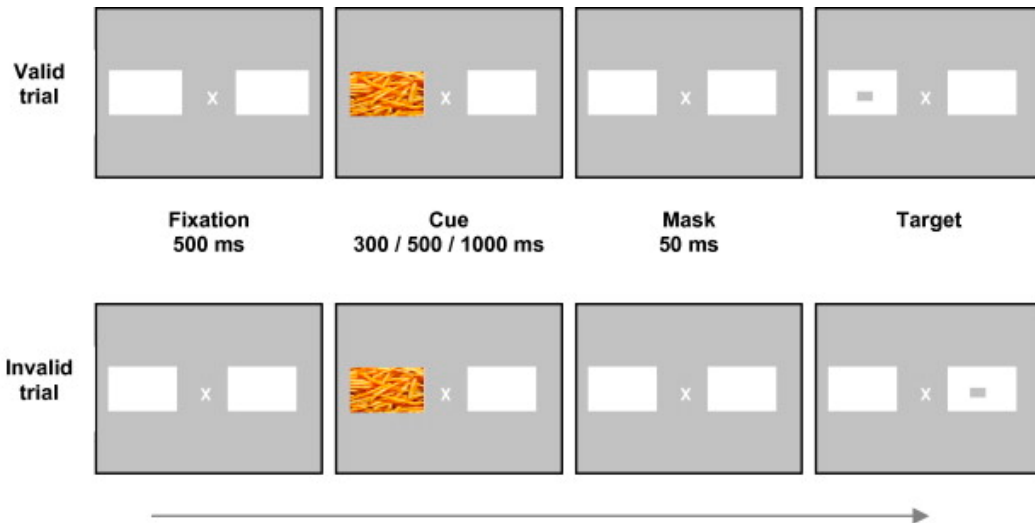
Aandachtbias voor voedselcues

De gemodificeerde Exogene Cueing Taak (ECT) (zie figuur 2) is gebruikt om de AB voor voedselcues te meten (Koster, Crombez, Van Damme, Verschuere, & De Houwer, 2005). De ECT was geprogrammeerd in E-prime 1.1 (Scheider, Eschman & Zuccolotto, 2002) en geïnstalleerd op een Windows XP Computer met een 22 inch CRT monitor (resolutie op 1024 met 768 pixels). De technische aspecten zoals weergave en afmetingen van de vlakken op het scherm, staan uitgebreid beschreven in Veenstra & De Jong (2012).

Elke trial begon met een presentatie van het fixatiekruis gedurende 500 ms en de twee witte rechthoeken. Vervolgens verscheen een plaatje (cue) gedurende 300 ms, 500 ms of 1000 ms. De target werd 50 ms na het verdwijnen van de cue gepresenteerd en verdween na een respons van de deelnemer. De opdracht aan de deelnemer was om de locatie van de target op het scherm aan te geven (dat wil zeggen 'links' of 'rechts') door op de corresponderende knop op de respons-box te drukken. De volgende trial begon onmiddellijk na de respons.

De ECT bestond uit een oefenblok van twaalf trials, gevolgd door twee testblokken van 96 trials. Elk plaatje werd vier keer gepresenteerd aan de deelnemer (twee keer in valid trials: links cue – links target en rechts cue – rechts target; en twee keer in invalid trials: links cue – rechts target en rechts cue – links target). De trials werden in een nieuwe willekeurige volgorde gepresenteerd aan elke deelnemer.

Figuur 2: Een voorbeeld van een valide en een invalide trial in de Exogene Cueing Taak.



We gebruiken twee maten: het cue validity effect (CVE) en de afleidbaarheidsfactor (DI; distractor interference). Het CVE is als volgt berekend, met reactietijden (RT) in ms: $CVE = \text{gemiddelde RT invalide cues} - \text{gemiddelde RT valide cues}$. De verschil-score voor het CVE die we in deze studie gebruiken, is het verschil tussen het cue validity effect voor hoogcalorische (HC) voedselcues en het cue validity effect voor neutrale cues (N).

Verschilscore $CVE = CVE \text{ voor HC} - CVE \text{ voor N}$

Het interferentie effect (DI) is een verschilscore van de gemiddelde RT op alle (dus zowel valide als invalide) trials met hoogcalorische voedselcues (HC) vergeleken met de gemiddelde RT op alle trials met neutrale cues (N).

Verschilscore $DI = \text{gemiddelde RT HC (invalid + valid)} - \text{gemiddelde RT N (invalid + valid)}$

Een positieve verschilscore voor CVE betekent dat deelnemers gemiddeld langer keken naar de hoogcalorische cues dan naar neutrale cues. Een positieve DI-score betekent dat deelnemers gemiddeld langzamer waren bij trials met hoogcalorische voedselplaatjes dan bij trials met neutrale plaatjes. We gaan ervan uit dat er bij een sterke AB sprake is van meer vermijding van de hoogcalorische voedselplaatjes en bij afname van AB meer kijken naar deze voedselplaatjes.

Procedure

Tijdens het uitvoeren van de gemodificeerde ECT taak zaten de deelnemers wat betreft gezichtshoogte op 60 cm afstand van het computerscherm. De deelnemers werd gevraagd om zo snel en nauwkeurig mogelijk te reageren op de locatie van de target. Daarna werd de kindversie van de EDE-Q afgenomen (Fairburn & Beglin, 1994). Ten slotte werden de deelnemers gemeten (lengte) en gewogen. Deelnemers hadden niet een maaltijd gehad vlak voor of vlak na het experiment, omdat deze taak onderdeel was van een uitgebreidere onderzoeksprocedure.

Data-analyse

De groepsverschillen op leeftijd, percentage ondergewicht en eetstoornissymptomen zijn beoordeeld middels een t-toets voor een onafhankelijke steekproef. Levene's test voor gelijke varianties was significant voor het verschil tussen de groepen op percentage ondergewicht en EDE-Q (percentage ondergewicht $p = 0.00$ en EDE-Q $p = 0.00$ op Levene's test). Daarom is in deze gevallen de t-waarde genomen voor niet gelijke variantie. De verschillen in AB scores voor hoogcalorisch voedsel tussen de adolescenten met AN en de controlegroep zijn geanalyseerd in twee aparte ANOVA's, met als afhankelijke variabelen CVE en DI voor hoogcalorisch voedsel. In beide ANOVA's zijn er twee between-subject variabelen meegenomen, namelijk 'groep' (adolescenten met AN versus adolescenten zonder eetstoornis) en 'aanbiedingstijd' (300, 500, 1000 ms). Voor alle toetsen is een alpha-level gebruikt van .05. Effectgroottes zijn gerapporteerd waarbij gebruik gemaakt is van eta-squared.

De relatie tussen de ernst van de eetstoornissymptomen en de mate van AB bij de adolescenten met AN voor start behandeling, is bekeken middels een correlatie tussen het percentage ondergewicht en de totaalscore van de EDE en de AB variabelen CVE en DI op T1 per aanbiedingstijd apart (300, 500, 1000 ms).

Drie lineaire regressieanalyses zijn uitgevoerd om te testen of een afname van eetstoornissymptomen bij adolescenten met AN van start behandeling (baseline) tot een jaar daarna (follow-up) samenhangt met een toename in aandacht voor voedselcues. Dezelfde regressieanalyses zijn gebruikt om te testen of een relatief zwakke aandacht voor voedselcues op baseline samenhangt met minder herstel in eetstoornissymptomen en ondergewicht bij de follow-up:

Model 1) De verandering in gewicht (weergegeven door het percentage ondergewicht) tussen baseline en follow-up is ingevoerd als afhankelijke variabele en het percentage ondergewicht op baseline als controlevariabele in stap 1. Het CVE voor hoogcalorisch voedsel op baseline is in stap 2 ingevoerd als onafhankelijke variabele en het verschil in CVE tussen baseline en follow up was toegevoegd in stap 3.

Model 2) De verandering in eetstoornissymptomen (weergegeven door de totaalscore op het EDE interview) tussen baseline en follow-up is ingevoerd als afhankelijke variabele en de EDE totaalscore op baseline als controlevariabele in stap 1. Het CVE voor hoogcalorisch voedsel op baseline is in stap 2 ingevoerd als onafhankelijke variabele en het verschil in CVE tussen baseline en follow up was toegevoegd in stap 3.

In de regressieanalyses is specifiek gekeken naar de 500 ms conditie omdat in die conditie in de studie van Veenstra & De Jong (2012) een aandachtbias werd gevonden (negatief cue validity effect). Verder is gekeken naar de maten en condities waarin een significante correlatie werd gevonden tussen eetstoornissymptomen en aandachtbias op baseline, dat was in de 300 ms conditie.

Model 3) De verandering in eetstoornissymptomen (weergegeven door de totaalscore op het EDE interview) tussen baseline en follow-up is ingevoerd als afhankelijke variabele en de EDE totaalscore op baseline als controlevariabele in stap 1. Baseline score voor het DI van hoogcalorisch voedsel was ingevoerd als onafhankelijke variabele in stap 2 en het verschil in DI voor hoogcalorisch voedsel tussen baseline en follow up was toegevoegd in stap 3.

De power voor deze studie is aan de lage kant met 115 deelnemers in de patiëntengroep en 76 deelnemers in de controlegroep in de eerste onderzoeksvraag, omdat

de deelnemers verdeeld werden over drie condities (aanbiedingstijd). Voor een effectsize van $f(v)$.25, een α van .05 en een power van .80 zouden we een totale steekproefgrootte van 158 deelnemers nodig hebben voor de ANOVAs (G power 3.1.9.2). Voor de andere onderzoeksvragen gebruiken we regressieanalyses bij alleen de patiëntengroep, verdeeld over drie condities. Dan hebben we 68 deelnemers nodig bij een α van .05 en een power van .80. Op de nameting hebben we vanwege de drop out van 35% kleine groepen ($n = 24$, $n = 20$ en $n = 9$) en is de power dus laag.

Resultaten

Groepskenmerken

Tabel 1 laat de gemiddelde leeftijd, percentage ondergewicht, EDE-Q totaalscore en het schoolniveau zien per groep. 100% van de deelnemers in de controlegroep was vrouw ten opzichte van 98,3% van de deelnemers met AN.

Tabel 1: Groepskenmerken

	Adolescenten met restrictieve eetstoornis (AN) (N=115) M (SD)	Controlegroep (N=76) M (SD)	Independent t-test	
			t	p
Schoolniveau ^a				
- hoog	(n=49)	(n=51)		
- laag	(n=28)	(n=25)		
- basisschool	(n=7)			
Leeftijd	14.94 (1.67)	14.86 (1.70)	0.30	0.76
Percentage ondergewicht	24.21 (5.21)	-4.19 (11.88)	19.28	0.00
EDE-Q	3.18 ^b (1.42)	0.93 ^c (0.84)	13.15	0.00

Note.

Controlegroep: vrouwelijke scholieren zonder eetstoornis

Schoolniveau hoog: HAVO/VWO, HBO

Schoolniveau laag: VMBO, MBO

Percentage ondergewicht = huidige gewicht gedeeld door het gewicht dat passend is voor de lengte en leeftijd van de persoon vermenigvuldigd met honderd. Dit getal aftrekken van honderd. Het passende gewicht is vastgesteld op basis van de groeicurves van TNO.

EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire (Decaluwé, 1999)

^a van 31 adolescenten met een restrictieve eetstoornis was geen informatie over schoolniveau bekend

^b n=101

^c n=75

Beschrijving van de data

De AB scores (zie tabel 2) zijn berekend op basis van de gemiddelde reactietijden (RT) op de ECT per groep, per trial (valid/invalid), per cue type en per aanbiedings-tijd op baseline. Bij adolescenten met AN is er over de condities heen sprake van een negatief CVE, wat betekent dat de deelnemers geneigd zijn weg te kijken van de plek

waar de hoogcalorische voedselcue te zien was en langer keken naar de neutrale cues ($t(115) = -2.071, p = .041$). In de controlegroep lijkt in de 500 en 1000 ms condities ook een negatief CVE te zien, maar over het geheel wijkt dit gemiddelde niet af van 0 ($t(76) = -1.062, p = .292$). Op basis van de resultaten van de studie van Veenstra & De Jong (2012) verwachten we specifiek een AB in de 500 ms conditie. We nemen de andere condities mee ter referentie. Wanneer de groepen worden opgesplitst per conditie worden de groepen erg klein. Dan is een marginaal significant negatieve CVE te zien in de 500 ms conditie bij de controlegroep ($t(24) = -1.96, p = .063$) en in de 1000 ms conditie bij de groep adolescenten met AN ($t(42) = 1.95, p = .058$). In beide groepen is er over de condities heen sprake van een interferentie effect (DI), waarbij de deelnemers significant langzamer waren in trials met hoogcalorische voedselplaatjes dan in trials met neutrale plaatjes (groep adolescenten met AN ($t(115) = 3.138, p = .002$ en controlegroep ($t(76) = 2.365, p = .021$). Uitgesplitst per aanbiedingstijd zijn de groepen veel kleiner en dan kan alleen in de eetstoornis patiëntengroep in de 1000 ms conditie gesproken worden van een sterke AB in de vorm van DI voor hoogcalorische voedselcues ($t(42) = 2.26, p = .029$).

Tabel 2: De vershilscores voor CVE en DI voor hoogcalorisch voedsel per groep en per aanbiedingstijd op T1

	Adolescenten met AN (N = 115) M (SD)	Controlegroep (N = 76) M (SD)
Cue validity effect ¹		
300 ms	-3.28 (42.00)	3.00 (35.49)
500 ms	-8.68 (37.91)	-15.52 (38.88)
1000 ms	-7.42 (24.66)	-1.02 (27.77)
Interferentie effect ²		
300 ms	8.30 (24.71)	5.63 (15.93)
500 ms	3.95 (15.51)	5.42 (20.28)
1000 ms	5.70 (16.37)	1.85 (10.11)

¹Appendix A geeft weer hoe deze vershilscores voor het CVE tot stand zijn gekomen.

²Appendix B geeft weer hoe deze vershilscores voor het DI tot stand zijn gekomen.

Om te onderzoeken of de adolescenten met AN verschilden van de controlegroep in hun AB voor hoogcalorisch voedsel, zijn twee ANOVA's uitgevoerd voor het CVE en DI met groep (AN en controle) en conditie (aanbiedingstijd 300/500/1000 ms) als between-subject factoren. Voor beide ANOVA's was er geen significante interactie tussen groep en conditie (CVE: $F = .737, p = .480, h^2 = .008$; DI: $F = .394, p = .675, h^2 = .004$). Er was ook geen significant hoofdeffect van groep (CVE: $F = .142, p = .706, h^2 = .001$; DI: $F = .415, p = .520, h^2 = .002$) of conditie (CVE: $F = 1.822, p = .165, h^2 = .019$; DI: $F = .510, p = .601, h^2 = .006$). Dit geeft aan dat de adolescenten met AN en de controlegroep niet van elkaar verschilden in hun aandacht voor hoogcalorisch voedsel.

De ernst van de eetstoornissymptomen is gemeten met het percentage ondergewicht en de totaalscore van de EDE. De correlaties tussen deze variabelen percentage

ondergewicht, totaalscore EDE en de aandachtbiasvariabelen CVE en DI per aanbiedingstijd apart (300, 500, 1000 ms) zijn berekend en weergegeven in tabel 3. Ernstiger eetstoornispsychopathologie bij adolescenten uit de patiëntengroep gemeten met de EDE, hangt samen met een groter DI voor hoogcalorische voedselcues (dat wil zeggen, tragere reactiesnelheid voor hoogcalorisch voedsel ten opzichte van neutrale plaatjes) in de 300 ms conditie ($p = .043$). Hoewel strikt genomen niet significant, zijn er aanwijzingen voor een verband tussen ondergewicht en DI in de 1000 ms conditie: meer interferentie van hoogcalorische voedselinformatie gaat samen met meer ondergewicht (1000 ms conditie: $p = .058$). Er is verder een sterk negatieve samenhang tussen CVE en DI in de conditie waarin de aanbiedingstijd van de cue 300 ms was ($p = .002$). Er is geen samenhang gevonden tussen CVE en ernst eetstoornispsychopathologie of ondergewicht bij start van de behandeling.

We zien een negatief verband tussen het veranderde percentage ondergewicht en de AB na een jaar (tabel 4, model 1, stap 3). Wanneer de patiënt in gewicht herstelt, zien we (conform de verwachting) dat de aandacht voor voedselcues groter wordt, gereflecteerd door een positievere CVE. We zien geen verband tussen de veranderde eetstoornispsychopathologie en de AB na een jaar behandeling (Tabel 4, model 2 en 3, stap 3).

Tabel 3: Correlatie tussen eetstoornissymptomen op T1 (percentage ondergewicht, EDE totaalscore) en aandachtbias variabelen (CVE en DI) op T1

	Percentage ondergewicht	EDE totaalscore	CVE	DI
Percentage ondergewicht	1			
300 ms		.170	.112	.007
500 ms		.112	.006	-.185
1000 ms		-.119	.010	.295
EDE totaalscore		1		
300 ms			-.359	.393*
500 ms			-.212	-.276
1000 ms			.011	-.201
CVE			1	
300 ms				-.549**
500 ms				.069
1000 ms				-.056
DI				1

* correlatie significant op 0.05 level (2-zijdig)

**correlatie is significant op 0.01 level (2-zijdig)

De mate van AB voor hoogcalorisch voedsel op baseline lijkt geen verband te hebben met de mate van herstel in gewicht of eetstoornispsychopathologie na een jaar behandeling (tabel 4, model 1 en model 2, stap 2). Ook in de 300 ms conditie waarin op baseline ernstiger eetstoornispsychopathologie (EDE) bleek samen te hangen met een groter interferentie effect (DI) voor hoogcalorisch voedsel, is geen verband gevonden tussen deze AB en de mate van herstel van eetstoornispsychopathologie (tabel 4, model 3, stap 2).

Tabel 4: Regressie modellen

Model	Conditie	Afhankelijke variabele	Stap	Onafhankelijke variabele	β	T	R^2_{change}	F_{change}	P (F_{change})
1	500 ms	Verandering in % OG	1	Baseline % OG	.319	1.581	.102	2.501	.128
			2	Baseline % OG	.356	1.668	.016	.376	.546
				Baseline CVE	-.131	-.613			
			3	Baseline % OG	.195	.960	.201	5.887	.025
				Baseline CVE Change in CVE	.299 -.611	1.145 -2.426*			
2	500 ms	Verandering in EDE	1	Baseline EDE	.376	1.719	.141	2.956	.103
			2	Baseline EDE	.404	1.553	.002	.048	.830
				Baseline CVE	.057	.218			
			3	Baseline EDE	.447	1.618	.017	.319	.580
				Baseline CVE Change in CVE	-.076 .205	-2.14 .565			
3	300 ms	Verandering in EDE	1	Baseline EDE	.547	1.730	.300	2.993	.127
			2	Baseline EDE	.846	1.719	.069	.651	.451
				Baseline DI	-.397	-.807			
			3	Baseline EDE	.815	1.462	.005	.040	.849
				Baseline DI Change in DI	-.355 -.076	-.616 -.200			

Note. * $p < .05$, $n_{\text{model1}} = 24$, $n_{\text{model2}} = 20$, $n_{\text{model3}} = 9$, positieve veranderscores op EDE en %OG geven herstel weer, negatieve veranderscore op CVE betekent meer aandacht voor hoogcalorisch voedsel (minder vermijding), een positieve veranderscore op DI betekent afname van interferentie effect.

Discussie

In lijn met de eerdere studie met ECT (Veenstra & De Jong, 2012) werd zowel bij adolescenten met een restrictieve eetstoornis en de controlegroep verminderde aandacht voor voedsel gevonden. Tevens vonden we dat bij ernstiger eetstoornis-psychopathologie de adolescenten meer werden afgeleid door hoogcalorisch voedsel als deze informatie hen kort werd aangeboden. Wanneer hen de informatie langer wordt aangeboden, lijken ze de voedselcues meer te gaan negeren. Mogelijk is hier sprake van 'vigilance – avoidance' effect, een vergelijkbaar aandachtspatroon dat bij angststoornissen wordt gezien, waarbij de aandacht, na een initiële vigilantie, van de 'bedreigende' informatie wordt weggericht (Giel et al., 2011) als een top-down proces om stress te reduceren. Voor mensen met AN zou het dan om informatie gaan over hoogcalorisch voedsel dat als vreeswekkend wordt gezien. Dit aandachtspatroon kan helpen bij het vasthouden van het restrictieve eetgedrag, omdat het verwerken van hoogcalorisch voedsel-gerelateerde informatie wordt voorkómen.

Nog niet eerder werd er in een longitudinaal design gekeken naar veranderingen in AB over de tijd bij mensen met een eetstoornis. De bevinding dat er een verband lijkt te zijn tussen verminderen van ondergewicht en een toename in aandacht voor voedsel, is interessante informatie, omdat meer aandacht voor voedsel het gewichtsherstel zou kunnen bevorderen. Immers het daadwerkelijk tot zich nemen van deze voeding zou dan mogelijk makkelijker zijn. Het zou echter ook kunnen zijn dat wanneer mensen met AN meer gaan eten (en dus aankomen), ze weer meer aandacht voor eten krijgen. Een uitgangspunt in de behandeling is dat een snelle gedragsverandering op het gebied van normaliseren van eetpatroon een positief effect heeft op mate van herstel door behandeling (Raykos, Watson, Fursland, Byrne & Nathan, 2013). Met de gegevens uit de huidige studie kunnen we de richting van het verband niet vaststellen. Om dit te kunnen doen lijkt een volgende stap te zijn om aandachtsbias te manipuleren, bijvoorbeeld met een training, om te kijken wat de invloed hiervan is op voedselinname.

De resultaten uit de huidige studie komen niet overeen met eerder onderzoek waarin juist meer aandacht richting voedsel werd gevonden bij eetstoornispatiënten (Smeets, Roefs, Van Furth & Jansen, 2008; Shafraan, Lee, Cooper, Palmer & Fairburn, 2007). Hierbij kunnen methodologische verschillen een rol spelen, waardoor niet precies hetzelfde aspect van AB gemeten werd. Het heeft waarschijnlijk ook te maken met verschillen in diagnostische groepen. Vanuit de transdiagnostische theorie (Fairburn, 2008) dat dezelfde psychopathologie aan de basis ligt van alle eetstoornissen is soms gekozen om de deelnemers met verschillende eetstoornissen in één groep te plaatsen. Soms is er ook te weinig power om de groepen op te splitsen. Echter er zou verschil in AB voor eten kunnen zijn tussen verschillende typen eetstoornissen, waarbij je mogelijk verwacht dat de aandacht niet van voedsel wordt weggericht, maar er juist naar toe wordt gericht wanneer er sprake is van overeten of eetbuien. Daarbij is het significant afvallen in gewicht kenmerkend voor AN en niet voor andere eetstoornissen zoals boulimia nervosa of eetbuistoornis. Tevens kunnen eetstoornispatiënten migreren naar een ander type eetstoornis en kan mogelijk ook de AB voor eten veranderen over de tijd. Toekomstig onderzoek zou moeten uitwijzen of de AN groep verschilt in aandachtspatroon van andere eetstoornissen. Als dat zo is, dan zou dat mogelijk richting geven aan behandelinterventies gericht op het doorbreken van de specifieke aandachtspatronen die onderhoudend zijn aan het type eetproblematiek.

Een opvallende bevinding is dat de adolescenten met AN niet significant afwijken van de controlegroep in hun verminderde aandacht voor hoogcalorisch voedsel. Dit suggereert dat de rol van AB in het restrictief eetgedrag mogelijk niet zo groot is. Het kan ook iets zeggen over de representativiteit van de specifieke controlegroep die we hebben gemeten. Mogelijk speelt de mate van trek in eten een rol op het moment van uitvoeren van de taak. In deze studie hebben we daar niet voor gecorrigeerd en dat zou in toekomstig onderzoek waardevol zijn.

Een beperking van dit onderzoek is de kleine groepen. De drop-out is groot, wat mogelijk invloed heeft op de resultaten. Helaas weten we op basis van de beschikbare gegevens niet waarom deze jongeren de nameting niet hebben ingevuld, of hoe het met ze ging. Er is ook geen informatie bekend over of zij wel of niet nog in behandeling waren na een jaar, of dat ze deze hebben afgemaakt. Desalniettemin zijn ook kleinere studies met deze weinig voorkomende stoornis met vaak ernstig zieke patiënten, waardevol om gezamenlijk tot steeds betere inzichten te komen. Een andere beperking van deze studie is dat we met de huidige gegevens niet iets kunnen zeggen over de causaliteit in de relatie tussen herstel van ondergewicht en veranderde aandachtbias. Ten slotte kunnen we op basis van deze data niets zeggen over een verband tussen behandeling en verandering van AB, omdat het type, de vorm en de duur van de behandeling niet zijn gecontroleerd in deze studie. Samenvattend, deze studie geeft aanwijzingen voor verminderde aandacht voor hoogcalorisch voedsel bij adolescenten met een restrictieve eetstoornis. De ernst van de eetstoornispsychopathologie lijkt niet samen te hangen met de ernst van de AB op baseline. Wel is er sprake van toegenomen aandacht voor hoogcalorisch voedsel bij adolescenten, die meer zijn hersteld in gewicht na een jaar behandeling. Dit is interessant omdat snelle gedragsverandering op het gebied van normaliseren van het eten een voorspelling is voor positief effect van de behandeling (meer gewichtsherstel, minder eetstoornispsychopathologie) (Raykos, Watson, Fursland, Byrne & Nathan, 2013). Dus het is de moeite waard deze relatie nader te onderzoeken, door de aandachtbias te manipuleren om te kijken wat de invloed hiervan is op voedselinname. De AN patiënten verschilden niet significant van de controlegroep in hun AB voor hoogcalorisch voedsel. Verder onderzoek zou moeten uitwijzen of dit patroon bestendig is over grotere groepen en of eetstoornis patiënten die moeite hebben om hun voedselinname te beperken verschillen in hun aandacht voor voedsel.

Met dank aan dr. Klaske Glashouwer (Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische en Experimentele Psychopathologie,) mijn supervisor voor dit onderzoek, in het kader van mijn opleiding tot klinisch psycholoog. Dank aan Prof. Dr. Peter J. de Jong voor het mogelijk maken van dit onderzoek en aan dr. Esther Veenstra het vervolg mogen geven aan jouw prachtige werk voor je promotieonderzoek Food for Thought (2011).

Referenties

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). doi:10.1176/appi.books.9780890423349.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bryant-Waugh, R. J., Cooper, P. J., Taylor, C. L., & Lask, B. D. (1996). The use of the eating disorder examination with children: a pilot study. *The International journal of eating disorders*, 19(4), 391–397. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098108X\(199605\)19:4<391::AID-EAT6>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098108X(199605)19:4<391::AID-EAT6>3.0.CO;2-G)
- Decaluwé, V., & Breat, C. (1999). Child eating disorder examination-questionnaire. Dutch translation and adaptation of the eating disorder examination-questionnaire (Authored by C. Fairburn & S. Beglin). *Unpublished Manuscript*.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2004). Attentional biases in eating disorders: a meta-analytic review of Stroop performance. *Clinical psychology review*, 23(8), 1001–1022. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.004>
- Fairburn, C. G. (2008). *Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory*. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (p. 7–22). Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Bèglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23)
- Giel, K. E., Friederich, H. C., Teufel, M., Hautzinger, M., Enck, P., & Zipfel, S. (2011). Attentional processing of food pictures in individuals with anorexia nervosa--an eye-tracking study. *Biological psychiatry*, 69(7), 661–667. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.09.047>
- Jansen A. (2016). Eating disorders need more experimental psychopathology. *Behaviour research and therapy*, 86, 2–10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.004>
- Kim, Y. R., Kim, C. H., Cardi, V., Eom, J. S., Seong, Y., & Treasure, J. (2014). Intranasal oxytocin attenuates attentional bias for eating and fat shape stimuli in patients with anorexia nervosa. *Psychoneuroendocrinology*, 44, 133–142. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.02.019>
- Koster, E. H. W., Crombez, G., Van Damme, S., Verschuere, B., & De Houwer, J. (2005). Signals for threat modulate attentional capture and holding: Fear-conditioning and extinction during the exogenous cueing task. *Cognition and Emotion*, 19(5), 771–780. <https://doi.org/10.1080/02699930441000418>
- Luce, K. H., Crowther, J. H., & Pole, M. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate women. *The International journal of eating disorders*, 41(3), 273–276. <https://doi.org/10.1002/eat.20504>
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2016). Anxiety and attention to threat: Cognitive mechanisms and treatment with attention bias modification. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 76–108. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.001>
- Raykos, B. C., Watson, H. J., Fursland, A., Byrne, S. M., & Nathan, P. (2013). Prognostic value of rapid response to enhanced cognitive behavioral therapy in a

routine clinic sample of eating disorder outpatients. *The International journal of eating disorders*, 46(8), 764–770. <https://doi.org/10.1002/eat.22169>

- Schneider, W., Eschman, A., & Zuccolotto, A. (2002). E-Prime reference guide. Pittsburgh P.A.: Psychology Software Tools.
- Shafran, R., Lee, M., Cooper, Z., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G. (2008). Effect of psychological treatment on attentional bias in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 41(4), 348–354. <https://doi.org/10.1002/eat.20500>
- Smeets, E., Roefs, A., van Furth, E., & Jansen, A. (2008). Attentional bias for body and food in eating disorders: Increased distraction, speeded detection, or both? *Behaviour Research and Therapy*, 46(2), 229–238. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.003>
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 543–548. [https://doi.org/\(...\)YCO.0b013e328365a24f](https://doi.org/(...)YCO.0b013e328365a24f)
- Veenstra, E. M., & de Jong, P. J. (2012). Attentional bias in restrictive eating disorders. Stronger attentional avoidance of high-fat food compared to healthy controls?. *Appetite*, 58(1), 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.09.014>

Over de auteurs

- **Johan Arends**, MD, Afdeling Psychotische Stoornissen, GGZ Drenthe
- **Leonie Bais**, psycholoog, senior onderzoeker, Lentis Groningen
- **Inge van Balkom**, psychiater, senior onderzoeker en directeur Jonx|Lentis Zuidlaren
- **Agna Bartels-Velthuis**, werkzaam bij Centrum voor Integratie Psychiatrie Lentis Groningen en bij Rob Giel Onderzoekcentrum UMCG Groningen
- **Bram Bovendeerd**, klinisch psycholoog en psychotherapeut bij de Dimence Groep. Tevens supervisor NVP, hoofddocent universele factoren psychotherapie bij PPO en promovendus bij de RUG
- **Richard Bruggeman**, psychiater, Rob Giel Onderzoekcentrum/Universitair Medisch Centrum Groningen en Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie & Experimentele Psychopathologie
- **Joanneke Bruins**, senior onderzoeker, werkzaam bij Lentis Research, Groningen en bij Rob Giel Onderzoekcentrum UMCG Groningen
- **Stynke Castelein**, afdelingshoofd Lentis Research & bijzonder hoogleraar Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie & Experimentele Psychopathologie
- **Lieke Christenhusz**, gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, werkzaam bij de Dimence Groep. Tevens werkzaam als universitair docent binnen de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente en voorzitter van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van de Dimence Groep
- **Mark van der Gaag**, werkzaam bij de Afdeling Klinische Psychologie VU Amsterdam, bij Amsterdam Public Mental Health Research Institute, en bij Parnassia GGZ, afdeling Psychose Onderzoek
- **Peter Hoekenga**, bewegingswetenschapper en klinisch psycholoog, werkzaam bij Mediant GGZ. E-mail: ph.hoekenga@mediant.nl
- **Marleen Janssen**, gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, werkzaam bij de Dimence Groep
- **Frederike Jörg**, PhD, Rob Giel Onderzoekcentrum/Universitair Medisch Centrum Groningen, en GGZ Friesland, Leerhuis/Wetenschappelijk onderzoek
- **Peter ten Klooster**, universitair docent psychologie aan de Faculteit Behavioural, Management and Social Sciences van de Universiteit Twente
- **Rikus Knegtering**, opleider psychiatrie, senior onderzoeker, Lentis Groningen, Rob Giel Onderzoekcentrum, Neuroimaging Center UMCG, Groningen
- **Claire Kos**, postdoctoraal onderzoeker, Universitair Medisch Centrum Groningen
- **Swanny Kremer (MA)**, filosoof, ethicus, werkt als onderzoeker en trainer gespreksleiding moreel beraad bij Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Dr. S. van Mesdag te Groningen. Daarnaast werkzaam als docent professionele ethiek bij Godsdienstwetenschappen en godgeleerdheid van de Rijksuniversiteit Groningen

- **Gerdina Pijnenborg**, PhD, Rob Giel Onderzoekcentrum/Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Klinische Psychologie & Experimentele Psychopathologie Rijksuniversiteit Groningen en afdeling Psychotische Stoornissen GGZ Drenthe, Assen
- **Eline A.J. Tappel** MSc., Mediant, De Boerhaven, Expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen, Hengelo
- **Karin Timmerman** MSc., Mediant, De Boerhaven, Expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen, Hengelo, k.timmerman@mediant.nl
- **Marieke Timmerman**, PhD, afdeling Klinische Psychologie & Experimentele Psychopathologie Rijksuniversiteit Groningen
- **Wim Veling**, MD, PhD, Afdeling Psychiatrie Universitair Medisch Centrum Groningen, Postbus 30001, 9700 RB Groningen
- **Sanne Vink**, psychiater in opleiding, psycholoog en gedragstherapeut, werkzaam bij Lentis
- **Ellen Visser**, PhD, Rob Giel Onderzoekcentrum/Universitair Medisch Centrum Groningen
- **Rozemarijn Vos**, klinisch psycholoog, cognitief gedragstherapeut, werkzaam bij Accare, kennislijn voedings-, eetstoornissen en obesitas
- **Gerben J. Westerhof**, hoogleraar, vakgroepvoorzitter Psychologie, Gezondheid en Technologie, Universiteit Twente, Enschede
- **Lex Wunderink**, psychiater, afdeling Onderzoek, GGZ Friesland

Redactie GGZet Wetenschappelijk

Gretha Boersma, *GGZ Denthe*

Joanneke Bruins, *Lentis*

Lieke Christenhusz, *Dimence Groep*

Ernst Horwitz, *GGZ Friesland*

Jos de Keijser, *GGZ Friesland*

Rikus Knegtering, *Lentis*, hoofdredacteur

Swanny Kremer, *FPC Dr. S. van Mesdag*

Pauline van Pelt, *Dimence Groep*

Kor Spoelstra, *Lentis en VNN*

Karin Timmernan, *Mediant*

Lia Verlinde, *Mediant*, plv. hoofdredacteur

Secretariaat

Anneke Scholtens

Postbus 128

9470 AC Zuidlaren

ggzetwetenschappelijk@lentis.nl

Ontwerp en productie

Klaas van Slooten, bno

Oplage

1150 exemplaren

ISSN 1389-1715